



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA**

---

---

**APLICACIONES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL  
A LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD PSICOLÓGICA:  
ESTUDIOS EN ATENCIÓN SECUNDARIA Y PRIMARIA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:  
IVONNE ZENÓN CAMACHO

DIRECTORA:  
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS  
Adscrita a la Facultad de Contaduría y Administración  
de la UNAM

COMITÉ TUTORIAL  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
Adscrito a la Facultad de Psicología de la UNAM  
MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ  
Adscrito a la Facultad de Psicología UNAM  
DRA. ROSA ELENA ORNELAS MEJORADA  
Adscrita al Instituto Politécnico Nacional  
MTRA. NELLY FLORES PINEDA  
Adscrito a la Facultad de Psicología de la UNAM

**La presente tesis se realizó con el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y la Tecnología  
(CoNaCyT) y del Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológica  
UNAM-DGAPA-PAPIIT IA300312**



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

DEDICADO **A MIS PADRES** A QUIENES AMO, RESPETO Y ADMIRO Y PARA QUIENES NO HAY UNA FORMA DE TERMINAR DE AGRADECER POR SU PRESENCIA, SU PERSEVERANCIA, SU SACRIFICIO Y DEDICACIÓN PARA CONMIGO POR ENSEÑARME AQUELLO QUE TIENE VALOR Y AQUELLO QUE A VECES NO SE APRENDE EN LOS LIBROS, GRACIAS POR SER MIS MAESTROS DE LA VIDA. GRACIAS POR ACOMPAÑARME TANTO EN LOS BUENOS COMO EN LOS MALOS MOMENTOS, POR ENSEÑARME A LEVANTARME Y A BUSCAR MIS SUEÑOS Y SOBRE TODO GRACIAS POR SU AMOR INCONDICIONAL, POR SER MI APOYO, MI IMPULSO, MI EJEMPLO, POR SU LUCHA DIARIA Y PORQUE ESTE LOGRO NO HUBIERA SIDO POSIBLE SIN USTEDES.

**A MIS HERMANOS ROSA MARÍA Y ENRIQUE**  
POR SER MIS MEJORES AMIGOS, CONFIDENTES Y COMPAÑEROS  
POR CAMINAR CONMIGO EN LA TAREA DE CRECER,  
POR HACER QUE LA AVENTURA DE LA VIDA VALGA LA PENA  
SI SE COMPARTE CON PERSONAS COMO USTEDES  
POR QUE SON ALGO MARAVILLOSO, POR SER MIS PEPITAS DE ORO  
TODO MI CARIÑO PARA USTEDES.

A MI SOBRINITO ROBERTO ENRIQUE Y A MI CUÑADO ññ  
ROBERTO POR SER PARTE DE MI FAMILIA Y  
LLEGAR PARA ENRIQUECER, DAR LUZ Y ALEGRÍA  
A MI VIDA, POR ENSEÑARME A NO PERDER DE  
VISTA LAS COSAS IMPORTANTES.

A MIS AHIJADOS **Gael y Paola Pineda González**  
A ESOS PEQUEÑOS SERES QUE HAN CREÍDO EN MI Y  
POR ENSEÑARME A NO DEJAR DE SOÑAR. POR SER  
MI MOTOR PARA RECORDAR LA ALEGRÍA DE LA VIDA

**AL Consejo Nacional de Ciencia y la Tecnología (CONACYT) y  
del Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológica  
UNAM-DGAPA-PAPIIT IA300312** POR HACER POSIBLE QUE  
EXISTAN LOS RECURSOS Y EL APOYO  
PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES  
EN MEJORA DE LA SOCIEDAD POR HACER QUE  
EL CONOCIMIENTO SEA ACCESIBLE A TODOS.

A LA DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS POR SER MAS QUE MI TUTORA, POR SU CALIDAD HUMANA, POR SER MI GUÍA DURANTE ESTE PROCESO NO SOLO ACADÉMICO, SIN CUYA ORIENTACIÓN, APOYO Y PACIENCIA NO HUBIERA SIDO POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO; PERO SOBRETUDO POR DEJAR HUELLA EN MI VIDA POR SER EJEMPLO DE HUMANISMO, DE SUPERACIÓN Y UNA INSPIRACIÓN PARA SEGUIR CRECIENDO Y SUPERARME GRACIAS POR COMPARTIR CONMIGO ESTE MOMENTO TAN IMPORTANTE EN MI CARRERA Y EN MI VIDA. GRACIAS POR SER UNA PERSONA EXTRAORDINARIA Y UN GRAN SER HUMANO MI CARÍO Y MI RESPETO PARA USTED.

DE IGUAL FORMA GRACIAS AL DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS, MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ, DRA. ROSA ELENA ORNELAS MEJORADA, A LA MTRA. NELLY FLORES PINEDA Y A TODOS LOS MAESTROS POR SU APOYO, POR SU DEDICACIÓN, POR SU DISPOSICIÓN Y POR COMPARTIR CONMIGO DE SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA NO SOLO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO SINO TAMBIÉN DENTRO DE MI FORMACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL.

GRACIAS A LA FACULTAD POR SER EL MEDIO PARA LA TRANSMISIÓN DE EXPERIENCIAS, CONOCIMIENTOS, VALORES Y POR TODOS LOS MOMENTOS QUE EN ELLA VIVÍ TANTO CON MIS MAESTROS COMO CON MIS COMPAÑEROS.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DURANTE TODOS EL CAMINO RECORRIDO CONOCÍ, Y QUE APARECIERON PARA QUEDARSE EN MI CORAZÓN Y A LOS QUE CONSIDERO MIS AMIGOS KARINA LEÓN SOLIS, MARÍA DEL ROSARIO ROJAS CONTRERAS, MAYRA SELENE PÉREZ RAMÍREZ, COPELIA ROSAS GUEVARA, SAID JIMÉNEZ MARTHA VELASCO DÍAZ Y A TODOS AQUELLOS A QUIENES NO PUDE NOMBRAR YA QUE NO HABRÍA ESPACIO, NI PALABRAS SUFICIENTES, GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE PRESENTES, POR SU AMISTAD Y TODO LO QUE APRENDÍ DE USTEDES GRACIAS POR TODO LO QUE VIVIMOS JUNTOS Y POR ESOS MOMENTOS QUE NO SE BORRARÁN DE MI MEMORIA, PORQUE VALIÓ LA PENA CONOCER PERSONAS VALIOSAS Y MARAVILLOSAS COMO USTEDES.

A LOS PACIENTES Y A AQUELLAS PERSONAS QUE DE MANERA INVOLUNTARIA HICIERON POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO POR SU CONFIANZA Y POR ENSEÑARME Y MOTIVARME CON SU EJEMPLO DE VIDA,

PRINCIPALMENTE **A DIOS**

POR ACOMPAÑARME EN CADA PASO

DE LA VIDA, POR DARMÉ FORTALEZA TODO MOMENTO,

SOBRE TODO EN LAS DIFICULTADES

GRACIAS POR TODAS LAS COSAS QUE ME HA REGALADO

EMPEZANDO POR LA VIDA, POR DARMÉ MÁS DE LO QUE NECESITABA

Y POR PERMITIRME ALCANZAR ESTE LOGRO.

A TODOS AQUELLOS QUE HICIERON POSIBLE AQUELLO  
QUE PARECÍA IMPOSIBLE

## RESUMEN

<b>Introducción</b> .....	8
<b>Reporte de Experiencia del Primer Año de Residencia</b> .....	11
Introducción .....	11
a) Descripción de la Sede.....	12
b) Ubicación del Residente en la Sede.....	14
c) Descripción de las Actividades Diarias .....	14
d) Productividad.....	16
e) Casos Clínicos .....	26
f) Evaluación del Servicio.....	45
g) Competencias Logradas .....	46
h) Comentarios y Sugerencias .....	47
<b>Propuesta de Protocolo del Primer Año de residencia</b> .....	48
Propuesta de Intervención para Crisis ante el Proceso de Diagnóstico y Tratamiento en Cuidadores de Pacientes Oncopediátricos .....	48
II.    Método .....	60
2.1 Objetivo General .....	60
2.2 Objetivos Específicos .....	60
2.3 Participantes .....	60
2.4 Instrumentos .....	61
2.5 Definición de Variables .....	64
2.6 Tipo de Estudio .....	65
2.7 Diseño de Investigación .....	65
2.8 Procedimiento.....	66
III.   Propuesta sobre Análisis de Resultados .....	71
<b>Reporte de Experiencia del Segundo Año de Residencia</b> .....	72
Introducción .....	72
a) Descripción de la Sede.....	73
b) Ubicación del Residente en la Sede.....	74
c) Descripción de las Actividades Diarias .....	74
d) Productividad.....	77
e) Casos Clínicos .....	93
f) Evaluación del Servicio.....	105
g) Competencias Logradas .....	106
h) Comentarios y Sugerencias .....	107

<b>Protocolo del Segundo Año de residencia .....</b>	<b>109</b>
Programa de Intervención Cognitivo-Conductual y Nutricional para la Implementación de Hábitos Alimentarios Saludables en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM.....	109
II.    Método .....	114
2.1 Objetivo General .....	114
2.2 Objetivos Específicos .....	114
2.3 Participantes .....	115
2.4 Instrumentos .....	115
2.5 Definición de Variables .....	117
2.6 Tipo de Estudio .....	118
2.7 Diseño de Investigación .....	118
2.8 Procedimiento.....	119
III. Resultados .....	120
IV. Discusión .....	137
<b>Proyecto PAPIIT.....</b>	<b>142</b>
Actividades Relacionadas con el Proyecto PAPIIT.....	142
Valores en Estudiantes y Docentes Universitarios.....	143
II.    Método .....	148
2.1 Participantes .....	148
2.2 Diseño.....	149
2.3 Instrumentos .....	149
2.4 Procedimiento.....	149
III. Resultados .....	150
IV. Discusión .....	155
<b>ANEXOS .....</b>	<b>158</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>274</b>

## RESUMEN

La conducta se ha convertido en un elemento explicativo de la dimensión salud-enfermedad pues hay una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud. Los hábitos, conductas y creencias configuran estilos de vida que promueven y preservan estados de salud, o que generan malestar y ocasionan o precipitan enfermedades. Entre los factores que intervienen en la calidad de vida y la salud del individuo destaca el efecto de su comportamiento. La psicología y las técnicas de intervención derivadas de ella para el cambio del comportamiento tienen un papel esencial e incluyen el campo de la Medicina Conductual (MC). En la MC destaca el papel de las conductas aprendidas en el origen o manifestación de las enfermedades y busca los medios para que un cambio en las mismas tenga un impacto en su tratamiento y prevención (Morales, 1999). Desde esta perspectiva y tomando como marco de referencia la terapia Cognitivo-Conductual en la presente tesis se muestran los resultados de tres estudios: en el **primero** se presenta una propuesta dentro del ámbito hospitalario en el área de Oncopediatría. Se trata de una intervención dirigida a niños y sus padres. La propuesta incluye la experiencia directa y las dificultades encontradas. En el **segundo** se incluyen dos experiencias preventivas en estudiantes universitario sobre hábitos saludables y otra, exploratoria para el reconocimiento del sentido explicativo que dan mutuamente profesores y alumnos acerca de su comportamiento en el aula. En el **tercer** estudio evaluó el impacto de una intervención cognitivo-conductual en la modificación de hábitos alimenticios en estudiantes universitarios. El grupo con mejores hábitos muestran intención respecto a realizar conductas relacionadas con una alimentación saludable. El grupo de hábitos pobres reportó poca intención de modificarlos. Se intervino a cuatro sujetos en un diseño de réplicas individuales. Los participantes aprendieron a auto observar su estado emocional y físico, y a autorregular su ingesta de alimentos no saludables. Se dieron cambios favorables en la modificación de hábitos. El estudio sobre valores en estudiantes y profesores universitarios exploró estresores en la interacción de los estudiantes con los profesores en las aulas a partir de discrepancia en la expresión de valores. Tanto alumnos como docentes identifican como valores principales el respeto, la responsabilidad, la tolerancia y la honestidad, sin embargo, estos valores se notan a través de diferentes conductas en el aula, con poco reconocimiento mutuo de dichos valores.

## INTRODUCCIÓN

En épocas recientes ha aumentado considerablemente la presencia de teorías y metodologías psicológicas en el campo de la salud. El análisis de las causas de mortalidad de los últimos años indica que si bien se ha logrado mejorar el control de algunos padecimientos, las enfermedades que representan las primeras causas de muerte involucran en gran medida el comportamiento humano.

En cuanto a la mortalidad general se observa que la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en México, seguida por las enfermedades isquémicas del corazón y por las afecciones del hígado. En los escolares el primer lugar de causa de muerte son los accidentes de tránsito y el segundo la leucemia. Las principales estrategias para enfrentar estos y otros problemas de salud, es intervenir sobre los estilos de vida. Por lo tanto se requiere transformar los programas de acción y reconocer que las acciones eficientes en la promoción de la salud guardan una compleja relación entre aspectos biológicos, ambientales, sociales y psicológicos (Rodríguez, 2004).

El psicólogo adquiere un papel cada vez más importante en la atención de la salud. Como disciplina la psicología ofrece contribuciones teóricas, campos de investigación e intervención y formas de incorporar al aspecto psicológico, lo biológico y lo sociocultural (Mucci y Benaim, 2009).

Los psicólogos desarrollan, validan y difunden procedimientos e instrumentos de diagnóstico, intervención y evaluación que, sólidamente fundamentados, pueden aplicarse en la instrumentación interdisciplinaria de acciones de promoción de la salud (Rodríguez, 2004)

La primera definición de Medicina Conductual, formulada en la Conferencia de Yale señala que es un campo interdisciplinar interesado en el desarrollo e integración de los conocimientos de las ciencias biomédicas y del comportamiento para la comprensión de la salud y de la enfermedad y la aplicación de este conocimientos y técnicas para la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (Shwartz y Weiss, 1978).

La medicina conductual ha tenido un impacto en diversas áreas de intervención en la recuperación de la salud. Sus objetivos incluyen: 1) desarrollar hábitos sanos en las personas, 2) modificar pautas de comportamiento cuando constituyen un riesgo para la salud entre otros (Costa y López, 1986). Diversos programas se enfocan a trastornos médicos muy diversos como los cardiovasculares, neumológicos, digestivos, etc.

La medicina conductual también atiende las conductas de afrontamiento que presentan pacientes y familiares ante la hospitalización, la cirugía y los procedimientos médicos

dolorosos, etc. Este campo también incluye el contacto con el personal de salud para prevenir y tratar el burnout, establecer habilidades básicas para la comunicación de diagnósticos a familiares, etc. (Rodríguez, 2004).

Como un medio de organizar el contenido básico y las áreas que comprendería el campo interdisciplinar de la MC se han elaborado relaciones de problemas actuales que requieren investigación, entre otros: las influencias socioculturales sobre la salud y la enfermedad, factores psicológicos que contribuyen a la salud/enfermedad, el estudio del dolor y su regulación, y factores que contribuyen a la adherencia a los regímenes médicos, entre otros (Gil, 1990).

Son diversas las aplicaciones de la medicina conductual y el campo de acción ya que existen también niveles de intervención. En esta tesis se presentan algunas aplicaciones en diversos escenarios del nivel primario y secundario, realizadas como parte del primer y segundo año de la Residencia en Medicina Conductual del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM.

Se incluyen varios apartados, el primero con el Reporte de Experiencia del Primer Año de Residencia hospitalaria en el Hospital Juárez de México, en el servicio de Oncopediatría. Se describen las principales características generales de la sede (ubicación, servicios brindados, etc.), el papel del psicólogo en ella, cuestiones de productividad y algunos estudios de caso.

Se muestra la Propuesta de Protocolo para el primer año de residencia, enfocado a intervención en crisis en los cuidadores de pacientes oncopediátricos, principalmente los padres. Más no se pudo desarrollar por completo el protocolo por restricciones temporales y demandas del propio servicio.

En el Segundo año la sede fue el Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). También se describen las características generales de la sede, el papel del residente en la misma, las actividades realizadas, la productividad alcanzada y la atención prestada a los usuarios. Se incluyen las principales técnicas utilizadas y estudios de caso, así como un apartado con las competencias y habilidades desarrolladas durante la estancia en esta sede.

Posteriormente se muestra el Protocolo desarrollado durante este segundo año denominado “Programa de Intervención Cognitivo-Conductual y Nutricional para la Implementación de Hábitos Alimentarios Saludables en Estudiantes Universitarios de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM” del cual se muestran los resultados obtenidos.

Finalmente como parte de las actividades del segundo año de residencia se participó en un proyecto de investigación apoyado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM con un estudio relacionado con los Valores en Docentes y Estudiantes Universitarios el cual se muestra en el apartado final.

## **REPORTE DE EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO**

**Sede: Hospital Juárez de México**

### **Antecedentes**

El cáncer es una enfermedad crónica, grave que puede presentarse en personas de todas las edades, y es especialmente difícil comprender y aceptar cuando un niño lo contrae. Considerando todos los grupos de edad, los cánceres más frecuentes en la infancia son la leucemia, el linfoma y el cáncer cerebral. A partir de los diez años, también hay una mayor incidencia de osteosarcoma (cáncer de huesos). Cada tipo de cáncer afecta a distintas partes del cuerpo, y sus tratamientos y tasas de curación son diferentes (American Cancer Society, 2013).

La leucemia es el cáncer más común en niños y adolescentes, representa aproximadamente la tercera parte de todos los casos de cáncer en niños menores de 15 años y la cuarta parte de los casos de cáncer que ocurren antes de los 20 años. En México, de acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (2005) la Leucemia Linfoblástica Aguda ocupa el séptimo lugar en cuanto a mortalidad en niños de uno a cuatro años de edad, con una tasa de 3.2/100 000 habitantes, y en los niños de 5 a 14 años es la segunda causa de muerte.

La leucemia linfoblástica aguda infantil, llamada también leucemia linfocítica aguda (LLA), es una enfermedad que se caracteriza por una proliferación desordenada de células inmaduras de la línea linfoide (blastos) que surgen de la célula madre (*stem cell*) en la médula ósea. El crecimiento desordenado de las células blancas en la médula ósea, bloquea el desarrollo normal de las células rojas y las plaquetas (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1993).

El modelo biopsicosocial propone que la salud y la enfermedad son multideterminados, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen. Así, la práctica médica requiere integrar variables biológicas (virus, bacterias, etc.), psicológicas (pensamientos, conductas, emociones, etc.) y socioambientales (economía y familia). Actualmente la Medicina Conductual, identifica los principales aspectos psicológicos y sociales, y algunos biológicos que interactúan en diversas enfermedades, una de ellas el cáncer (Marks y colaboradores, 2008)

La enfermedad y su tratamiento incluyen componentes emocionales en los niños. Enfermar de cáncer supone enfrentarse a una situación muy amenazante y poco predecible. Una reacción emocional frecuente e intensa es el miedo o temor. Además el tratamiento suele ser un proceso agresivo, con momentos muy difíciles para el niño, pues incluye un paréntesis en su vida que le obligará a suspender sus actividades y, en

casos exitosos de tratamiento, le permitirá ir reincorporándose a su vida cotidiana (Yelarnos, Fernández y Pascual, 2011).

En este contexto los métodos psicológicos empleados para minimizar el dolor y el malestar asociado a los procedimientos médicos invasivos gozan de buen refrendo empírico, así como en el ajuste psicológico de los niños a la enfermedad y sus tratamientos, que forman parte de la adaptación del niño a las circunstancias que rodean al cáncer (Bragado, 2009).

Psicólogos, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de oncología pueden ser de gran ayuda para tranquilizarlos y apoyarlos. Se requiere de conocimientos técnicos y de la práctica clínica, que integra aspectos psicológicos y médicos de diversos tipos de cáncer, fases de la enfermedad, tratamientos, recursos asistenciales, variables personales de los pacientes y sus redes de apoyo (Cruzado, 2003).

A continuación se muestran los datos relativos al primer año de la Residencia en Medicina Conductual dentro del contexto hospitalario en el Hospital Juárez de México.

### **Descripción de la Sede**

El primer año de residencia se desarrolló en el Hospital Juárez de México ubicado en av. Politécnico Nacional 5169 Col. Guadalupe Salinas, en la Delegación Gustavo A. Madero. Es un hospital de tercer nivel ya que proporciona servicios de salud particularmente en el campo de la alta especialidad y cuenta con diversos servicios y especialidades (véase la tabla 1).

Tabla 1  
*Servicios y Especialidades del Hospital Juárez de México*

<b>SERVICIO</b>	<b>ESPECIALIDAD</b>
CIRUGÍA	Cirugía General
	Cirugía Cardiorácica
	Oftalmología
	Oncología
	Ortopedia y Trauma
	Otorrinolaringología
	Cirugía Plástica y Reconstructiva
	Urología
	Cirugía Maxilo Facial
	Quirófanos
	Endoscopia
	Trasplantes
	Anestesiología
	Neurocirugía

---

GINECOOBSTETRICIA	Ginecología Obstetricia Endoscopia Ginecológica Unidad de colposcopia y Displacías Biología de la Reproducción
PEDIATRÍA	Neonatología Medicina Pediátrica Terapia Intensiva Cirugía Pediátrica Urgencias Pediátricas
MEDICINA CRÍTICA	Urgencias Unidad de Cuidados Coronarios Unidad de Cuidados Intensivos Alimento Artificial
SERVICIO PARAMÉDICO	Enfermería Nutrición Trabajo Social Archivo Estadística Admisión Laboratorio Central Radiodiagnóstico e Imagen Banco de Sangre Patología
AUXILIO DIAGNÓSTICO	Medicina Nuclear Medicina Física y rehabilitación Neurofisiología
ENSEÑANZA	Departamento 1 Pregrado Departamento 2 Postgrado Departamento 3 Educación continua Extensión Académica Escuela de Enfermería Unidad Enlace Contable
INVESTIGACIÓN	Departamento 1 Investigación Clínica y Socioeconómica Departamento 2 Enfermedades Crónico Degenerativas Departamento 3 Investigación Experimental

---

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

El servicio de onco-pediatría se encuentra ubicado en el cuarto piso del hospital, con seis camas en la Sala de Hematología. Sin embargo, por la alta demanda del servicio (Interna) dentro del mismo piso y en ocasiones incluso se requiere del uso de los cuartos de aislados.

Se hace uso de camas del área de urgencias pediatría y cuenta con sala de quimioterapia ambulatoria en donde se da atención a un promedio de 8 a 10 niños al día aproximadamente. Hay un área destinada a la realización de quimioterapia por intratecal, (que se suministra a través del líquido cefalorraquídeo (LCR) a fin de destruir las células leucémicas que se pudieron haber propagado al cerebro y a la médula espinal) (American Cancer Society, 2013). Finalmente, se hace uso de un consultorio del servicio de Oncología en donde se lleva a cabo la consulta externa.

El servicio estaba bajo la dirección del Dr. F. M. García Rodríguez, y se realizan actividades conjuntas al Servicio de Hematología a cargo del Dr. J. Cruz Rico. El personal del servicio de Oncología pediátrica está constituido por dos médicos adscritos: Dr. G. Peñaloza González y la Dra. M. Velázquez Aviña. Además de los médicos adscritos hay uno o dos médicos residentes de medicina, una trabajadora social, dos enfermeras en cada sala y dos residentes de Medicina Conductual.

No existen rotaciones internas dentro del servicio; sin embargo, a consideración de los residentes y supervisores de medicina conductual, es posible llevar a cabo una rotación del Servicio de Onco-pediatría al servicio de hematología Adultos y viceversa.

## **Actividades Diarias**

En los últimos 20 años, en Latinoamérica, la psicología ha incursionado en el campo de la Salud, demostrando la importancia que tiene el tratamiento integral de las enfermedades crónicas (Méndez y Maya, 2011). La promoción de la salud se ha constituido como uno de los principales componentes de la salud pública (Tones, 2002).

En el campo tradicional de la salud mental, el rol de los psicólogos clínicos ha sufrido cambios notables en las últimas décadas. Desde el encasillamiento inicial del psicólogo como evaluador o psicómetra, hasta el papel actual en la mejora de condiciones como adhesión terapéutica y la calidad de vida, lo que ha generado un mayor protagonismo como profesional. Su papel como experto en el comportamiento le permite dar una nueva visión y perspectiva a los padecimientos llamados “mentales”. Desde el siglo XIX el modelo principal biomédico se centraba en la enfermedad, sin embargo, ha comenzado a emerger un modelo alternativo, que incorpora factores psicológicos y sociales (Marks y colaboradores, 2008).

Desde este esquema se busca insertar al psicólogo dentro del sistema sanitario, como un participante activo cuya labor va más allá de la contribución clínica, ya que busca alcanzar una mayor comprensión del fenómeno de la salud y su relación con diversos aspectos psicológicos y fisiológicos (Laviana, 1998).

Para aumentar el impacto del trabajo del psicólogo es preciso llevar a cabo alianzas con otras profesiones y disciplinas para alcanzar un abordaje verdaderamente integral de muchas de las preocupaciones más importantes de la sociedad (Brown et al., 2002). Algunos ejemplos incluyen el papel del estrés en el empeoramiento de condiciones de salud como el dolor, la hipertensión, y la depresión del sistema inmunológico, entre muchas otras.

De acuerdo a Levinton (1996) los psicólogos enfrentan tres retos para lograr el reconocimiento de sus intervenciones en el campo de la salud pública:

- 1) Traducir los efectos conductuales en implicaciones para la salud
- 2) Demostrar el costo-efectividad de las intervenciones psicológicas
- 3) Ampliar los efectos trabajando en una infraestructura pública.

Así, se requiere que la formación de los psicólogos en el campo de la salud se realice a través de programas de posgrado que formen especialistas en la prevención y atención de los problemas que afectan la salud pública (Borrell y Rovere, 2004) así como en la documentación sistemática del impacto de sus intervenciones.

El papel del psicólogo dentro de instituciones de Salud como el Hospital Juárez de México, se considera cada vez más importante dentro de diversos servicios, entre ellos se encuentra el de Hematología.

En un inicio se encontró al servicio de Hematología organizado, en buenas condiciones, con demanda respecto trabajo del psicólogo por parte del servicio médico. El personal de enfermería identifica la existencia del servicio de psicología, aún no lo reconoce por completo, sobre todo en la colaboración que pueden tener los psicólogos para facilitar procedimientos médicos. Se encontró buena disposición al trabajo del psicólogo por parte de la población atendida en el servicio (niños con leucemia y sus familias).

Entre las actividades diarias del servicio de Onco-pediatría se encuentran:

1. Asistir a sesiones con el servicio de Hematología tres veces por semana.
2. Pase de visita con el equipo multidisciplinario (medicina, trabajo social y enfermería)

3. Detectar las necesidades de atención a los pacientes.
4. Proporcionar asistencia psicológica a pacientes hospitalizados y ambulatorios que acuden a quimioterapia.
5. Evaluar a pacientes que entran a protocolo de trasplante de células hematopoyéticas (trasplante de médula ósea).
6. Preparar y discutir casos clínicos.
7. Buscar y preparar artículos científicos relacionados con el campo.
8. Elaborar y entregar reportes diarios y mensuales de productividad.
9. Acompañar en consulta externa a los médicos adscritos.
10. Acudir a sesiones académicas (viernes)<sup>1</sup>.
11. Acudir a la Sesión General llevada a cabo los días miércoles en el Auditorio del Hospital.
12. Estar presente durante la noticia de Diagnóstico a padres de pacientes onco-pediátricos

A continuación se describe la productividad del residente, que incluye el número de pacientes atendidos durante el primer año, así como algunas características sociodemográficas de los pacientes (edad, género, diagnóstico médico) y las principales intervenciones realizadas.

#### **d) Productividad**

De Marzo a Septiembre se atendió a 983 pacientes, incluyendo hospitalizados (la mayoría de pacientes atendidos) y de consulta externa (véase la tabla 2):

Tabla 2

*Pacientes atendidos en el Servicio*

<b>INTERNO/ EXTERNO</b>	<b>Frecuencia</b>
Hospitalización	799
Consulta externa	184
<b>Total</b>	<b>983</b>

<sup>1</sup> En las sesiones académicas se presentaban temas basados en artículos recientes de investigación sobre los padecimientos que se atendían. Los residentes de psicología lo hacen de artículos sobre la atención psicológica en dichos padecimientos.

Los pacientes atendidos en el Servicio de Oncopediatría correspondían a edades entre 1 y 18 años. Sin embargo, había algunos de 19 y 20 años, esto se debió a casos cuyo diagnóstico y tratamiento había empezado en la infancia y regresaban a causa de una recaída en la enfermedad por lo que el seguimiento de los mismos era dado por el servicio de oncopediatría (Ver tabla 3).

Tabla 3

*Pacientes atendidos por edades*

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>
1	52
2	90
3	102
4	56
5	51
6	49
7	60
8	40
9	99
10	52
11	23
12	36
13	34
14	84
15	60
16	68
17	16
18	1
19	9
20	1
<b>Total</b>	<b>983</b>

La mayoría de los pacientes eran del sexo masculino (Ver Tabla 4).

Tabla 4

*Pacientes por sexo*

<b>Genero</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Masculino</b>	650
<b>Femenino</b>	333
<b>Total</b>	<b>983</b>

El número de pacientes nuevos (los que acudían de primera vez) fue mucho menor que el de aquellos en atención subsecuente (Ver tabla 5):

Tabla 5

*Pacientes de nuevo ingreso y subsecuentes*

	<b>Frecuencia</b>
Primera vez	38
Subsecuente	945
<b>Total</b>	<b>983</b>

Respecto a los diagnósticos médicos vistos con más frecuencia se presentó en primer lugar la Leucemia Linfoblástica Aguda, siguiéndole en orden los tumores óseos, entre otros menos frecuentes (Ver tabla 6).

Tabla 6

*Frecuencia de Diagnósticos Médicos*

<b>DIAGNÓSTICO MÉDICO</b>	<b>Frecuencia</b>
Leucemia linfoblástica aguda	630
Otros Tumores óseos primarios (Osteosarcoma, sarcoma de Edwing)	210
Sarcomas de tejidos blandos en tronco y extremidades	106
Purpura trombocitopénica (ideopática y autoinmune)	14
Linfomas: Hodgking y No Hodgking	4
Anemia aplásica	1
<b>Total</b>	<b>983</b>

En función de las fases de la enfermedad y lo que éstas implican, se ajustaron los abordajes psicológicos. La adaptación a la enfermedad permite conocer el estado psicológico del paciente y establecer sus necesidades de atención. El éxito de una buena

adaptación a la situación de enfermedad va a depender de la apreciación que el niño haga de la situación, de su capacidad para expresar lo que siente, de sus habilidades para afrontar el cambio, de su personalidad y del apoyo familiar y social que se le pueda ofrecer (Blasco e Inglés, 1997).

Esta adaptación es crucial ya que el niño puede pasar por diversas fases dentro de su padecimiento (diagnóstico, tratamiento, recaída y fase libre de enfermedad), lo que le requerirá nuevas respuestas. Una de las situaciones más difíciles es explicarle al niño qué es lo que le pasa, es decir hablarle sobre la enfermedad o diagnóstico. Sin embargo, es prácticamente imposible evitar que el niño sepa que está gravemente enfermo, ya que a su alrededor existen diversos cambios como el estar separado de sus hermanos y amigos, la preocupación de su familia por su salud, nota cambios hacia él en la expresión emocional de sus cercanos que involucran una profunda tristeza y preocupación, etc.

Debido a esto hay un acuerdo general entre los profesionales de la salud sobre la necesidad de informar al niño en función de su edad, madurez y personalidad (Yelarnos, Fernandez y Pascual, 2011). Por ejemplo para un niño pequeño se busca informar en frases cortas y términos sencillos lo que le ocurre, mientras que para un adolescente se puede utilizar información más amplia y suele ser necesario atender sus preocupaciones sobre apariencia y relaciones sociales.

A lo largo del tratamiento, el niño con cáncer se expone a procedimientos estresantes, como radioterapia, quimioterapia, etc. La mayoría de ellos ha de enfrentar la hospitalización lo que puede convertirse en experiencia particularmente amenazante. La hospitalización supone cambios radicales, ya que el niño se encuentra en un entorno extraño, con nuevas rutinas (a menudo dolorosas) y personas que no conoce, y eso le hace sentirse solo, inseguro y temeroso, debido al desconocimiento de lo que va a pasar (Méndez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

Es muy importante preparar al niño para esta nueva situación, para que vaya asumiendo poco a poco los cambios y se habitúe a la rutina hospitalaria, que también incluye descanso impuesto en cama, disminución de su nivel de actividad, etc. La adecuada adaptación a la hospitalización puede producir en el niño un beneficio no sólo psicológico sino físico. Ofreciéndole apoyo emocional y una información adecuada es posible amortiguar el efecto del estrés e, incluso, ayudarlo a una pronta recuperación (Yelarnos, Fernández y Pascual, 2011).

Cuando el cáncer remite se encuentra en la fase libre de enfermedad en la que puede regresar al desarrollo de sus actividades normales, sin embargo continúa en vigilancia médica. Existen ocasiones en las que el cáncer regresa, fase de recaída, en donde se reinicia el tratamiento y se reducen las posibilidades de recuperación.

Estas fases se tomaban en cuenta como parte del diagnóstico psicológico, la mayoría de los pacientes del Servicio se consideraban en la fase de tratamiento que implicaba el inicio de la quimioterapia (Ver tabla 7).

Tabla 7  
*Diagnostico psicológico*

	<b>Frecuencia</b>
Fase de tratamiento	843
Fase de diagnóstico	58
Fase de recaída	39
Fase Libre de enfermedad	17
Episodios Depresivos (F32)	11
Fase terminal	7
Trastornos de Ansiedad (F40 y F41)	7
Trastornos adaptativos	1
<b>TOTAL</b>	<b>983</b>

Los abordajes psicológicos aplicados consistían principalmente en psicoterapia de apoyo, entrevista inicial, evaluación, entre otros procedimientos (Ver tabla 8).

Tabla 8  
*Abordajes psicológicos*

	<b>Frecuencia</b>
Psicoterapia de apoyo	928
Entrevista inicial	34
Evaluación	12
Historia clínica	2
Psicoterapia familiar	6
Intervención en crisis	1
<b>Total</b>	<b>983</b>

En la psicoterapia de apoyo se orienta al paciente para una mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias. Se hace énfasis en la movilización de sus fortalezas para reforzar su autoestima y estrategias de afrontamiento positivas (Alarcon, 2008). En el servicio se usaba para enfrentar del mejor modo crisis como al recibir el diagnóstico de

cáncer o ante recaídas, largas estancia hospitalaria, etc. La entrevista inicial genera información sobre la conducta de los pacientes y las condiciones que la rodean. Sirve para recoger datos relevantes, integrarlos en una descripción y formular un modelo para la explicación y predicción de problemas conductuales (Larroy y Crespo, 1998). La entrevista se realizaba durante la fase de diagnóstico o cuando ingresaban de primera vez al servicio e incluía a los padres. Esta última se llevaba a cabo en algunos casos de forma más detallada, por ejemplo para protocolo de trasplante de medula ósea). Estos mismos procedimientos se combinaban con otros abordajes psicológicos como la psicoterapia familia y la psicoterapia de apoyo (Ver Tabla 9).

Tabla 9

*Abordajes Psicológicos Secundarios*

	<b>Frecuencia</b>
Psicoterapia familiar	226
Psicoterapia de apoyo	29
Historia clínica	1
<b>Total</b>	<b>256</b>

Las técnicas psicológicas eran de tipo Cognitivo-Conductual incluían psicoterapia con la familia que consiste en una modalidad de interacción a través de encuentros didácticos o participativos en los que se abordan los problemas del paciente y la mejor forma de apoyarlo, se expresan las inquietudes del núcleo y se les orienta con vistas al refuerzo de la red de apoyo social (Clavijo, 2011). La psicoterapia familiar se utilizaba desde el proceso de diagnóstico con los padres, para conocer su estado emocional (ansiedad, manejo del estrés, dificultades en la adaptación), conciencia de la enfermedad, recursos tanto internos (estrategias de afrontamiento) como externos (redes de apoyo social) y posibles obstáculos durante el tratamiento.

La Terapia Cognitivo-Conductual incorpora tanto intervenciones conductuales encaminadas a establecer o modificar conductas y emociones disfuncionales, como intervenciones que modifican creencias disfuncionales del individuo (Gil, 1991). Se la ha definido como la aplicación clínica de la psicología fundamentada en principios y procedimientos validados empíricamente (González, 2000).

En el Servicio del Oncopediatría, otras técnicas incluían promover la *expresión emocional* de diversos cambios que experimentan los niños a lo largo de los procesos de diagnóstico y tratamiento. La expresión emocional se dirigía a mejorar la comprensión del niño de lo que sentía ante las situaciones que enfrentaba, se realizaba de manera conjunta con otras técnicas como la *terapia lúdica* (actividades de juego) que busca ayudar a los niños a expresar lo que les incomoda, cuando no poseen destrezas verbales que les permitan expresar pensamientos y sentimientos.

En ésta, a través del juego, el terapeuta puede ayudar al niño a desarrollar sus carencias emocionales y sociales al aprender comportamientos adaptativos en relación con su manejo emocional (Pedro-Carroll & Reddy, 2005). Por ejemplo se les explicaba a través de cuentos aspectos relacionados con la hospitalización; usando juguetes médicos ellos repetían los procedimientos médicos explicando lo que era necesario para el “paciente” dentro del tratamiento. Otras técnicas incluyeron la inducción verbal de que el dolor iba a pasar más rápido si pensaban en algo agradable o realizando alguna actividad que disfrutara como dibujar o colorear (distracción) ya relajarse si respiraban “con la pancita” (respiración diafragmática).

La psicoeducación proporciona información específica acerca del interjuego entre emociones, creencias, conductas y el padecimiento mismo, e información sobre la enfermedad. También busca entrenar al paciente en técnicas que le ayuden a afrontar el problema (Hogarty, 1991). También incluye la interacción entre el paciente y sus familiares y amigos y con los integrantes del equipo de salud (Rascón, Hernández, Casanova, Alcántara y Sampedro, 2013). Para ello se acompañaba a los padres durante la comunicación del diagnóstico por parte del médico, se exploraba el estado emocional y la conciencia de enfermedad de los padres a partir de la noticia. Con el niño se aplicaba psicoeducación a través de actividades de juego, buscando ayudarlo a que entendiera su enfermedad, facilitar su estancia hospitalaria, tolerar efectos secundarios de los tratamientos, principalmente la quimioterapia.

El proceso de *solución de problemas* consiste en cinco pasos y busca, entre otros objetivos, evaluar las consecuencias de soluciones a corto plazo y sugiere respuestas alternativas útiles a largo plazo; también es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones. Siendo este su principal función ya que se utilizaba para apoyar a los padres en la toma de decisiones; por ejemplo en cómo hablar con la familia sobre la enfermedad, cómo cuidar a sus otros hijos mientras ellos estaban en el hospital, cuándo existía algún riesgo por los procedimientos médicos, por qué y cómo otorgar algún consentimiento, etc.

Entre los niños las técnicas tendían más a lo conductual como la economía de fichas, que es un conjunto de procedimientos y reglas que definen las interrelaciones entre las conductas específicas que obtienen fichas y los reforzadores por los que se pueden cambiar, y que tiene como función modificar la conducta. Y en muchas de las técnicas incluyen *autoobservación* y su *autorregistro* que son formas de obtener información precisa en el momento en que ocurre de la conducta y otros eventos que son objeto de evaluación. Dichas técnicas eran usadas principalmente para monitorear el estado de ánimo, el dolor o malestar percibido, apego al tratamiento, y el reforzamiento de conductas positivas (Caballo, Valenzuela, Anguiano, Iruña, Salazar, López, 2006).

A continuación se muestran las principales técnicas psicológicas utilizadas en las intervenciones (Ver Tabla 10).

Tabla 10

*Técnicas psicológicas usadas (frecuencia simple) en intervención con los pacientes*

	<b>Frecuencia</b>
Expresión de emociones	323
Distracción	229
Psicoeducación	72
Modificación de conducta	51
Validación emocional	46
Terapia lúdica	43
Solución de Problemas	42
Automonitoreo de emociones	38
Registros conductuales	36
Reestructuración cognitiva	25
Solución de problemas	17
Balance decisional	16
Contención emocional	16
Counseling	16
Respiración diafragmática	14
Relajación autógena	7
Imaginación guiada	4
Desensibilización sistemática	2
Asertividad	3
Juego de roles	1
Intervención en crisis	1

Dentro de las técnicas de autorregulación se encuentran la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva profunda "autógena" (inducida verbalmente) e imaginación guiada, que acompañaban a otras técnicas como la desensibilización sistemática. Las técnicas de expresión emocional incluían validación, contención y auto monitoreo de emociones durante la intervención en crisis. Entre las habilidades se buscaba desarrollar habilidades sociales que incluían la asertividad y habilidades para la toma de decisiones (a través de la técnica de solución de problemas y el balance decisional). Además se aplicaban técnicas como la modificación de conducta, la distracción conductual, los registros conductuales, el juego de roles y habilidades de pensamiento como la reestructuración cognitiva. Finalmente se aplicaban otras técnicas como el counseling, la psicoeducación y la terapia lúdica. Estas técnicas eran aplicadas de manera conjunta con otras (Ver tabla 11).

Tabla 11

*Técnicas psicológicas usadas de manera conjunta en la intervención con los pacientes oncopediátricos*

	<b>Frecuencia</b>
Expresión de emociones	99
Terapia lúdica	60
Modificación de conducta	40
Contención emocional	33
Registros conductuales	22
Respiración diafragmática	20
Validación emocional	20
Auto monitoreo de emociones	17
Imaginación guiada	9
Solución de problemas	8
Counseling	7
Toma de decisiones	4
Distracción	3
Técnicas de exposición	2
Rol playing	2
Desensibilización sistemática	2
Relajación muscular progresiva	1
Relajación autógena	1
Psicoeducación	1
Intervención en crisis	1
Habilidades sociales	1

Las características de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos pueden alterar de forma significativa el bienestar del niño y su familia, por lo que se hacía énfasis en orientar la intervención para reducir el impacto emocional del cáncer y facilitar la adaptación del enfermo y sus familiares a la nueva situación (Méndez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

El equipo de oncología puede orientar a los pacientes y a sus familiares, ayudándoles a soportar el sufrimiento y a afrontar tanto la incertidumbre como los cambios impuestos por el cáncer y su tratamiento. También se busca sustituir el miedo, la ignorancia y la confusión por empatía, comprensión e información es una meta fundamental en el proceso de ayudar a un niño con cáncer y a su familia a afrontar la enfermedad (Yelarnos, Fernández y Pascual, 2011).

En seguida se muestran tres estudios de caso correspondientes a algunos de los pacientes atendidos durante este año de residencia. Se presentan en secciones los datos clínicos, el análisis y descripción de conductas problema, los antecedentes heredofamiliares y personales, la dinámica familiar, y otros datos relacionados con la problemática actual. Se describe el análisis y descripción de las conductas problema, los objetivos del tratamiento, las técnicas de intervención y la evolución que tuvo cada caso.

## E) CASOS CLÍNICOS

### E.1 CASO 1

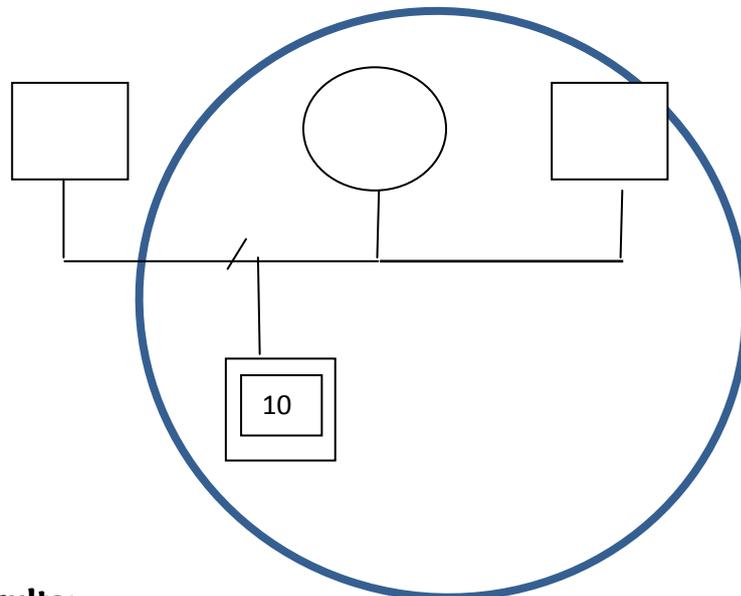


## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE PSICOSOCIOLOGÍA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL REPORTE DE CASO CLÍNICO

### I. Ficha de Identificación

<b>Nombre:</b> <u>MHV</u>	<b>Sexo:</b> <u>masculino</u>
<b>Edad:</b> <u>10 años</u>	<b>Nivel de estudios:</b> <u>Primaria</u>
<b>Estado civil:</b> <u>soltero</u>	
<b>Lugar de origen:</b> <u>Los Reyes la Paz, Hidalgo.</u>	
<b>Dx médico:</b> <u>LLA-L2</u>	

### II. Familiograma



### III. Motivo de consulta:

El paciente MHV, en adelante M, de diez años de edad al momento de recibir atención psicológica es atendido por el servicio, debido a que hace dos años y medio a partir del diagnóstico Leucemia Linfoblástica Aguda- L2 se le ha dado seguimiento por parte del servicio; sin presentar problemas aparentes; sin embargo, a partir de febrero de este año se le otorga pase para consulta a psiquiatría para valoración.

La madre reporta en las primeras entrevistas que ya no sabe qué hacer con M, debido a las conductas problemáticas que presenta en casa, tales como la falta de seguimiento de reglas establecidas.

#### **IV. Análisis y descripción de conductas problema:**

Las conductas problema, se manifiestan a nivel **conductual** ya que presenta conductas agresivas y disruptivas, como el no seguir reglas, molestar a otros, y llevar a cabo actos sin medir las consecuencias para su seguridad, ni para la de los otros, dando como resultado accidentes; se muestra desafiante ante personas de autoridad. A nivel **afectivo** presenta irritabilidad. En cuanto a **pensamientos** manifiesta que no le importa lo que le digan respecto a lo que hace.

#### **V. Antecedentes Heredo familiares: Negados**

#### **VI. Antecedentes personales patológicos:** Aunado al diagnóstico de Leucemia presenta problemas por dermatitis.

#### **VII. Dinámica familiar:**

La madre refiere que tiene una mala relación con M debido a que este no le obedece, le grita e incluso en ocasiones ha tenido conductas agresivas para con ella. Además con la anterior pareja de la madre, M llevaba una buena relación. Se colige que con la pareja actual M tiene una mala relación, ya que se muestra molesto y se niega a hablar respecto a él.

Proviene de una familia desintegrada y disfuncional. Con escasa red de apoyo social, ya que únicamente cuenta con su madre adoptiva, quien es su cuidadora primaria y con contacto nulo en cuanto a sus padres biológicos.

#### **VIII. Historia del problema**

La historia del problema comienza antes de que se presentara la enfermedad; debido a que desde que nació su madre biológica lo regala 15 días después de nacido con la señora EVL quien es la madre adoptiva actualmente, situación que es conocida por M. Durante ese tiempo M es criado por ella y por su esposo con el que contaba en ese entonces. La EVL nunca ha marcado límites para el paciente, e incluso EVL menciona que después de haberle hecho saber que no es su madre biológica, previendo que se pudiera enterar por algún otro miembro de la familia, M le dice que ella no la puede regañar debido a que ella no es nadie.

Esta situación se exagera a partir de que madre recibe el diagnóstico de LLA- L2 debido a que EVL tiende a protegerlo más y a continuar sin ponerle límites. A pesar de que el

tiempo de evolución de la enfermedad de M es de dos años y medio, no es hasta febrero del presente año que se le otorga pase a psiquiatría por parte del servicio.

Aunado a esto la señora EVL inicia relación con otra pareja, ante la cual M muestra rechazo y enojo. Además de que ha tenido accidentes de manera continua siendo los más recientes en el mes de marzo y consistiendo en una cortadura en mano izquierda por arma blanca (machete) y lesión por fractura en brazo derecho, razones por las que ha tenido que acudir al área de urgencias del hospital. EVL reporta que M ya había tenido otros accidentes anteriormente; sin embargo no eran tan notorios como los presentados actualmente.

Ante estos eventos M no ha recibido ninguna reprimenda, recibiendo en cambio mayor atención tanto por parte de la madre, como del personal médico.

#### **IX. Impresión y Actitud General:**

Impresiona clínicamente con una inteligencia normal, en un inicio se muestra con poca disposición para el trabajo terapéutico.

#### **X. Examen mental:**

Al examen mental paciente de constitución meso mórfica, en estado de alerta, con edad aparente igual a edad cronológica, tiempos de reacción adecuados, orientado en las tres esferas, discurso monosilábico.

Procesos concentración y memorias sin alteraciones, pensamiento concreto, poca atención. Presenta labilidad hacia enojo. Sin conciencia de enfermedad.

#### **XI. Problemática actual:**

M ha continuado con conductas de alto riesgo con respecto a su seguridad e integridad, constantes desafíos ante las figuras de autoridad, aplanamiento afectivo y conductas disruptivas con los pacientes con quien comparte sala durante la aplicación de la quimioterapia. Además de estar en espera de valoración en psiquiatría. A continuación se presenta el Análisis funcional de la conducta a través del esquema EORC (Ver Tabla 1), en donde se muestran de manera concreta las variables que interactúan en la problemática actual de M, así mismo se muestra el plan de tratamiento, especificando los objetivos de la intervención y las técnicas para el abordaje psicológico (ver Tabla 2).

Tabla 1

*Análisis Funcional de la Conducta*

<b>Estímulo</b>	<b>Organismo</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Consecuencias</b>
<i>Externos</i>	<i>Biológicas</i>	<i>Cognitiva</i>	<i>Corto plazo</i>
- Cuando esta con la madre en casa	Diagnóstico de LLA-L2	Rechazo a seguir los límites que le impone la familia justificado por situación de adopción	<i>externas</i> Madre le da lo que pide
- Cuando se habla respecto a pareja actual de la madre	Habilidades y deficiencias	Nula conciencia de enfermedad	<i>Largo plazo</i> <i>externas</i> Madre le presta más atención ante la conducta disruptiva reforzando las conductas
- Cuando está con otros niños (quimioterapia)	✓ Entiende instrucciones ✓ Capacidad de aprendizaje	<i>Conducta de Interés</i> Muestra diferentes conductas disruptivas y autolesiones	Mayor atención por parte de personal sanitario (médicos)
<i>Historia del problema</i>	⊗ Pocos recursos cognitivos	<i>Motor</i> Grita	
Abandono por parte de madre biológica	⊗ Dificultad para fijar la atención	Se niega a cumplir reglas Discute con adultos (madre)	Madre no le llama la atención y no maneja límites
Separación de padres adoptivos		Arrebata cosas a otros niños <i>Golpea objetos</i>	Madre lo cuida cuando se lastima
Falta de manejo de límites		No realiza las actividades que se le piden	<i>Evade realizar tareas</i>
		<i>Afectivo</i> Irritabilidad	

Tabla 2  
*Objetivos y Técnicas de Intervención*

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN POTENCIALES
Eliminar conductas disruptivas	Modificación de Conducta
Adquisición de conductas más adaptativas y seguimiento de reglas	Contrato conductual
Inicio de tratamiento médico	Valoración y seguimiento por psiquiatría
Establecimiento de límites por parte de la madre	Modificación de conducta por programas de reforzamiento, establecimiento de reglas y análisis funcional del conducta.

## **XII. Evolución**

En este caso se canalizó al niño al servicio de psiquiatría, la relación con la madre mostró pequeños cambios (le contestaba menos, era más obediente, se portaba más cariñoso) además de que continuó con su tratamiento médico contra el cáncer, sin embargo el seguimiento fue dado por las residentes del siguiente año de la maestría.

Durante la intervención con el niño se observó que al principio mostraba resistencia a la presencia de las psicólogas en comportamientos como no hacer contacto visual, alejarse o voltearse, cruzarse de brazos, no responder a las preguntas que le hacían las psicólogas, sin embargo sí respondía a las quejas que hacía su mamá sobre su conducta con ellas.

Durante las sesiones de quimioterapia en que el niño debía permanecer aproximadamente seis horas en el hospital, las psicólogas por aproximaciones sucesivas iban aumentando el tiempo que permanecían con él, interviniendo también gradualmente en sus juegos. M empezó a aceptar sus sugerencias y fue posible intervenir cognitivamente con los objetivos del tratamiento como la modificación conductual, a través del reforzamiento de conductas deseadas. Por ejemplo cuando convivía con otros niños sin quitarles sus cosas o las pedía, cuando participaba en algún juego o actividad respetando las reglas, y cuando obedecía a su mamá durante su tratamiento, se le reforzaba y alentaba con reconocimiento verbal o se le entregaba algo que le gustara como calcomanías y dibujos con los que podía trabajar de manera independiente y poco disruptiva.

Fuera del hospital se mantuvieron las contingencias anteriores con el apoyo de la madre a quién se le instruyó sobre la consistencia en el establecimiento de reglas y consecuencias, y se logró que éstas se establecieran en casa, se le asignaron deberes en casa, se vigilaba el cumplimiento de tareas, se ponía atención y reforzaban los momentos en los que estaba tranquilo y hablaba con su madre sin gritarle.

Si bien no fue posible realizar registros o autorregistros debido a que la atención se continuó en el servicio de psiquiatría, se cuenta con datos de validación social (Kazdin, 2011) por parte de la madre y médicos tratantes en el servicio de oncología. La noción de validación social es designada para asegurar que las intervenciones toman en cuenta las preocupaciones de la sociedad y los consumidores de las intervenciones (los padres, los maestros, y los pacientes).

La madre refiere que el niño se mostraba más tranquilo en casa, le respondía menos, se mostraba más obediente aunque aún había ocasiones en las que no cumplía con algunos deberes en casa.

Por parte de los médicos los cambios fueron respecto a la ausencia de hospitalizaciones por accidentes en casa, la adherencia a sus citas médicas y mejora del comportamiento con adultos y otros niños durante las quimioterapias. Se considera que los resultados son atribuibles tanto a la mejor comprensión, disposición y adopción de las estrategias que se enseñaron a la madre, en el niño a que aprendió otras estrategias para alcanzar sus objetivos como tener atención y convivir con otros niños, y al tratamiento medicamentoso que recibió por parte del servicio de psiquiatría.

## E.2 CASO 2



### HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE PSICOONCOLOGÍA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL REPORTE DE CASO CLÍNICO

#### I. Identificación del paciente.

Nombre: JPC

Sexo: Femenino

Edad: 9 años

Ocupación: estudiante

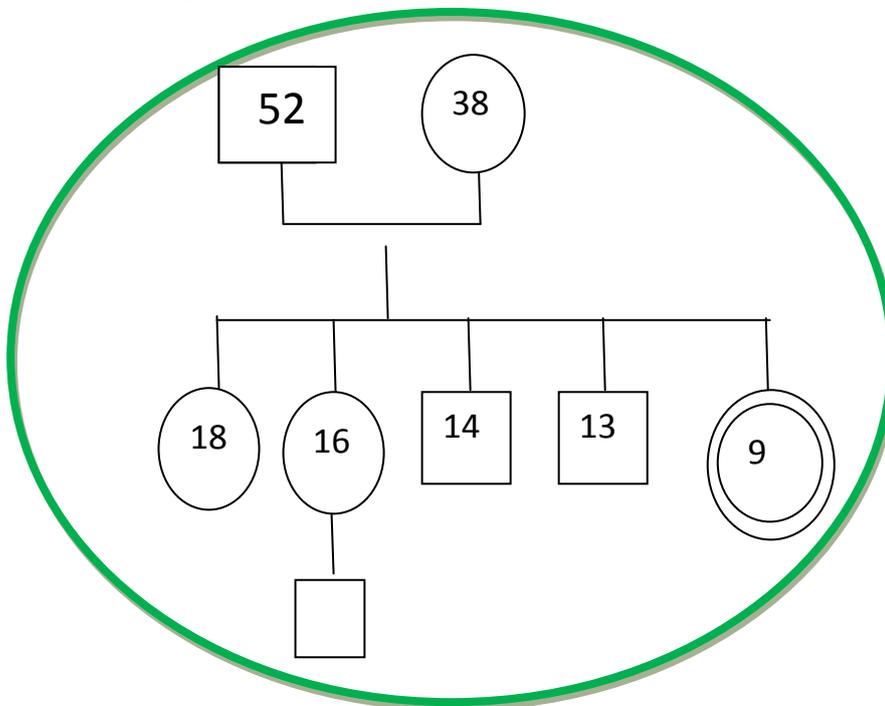
Procedencia geográfica: Iztapalapa, D.F.

Nivel de estudios: 3º de primaria

Dx médico: LLA-L2

Religión: católica

#### II. Familiograma



#### III. Motivo de consulta

La paciente, en adelante J, es atendida a partir de diagnóstico de Leucemia en el mes de mayo, razón por la cual cursa con larga estancia hospitalaria, aunado a lo anterior los adscritos demandan la atención psicológica, debido a que casi al final de su primer ciclo de quimioterapia presenta fiebre y debe permanecer más tiempo, ante lo que J se muestra desesperada, presenta ideas delirantes en relación a la muerte durante estado febril.

Posteriormente aunque J evoluciona favorablemente frente a tratamiento médico, ella refiere múltiples malestares físicos (cefalea, dolor de espalda, dolor en extremidades inferiores).

#### **IV. Análisis y descripción de conductas problema:**

A nivel **conductual** retardo psicomotor e inactividad (disminución de actividades físicas y en el habla), disminución de conductas de auto cuidado, aislamiento; a nivel **cognitivo** pensamiento evitativo, pesimismo, ideas de muerte, a nivel **afectivo** con irritabilidad, tristeza, disforia, apatía, pérdida de interés hacia el juego y hacia la familia, a nivel **fisiológico** disminución de la energía, en general cansancio, somnolencia diurna, cefalea, malestares físicos (dolor de espalda, extremidades inferiores y cadera), y delirio debido a fiebre.

#### **V. Antecedentes heredo familiares**

Madre de 38 años dedicada al hogar, unión libre, sana. Padre de 52 años, actividad fotógrafo con cardiopatía se desconoce el tipo. Cuatro hermanos sanos físicamente, dos hermanas con antecedentes de intento de suicidio.

#### **VI. Antecedentes personales patológicos**

Varicela a los 8 años de edad, sin antecedentes de hospitalizaciones, antecedentes quirúrgicos, ni antecedentes traumáticos y alérgicos.

#### **VII. Dinámica familiar**

La madre reporta que previo a la enfermedad de J había una mala relación con su esposo existiendo violencia cruzada tanto física como psicológica y separación durante un año anterior a la enfermedad de J. También había problemas debido al desacuerdo del esposo ante embarazo y nacimiento de nieto por parte de su hija de 16 años (situación que coincide con la recepción de diagnóstico de Leucemia).

Aunque viven juntos actualmente existe escaso apoyo tanto social como económico por parte del esposo, por lo que la madre y la hermana mayor son quienes aportan ingresos económicos.

La paciente comenta que prefiere la compañía de su madre durante su estancia hospitalaria siendo ella la cuidadora primaria. A raíz de la enfermedad el padre se acerca más a J.

En cuanto a la relación con sus hermanos (siendo cuatro y dentro de los cuales es la menor) tanto la madre como J refieren que esta había sido buena. Sin embargo a raíz de la disminución del estado de ánimo la paciente refiere que “no quiere ver a nadie” y que

hubiera deseado “ser hija única” (sic. pac.)  
Se aprecian redes de apoyo social escasas.

### **VIII. Historia del problema**

A raíz del diagnóstico la madre es quien pasa la mayor parte del tiempo con ella. Sin embargo, el padre que antes había sido periférico, visita ocasionalmente a J, mientras que continúan los problemas entre él y su esposa. Además de coincidir el momento del diagnóstico de LLA-L2 con nacimiento de su sobrino por parte de su hermana de 16 años.

El problema comienza casi al finalizar su primer internamiento, debido al cuadro febril a raíz del cual presenta delirios con contenido en relación a la muerte, “ya no quiero vivir, ya no quiero sufrir” (sic. pac.) e incluso refiere a su madre deseos de morir “Dios ya se la va a llevar y que por eso le mando su sobrino” (sic. madre).

Una vez que cede la fiebre J continua con ideas en relación a la muerte, refiere dolor, desesperación ante la estancia hospitalaria y ante los procedimientos médicos “ya no quiero estar aquí”. (sic. pac.). Muestra irritabilidad e indiferencia ante el ambiente y apatía.

A pesar de su evolución favorable ante el tratamiento por quimioterapia, presenta inactividad, se niega a levantarse de su cama y hacer actividades como bañarse.

Debido a lo anterior se realiza interconsulta al servicio de psiquiatría para valoración y manejo, el cual recomienda inicio de tratamiento médico con fluoxetina, tratamiento que se retrasa debido a la falta de medicamento, el cual se inicia hasta que J es dada de alta y actualmente continúa con él. Posteriormente acude a quimioterapia ambulatoria mostrando ligera mejoría en el estado de ánimo, se continúa con seguimiento psicológico.

### **IX. Impresión y actitud general**

Impresiona clínicamente con una inteligencia normal, posterior a estado febril se mostraba poco cooperadora a la entrevista, ante el último internamiento (14 de julio) se muestra con mejor disposición ante el abordaje terapéutico.

### **X. Examen mental**

Al examen mental paciente de constitución ectomórfica, con edad aparente igual a la edad cronológica, tiempos de reacción enlentecidos, orientada en las tres esferas (espacio, tiempo y persona); con discurso monosilábico, afecto hipotímico.

Procesos de atención, concentración y memorias conservadas, pensamiento concreto, juicio lógico, estilo de afrontamiento evitativo, red de apoyo social y recursos económicos escasos.

## **XI. Problemática actual**

Actualmente J ha continuado acudiendo a su tratamiento médico con quimioterapia, sin dificultades durante último internamiento. Sin embargo, a partir del alta comenzó tratamiento farmacológico prescrito por psiquiatría, pero los padres no han acudido a sacar su cita para seguimiento, por lo que se prevé probable recaída. Además de que de acuerdo a lo que refiere la madre; el padre continúa sin brindar apoyo a J lo podría causar retrasos y a la larga poner en riesgo el tratamiento médico.

A continuación se muestra el Análisis Funcional de la Conducta el cual permite recabar información sobre las conductas a nivel motor (que hace), cognitivo (que piensa), fisiológico y afectivo (que siente), así como el entrono que la rodea y su interacción con el mismo (ver Tabla 1), delimitado la problemática actual y lo que la mantiene. Posteriormente se presentan los objetivos de tratamiento establecidos para este caso, incluyendo las técnicas que se desprenden de cada uno (ver Tabla 2).

Tabla 1

*Análisis y Descripción de las conductas problemáticas*

<b>Estimulo</b>	<b>Organismo</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Consecuencias</b>
<i>Externos</i>	<i>Biológicos</i>	<i>Conducta de Interés:</i>	<i>Corto plazo externas</i>
- Cuando se le informa que debe permanecer por más tiempo en el hospital	- Dx de LLA-L2.	- Indiferencia al ambiente, es decir, sin interés por actividades	- Evitación de actividades
- Cuando su madre le pide que coma o se levante	Historia de reforzamiento de estilo de afrontamiento evitativo por parte de madre y hermanas	- Poca cooperación ante contacto con madre y personal sanitario.	- Recibe atención constante por parte de madre
- Cuando se le realiza algún procedimiento médico			<i>Corto plazo internas</i>
- Cuando tiene algún dolor físico	<i>Habilidades y deficiencias</i>	<i>Cognitiva</i> Miedo a sufrimiento y a la muerte	- Mantenimiento de síntomas depresivos
<i>Internos</i>	✓ Capacidad de aprendizaje	<i>Fisiológica</i>	<i>Largo plazo externas</i>
- Cuando piensa que no se va a recuperar	✓ Expresa necesidades	Llanto	
- Cuando piensa que nunca va a salir del hospital	⊗ Dificultad para generar sus propias estrategias de solución	Debilidad muscular	- Interferencia en la recuperación física
<i>Historia del problema</i>		<i>Motor</i>	- Acercamiento de madre
- Problemas en la dinámica familiar		Gritar	- Duerme durante el día
- Violencia cruzada física y psicológica entre los padres.		Aislamiento	- Evita hablar y moverse
- Intento de suicidio por parte de ambas hermanas.		Inquietud	
- Embarazo de hermana de 16 años.		<i>Afectivo</i> Tristeza Irritabilidad Desesperación	

Tabla 2

*Objetivos y Técnicas de Intervención*

<b>OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN POTENCIALES</b>
✓ Apego a tratamiento médico y psiquiátrico	Psicoeducación Monitoreo del Estado Emocional
✓ Disminución de síntomas depresivos y mejora del estado de ánimo	Activación Conductual Distracción Conductual Terapia Lúdica Técnicas de Autorregulación Emocional
✓ Despliegue de recursos personales frente apoyo social escaso	Desarrollo de Habilidades Sociales
✓ Fomento de estilo de afrontamiento activo y de la expresión emocional	Validación emocional Técnicas de Autorregulación Emocional Entrenamiento en Asertividad

## **XII. Evolución**

En este caso remitieron los síntomas de depresión y el tratamiento psiquiátrico fue suspendido por mejoría, únicamente se dio seguimiento para prever recaída y mantener los cambios. Para ello se trabajó a través de la activación conductual, se realizaban actividades dentro de las posibilidades de J tales como sacarla a pasear en el pasillo en silla de rueda, realizar alguna actividad que disfrutara como el jugar con una muñeca y la expresión emocional se motivaba a J para que pudiera manifestar lo que sentía frente a las situaciones y facilitarle la asimilación de las mismas, además de ir monitoreando su estado de ánimo. Así mismo se aplicaban técnicas de relajación, entre ellas respiración diafragmática, imaginación y relajación autógena, por lo que J era capaz de autorregularse. Antes de ser dada de alta de su primer internamiento J muestra mejoría y el tratamiento farmacológico es iniciado una vez que J es dada de alta.

Además se logró la adaptación a la estancia hospitalaria lo cual mejoró el apego a los tratamientos médicos, ante los que J se mostraba más cooperadora retomando conductas de auto cuidado como el empezar a comer nuevamente, la asistencia a sus internamientos y a sus citas médicas, para lo cual se trabajó con técnicas de psicoeducación tanto con ella como con los padres. Lo anterior también se notaba en su convivencia con otros niños, ya que se mostraba más sociable, con mejor estado de ánimo y con mayor disposición para realizar y participar en actividades como el participar en algún juego ya fuera de manera individual o con otros niños, aplicando la distracción conductual y la terapia lúdica.

Así mismo se reforzó el apoyo social por parte de la madre e incluso el padre se involucró y participó más en el tratamiento médico acompañando y visitando a J, lo cual a su vez también tuvo un impacto positivo en su estado de ánimo. Con los padres se aplicaron algunas técnicas como la solución de problema para situaciones identificadas por ellos como el aspecto económico, la falta de comunicación entre ellos, además de estrategias de asertividad, además se fomentó la comunicación entre la familia y el personal médico. J creó redes de apoyo propias con sus compañeros de tratamiento, se mostraba más sociable y platicaba con ellos. Tenía menos dificultad para reconocer y expresar sus emociones fomentando además ella misma esa expresión en otros niños y se volvió más participativa durante sus tratamientos médicos, haciéndoles preguntas al personal sanitario sobre sus dudas, el tiempo que iba a permanecer en el hospital e incluso se aprendía el nombre de los medicamentos que le iban a aplicar.

Aunque no se cuentan con registros y apoyados en la validación social, la madre refiere que J se mostraba más tranquila al acudir al hospital, que no había vuelto a referir ideas de muerte, y que platicaba más con ella y con su padre, además se mostraba contenta cuando regresaba a casa, convivía con sus hermanos y disfrutaba de estar con su sobrino.

Los médicos del servicio referían que había mostrado mejoría en su estado de ánimo aun antes de iniciar el tratamiento, y que se le notaba más tranquila durante su estancia en el hospital, además de que habían disminuido los malestares físicos y J ya no se quejaba.

Por lo que se puede considerar que su evolución fue favorable y que se encontraba estable, sin embargo debido a que se encontraba en fase de tratamiento el seguimiento fue dado nuevamente por las residentes del siguiente año de medicina conductual.

### E.3 CASO 3

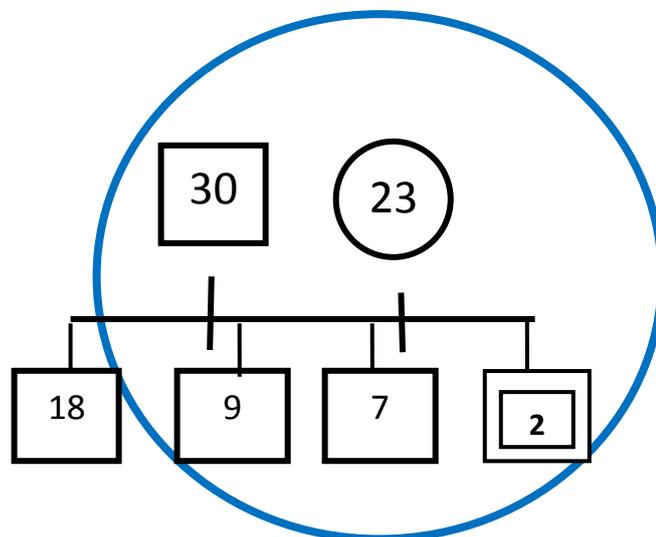


## HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE PSICOONCOLOGÍA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL REPORTE DE CASO CLÍNICO

### I. Identificación del Paciente

Nombre:	BAEA	Sexo:	masculino
Edad:	2años, 6 meses	Religión:	católica
Procedencia geográfica :	Naucalpan, Estado de México.	Radica:	Naucalpan, Estado de México
Dx médico	LLA-L2		

### II. Familiograma



### III. Análisis del Motivo de consulta

El paciente BAE, al que en adelante se denomina B es atendido a partir de que está en fase de diagnóstico de Leucemia, ante lo cual presenta ansiedad reactiva ante el ambiente hospitalario manifestada como llanto e intolerancia a tener que permanecer sólo y ante la estancia hospitalaria. Así mismo se muestra poco cooperador ante los procedimientos médicos y ante el abordaje psicológico. Lo cual a

su vez ha motivado a que el personal médico demande atención y solicite información por parte del servicio de psicología.

#### **IV. Análisis y descripción de conductas problema:**

Las conductas problema se manifiesta a nivel **fisiológico** por: llanto, respiración agitada, tensión muscular. A nivel **conductual** se manifiestan por: intranquilidad, inquietud, gritos, trata de huir, verbalizaciones que expresan deseo: “vete, no”, lanza objetos, golpea objetos. Y a nivel **afectivo** como Irritabilidad

#### **V. Antecedentes heredo familiares**

Madre de 34 años, niega toxicomanías y enfermedades crónicas degenerativas. Portadora de Virus de Papiloma Humano actualmente en control.

Padre de 32 años, padece de asma desde la infancia, actualmente en control. Fuma eventualmente. Alcoholismo positivo ocasional.

Hermano de 7 años asmático en tratamiento

#### **VI. Antecedentes personales patológicos**

Presente varicela al año de edad

A los 4 meses presenta bronquiolitis. En diciembre del año pasado presenta bronconeumonía. Sufrió dos caídas (de una silla, y de la cama) posterior a las cuales presentó llanto y desmayo (a los ocho meses y al año), razón por la cual madre lo lleva a Neurólogo, reportando este que se trataba de un espasmo de sollozo, sin embargo no se le indicó ningún medicamento. Así mismo sufrió un golpe en la cabeza (hace un mes).

Niega antecedentes alérgicos, transfusiones, o quirúrgicos.

#### **VII. Dinámica familiar**

La madre comenta que B tenía una buena relación con ella debido a que es con quien estaba la mayor parte del tiempo. El padre comenta que también su relación con B es buena sin embargo, no pasaba mucho tiempo con él debido a su trabajo.

Así mismo la madre refiere que la relación de B con sus hermanos es regular debido a que por lo general pelean por los juguetes y no lo incluyen en los juegos, además de que hermanos se quejan de B, la madre comenta que esto es debido a que ellos tienen que recoger las cosas que B tira.

La madre no había marcado límites claros en casa por lo que se le daba a B todo lo que pedía.

Además también convive con los abuelos maternos, sin embargo, anterior a la hospitalización no solía interactuar con otras personas “acostumbra a jugar solo”, “no hay otros niños con los que juegue” sic madre.

## VIII. Historia del problema

El padre reporta que tanto el cómo su esposa acuden al Hospital General de Naucalpan con B debido a que este sufrió golpe en la cabeza el pasado miércoles 16 de septiembre, a partir de dicho evento presenta fiebre por lo que es referido al Hospital Infantil de México Federico Gómez, en dicho lugar permanece 2 días durante los cuales se contempla la posibilidad de que presente Leucemia. La madre reporta que es a partir de estos días en los que B comienza a mostrarse inquieto, con llanto y gritos ya que es revisado por varios doctores al mismo tiempo.

A partir de ahí es referido al Hospital Juárez de México en el que es atendido actualmente por el diagnóstico de LLA-L2, cubriendo una estancia hospitalaria de un mes aproximadamente durante la cual ha continuado mostrando llanto e inquietud en un inicio se presentaba cuando se acercaba alguien del personal médico, aun cuando no lo revisaban. Y emitía verbalizaciones como vete, no, adiós. Ante lo que el personal reacciona en ocasiones alejándose de él. Actualmente ocurre con mayor frecuencia durante el pase de visita, cuando hay personas a su alrededor y cuando está la madre con él, a diferencia de lo que pasa cuando está el padre. Así mismo si se le da algún objeto lo avienta o golpea cosas.

Ante algún procedimiento médico o chequeo, se mostraba poco cooperador en un inicio, ya que se movía dando como resultado que la madre tuviera que agarrarlo cuando lo inyectaban, mostrándose B molesto con ella. En ocasiones el personal de enfermería también se le ha dificultado acercarse a B ante la realización de procedimientos.

También muestra intolerancia a quedarse sólo, por lo que tanto el padre como la madre (quiénes son sus cuidadores primarios han permanecido con él la mayor parte del tiempo) y mencionan que “aunque ya pueden realizar más actividades como salir al baño o realizar otros trámites no se quedan tranquilos” (sic madre). En dos ocasiones B se ha levantado y ha tratado de bajarse de su cuna.

Madre comenta que anterior a la experiencia de hospitalización B nunca ha permanecido solo y que no se le han puesto límites, ya que cuando se le ponía algún castigo por ejemplo si se le quitaba un objeto o no se le daba alguna cosa que pedía cuando lo señalaba comenzaba a llorar, o gritar, por lo que finalmente se le entregaba lo que pedía y no obedecía a lo que se le decía.

En últimas fechas ha estado con fiebre y neutropenia lo que ha alargado la estancia hospitalaria y el día martes sufrió dos convulsiones encontrándose en estudio actualmente en la unidad de terapia intensiva. Se identificó plaquetopenia (baja en el número de plaquetas) por lo que médico adscrito demandaba que B estuviera lo más tranquilo posible para evitar complicaciones, heridas o accidentes.

Cabe mencionar que ante las conductas problema de B y ante su estado de salud la madre ha estado muy ansiosa, con llanto fácil, fatiga excesiva, cefalea, sensación de perder la conciencia, disnea, entre otras cosas y ante las últimas complicaciones madre refiere “no poder soportar lo que venga”.

### **IX. Impresión y actitud general**

Paciente masculino con edad aparente inferior a la cronológica, en condiciones de higiene y aliño acorde a contexto, se muestra poco cooperador ante el abordaje psicológico.

### **X. Examen mental**

Al examen mental paciente de constitución meso mórfica en estado de alerta, tiempos de reacción adecuados, orientado en espacio y persona. Red de apoyo social por parte de padres, recursos económicos escasos.

Procesos de atención, concentración y memoria conservadas. Pensamiento no valorable por falta de lenguaje. Siendo el discurso monosilábico. Afecto disfórico. Impresiona clínicamente con inteligencia normal.

A continuación al igual que en los casos anteriores se muestra el análisis funcional de la conducta correspondiente al caso B (Ver tabla 1) y el plan de tratamiento que incluía los objetivos y las técnicas de intervención.

Tabla 1  
Análisis funcional de la Conducta

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencias
	<i>Biológicas</i>	<i>Conducta de interés:</i>	<i>Corto plazo</i>
<i>Externos</i>	LLA-L2		<i>Externas</i>
Cuando se queda solo	4 meses bronquiolitis	Ansiedad reactiva ante ambiente hospitalario.	
Cuando se acerca el personal médico	Diciembre del año pasado		Pide algo y se le termina dando para evitar que lllore o grite
Cuando se le da un objeto con madre	bronconeumonía	Poca cooperación ante contacto por parte de personal médico y psicología.	
Cuando la psicóloga lo saluda	Espasmo del sollozo después de caídas (última hace un año).		La madre lo agarra para algún procedimiento
<i>Historia del problema</i>		<i>Fisiológico</i>	
BAEA ha estado así desde hace un mes a partir de su estancia en el hospital	Ausencia de límites	Llanto Respiración agitada Tensión muscular	Madre y padre permanecen con él
Infantil de México, en el momento en que es revisado por diversos doctores al mismo tiempo.	<i>Habilidades y deficiencias</i>		Médico adscrito demanda información de él
	✓ Capacidad de aprendizaje	<i>Motor:</i> intranquilidad, Inquietud, Gritar	
	☒ Deficientes habilidades de comunicación	Tratar de huir Verbalizaciones que expresan deseo: vete, no.	<i>Largo plazo</i> <i>Externas</i>
	☒ No desarrollo del lenguaje	Lanza objetos Golpea objetos Aislamiento	Personal no se acerca solo cuando se le revisa
Falta de límites claros		Afectivo Irritabilidad	Continúa llorando  El médico adscrito no se dirige hacia él

Tabla 2  
Objetivos y Técnicas de Intervención

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
✓ Disminuir ansiedad ante impacto psicológico por diagnóstico en la madre	Psicoeducación Contención emocional Validación emocional Técnicas de autorregulación emocional
✓ Mejorar habilidades de comunicación y lenguaje	Terapia Lúdica Desarrollo de Habilidades Sociales
✓ Disminución de ansiedad personal médico, ambiente hospitalario y separación de madre	Activación Conductual Distracción Conductual Terapia Lúdica Desensibilización sistemática
✓ Establecimiento de límites para fomento de conductas adaptativas	Registro conductual

## **XI. Evolución**

Durante la intervención se trabajó tanto con el niño, como con los padres.

Con los padres se trabajó respecto a la conciencia de enfermedad, a través de la psicoeducación y como una forma de disminuir la ansiedad de los padres durante la estancia hospitalaria y tratamiento de B.

Durante las intervenciones disminuyó la ansiedad de la madre ante la noticia de diagnóstico de B a través de técnicas de autorregulación emocional, sin embargo, no se pudo concluir entrenamiento en autorregulación con ella, ya que durante el tratamiento de B se presentaron diversas complicaciones en el tratamiento, lo que a su vez alargaba las estancias hospitalarias. Además se trabajó en el establecimiento de límites con la finalidad de evitar reforzamiento de conductas de berrinche y con la finalidad de evitar la sobreprotección y el aumento de la ansiedad en el niño y la madre.

Se logró la disminución de la ansiedad ante el personal médico por parte de B a través de la técnica de desensibilización sistemática, terapia lúdica y distracción conductual, lo que hacía que se mostrara más cooperador frente a los procedimientos médicos y que se habituara al ambiente hospitalario, lo que disminuyó el riesgo de que B sufriera algún accidente o herida que pudiera complicar su tratamiento.

B era capaz de permanecer sólo y tranquilo en la sala de hospitalización sin presentar llanto ante la ausencia de la madre, y empezó a desarrollar más rápidamente habilidades de lenguaje logrando expresarse e interactuar con otros niños, sus padres y personal sanitario, mostrándose amistoso y disminuyendo conductas de berrinche y llanto. Por ejemplo: ya no aventaba cosas.

No se cuentan con autoregistros, sin embargo, con base a la validación social, la madre refería que B estaba más tranquilo, que verbalizaba más palabras, que en casa había regresado más contento, que se mostraba más sociable. El padre comenta que B se había adaptado más al hospital, que hablaba con las enfermeras “incluso les pone el brazo cuando lo van a canalizar” sic padre, además de que ya no se sentía tan preocupado de dejarlo solo, en algunas ocasiones por lo que estaba pensando en la posibilidad de retomar una actividad laboral.

Por su parte el personal sanitario comentaba que se podían acercar con más confianza a B, que ya se dejaba realizar los procedimientos, que incluso convivía más con ellos, ya que los saludaba. Además de que había disminuido el llanto de manera considerable por lo que se sentía el ambiente más tranquilo en la sala de hospitalización.

Al igual que el caso anterior ya que B se encontraba también en fase de tratamiento el seguimiento del caso fue dado por los residentes del segundo año de la residencia en medicina conductual.

## **f) Evaluación del servicio**

El servicio de Oncopediatría permite el abordaje psicológico durante todo el proceso de enfermedad, ya que además se puede realizar seguimiento durante la fase libre de enfermedad y fase de recaída. Así mismo se llegan a abordar casos de cuidados paliativos y el proceso de duelo y muerte. Además de que dicho trabajo se realiza tomando como base la enfermedad, es decir tomando en cuenta las diversas fases por la que pasa un paciente e identificando sus necesidades.

Las actividades diarias permiten la aplicación de diversas técnicas y el abordaje se realiza no sólo con el paciente sino también con la familia principalmente los padres y en conjunto con el personal médico, no sólo del área de onco-pediatría sino también del servicio de hematología, en donde, se trabaja de manera paralela en casos que requieren la coordinación de ambas áreas como en los casos de trasplante de médula ósea. Se trata de un servicio con una alta demanda, de más de 500 pacientes al año.

Sin embargo, debido a las actividades y a la demanda del servicio no se contó con el tiempo suficiente para el desarrollo del protocolo de investigación psicológica, propiamente dicha, como parte de la residencia. También hubieron algunos obstáculos tales como condiciones de espacio y los relacionados a trámites administrativos.

En cuanto al sistema de supervisión, la supervisión in situ constituía una fuente de aprendizaje y apoyo en donde se reforzaba la parte práctica a la par de la parte teórica, además de permitir la expresión de dudas y formas de abordaje respecto a los casos en los diversos servicios, lo cual propiciaba espacios de intercambio. En la supervisión in situ se promovía la actualización y adquisición de conocimiento no sólo respecto en el ámbito psicológico, sino también respecto al área médica. Esto facilitaba la inserción y aplicación de los conocimientos abarcando el proceso salud-enfermedad tanto de procesos biomédicos como psicológicos. También se generaban oportunidades de familiarizarse con el funcionamiento interno de un hospital público grande.

La supervisión académica constituyó una guía en el desarrollo de técnicas y un apoyo para el desarrollo del protocolo. A la par que la supervisión in situ éste fue un espacio que permitía la revisión de técnicas, la expresión de dudas, y la revisión de materiales bibliográficos.

## **g) Competencias Adquiridas**

Las competencias logradas en la residencia de Medicina Conductual dentro del servicio de onco-pediatría se pueden clasificar y enumerar de la siguiente manera.

### Competencias académicas:

Conocimiento respecto a los padecimientos oncológicos y hematológicos tales como leucemias, tumores óseos, etc., incluyendo la epidemiología, etiología y factores de riesgo y diversos tratamientos médicos. Se desarrollaron algunas habilidades en metodología de investigación, a través de la revisión crítica de artículos y a la elaboración de una propuesta de protocolo que ya no fue posible llevar a cabo por las condiciones ya descritas.

### Competencias profesionales

Respecto a competencias dentro del programa y con base en las actividades diarias en el servicio se encuentran: detección de necesidades, selección y aplicación de técnicas para dichas necesidades (aunque algunas requerían práctica para su dominio, como intervención en crisis, desensibilización sistemática, autorregulación emocional, solución de problemas y autcontrol emocional, entre otras. Otras incluyeron la comprensión del lenguaje médico, la preparación psicológica de pacientes para procedimientos médicos invasivos, manejo del miedo y la comunicación de malas noticias a pacientes y familiares. Así mismo se elaboraba un reporte diario por escrito de resultados y en ocasiones, de manera oral al ser necesaria la comunicación con el personal médico (Reynoso, Bravo, Anguiano y Mora, 2012).

Se detectaron algunos factores sociales y psicológicos implicados en la enfermedad y su impacto tanto en el paciente como en la familia y el manejo de la salud mental en beneficio de la salud física, a través de la discusión y exposición a diversas técnicas de intervención.

### Competencias personales

Finalmente respecto a las competencias a nivel personal mejoraron la disposición a ayudar, creatividad, iniciativa en la realización de actividades y mejora en la comunicación e interacción con el personal de salud y los usuarios.

## **h) Comentarios y sugerencias**

En general el Hospital Juárez de México es un excelente lugar para realizar la residencia en medicina conductual ya que ofrece diversos servicios que permiten la adquisición, desarrollo y aplicación de habilidades y técnicas profesionales.

El caso particular de Onco-pediatria entrañó una experiencia particularmente enriquecedora por tratarse de un servicio en el que el papel del psicólogo puede hacer una diferencia, y porque es uno de los pocos espacios dentro de los servicios de la residencia en los que la atención va dirigida principalmente la infancia, aunque también permite abordar la adolescencia. Si bien muchos de los problemas que se abordan son de comportamiento, la atención se dirige en forma más general a ayudar al niño y a los padres a adaptarse durante el proceso de la enfermedad.

Es necesario establecer una adecuada relación con el personal médico para facilitar el trabajo multidisciplinario y que se tome en cuenta el trabajo del psicólogo. También es importante el apoyo en algunas situaciones por las que atraviesa el paciente, como es el recibir un diagnóstico médico, requerir comprensión de la enfermedad, el apego al tratamiento, etc.

Es un servicio en el que se identifican falta de recursos materiales para el trabajo con los niños y un espacio de convivencia y resguardo de los mismos. Por ejemplo, se sugiere que se cuente con hojas de vaciado para los registros que se manejan con los padres sobre la conducta de los niños. Esto permitiría que el servicio contara con datos sobre el impacto de las intervenciones del área de psicología y que los padres visualizaran el avance de sus hijos. Se procuró conservar en el servicio los registros de los padres aunque es interesante señalar que ellos expresaban que querían conservarlos precisamente por lo valioso que les resultaba como indicador de los cambios.

También se sugiere que el número de residentes de Medicina Conductual en este servicio sea, de preferencia, de dos, ya que son varias áreas y actividades a cubrir. Además de los pacientes en piso, se requiere la presencia del psicólogo en las áreas de quimioterapia ambulatoria y urgencias. Dado que que la demanda es muy alta también se da seguimiento a algunos niños de consulta externa.

También se requiere un espacio para objetos y materiales propios del servicio tales como materiales didácticos, que se requieren como parte del trabajo y la interacción diaria con los niños.

## **Propuesta de Protocolo del Primer Año de Residencia**

### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA CRISIS ANTE EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN CUIDADORES DE PACIENTES ONCOPEDIÁTRICOS**

Cuando una familia recibe la noticia de que un hijo tiene un enfermedad seria como el cáncer se enfrenta a una enorme cantidad de estrés e incertidumbre. Es un tiempo lleno de nuevas personas y situaciones, preocupaciones y cambios. Ser padres de un niño con una enfermedad crónica no es una tarea fácil, se produce una situación de shock, confusión y desorientación y pueden surgir distorsiones cognitivas y repercusiones tanto físicas como psicológicas que generan niveles altos de desgaste (García, 2011).

Prácticamente todas las personas se exponen a una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional que, de no resolverse adecuadamente, conllevan un riesgo importante de desarrollar serios problemas psicológicos. La noticia para un padre de que su hijo tiene cáncer es una de estas situaciones ya que se enfrentan cambios demandantes y un futuro incierto, que no saben si podrán afrontar, incluyendo tratamientos difíciles y prolongados, sufrimiento y dolor no esperable para un niño, atención a necesidades que no se han enfrentado con anterioridad, y que les requerirá adoptar el rol de cuidador (Slaikou, 2000).

La enfermedad física y las lesiones corporales son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y de su familia para enfrentarlos y adaptarse. Sucesos como el diagnóstico de una enfermedad grave posee el potencial para considerarse como una pérdida, amenaza o desafío, pueden provocar que las metas en la vida se supongan inalcanzables o aun amenazar la vida en sí misma. El cómo se interpreten los sucesos y el cómo se realicen los ajustes de comportamiento, serán fundamentales para determinar el curso esencial de la resolución de la crisis (Slaikou, 2000).

La crisis se puede entender como una alteración en el equilibrio, cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión o pánico (Rubín y Bloch, 2001).

En este caso se considera el término crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, mediante métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo, dependiendo de cómo se enfoque y resuelva, ya que la crisis puede interpretarse como desafío, amenaza o pérdida (Slaikou, 2000 pag. 16).

Uno de los aspectos más notorios de la crisis es el trastorno emocional grave, o desequilibrio, experimentado por el individuo. Como lo señalan Méndez, Orgiles, López Roig y Espada (2004): “Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución”.

Dentro del núcleo familiar se favorece el desarrollo, el cuidado, el apoyo y la seguridad de sus miembros, pero cuando se diagnostica una enfermedad a uno de ellos todo el sistema familiar se ve afectado, alterándose el funcionamiento del grupo. Cuando se trata de uno de los hijos de la familia, esta puede verse desbordada y sentirse incapaz de poder dar las respuestas esperadas en ese momento. El impacto del diagnóstico de una enfermedad dentro del sistema familiar va a estar influenciado por las características específicas de la enfermedad (curso constante, recurrente o progresivo; componentes genéticos y/o congénitos; visibilidad de la enfermedad; discapacidad física o psicológica; tratamientos y cuidados necesarios).

También se altera el funcionamiento familiar y el sus miembros individuales (ciclo vital y edad del menor afectado y de los hermanos; características de personalidad; creencias; experiencias previas con enfermedades; relaciones dentro de la familia; red de apoyos; recursos económicos, etc.) (Lanzarote y Torrado, 2009).

Por todo ello, se requiere atender a los sentimientos que surgen cuando los padres conocen el diagnóstico de la enfermedad y su curso. Una de las enfermedades más graves y de mayor afectación sobre la salud de las personas (tanto a nivel fisiológico como psicológico) es el cáncer.

El cáncer y en especial el cáncer infantil es considerado por el Programa Nacional de Salud 2006-2010 (Secretaría de Salud, 2007) y la OMS (2006) como un problema que requiere la mayor atención. En la actualidad, el cáncer infantil se considera una enfermedad crónica. Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con cáncer que sobreviven a su enfermedad.

El cáncer infantil tiene características propias. Los tipos de cáncer que más afectan a los niños son la leucemia, el linfoma, el tumor cerebral y los sarcomas de hueso y de tejidos blandos. La enfermedad y su tratamiento tienen fuertes implicaciones emocionales en los niños. Los tratamientos oncológicos son muy intrusivos, largos e intensivos, generan dolor o incomodidad extrema y requieren frecuentes visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar (Méndez, Orgiles, López- Roig y Espada, 2004).

El significado del término leucemia es “sangre blanca” y consiste en un trastorno que se caracteriza por la proliferación desordenada e incontrolada de los leucocitos inmaduros en la médula ósea. Durante la maduración normal de leucocitos, las células se diferencian hasta formar tipos celulares específicos y se desarrollan a través de diversas etapas diferenciales. La leucemia se produce en el curso de este proceso de maduración, una célula individual dañada es capaz de autorrenovarse de manera indefinida, produciendo blastocitos mal diferenciados que no continúan hasta la maduración y por lo tanto no pueden defender al organismo contra las enfermedades infecciosas por lo que carecen de función.

Las leucemias se clasifican con base a su evolución clínica en aguda o crónica y con base a la célula de origen en linfocítica, granulocítica, etc. (Loredo, 1990). De estos tipos de leucemia, el que prevalece más en la infancia es la leucemia linfoblástica (llamada también leucemia linfocítica aguda o LLA) y se da principalmente en niños de 1 a 5 años (Morales y Coronel, 1998). Este tipo de leucemia es una enfermedad en la que glóbulos blancos que combaten las infecciones (llamados linfocitos) se encuentran inmaduros en grandes cantidades en la sangre y médula ósea del niño (Devita, Hellman y Rosemberg, 1991).

Las creencias existentes entre la población llevan a la familia a asociar el padecimiento con un mal pronóstico, inmenso sufrimiento y muerte inminente; además, el que el afectado sea un menor de edad, acrecienta el impacto negativo (Méndez, 2002). El estrés es intenso, duradero y afecta gravemente a los padres y a la familia (Secretaría de Salud, 2007).

Debido a estas creencias la comunicación del diagnóstico es una de las fases más estresantes de la enfermedad, se puede afirmar que ningún padre se encuentra preparado para escuchar que su hijo tiene cáncer. Conocer el diagnóstico supone un impacto psicológico muy intenso en la familia y provoca muchas emociones en todos sus miembros. En pocos minutos los padres deben asimilar una gran cantidad de información acerca del diagnóstico (tipo de cáncer, fase de la enfermedad, etc.) y del tratamiento (duración, efectos secundarios, hospitalizaciones, etc.) (Mendez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

El diagnóstico inicial puede ser uno de los eventos más desafiantes para los padres, el niño y para la familia en general. A lo largo de toda esta experiencia en muchos casos a los padres les tocara explicar la enfermedad y el tratamiento a su hijo y encontrar formas de reconfortarlo. Así como ayudarlo a cooperar con el tratamiento médico. Puede que sea necesario hacer arreglos alternativos en cuanto al trabajo y el cuidado infantil. A lo largo del camino los padres tendrán que lidiar con sus propios sentimientos y decisiones, por lo que no es una tarea fácil (The Leukemia & Lymphoma Society, 2003).

A pesar de que los padres tengan alguna sospecha sobre cuál puede ser el diagnóstico, la confirmación de éste les provoca un shock enorme. El diagnóstico de cáncer puede provocar una mezcla de reacciones, que incluyen negación, miedo, ansiedad, enojo, dolor, tristeza, confusión y shock. Muchos padres sufren esta mezcla de sentimientos durante toda la enfermedad de su hijo. Todas estas reacciones son válidas ante su situación, sin embargo, si son muy intensas pueden afectar la comprensión de la enfermedad (Mendez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

Los padres buscan razones y tratan de explicar por qué su hijo tiene cáncer, lo que les hace difícil asimilar el concepto la enfermedad y aceptar que no hay ninguna razón por la que el niño sufra cáncer. Ni los padres ni los niños tienen control alguno sobre los factores que desencadenan la leucemia. Pueden, asimismo, mostrarse sobreprotectores o tener resentimiento debido a que su hijo está enfermo mientras otros niños están sanos (Mendez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

La ansiedad y los trastornos del estado de ánimo aumentan en los padres que acaban de recibir el diagnóstico o en aquellos cuyos hijos se encuentran ya en tratamiento (Manne, Lesanics, Meyers, Wollner, Steiner y Redd, 1995). Pueden agravarse los problemas conyugales si ya existían o surgir nuevas desavenencias. Por todo ello es muy importante el apoyo social percibido de los padres por parte de otros familiares y amigos.

Por su parte el niño al que se diagnostica una enfermedad como el cáncer también se enfrenta a un amplio espectro de emociones (miedo, ira, soledad, depresión o ansiedad). Es especialmente importante escuchar y comprender al niño y darle la oportunidad de expresar sus sentimientos. Su nivel de desarrollo también determinará la naturaleza del impacto emocional del cáncer y las estrategias que empleará para afrontar la enfermedad. Para facilitar este proceso es conveniente que no perciba estrés y emociones negativas en sus familiares y que éstos eviten transmitirle la sensación de falta de control. Conviene evitar, por ejemplo, las discusiones con el personal de salud en su presencia (Méndez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

Ante este panorama y después de ser informados de que su hijo padece cáncer, los padres deben afrontar muchas y difíciles decisiones relacionadas con el tratamiento, lo que requiere información y preparación (Lanzarote y Torrado, 2009).

Como parte del apoyo que brindan los padres a sus hijos es crucial el contacto que establecen con el personal de salud y que continúa en la fase de tratamiento, a fin de aclarar las dudas sobre la intervención médica y el curso de la enfermedad. Los padres desean saber qué puede ocurrirle a su hijo para poder planificar su futuro. La incertidumbre respecto a los efectos de la enfermedad y el éxito del tratamiento les causa

una ansiedad muy elevada, que puede reducirse si el equipo médico resuelve sus inquietudes y preocupaciones, lo antes posible (Lanzarote y Torrado, 2009).

Los procedimientos médicos sobretodo los invasivos (por ejemplo, las punciones lumbares o de médula ósea) son los que más generan dolor y ansiedad en el niño. Para ayudar al niño a sobrellevar mejor estas pruebas es necesario que tanto él como los padres cuenten con información que le permita prepararse para lo que va a venir, le genere confianza y facilite su colaboración en el tratamiento (Yelarnos, Fernández y Pascual, 2011).

Se ha observado que ciertas conductas de los padres se asocian con menor estrés y la ansiedad del niño antes y después de los procedimientos médicos. Tales como la distracción cuando los padres tratan de focalizar la atención del niño en un elemento diferente del procedimiento médico, y que le instruyen para llevar a cabo conductas de afrontamiento, logran que sus hijos tengan menos estrés además de que dichas conductas a su vez facilitan la estancia y la adaptación al ambiente hospitalario.

Por el contrario cuando los padres actúan con críticas, excusas o disculpas sobre lo que le ocurre al niño, el estrés de éste aumenta. Algunas acciones, como por ejemplo permitir que el niño elija el brazo donde le van a pinchar durante una extracción de sangre, pueden reducir su ansiedad, al favorecer en él la impresión de que posee algún control durante los procedimientos médicos (Méndez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

Como parte del diagnóstico y tratamiento, la hospitalización implica un cambio brusco en la situación de vida del niño. El ingreso al hospital significa separarse de su familia, sus amigos, la escuela y las actividades placenteras de la rutina diaria. En efecto, el niño llega a un lugar extraño, con gente que desconoce, donde se ve restringido para moverse y es sometido a intervenciones incómodas o dolorosas (Marino & Marino, 2000). La mayoría de los niños reacciona con algún grado de sintomatología a la hospitalización como llanto, enuresis, vómitos, terrores nocturnos, pesadillas, trastornos alimentarios, miedos, irritabilidad, conducta desafiante, sumisión, regresiones, dependencia y depresión, entre otros (Cerfogli y Martínez, 2006).

Por lo general, se considera la experiencia de hospitalización como un acontecimiento estresante, para la familia y para el miembro que deba ser hospitalizado. En la familia provoca una crisis, ya que, de alguna manera, implica un desequilibrio al hacer surgir sentimientos de incertidumbre, miedo, cambio en las rutinas y posibles repercusiones en otros miembros de la familia. Tanto el niño hospitalizado como su familia se encuentran expuestos al impacto que la experiencia de enfermedad y hospitalización ocasiona debido a la influencia de una serie de factores amenazantes (Palomo, 1995).

La intensidad con que se expresan las reacciones referidas también depende de varios factores. Se ha visto que la capacidad de apoyo de los padres y la posibilidad que tengan de visitar a su hijo en el hospital, disminuye la reacción adversa del niño. Lo mismo ocurre si los padres, el niño y el equipo de pediatría logran establecer entre sí una relación de cooperación y confianza.

Las formas en que los padres manifiestan sus sentimientos sobre la hospitalización y enfermedad son numerosas. Los familiares pueden volverse hiperprotectores, demasiado indulgentes o demasiado exigentes y restrictivos. Diversos autores consideran la enfermedad y la hospitalización como una crisis en la familia, de modo que estas situaciones trastornan su equilibrio normal. Las alteraciones ocurren en las conductas de los padres y en sus expectativas sobre el niño, y en la propia conducta del niño.

Aunque los padres y otros familiares están ansiosos en relación a la enfermedad y hospitalización, a menudo tratan de ocultar estos sentimientos en un intento de minimizar la situación a los ojos del niño; pero generalmente, la actitud emocional del padre o lo que comunicado de manera no verbal, más que lo que dice, es lo que impresiona al niño. La ansiedad identificada en los padres, es una de las principales fuentes de aumento de estrés en el niño hospitalizado (Palomo, 1995).

En referencia a los estresores hospitalarios, derivados del problema de salud que ha motivado el ingreso del paciente pediátrico, destacan entre otros, los relacionados con la enfermedad, el dolor y sobre todo el riesgo a la muerte como una amenaza latente (Mendez, Orgiles, López Roig y Espada, 2004).

Existen muchas causas de estrés emocional para un niño hospitalizado y su familia que pueden evitarse, como el desconocimiento acerca de las implicaciones de la enfermedad de los procedimientos médicos precisos o de las normas y rutinas existentes en ese contexto hospitalario.

Si bien, la influencia de los padres en la experiencia del niño en el hospital comienza antes de la hospitalización: se ha encontrado que los niños que proceden de hogares estables y poco conflictivos tienen mayor probabilidad de tener menos trastornos durante y después de la hospitalización que los procedentes de situaciones familiares inestables (Palomo, 1995).

La duración de la estancia en el hospital puede tener una gran importancia. Una hospitalización media de más de una semana o repetidas readmisiones de pequeña duración podrían asociarse con un considerable aumento de las alteraciones conductuales del paciente pediátrico y con un aumento de su estrés y el de sus padres (Lizasoain y Polaino-Lorente, 1992).

En la actualidad, las actuaciones hospitalarias persiguen la mínima estancia hospitalaria posible. Según el Instituto Nacional de Estadística (2003), la estancia media de un paciente pediátrico hospitalizado es de cinco días.

Tradicionalmente las intervenciones se centraban únicamente sobre el niño. Ahora el énfasis se pone en cómo la familia enfrenta la enfermedad y cómo el niño trata con ella, para de este modo, mejorar la adaptación de la familia y el niño (Eiser, 1979, Slaikeu, 2000). Numerosos estudios proponen enfoques de tratamiento para las familias de pacientes con cáncer (Kopel y Mock, 1978; Winder, 1978). Las intervenciones se basan en la premisa de que un cambio en parte del sistema familiar, debe resentirse de igual modo en los demás aspectos del sistema. Bryan (1978) hace énfasis en la importancia de las figuras clave en el medio externo del niño y en cómo pueden facilitar la rehabilitación, especialmente los padres. La relación entre los padres y el niño debe propiciar un clima de confianza, facilitando la comunicación y el bienestar del paciente, escuchándole, ayudándole a expresar sus sentimientos, mostrándole interés por el problema, ayudándole a buscar alternativas para solucionarlo.

Se han propuesto cinco actividades psicológicas que enfrenta la familia en esos momentos:

- 1) Reafirmación de la autoestima del niño
- 2) Comprensión de las limitantes del diagnóstico y aceptación de la pérdida concomitante
- 3) Redisposición de los auto conceptos tanto de los padres como del niño
- 4) Manejo de diversos aspectos tales como el estigma social asociado con el diagnóstico y
- 5) La adquisición de papeles por parte de los padres/niño y de relaciones que incrementen el crecimiento continuo y el desarrollo de la personalidad (Egozcue, 2005).

En un repaso de la literatura acerca del diagnóstico de la discapacidad emocional, física o ambas, en un niño, Bahr (1980) y Slaikeu,(2000) proponen etapas de reacción de los padres, de la siguiente manera:

- 1) Impacto (la noticia del diagnóstico interactúa con las metas de la vida, la autoimagen, etc.)
- 2) Negación (una etapa adaptativa que permite la aceptación de la realidad por grados)

- 3) Duelo (expresión de sentimientos, la cruda realidad de la contradicción entre el niño deseado y real)
- 4) Enfoque hacia afuera (desarrollo de nuevas cogniciones y conducta de afrontamiento).
- 5) Conclusión (aceptación, mirar hacia el futuro)

Hay varios trabajos (p. ej. Barker & Pistrang, 2002; Díaz & Durán, 2003; Montaña y Peña, 2001; Mora, 2002) que han ofrecido una preparación conjunta a los padres y a sus hijos. Los resultados de estos estudios sugieren que establecer una comunicación satisfactoria con los padres además de ofrecerles apoyo emocional, contribuye a reducir la ansiedad del niño hospitalizado. Es decir, los niños responden a la experiencia de hospitalización con menos estrés si a los padres se les ayuda a manejar sus temores.

Más recientemente Rodríguez, Ruiz y Restrepo (2004) diseñaron un programa basado en el modelo cognitivo conductual de Inoculación de Estrés e intervención en duelo anticipatorio basado en cuatro tareas. El programa se aplicó a tres pacientes con mal pronóstico en un Servicio de Oncohematología y a sus familias. Mediante estudios de caso describieron factores de riesgo y de protección así como respuestas frente al estrés. El análisis cualitativo de casos arrojó la descripción de respuestas a pérdidas previas no elaboradas, pautas de comunicación deficiente en uno de los casos, y reconocimiento de apoyo al interior de cada familia.

Según el reporte de los participantes, la intervención permitió la expresión de sentimientos, la reflexión sobre el sentido de la vida, incrementó posibilidades y habilidades de comunicación y orientación hacia la solución de problemas y toma de decisiones. En cuanto a sus limitaciones, señalaron falta de seguimiento y la imposibilidad para establecer generalizaciones a partir del estudio de pocos casos.

Lazaronte y Torrado (2009) utilizaron las técnicas de orientación y terapia familiar como instrumentos útiles para abordar a las familias que enfrentan situaciones estresantes que pueden afectarles a nivel individual y/o conyugal. Realizaron una descripción, explicación y comprensión del funcionamiento de una familia con una adolescente diagnosticada con cáncer. Desarrollaron aspectos de la fase final de la intervención psicoterapéutica en las que se trataron dificultades relativas al curso crónico de la enfermedad y a la reincorporación a la vida cotidiana tras la finalización del tratamiento oncológico. Concluyen que es necesaria una adecuada atención interdisciplinar a cualquier enfermo y a la fase de la enfermedad en que se encuentra para poder afrontarla. Sugieren conocer las interacciones entre el menor y sus padres y hermanos para ver la adaptación del grupo a la nueva o continua situación que conlleva la enfermedad.

Negre y Fortes (2005) realizaron un estudio prospectivo en un grupo de padres de ocho niños oncológicos que recibieron un programa de educación sanitaria buscando disminución de la ansiedad de la llegada a casa después del diagnóstico, en el momento del alta. Fue un estudio cuasi-experimental, pretest-postest, de un sólo grupo. El nivel de ansiedad estimado por el cuestionario “Ansiedad Estado Rasgo (STAI)” disminuyó en 7 de las 8 personas estudiadas (87,5%). La ansiedad “Estado” pre-intervención media fue del 79,2% R (55-92,5%) pasando a ser del 66,2% R (40-82,5%) después de recibir las sesiones. La media de ansiedad “Rasgo” pre-intervención fue del 24,3% y de 14,6% después de recibir las sesiones.

La enfermedad y las heridas físicas son acontecimientos que interactúan con los recursos de afrontamiento de un individuo, lo mismo que con su estructura vital, autoimagen y percepción del futuro, de tal forma que la terapia se encamina a auxiliar al individuo y su familia para el entendimiento y enfrentamiento de la enfermedad física en el entorno. Los padres de un niño con cáncer quizá deseen hablar con los profesionales de la salud sobre cómo: encontrar tiempo suficiente para todo, pagar el tratamiento y ayudar mejor a sus hijos. También hay que considerar la posibilidad de que tras el alta hospitalaria sean necesarias numerosas revisiones, visitas a especialistas, o pruebas médicas, lo que supone un nuevo estresor para la familia.

Todo esto puede favorecer una relación de dependencia respecto al centro hospitalario, que debe valorarse. Es conveniente una atención coordinada que evite desplazamientos innecesarios y dé mayor independencia a la familia respecto al centro hospitalario y sus profesionales (Pérez y Lanzarote, 2002). Una adecuada atención a todos los factores hasta ahora mencionados puede transformar la hospitalización en una experiencia constructiva y no necesariamente traumática y negativa.

La intervención llevada a cabo por profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional, como el caso de los cuidadores de pacientes oncopediátricos, en su mayoría padres de familia. Se refiere a un proceso terapéutico que, aunque breve, va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis.

Se trata, generalmente, de una *terapia breve* cuyo principal objetivo es dar apoyo a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita. La Terapia Multimodal que busca reelaborar o resolver el incidente de la crisis a modo que este se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, para encarar el futuro. Evalúa cada caso en sus cinco áreas y sus relaciones mutuas, dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas, se buscará una estratégica de tratamiento adecuado (Slaikeu, 2000).

Sobre la base del trabajo de Lazarus (1976, 1981), la terapia multimodal para crisis, analiza los aspectos conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognitivo (CASIC) de cualquier crisis de un paciente (ver Tabla 1). Cada uno de los sistemas de la personalidad CASIC que se convierten en el foco de la terapia para crisis.

Se comprende mejor como una empresa de corta duración, ya que la terapia suele comprender seis semanas o más, en que se busca restaurar el equilibrio después de una crisis. Lo que el terapeuta hace se encamina a auxiliar al paciente a lidiar con el impacto del incidente de crisis en diversas áreas de la vida. Por último, la terapia para crisis se distingue por sus procedimientos, en donde el esfuerzo completo se estructura alrededor de cuatro tareas de la resolución de la crisis (cada una de las cuales ocupa uno o más de los subsistemas personales): Supervivencia física, expresión de sentimientos, cognitiva y conductual/interpersonal. El clínico tiene como principal tarea de valoración el determinar el impacto del incidente de crisis sobre el funcionamiento conductual, afectivo, físico, interpersonal y cognitivo.

Tabla 1.  
*Perfil básico de la personalidad CASIC*

<b>Área</b>	<b>Descripción</b>
<b>Conductual</b>	Actividades y conductas manifiestas. Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño.
<b>Afectiva</b>	Emociones sentidas con más frecuencia. Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de ansiedad, ira, alegría, depresión, temor, etc.
<b>Somática</b>	Funcionamiento físico general, salud, enfermedades relevantes actuales y pasadas. Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático; el estado general de relajación/tensión.
<b>Cognitiva</b>	Representaciones mentales distorsionadas acerca del pasado o el futuro; Autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes pensamientos: catastrofización, etc.
<b>Interpersonal</b>	Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales.

Los cinco subsistemas de la persona: perfil CASIC que se convierten en el foco de la terapia para crisis son (Slaikeu, 2000)

**El sistema conductual** se refiere a la actividad en particular de trabajar, jugar y otros patrones vitales que incluyen en el ejercicio, los patrones de dieta y sueño y el uso de drogas, alcohol y tabaco. Al valorar el funcionamiento conductual de un paciente se da atención a los excesos y carencias, antecedentes y consecuencias de los comportamientos clave y las áreas de particular fortaleza y debilidad.

**Las variables afectivas** incluyen una gama completa de los sentimientos que un individuo puede tener acerca de cualquiera de estos comportamientos, de un incidente traumático o de la vida en general.

Hammond y Stanfield (1977) han propuesto cuatro determinantes o funciones primarias de la emoción:

- a) Algunas emociones han de comprenderse como respuestas psicológicas condicionadas a los estímulos ambientales.
- b) Las emociones se pueden ver como respuestas a estímulos internos tales como pensamientos, cogniciones, fantasías u otras imágenes mentales.
- c) La conducta influye sobre la emoción; expresar una emoción; actuar una emoción, intensifica el afecto.
- d) También pueden verse como operantes orientados hacia las metas, las que con frecuencia funcionan para manipular el medio, es decir que motivan al individuo al alcance de un objetivo.

**El funcionamiento somático** se refiere a todas las sensaciones físicas asociadas a la emoción. Los datos sobre el funcionamiento físico general, que incluye los dolores de cabeza, las molestias estomacales y salud general. En situaciones de crisis interesa de modo particular lo referente a cuestiones somáticas correlativas a la angustia psicológica. Los problemas físicos, o ambos, que pueden haber precipitado la crisis. La valoración de esta modalidad conduce de manera directa a la primera tarea para la resolución de la crisis la supervivencia física.

**La modalidad interpersonal** incluye datos sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre un paciente y su familia, amigos, vecinos y colegas. Se pone atención a cada una de estas categorías y el papel que juega con distintos allegados.

**La modalidad cognitiva** las imágenes o representaciones mentales con respecto a la vida, los recuerdos sobre el pasado y las aspiraciones para el futuro. La cognición es un término que se utiliza para referirse al rango completo de los pensamientos y, de modo particular, las auto-agravesaciones que las personas hacen acerca de su comportamiento, sentimientos, funcionamiento corporal y otros semejantes.

En las terapias cognitivas esta modalidad incluye la atención a la catastrofización y la sobre generalización, así como varias clases de pensamiento irracional.

Las variables cognitivas tienen que ver con los pensamientos y con las creencias de las personas acerca de su comportamiento, sentimientos, funcionamiento físico, relaciones y los acontecimientos que ocurren en el transcurso de su vida. La premisa capital de las terapias cognitivas es que las reacciones emocionales a los acontecimientos de la vida dependerán de las interpretaciones y las creencias.

En situaciones de crisis, muchos pacientes notan que han funcionado por años según uno o más conceptos equivocados. La crisis provee una oportunidad para analizar el concepto erróneo y su relación con los incidentes recientes lo que conduce a cambios subsecuentes en el modo de pensar.

Los progenitores pueden entender la enfermedad y la hospitalización de un hijo de diversas formas: como un cambio, un enemigo que invade el cuerpo del niño, un castigo por una falta cometida, un signo de debilidad o fallo personal, evitación de la escuela por parte del niño, una estrategia de captación de afecto o atención, una pérdida irreparable o disfuncionalidad irreversible o, incluso, como una oportunidad para el crecimiento moral y el desarrollo personal (Trianes, 2002).

La percepción de estrés en la infancia podría estar estrechamente afectada por estados de alteración emocional en los padres. En este sentido, la percepción de miedo, ansiedad o estrés en los padres, podría estar vinculada a la aparición de estas sensaciones en sus hijos. La afectación mutua conduce a pensar en la importancia de la transmisión de emociones en la adaptación a las circunstancias amenazantes y estresantes inherentes a la hospitalización. Las repercusiones que sufren los padres por la hospitalización de un hijo pueden incluir ansiedad, temores, indefensión, alteración del ritmo de trabajo normal y, en general, de la vida diaria (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006)

Todas estas circunstancias podrían influir sobre la propia respuesta adaptativa del niño o su estado de temor y estrés, el cual, a su vez, incrementaría potencialmente la alteración paterna, derivando en un proceso de transmisión mutua de emociones negativas. En contraste, se ha demostrado cómo relaciones familiares más adaptadas y un mejor ajuste psicológico de los padres se relaciona con un ajuste psicológico positivo en el niño, mientras que relaciones familiares menos adaptadas predecían consistentemente problemas de ajuste familiar (Kazak y Drotar, 1997).

Lo anterior cobra relevancia si se considera que la mayoría de las veces, los padres son quienes toman el papel de cuidador. Conocer y ver las interacciones que se producen entre el menor y sus padres es fundamental en la adaptación a la nueva situación que conlleva la enfermedad y sus limitaciones o secuelas, en su nivel de comunicación y capacidad de expresar emociones y sentimientos entre ellos. El tratamiento a los padres

puede favorecer a una mejor adaptación tanto del niño o adolescente como de su familia a las demandas que implica la enfermedad, y coadyuvar al alcance del equilibrio emocional, físico y social de todos sus miembros, para favorecer el desarrollo y la autonomía del grupo (Lazaronte y Torrado, 2009).

## **PROPUESTA DE ESTUDIO**

Por tal motivo es que el estudio propuesto busca responder si puede una intervención basada en la terapia multimodal o terapia para la crisis favorecer la adaptación de los cuidadores ante fases de diagnóstico y tratamiento.

## **MÉTODO**

### **Objetivo General**

Evaluar la efectividad de la terapia para crisis en cuidadores de pacientes onco-pediátrico ante el diagnóstico y el tratamiento.

### **Objetivos específicos**

- Disminuir la ansiedad de los padres durante las fases de diagnóstico y tratamiento.
- Favorecer la adaptación al tratamiento dentro de las áreas contempladas por el perfil CASIC.

### **Participantes**

#### **Criterios de inclusión**

Padres de pacientes onco- pediátricos, que sean los cuidadores principales, en fase de diagnóstico de su hijo de una institución de salud pública, en este caso el Hospital Juárez de México, cuyos pacientes requieran una hospitalización con duración de 4 a 6 semanas; con participación voluntaria en el estudio, y firma de consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

Que esté recibiendo otro tipo de tratamiento psicológico.

Que el hijo tenga diagnóstico diferente a Leucemia

Padres con trastornos como retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico ya que difícilmente pueden responder a intervenciones con componentes cognitivos.

Que no firme el consentimiento informado.

#### **Criterios de eliminación**

Que no sea consistente en su participación.

Retiro voluntario

## **Instrumentos**

### **Cuestionario para crisis**

Es una guía para una entrevista de admisión para alguien en crisis a manera de hoja de síntesis para registrar la información recopilada del paciente. Proporciona los datos del informe que el paciente hace de sí mismo con respecto a la naturaleza del incidente precipitante y su impacto sobre el comportamiento, los sentimientos, el funcionamiento físico, las relaciones interpersonales y el pensamiento/ los conceptos. Consta de preguntas tanto abiertas como cerradas en el cual se pide a la persona que describa su funcionamiento CASIC tanto anterior como posterior al incidente de la crisis; sin embargo, cuando se utiliza es importante adoptar un enfoque flexible, que permita al paciente determinar la secuencia de su informe tanto como sea posible, y para reordenar las preguntas según la disposición del paciente para analizar los distintos aspectos de la crisis.

### **Inventario de Síntomas SCL-90-R DE I. Derogatis (Casullo. 1999/2004).**

El inventario de síntomas de Derogatis, Revisado (Derogatis Symptom Checklist Revised,) es un instrumento de auto informe desarrollado por Leonard Derogatis y asociados (1975, 1994) para evaluar el grado de malestar psicológico actual (distres) que experimenta una persona. Es una breve lista de verificación de síntomas que puede analizarse según los cinco subsistemas CASIC para la terapia para crisis.

En términos generales lo puede responder personas con escolaridad de primaria completa sin mayores dificultades. Sin embargo, en caso de que la persona presente dificultades para leer es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

Además de que en circunstancias normales requiere aproximadamente quince minutos para ser contestado. Y se le pide a la persona que conteste de acuerdo a como se ha sentido durante la última semana (o los últimos siete días). No se recomienda su uso en personas con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico. Se puede aplicar a personas de 13 a 65 años.

Está integrado por un total de 90 reactivos con una escala tipo Likert de cinco puntos (0-4), el cual evalúa e interpreta tomando en cuenta nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico (ver tabla 2 y tabla 3).

Tabla 2.  
Dimensiones del Inventario de Síntomas SCL-90-R

DIMENSIONES	
1) Somatizaciones (SOM)	Malestares que surgen de la percepción de disfunciones corporales cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias.
2) Obsesiones y compulsiones (OBS)	Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.
3) Sensibilidad interpersonal (SI)	Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.
4) Depresión (DEP)	Los ítems que integran esta sub-escala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
5) Ansiedad (ANS)	Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
6) Hostilidad (HOS)	Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.
7) Ansiedad fóbica (FOB)	Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.
8) Ideación paranoide (PAR)	Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.
9) Psicoticismo (PSIC).	Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

### Reactivos adicionales

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morirse

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

## 89: Sentimientos de culpa

Tabla 3.  
*Índices Globales*

<b>ÍNDICES</b>	
<b>1) Índice de Gravedad Global:</b>	Es un muy buen indicador del nivel actual de la gravedad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los reactivos adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas ( 90 si contestó a todas)
<b>2) Total de síntomas positivos (STP):</b>	Se estima contando el total de reactivos que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.
<b>3) Índice de Malestar Positivo (PSDI):</b>	Pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los reactivos por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. ( STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

La confiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a  $r = 0.70$  en la mayoría de los estudios de fiabilidad test-retest, y en torno a  $0.80$  en los análisis de consistencia (Olsen, Mortensen & Bech, 2004; Schmitz, Cruze y Tress, 2000).

En el caso de México, una primera aproximación respecto a la validez y confiabilidad del SCL90 la realizan Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005) así como Lara, Espinosa, Cardenas y Cavazos (2005) en una muestra de mexicanos, obteniendo alfa de Cronbach de consistencia interna para 7 de las nueve dimensiones, así como el Índice de Gravedad Global mayor que  $0.7$ , en tanto que las restantes obtuvieron puntajes mayores que  $0.66$ . Los valores de correlación por rangos de Spearman mostraron que, con excepción de un reactivo, todos obtuvieron el valor mayor de correlación con su dimensión correspondiente: para 72% de los mismos, la correlación fue elevada ( $r \geq 0.5$ ), en tanto que 26% mostró valores moderados ( $r \geq 0.25$  y  $< 0.5$ ).

## **Definición de variables**

Tomando en cuenta lo planteado por Hernández- Sampieri (2008), el tipo de variables a considerar en esta investigación son:

**Variable Dependiente:** Perfil CASIC (comportamiento, sentimientos, funcionamiento físico, relaciones interpersonales y pensamiento) medidos a través de la prueba de Derogatis.

**Variable Independiente:** Terapia para crisis (cuatro tareas para la resolución de la crisis).

El foco de la terapia para crisis son los sistemas del perfil CASIC:

- Conductual: referido a todas las actividades y conductas manifiestas.
- Afectivo: sentimientos respecto a los comportamientos.
- Somática. Funcionamiento físico general, salud.
- Interpersonal: naturaleza de las relaciones con otros.
- Cognitiva: representaciones mentales.

Se podría operacionalizar como los puntajes en comportamiento, sentimientos, funcionamiento físico, relaciones interpersonales, pensamiento, medido a través del Inventario de Síntomas SCL-90-R

## **Terapia para crisis**

La terapia para crisis se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro. A través de las cuatro tareas para la resolución de la crisis.

*Supervivencia física:* que busca preservar la vida y mantener la salud, durante el periodo de tensión extrema y desorganización personal.

*Expresión de sentimientos:* que busca Expresar y reconocer los sentimientos relacionados con la crisis, de manera socialmente apropiada

*Dominio cognitivo:* que busca elaborar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis, así como comprender la relación entre el incidente de crisis y las creencias de la persona, sus expectativas, asuntos inconclusos, ideas, sueños y metas para lo inmediato

*Adaptaciones conductuales/ interpersonales:* que consiste en procurar fortalecer o cambiar los patrones cotidianos de desempeño de un rol y las relaciones con las personas a la luz del (los) incidente (s) de crisis

Más adelante se describen en detalle las técnicas por sesión: relajación muscular progresiva profunda, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad e inoculación de estrés).

### **Tipo de estudio**

El tipo de investigación, según Kerlinger (1988) un experimento de campo, que es un estudio de investigación dentro de una situación realista, en el cual una o más variables independientes son manipuladas por el experimentador bajo condiciones tan cuidadosamente controladas como lo permita la situación. Se recomienda su uso por ser conveniente para muchos de los problemas sociales, ya que brinda respuesta a problemas prácticos.

### **Diseño**

Se trata de un estudio cuasi-experimental, pretest-posttest con un solo grupo, cuya representación simbólica es:

$O_1 \quad X \quad O_2$

Donde:

$O_1$  = es la primera valoración realizada a los padres con el instrumento

$X$  = es la aplicación al grupo intervenido del tratamiento

$O_2$  = es la segunda valoración realizada a los padres con los instrumentos

También podría designársele como longitudinal de panel ya que el mismo grupo es observado o medido a través del tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

## **PROPUESTA DE PROCEDIMIENTO**

1. La intervención estará basada en la selección y aplicación de las estrategias de tratamiento, para el progreso del paciente en cuanto a las cuatro tareas para la resolución de la crisis (supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognitivo, adaptaciones conductuales/ interpersonales (ver tabla 4 ).
2. Para ello se tomarán módulos, en sesiones de 30 minutos tres veces por semana con una duración aproximada de cuatro a 6 semanas. La intervención se realizará de manera individual en un área solicitada al hospital.

Tabla 4.

*Desarrollo del Procedimiento*

PASOS	Actividad	MODALIDAD	Objetivo	Descripción	Material	Observaciones
1.	Selección de participantes		Captar a los padres que participaran en el presente protocolo	Se realizará acompañamiento a los padres durante el diagnóstico por parte del médico. Se realizará el primer contacto con los padres, por medio de la aplicación de los primeros auxilios psicológicos. (Ver Anexo 1)		Se invitará a los padres a participar
2.	Evaluación Inicial		Restablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo de contención; reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda Valorar el funcionamiento CASIC del paciente en base al Cuestionario para crisis. Evaluación de síntomas por medio del Inventario de Síntomas SCL-90-R.	Se realizará entrevista con base al Cuestionario para Crisis Se aplicará al padre el Inventario de Síntomas SCL-90, dándole las instrucciones. En caso de que el padre tenga dificultades para leer o escribir el examinador le leerá cada uno de los ítems en voz alta. (Ver Anexo 2)	Cuestionario para Crisis Inventario de Síntomas SCL-90-R (Derogatis)	Antes de iniciar con la entrevista basada en el Cuestionario para Crisis se le dará lectura y firma al padre para el consentimiento informado. Dicha evaluación se llevará a cabo aproximadamente de 5 a 7 días después al evento de la crisis, con la finalidad de encontrar el tiempo propicio para iniciar con la terapia para crisis, siendo este tiempo determinado por el terapeuta en colaboración con el cuidador.

PASOS	Actividad	MODALIDAD	Objetivo	Descripción	Material	Observaciones
3.	Supervivencia física	Somática	<p>Brindar a los padres la primera estrategia dentro de la resolución de tarea referente a la modalidad somática.</p> <p>Preservar la vida</p> <p>Mantener la salud física</p> <p>❖ Reducir los malestares somáticos</p> <p>❖ Disminuir reacciones de ansiedad que el padre pudiera experimentar ante la situación de enfermedad de su hijo.</p>	<p>Se entrenará a los pacientes en cuanto a la técnica de relajación muscular progresiva. Primero se entrenará al paciente en la técnica de respiración diafragmática como un antecedente a la respiración muscular progresiva.</p> <p>a) Posteriormente se entrenará y guiará al paciente respecto a la técnica de relajación muscular progresiva, comenzando por Los Pies y piernas</p> <p>b) El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda)</p> <p>c) Manos y brazos</p> <p>d) Cuello y cara. (Ver Anexo 3)</p>		<p>De ser posible se pedirá a los padres el uso de ropa cómoda para la realización de la técnica de relajación muscular progresiva.</p>
4.	Dominio Cognitivo	Cognitiva	<p>a) Desarrollar una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis.</p> <p>b) Comprender la relación entre el incidente de crisis y las creencias del paciente, sus expectativas, asuntos inconclusos, conceptos, sueños y metas para el futuro.</p> <p>c) Adaptar cambios, creencias, autoimagen y planes futuros a raíz del incidente de crisis.</p>	<p>Se trabajará con el paciente en base a la técnica de reestructuración cognitiva. Primero se identificarán los pensamientos derivados de la situación de enfermedad de su hijo. Posteriormente se realizará el debate de pensamientos. Y la búsqueda de pensamientos alternativos. (Ver Anexo 4)</p>	<p>Formato de Autorregistro de pensamientos</p> <p>Manual de pensamientos irracionales</p>	<p>La reestructuración cognitiva será empleada de manera simultánea en tareas posteriores a la resolución de la crisis, como un aspecto base en la resolución de la crisis.</p>

PASOS	Actividad	MODALIDAD	Objetivo	Descripción	Material	Observaciones
5.	Adaptaciones conductuales/interpersonales	Conductual, Interpersonal	a) Hacer cambios en los patrones cotidianos de trabajo, desempeño de un rol y relaciones con las personas a raíz del incidente de crisis.	<p>Se dará a conocer a los participantes el concepto de la comunicación y conducta asertiva</p> <p>Se utilizarán técnicas tales como modelamiento, role playing, ensayo conductual, la retroalimentación y el reforzamiento.</p> <p>Primero se identificarán las redes de apoyo con que cuenta el paciente,</p> <p>Así mismo, se tomará en cuenta los roles que juega el padre, incluido ahora su papel de cuidador</p> <p>Identificar y reflexionar con el paciente los cambios que pueden requerirse en cada una de las áreas principales y cooperación de la red social para facilitar dichos cambios. (Ver Anexo 5)</p>	Computadora Cañón	Se asignarán tareas para casa.
6.	Expresión de Sentimientos	Afectiva	a) Identificar y b) expresar sentimientos relacionados con la crisis de manera socialmente apropiada	<p>Se ayudará al padre a identificar emociones</p> <p>Se realizará exploración emocional respecto a sus sentimientos frente a la situación</p> <p>Lista de situaciones que dan miedo</p> <p>Se retomará la técnica de Respiración diafragmática, de manera simultánea.</p> <p>Se empleará la técnica de inoculación de estrés. (Ver Anexo 6)</p>	Autor registro emocional	

<b>PASOS</b>	<b>Actividad</b>	<b>MODALIDAD</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Observaciones</b>
7.	Evaluación post-tratamiento		Valorar el funcionamiento CASIC del paciente en base al Cuestionario para crisis posterior a la intervención. Evaluación de síntomas por medio del Inventario de Síntomas SCL-90-R.	Se realizará entrevista del Cuestionario para Crisis  Se aplicará al padre el Inventario de Síntomas SCL-90, dándole las respectivas instrucciones.  En caso de que el padre tenga dificultades para leer o escribir el examinador le leerá cada uno de los ítems en voz alta.	Cuestionario para la crisis  Inventario de Síntomas SCL.90-R (Derogatis)	

## PROPUESTA SOBRE EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez vaciada sujeto por sujeto en una base de datos, el análisis de resultados se realizará por medio de:

- La **prueba de Wilcoxon** es una prueba no paramétrica para comparar la mediana de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Se utiliza como alternativa a la prueba t de Student cuando no se puede suponer la normalidad de dichas muestras.
- El **análisis multivariado** es un método estadístico utilizado para determinar la contribución de varios factores en un simple evento o resultado. Los factores de estudio son las variables independientes o variables explicativas. El resultado estudiado es el evento, la variable dependiente o la variable respuesta.

## **REPORTE DE EXPERIENCIA DEL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA**

SEDE: Centro de Orientación Educativa  
de la Facultad de Contaduría, Administración  
e Informática de la UNAM (COEFCA)

Desde febrero de 2012

### **ANTECEDENTES**

En el presente ya no se percibe a la salud como algo que sólo se conserva, sino que se desarrolla. Se ha producido un cambio en la concepción de la salud y la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas biológicos, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros estilos o hábitos de vida (Rodríguez, 2004).

### **LA SALUD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) ha emitido las siguientes recomendaciones:

- Promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal.
- Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad.
- Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios.
- Estimular la participación de la comunidad en los problemas de salud.

La psicología en el ámbito de la salud comprende la aplicación de los conceptos o métodos psicológicos que intervienen en el proceso salud- enfermedad, desde la promoción de estilos de vida saludables, la adopción de conductas preventivas, en cualquier problema surgido no sólo en el sistema de atención a la Salud, sino también en la Salud Pública y dentro de ella en la educación para la salud (Libertad, 2003).

Puede deducirse que a la psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas.

La salud es una meta que involucra a todos y la actividad principal del psicólogo en la actualidad se ha ampliado pues comprende no sólo el trabajo en hospitales, sino también en centros de higiene mental y social, orientación profesional. En fin, en todo servicio asistencial y de salud pública, este profesional tiene una importante función que cumplir, ya que se hace necesario que las intervenciones psicológicas no se limiten a los niveles de atención centrados en la enfermedad, sino que cobran mayor relevancia a nivel promocional y preventivo (Flores, 1999).

Actualmente se contempla el papel del psicólogo dentro de instituciones que brindan orientación psicológica a personas no sólo dentro del ámbito hospitalario sino también dentro del contexto educativo, en donde no es menos importante la labor del psicólogo. Correspondiendo a tal escenario el Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría, Administración e Informática de la UNAM ofrece servicios de atención psicológica.

### **Descripción de la Sede**

La sede de asignación del segundo año de Medicina Conductual corresponde al Centro de Orientación Educativa (COEFCA) de la Facultad de Contaduría, Administración e Informática de la UNAM y tiene como objetivo principal la detección temprana, el manejo y la canalización de diferentes problemáticas que pudieran afectar el desempeño del alumnado.

Dicho Centro corresponde a la Secretaría de Relaciones y Extensión Universitaria la cual a su vez cuenta otros Departamentos para la atención del alumnado que son:

Tabla 1

*Departamentos correspondientes a la Secretaría de Relaciones Exteriores*

<b>DEPARTAMENTOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Departamento de Servicios escolares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Departamento de Actividades Culturales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Departamento de Servicio Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Departamento de Actividades Deportivas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Departamento de Bolsa de Trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El Departamento Centro de Idiomas</li> </ul>

### **Ubicación del Residente en la Sede**

El Centro de Orientación Educativa se encuentra ubicado en la planta baja del Edificio E. Cuenta con tres cubículos, uno de los cuales es usado como la oficina principal y los otros dos dedicados al desarrollo de las sesiones para brindar la atención individual a los alumnos. Cada uno de estos cubículos cuenta a su vez con una silla, una banca, una mesa, un reloj y un pizarrón y cuenta con acceso a una sala de cómputo. Dicho centro se encuentra a cargo de la Dra. Angélica Riveros Rosas, quien es la Coordinadora actual.

Al momento de preparar el presente informe participan en el COEFCA diez integrantes de los cuales tres son estudiantes de doctorado, una estudiante de maestría, uno tienen el grado de licenciatura y dos tesis.

### **Contexto y Descripción de las Actividades Diarias**

En el área estudiantil, se incluyen problemas tales como: hábitos de estudio deficitarios, dificultades en materias específicas (matemáticas y estadística), relación de pareja, además de prácticas sexuales de riesgo así como problemas del espectro emocional (ansioso, e impulsividad principalmente), autoestima y problemas con la familia entre otros. Es por ello que entre los objetivos planteados de manera específica por el Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría, Administración e Informática de la UNAM (COEFCA) se consideran los siguientes:

- \* La detección de problemas de aprendizaje y hábitos de estudio.
- \* La detección de déficits y desarrollo de habilidades de funcionamiento académico y cotidiano.
- \* La detección y manejo de problemáticas de carácter psicológico.
- \* La contención y canalización de problemáticas que requieran atención especializada.
- \* Diseño de campañas preventivas en pro de la salud y el desempeño estudiantil.

El plan de actividades para el residente de Medicina Conductual se cubre de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 y contempla las siguientes etapas:

1. Fase de entrenamiento: que tuvo como finalidad la de ayudar a adquirir y refinar un repertorio de conductas y habilidades terapéuticas efectivas, así como la aplicación de dichas destrezas.  
Para ello se contempló que en un inicio el residente fungiera como co-terapeuta durante las sesiones individuales. Posteriormente, un alumno de licenciatura con experiencia terapéutica supervisada fungió como co-terapeuta de los casos que empezó a llevar la residente. Así mismo se realizan grabaciones de voz y a través de ejercicios de juego de roles (role-playing) para modelar y perfeccionar algunas habilidades terapéuticas.
2. Plan de investigación: Para la realización del protocolo se llevó a cabo un diagnóstico de necesidades que debían ser cubiertas por parte del Centro para su desarrollo, implementación y seguimiento. Se llevó a cabo la propuesta al Centro para su refinamiento e implementación.
3. Actividades cotidianas: Dentro de las tareas cotidianas cabe mencionar las siguientes:
  - \* Atención individual a alumnos durante las sesiones semanales
  - \* Atención individual a alumnos canalizados por parte del Departamento Jurídico
  - \* Atención grupal a alumnos con problemas de autoestima
  - \* Realización de entrevistas a los casos de primera vez.
  - \* Seguimiento personal y/o telefónico a los casos atendidos.

- \* Apoyo en actividades relacionadas con el programa *de alumno a alumno* el cual consiste en asesorías brindadas por alumnos con mayor experiencia o conocimiento en determinadas materias hacia alumnos que presentan dificultades en las mismas.
- \* Asistencia y participación en el seminario semanal de supervisión. En el que se brinda la supervisión y avance semanal de casos específicos, se revisan los materiales para el Centro como trípticos, manuales y talleres, y se preparan sesiones de actualización para el equipo de terapeutas.

4. Tareas de diseño: Referida a la elaboración de algunos materiales tales como:

Cuadernillos de trabajo con los que se busca coadyuvar a la comunidad en general, se dirige especialmente a los alumnos que no presentan problemas que ameriten atención en las diferentes modalidades que ofrece COEFCA pero que pueden beneficiarse de psicoeducación, y ejercicios para un mejor funcionamiento y alcance de sus objetivos personales. Se busca sensibilizar a los usuarios que puedan beneficiarse de la atención personalizada, pero desconozcan las áreas o formas en que se lleva a cabo la atención psicológica. Dichos cuadernillos contemplaran psicoeducación, ejercicios y autorregistros. En este apartado también se contemplan nuevamente la elaboración de manuales (tanto para el instructor como para el estudiante) como parte del desarrollo de los cursos y talleres y que son revisados continuamente tanto en el seminario como en piloteos previos a su implementación.

**I. Productos y Actividades**

- \* Asistencia a Taller de Desarrollo de Habilidades para el estudio independiente impartido por la Dirección General de Orientación y Servicios Educativos (DGOSE).
- \* Diseño del material denominado “Manuales para el estudiante” preparado para publicación y entrega a alumnos de nuevo ingreso.

## Productividad

Del mes de febrero al mes de diciembre del 2011 se atendió un total de 84 usuarios de los cuales 20 corresponden a hombres y 64 a mujeres (Ver figura 1).



Figura 1. Hombres y mujeres atendidos por el Servicio

De acuerdo a la carrera, la mayoría de los estudiantes corresponde a la licenciatura en Administración (62) seguidos por Contaduría (21) e Informática (1).

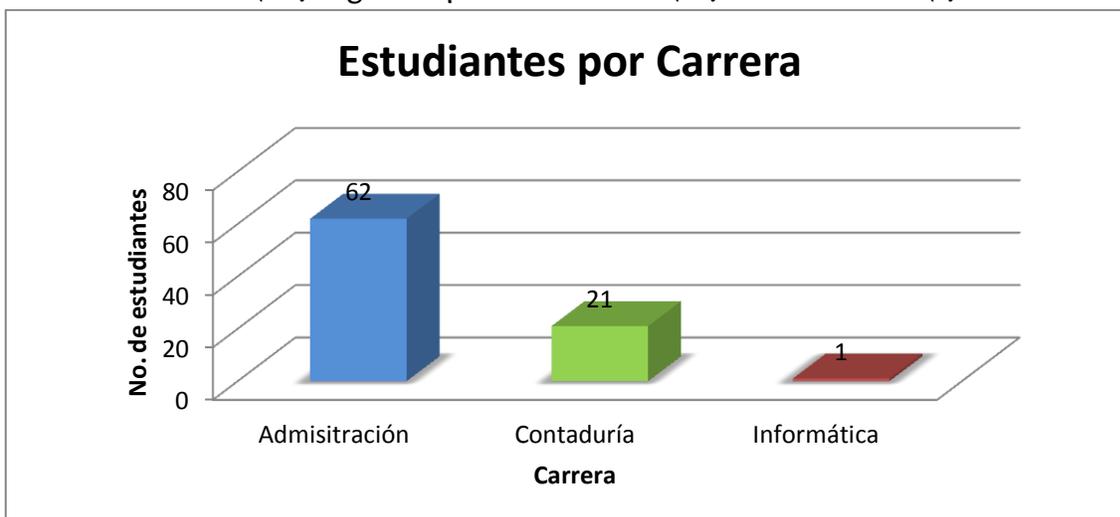


Figura 2. Usuarios Atendidos en funcion a la Licenciatura que Cursan

Se atendió a 77 estudiantes y 11 más suspendieron su asistencia, como muestra la siguiente gráfica.

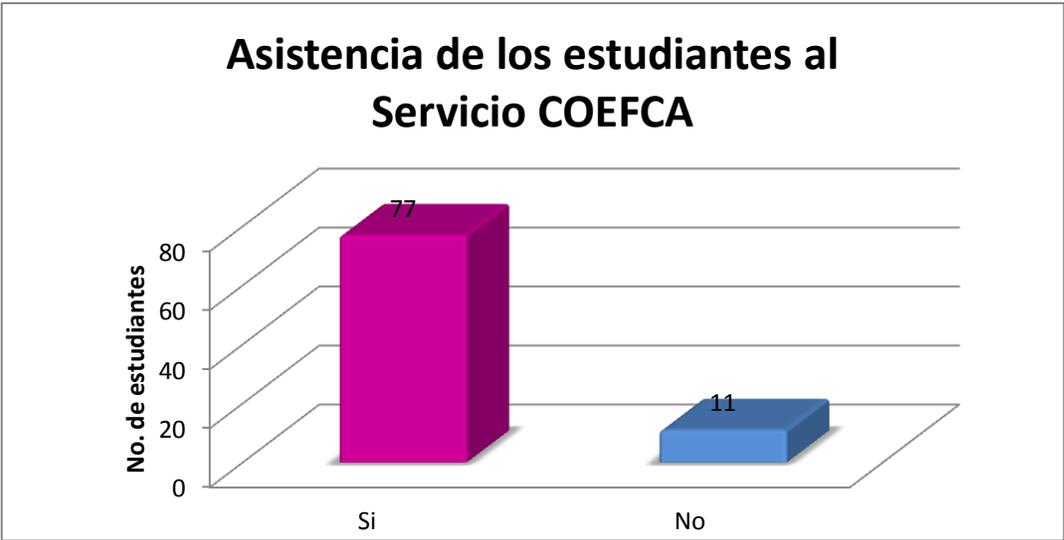


Figura 3. Usuarios que acudieron al Servicio

En términos de sesiones los estudiantes que continuaon asistiendo al servicios ocuparon entre 1 y 22 sesiones, con las últimas normalmente dedicadas a seguimiento.

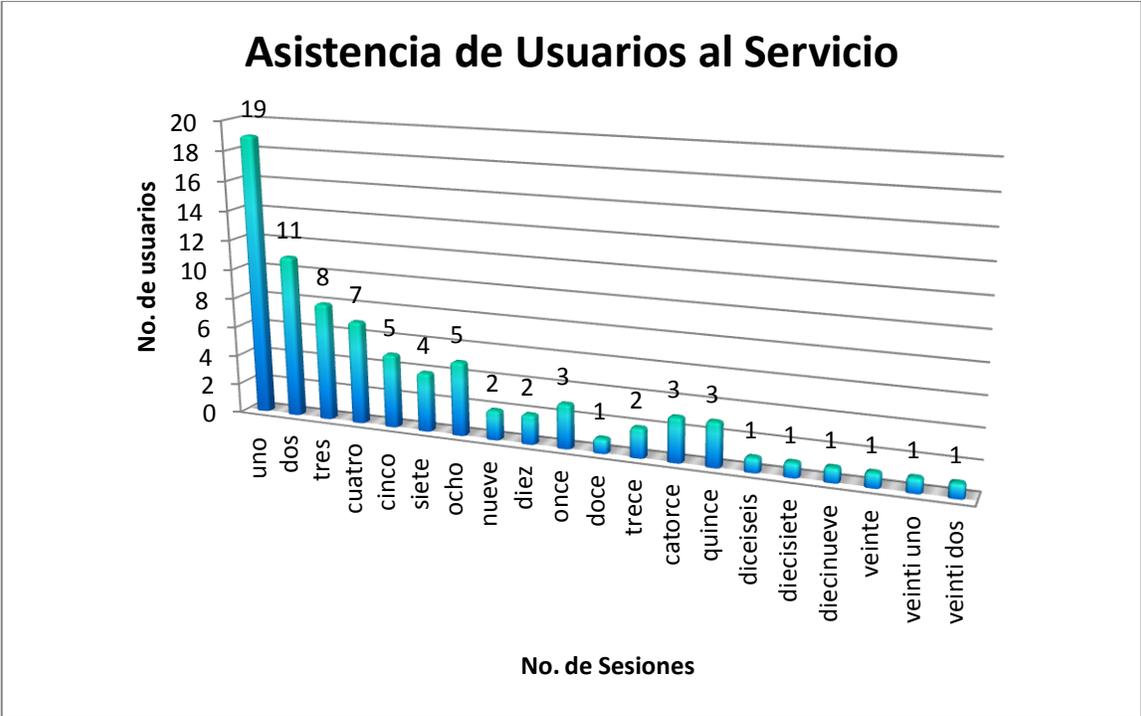


Figura 4. Numero de sesiones a las que acudieron los usuarios

Entre los principales abordajes psicológicos encontramos la entrevista inicial y técnicas tales como la reestructuración cognitiva.

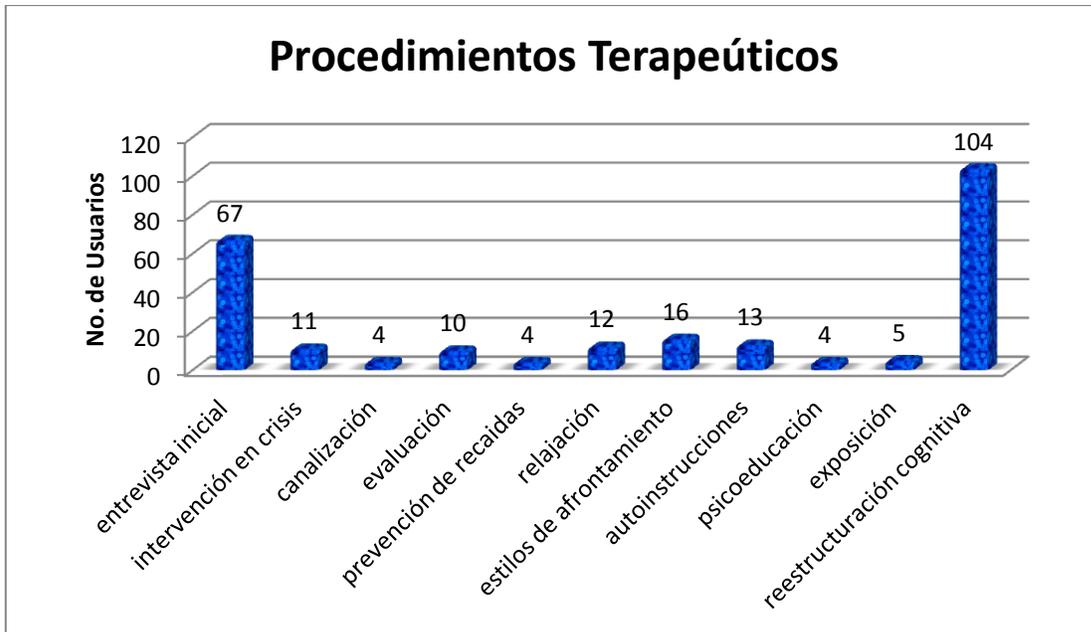


Figura 5. Principales Procedimientos o Abordajes terapéuticos

Finalmente las principales problemáticas por las cuales los estudiantes acuden en búsqueda de atención al COE incluyen control disfuncional de emociones (42); baja autoestima (28) y problemas en la relación de pareja (26), entre otros.

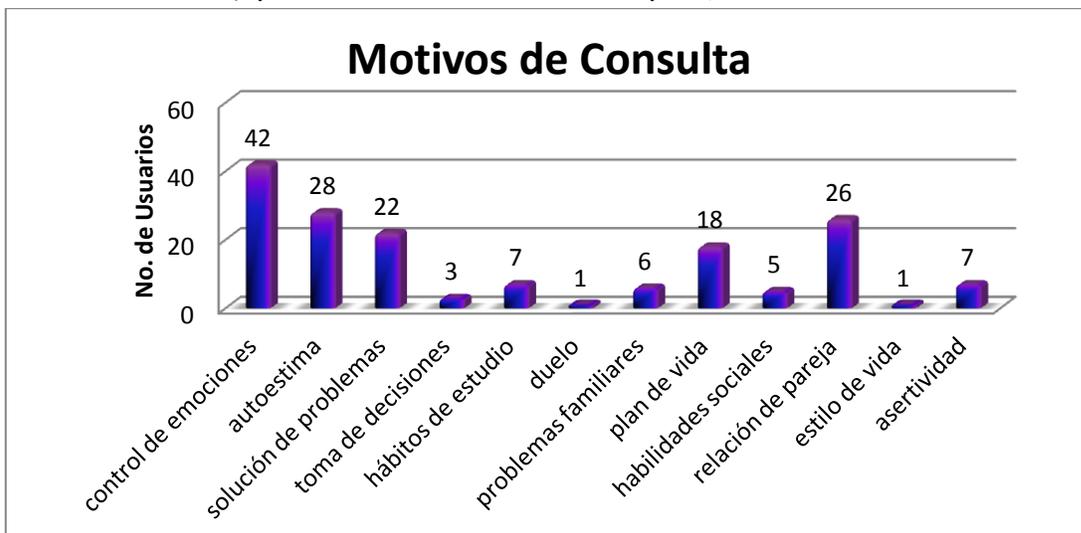


Figura 6. Principales motivos de consulta por los que acudieron los usuarios.

## **ATENCIÓN A USUARIOS**

En cuanto a los usuarios atendidos durante el segundo año de residencia, se instrumentaron procedimientos que incluían la entrevista inicial, detección de necesidades, asignación de caso a alguna de las modalidades de atención (individual, grupal, talleres, programa de alumno a alumno, etc.) o canalización a otro centro de atención). Inicialmente el usuario llenaba una forma en donde explicaba con sus propias palabras el motivo por el cual asistía (véase el anexo 7). Durante la entrevista se indagaba más a profundidad respecto a lo que el usuario refería y se delimitaba la problemática, para ello se contemplaban aspectos como las áreas de afectación y magnitud percibida del problema (escolar, familiar, pareja, sexual, profesional y salud); los antecedentes patológicos heredofamiliares y personales tanto físicos como psicológicos; así como las redes de apoyo y dinámica familiar.

Si había tiempo y personal disponible en la primera visita, se realizaba la evaluación inicial a través de diferentes instrumentos incluyendo las escalas de Depresión y Ansiedad de Beck (BDI-BAI, respectivamente).

Se presentan los resultados considerando la permanencia de los usuarios atendidos durante la residencia, los que acudieron en una sola ocasión, los que acudieron en promedio cinco sesiones, y los que acudieron seis sesiones o más.

De los 77 casos de primera vez en el periodo, 2011-2012 fue posible recabar los datos iniciales de necesidad de atención en 19 casos, las principales razones fueron por su reasignación a horarios que acomodarán a la atención.

A 19 usuarios fue posible hacerles la entrevista inicial y evaluar estado emocional (sintomatología ansiosa y depresiva). También se exploraban las razones para no haber acudido una segunda vez o continuar el proceso. La tabla muestra, en la primera columna las razones para haber dejado de acudir y en la segunda la frecuencia con que ocurrió dicha razón (véase la tabla 1).

Tabla 1.

*Usuarios que acudieron una única vez y principales razones por las que dejaron de acudir*

<b>MOTIVO PARA DEJAR DE ACUDIR</b>	No. De Usuarios FRECUENCIA
<b>TRABAJO</b>	2
<b>HORARIOS</b>	2
<b>CANALIZACIÓN</b>	12
<b>NO RESPONDIÓ</b>	3

Las principales razones para no continuar en alguna de las modalidades de atención incluyeron: horarios incompatibles con sus actividades y por tener que asistir a su trabajo. En la mayoría de los casos se les canalizó con otro psicólogo dentro del mismo Centro.

Respecto a los resultados de la evaluación emocional de los 19 casos que acudieron una única ocasión, se presentan por frecuencia y criterio diagnóstico conforme a los parámetros de población mexicana de los instrumentos de Beck (Jurado, Villegaz, Mendez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998) y para ansiedad (Robles, Varela, Jurado & Paez, 2001). Se presentan en barras los criterios diagnósticos para población mexicana, donde la ordenada muestra la frecuencia (véase la Figura 1).

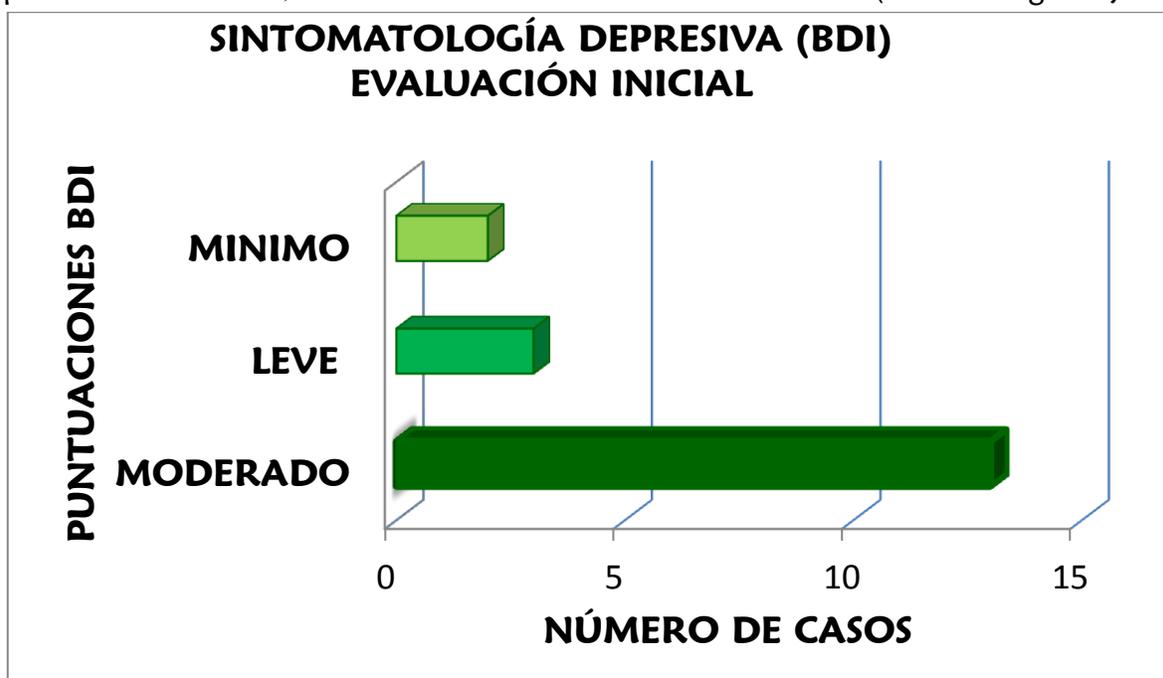


Figura 1. Puntuaciones obtenidas en la Evaluación Inicial por los usuarios que acudieron únicamente a su entrevista inicial.

Las puntuaciones oscilaron de leve a moderado en los casos que sólo acudieron a entrevista inicial. La sintomatología depresiva no arrojó casos en la categoría “grave” y la mayoría mostró un nivel de "moderado". En la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) las puntuaciones se muestran también en barras (véase la Figura 2).

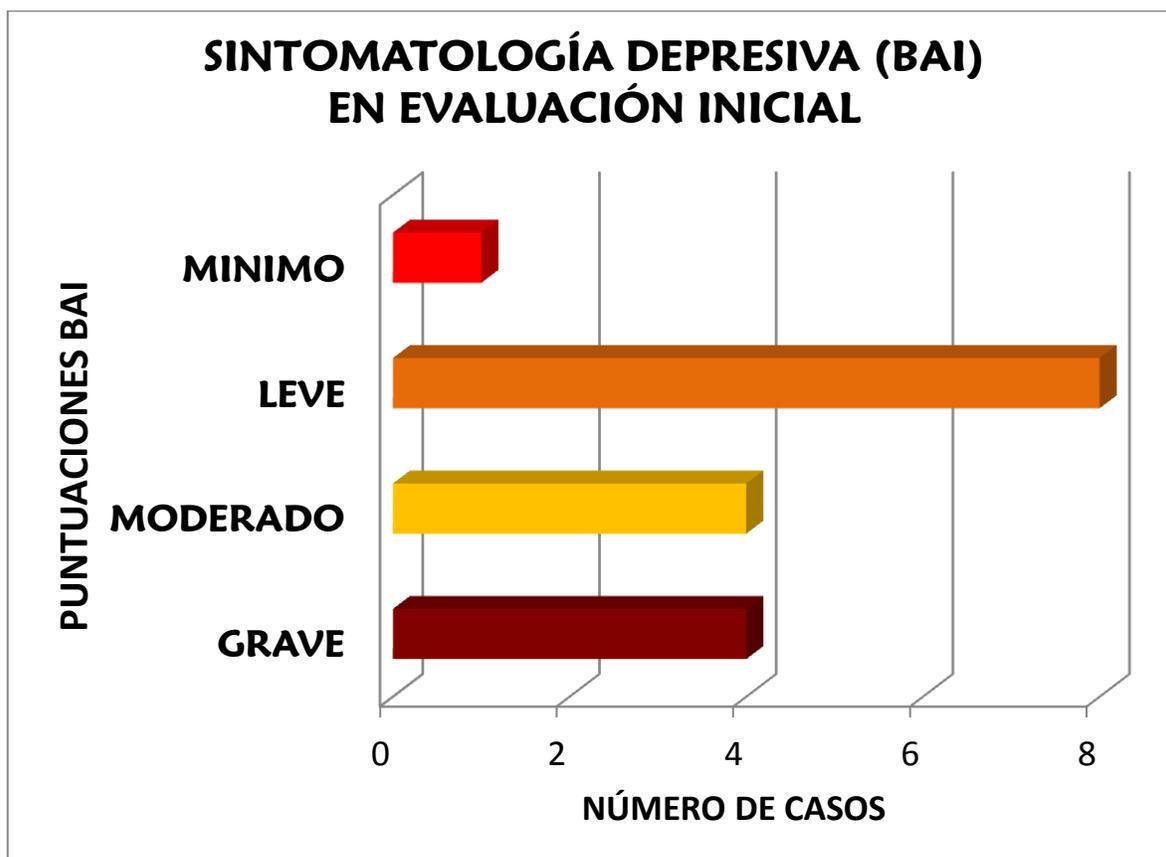


Figura 2. Puntuaciones obtenidas en la Evaluación inicial en la Escala de Ansiedad de Beck (BAI)

La mayoría de los casos oscilaron entre los niveles leve y moderado durante la evaluación inicial. La sintomatología ansiosa sí reveló casos en la categoría grave.

Cabe destacar que en previsión de la posibilidad de que los usuarios no regresaran, en caso de que las condiciones de tiempo y disposición lo permitieran, se instrumentaba un procedimiento de psicoeducación sobre la situación que lo llevaba a solicitar atención. Se incluía en ésta el planteamiento del modelo del determinismo recíproco para la comprensión de su situación.

En algunos casos fue necesario instrumentar procedimientos de intervención en crisis o de regulación emocional tales como técnicas de relajación muscular progresiva

profunda (RMPP) y otras estrategias a fin de que el usuario desarrollara estrategias para la mejora de su situación.

La tabla 2 muestra la frecuencia con la que se aplicaron las estrategias mencionadas.

Tabla 2  
*Técnicas aplicadas a los usuarios que acudieron una sola vez*

<b>TÉCNICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>Psicoeducación</b>	24
<b>Intervención en crisis</b>	2
<b>Relajación Muscular Profunda</b>	10
<b>Reestructuración Cognitiva</b>	8

Trece usuarios atendidos por la que suscribe que permanecieron un promedio de cinco sesiones pero eventualmente interrumpieron su tratamiento. Las razones de suspensión incluyeron haberse sentido mejor respecto al problema inicial y, nuevamente, con situaciones tales como: empezar a trabajar, el cambio en sus horarios que incluía actividades extracurriculares como tomar clases de idiomas, su integración a equipos deportivos o actividades artísticas (véase la Tabla 3).

Tabla 3.  
*Principales razones de interrupción del tratamiento*

<b>MOTIVO PARA DEJAR DE ACUDIR</b>	<b>No. de Usuarios FRECUENCIA</b>
TRABAJO	5
HORARIOS	4
MEJORÍA	3
CANALIZACIÓN	1

La mayoría de los usuarios que interrumpieron su tratamiento fue por motivos laborales, entre los que abandonaron por incompatibilidad de horario están casos que iniciaron cursos intersemestrales, clases de inglés, y cambio de horario en sus materias. Un caso se canalizó debido a que se identificó la necesidad de atención psiquiátrica.

En este caso la intervención se dirigió a la persuasión de la necesidad de atención médica por la gravedad de la sintomatología depresiva. Debido a que no se esperaba dicha interrupción no fue posible realizar una evaluación final a través de las Escalas BAI y BDI. La evaluación inicial arrojó las siguientes las puntuaciones predominando las categorías leve y mínimo (véase la Figura 3).

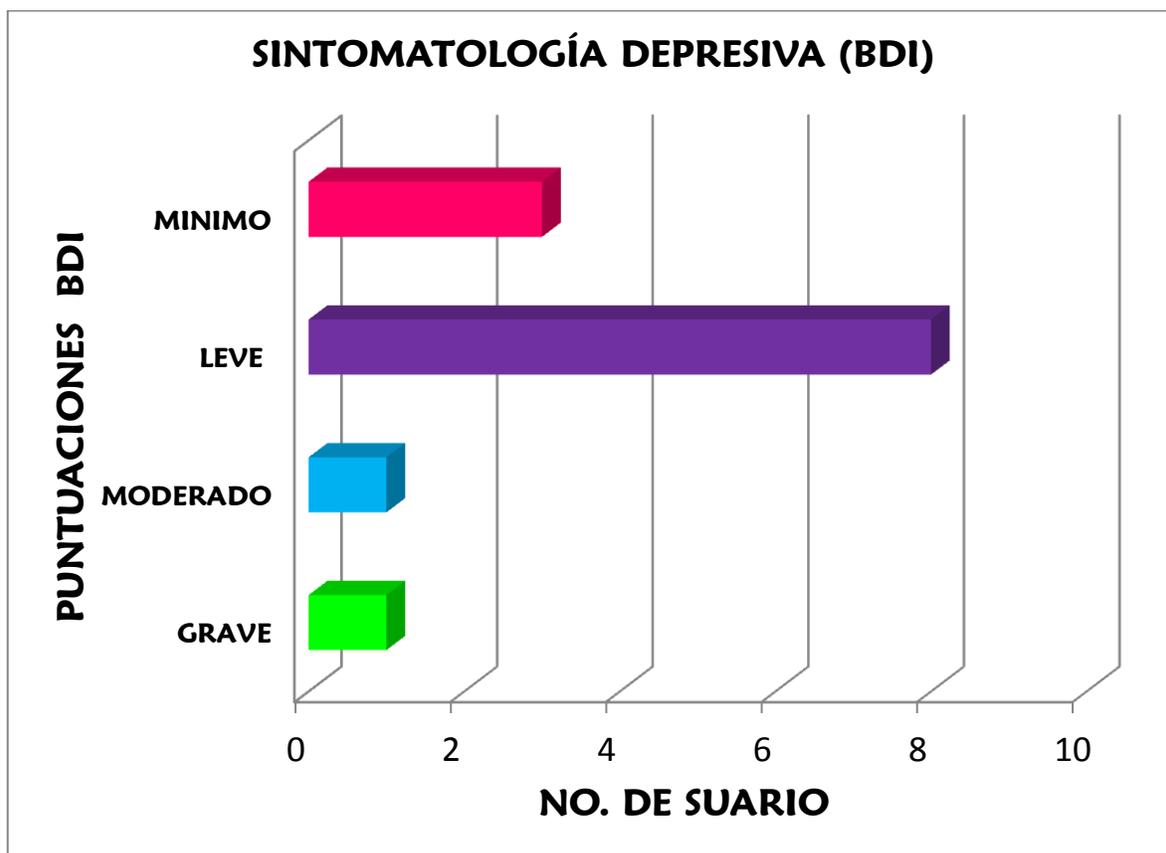


Figura 3. Puntuaciones de la Escala de Depresión (BDI) en la evaluación inicial realizada a los usuarios que en algún momento suspendieron su tratamiento.

Respecto a la escala de Ansiedad de Beck las puntuaciones de la evaluación inicial oscilaron en las categorías correspondientes a moderado y leve (véase la Figura 5).

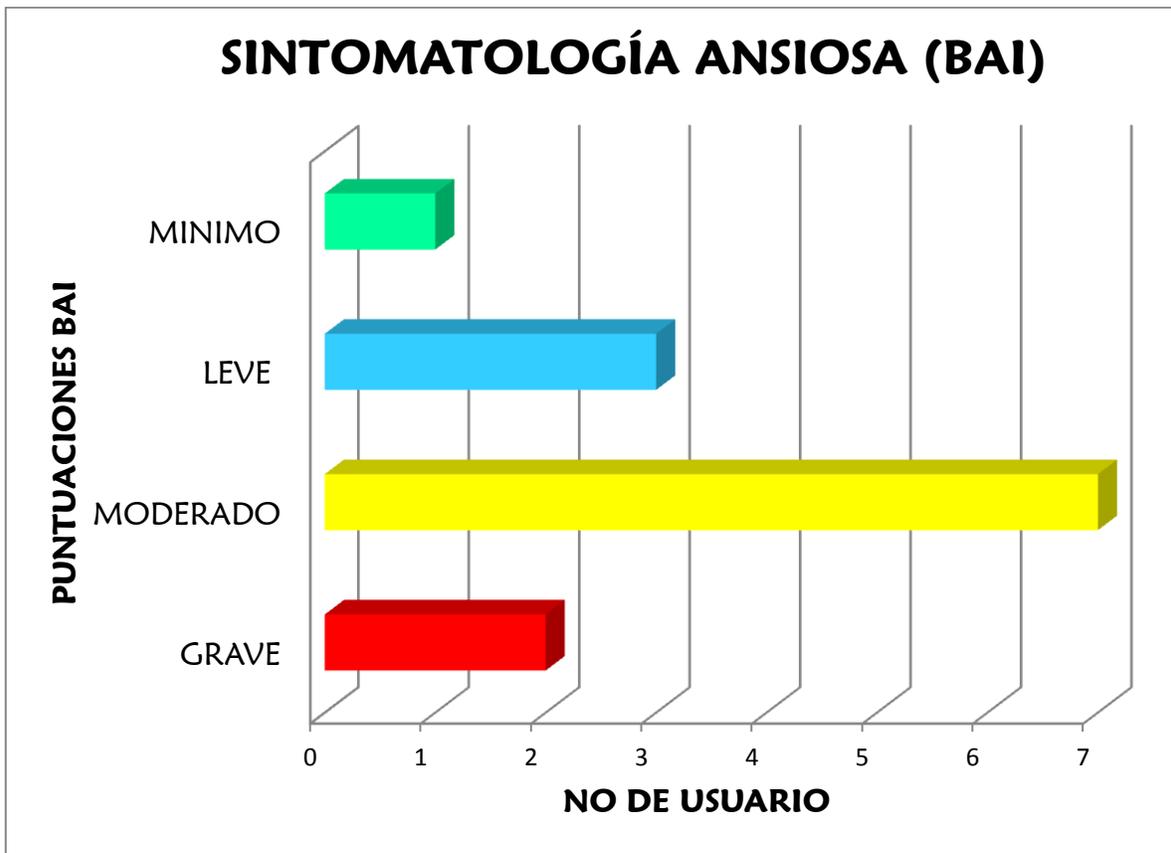


Figura 4. Puntuaciones de la Escala de Ansiedad en la evaluación inicial realizada a los usuarios que en algún momento suspendieron su tratamiento.

Al momento de la interrupción del tratamiento, fue posible valorar el avance a través de las bitácoras de sesión sobre las áreas: Familiar, Escolar, Profesional, Pareja, Sexual y Salud. La tabla 4 muestra la mejoría en algunas áreas correspondientes a dos casos tipo: un caso en que tuvo un mejor impacto la intervención y un caso en el que hubo poco impacto (véase la Tabla 4). El resto de los casos se incluyen en el anexo 8).

El caso de mejor impacto es una estudiante de la carrera de contaduría cursando el octavo semestre, de 22 años de edad, que vive con sus padres y un hijo de 1 año de edad. Acude debido a situación problemática con su pareja y a dificultades en la crianza del hijo debido a actividades académicas.

El caso de menor impacto se trata de un estudiante hombre de la carrera de contaduría, en segundo semestre que acude debido a que después de haber vivido solo en provincia, al iniciar sus estudios regresa a vivir con su familia, refiere

problemas de convivencia e interacción con ellos que afectan su estado de ánimo, vulnerabilidad económica, y conductas de riesgo sexual y adicciones.

Tabla 4

Áreas de mejora en usuarios que interrumpieron tratamiento

		<b>ÁREAS</b>					
		<b>FAMILIAR</b>	<b>ESCUELA</b>	<b>PROFESIONAL</b>	<b>PAREJA</b>	<b>SEXUAL</b>	<b>SALUD</b>
<b>Caso</b>	<b>1</b>	Al inicio mostraba preocupación y sentimientos de culpa, debido a que no podía estar con su hija pequeña por las actividades escolares. Además de que debido a esta situación tiene desacuerdos con su madre respecto a la crianza. No contaba con el apoyo de su ex pareja. Durante las sesiones logra mantener y fortalecer redes de apoyo por parte de sus padres, establece límites sobre la crianza de su hija y asume con mayor responsabilidad su rol de madre, en el cuidado de la misma,	Logra distribuir actividades de estudio con tiempos para cuidar a su hija.	Consigue un trabajo lo cual le permite cierta solvencia económica para gastos de su hija.	Acude al servicio en el momento de ruptura con la pareja, sin embargo muestra dudas de volver con él, a pesar de considerar la relación de poca confianza y apoyo, por su hija. Posteriormente logra tomar la decisión de no volver con él debido a que se siente con mayor capacidad respecto al cuidado de su hija.		Disminución de síntomas de ansiedad. Refiere dormir mejor, menor rumiación, autocrítica y autodevaluación. Así como mejor estado de ánimo en la escuela y en su casa con su hija.
	<b>2</b>	Retoma relación con su familia de origen después de vivir separado de ellos					Conciencia de tomar tratamiento médico en psiquiatría y chequeo de salud física por conductas de riesgo

Finalmente se presentan 16 casos que terminaron el tratamiento y acudieron a un promedio de 18.14 sesiones. En estos casos sí fue posible llevar a cabo la evaluación Pretest y Postest. La siguiente figura muestra, en la ordenada las puntuaciones en la escala de depresión de Beck y en la abscisa el número de caso. En rombos verdes aparece la puntuación pre test y en triángulos azules los resultados post tratamiento (Ver Figura 5).

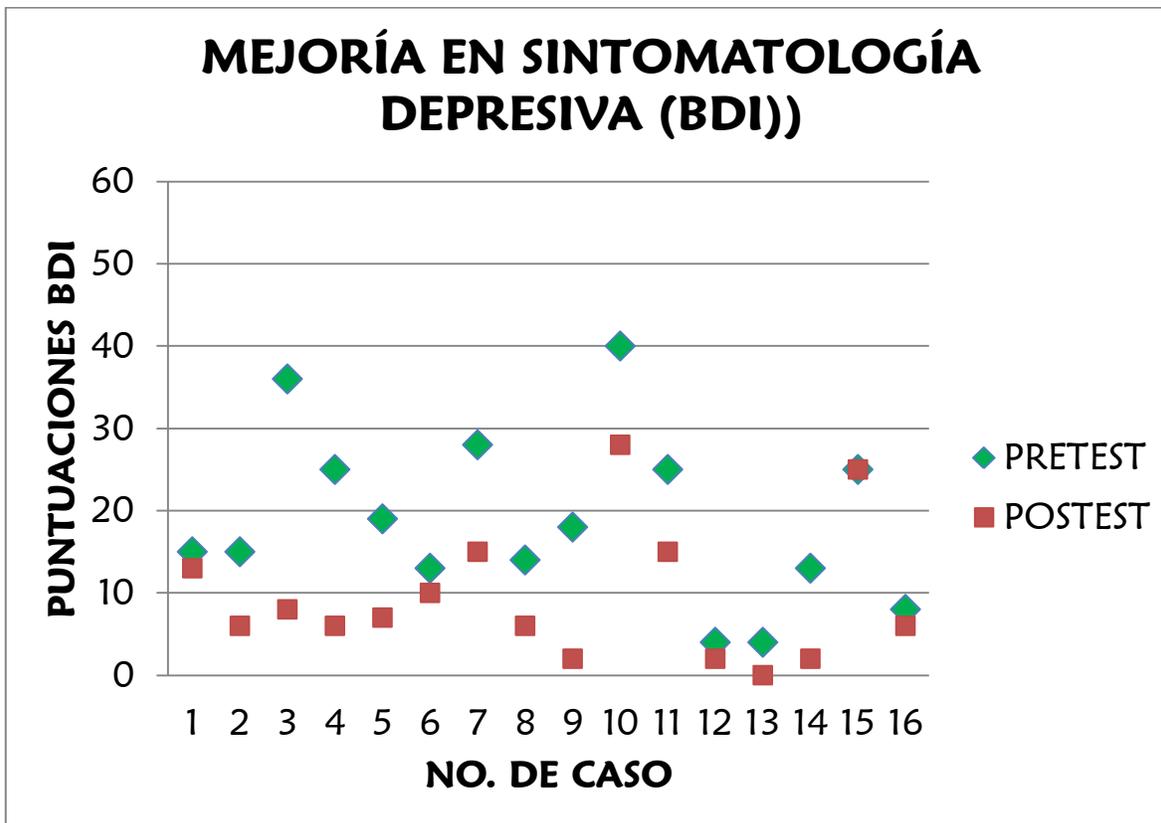


Figura 5. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión y (BDI) en la Evaluación Inicial y Final por los usuarios que terminaron su tratamiento.

La mayoría de los casos redujo sus síntomas depresivos de Grave a Mínima. Hubo casos cuya diferencia entre la evaluación inicial y final, si bien no fue proporcionalmente grande, se mantuvieron en la categoría correspondiente al nivel mínimo.

Respecto a la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) en la siguiente figura se muestra nuevamente en el eje de la ordenada las puntuaciones en la escala de ansiedad y en la abscisa el número de caso. En triángulos azules aparece la puntuación pre test y en cuadrados rosas los resultados post tratamiento (véase la Figura 6).

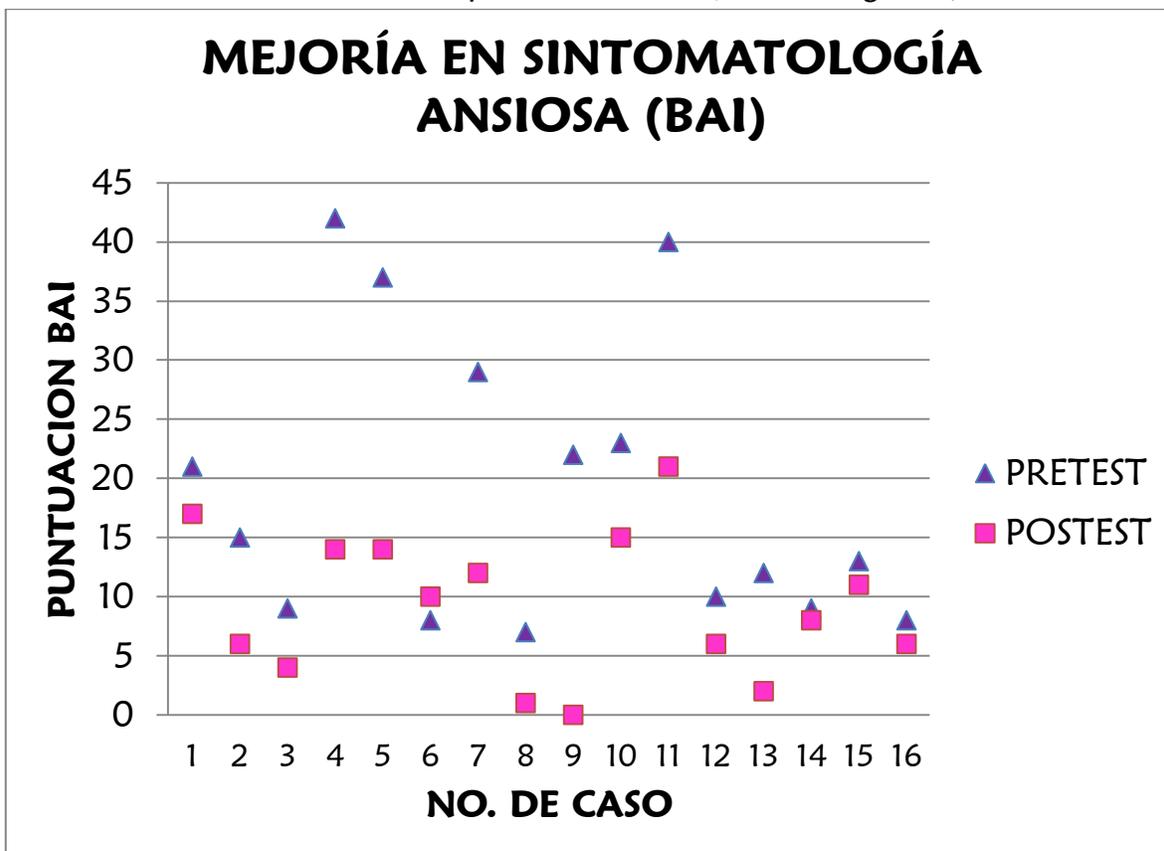


Figura 6. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Ansiedad (BAI) en la evaluación inicial y final por los usuarios que terminaron su tratamiento.

Si bien las puntuaciones oscilaron desde grave a mínimo, algunos casos mejoraron modestamente, sin embargo, fueron aquellos que ya se encontraban en un nivel de leve o mínimo (posible efecto de piso).

Los usuarios que terminaron el tratamiento presentaron, en efecto, mejoría en diversas áreas de funcionamiento. A continuación se muestran nuevamente algunos ejemplos de casos tipo, el que mostró mayor mejoría clínica y el que obtuvo menor (véase la Tabla 5). El resto de los casos se presentan en el Anexo 9.

El caso de mayor beneficio se trata de una estudiante del segundo semestre que cursa la carrera de contaduría, con padres separados. Al momento de la consulta vivía con la madre y, ocasionalmente, con su padre. Acude por conflictos en la relación con madre lo que le genera sentimientos de tristeza y ansiedad que interfieren con sus actividades académicas.

El segundo caso se trata de una estudiante de 18 años del primer semestre de contaduría, que acude al servicio refiriendo nerviosismo, falta de seguridad, preocupación excesiva a cometer errores, perfeccionismo y pensamiento rígido.

Un tercer caso, de menor beneficio, se refiere a un estudiante del segundo semestre de contaduría también que acude refiriendo apatía hacia actividades escolares, dificultad para concentrarse y procrastinación, todo lo cual le causa gran preocupación.

Tabla 5  
Áreas de mejora en usuarios que terminaron el tratamiento.

Caso	ÁREAS					
	FAMILIAR	ESCUELA	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD
1	Presentaba agresiones verbales y obligatoriedad de permanencia en casa para cuidar a su hermano menor, y realizar actividades domésticas, lo cual interfería con sus actividades de estudio tales como: la atención a materias, la presentación de exámenes o la asistencia a clases. A la mejoría crea condiciones que le permiten continuar con sus estudios, logrando establecer nuevas redes de apoyo por parte de su abuela y su padre e independencia económica.	Su desempeño se mantiene alto y logra manejar obstáculos de casa que interferían en sus actividades de estudio y fortalecimiento y creación de redes de apoyo por parte de amigos de clases.	Inicia con servicio y logra contar con recursos económicos propios	Fortalecimiento de relación de pareja como red de apoyo logrando mejora en la comunicación y la expresión y negociación de situaciones de conflicto		Disminución de sintomatología ansiosa
2		Acude refiriendo ansiedad social, miedo a equivocarse y a no hacer las cosas a la perfección lo que le impedía sentirse cómoda con su participación en clases y el no poder divertirse por miedo a hacer el ridículo y el no involucrarse con personas que consideraba inmaduras, a la mejoría logra interactuar con sus compañeros sin preocuparse tanto por las críticas, con más confianza en sí misma, estableciendo nuevas interacciones con sus compañeros y relacionándose con personas que antes rechazaba, logrando participar más en clase disfrutando de lo que hace	Anteriormente por la intolerancia a la frustración abandonaba las cosas por miedo a equivocarse o miedo al rechazo. A la mejoría consigue un trabajo manteniéndose en él	Aunque no inicia una relación de pareja se muestra más abierta a relacionarse con personas del sexo opuesto con menos miedo a expresar sus emociones "anteriormente no quería tener una pareja por miedo a que me lastimaran y porque el demostrar lo que sentía era como ser débil" sic pac. Nota que lo anterior la aísla y fortalece los sesgos de rigidez e inadecuación, muestra mejoría al establecer nuevas relaciones y vínculos sin esperar que el proceder de ella o de sus amigos sea "perfecto".		Al inicio comenta antecedentes de problemas gastrointestinales por los que requería hospitalización y algunos malestares se agravaban con el estrés, al final de la intervención lograba auto regularse y los síntomas físicos gastrointestinales ya no se presentaban. Aumentó la variedad de alimentos que podía consumir.
3		Mejoría en la concentración en clases y en su distribución de tiempos para actividades de estudio.				Disminuyen sintomatología ansiosa

Dentro de las principales técnicas utilizadas destacan Reestructuración cognitiva: a través de auto registros se identificaban pensamientos, el cual se debatía y se substituía por autoinstrucciones. La autorregulación emocional a través de inducir respiración diafragmática, relajación muscular progresiva profunda inducida mediante frases "autógenas"; entrenamiento en habilidades sociales (principalmente asertividad) y solución de problemas (a través de los cinco pasos propuestos por Nezu, con énfasis en la búsqueda de alternativas y el balance decisional).

Tabla 6  
*Principales técnicas aplicadas en las intervenciones con los usuarios que acudieron al Servicio.*

<b>TÉCNICA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>	<b>CASOS EN LOS QUE SE APLICABA</b>
1 Reestructuración Cognitiva	Esta técnica se basaba en que el usuario entendiera la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para ello se planteaba la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen el estado de ánimo, y una vez identificados manejarlos a través de la detección, el debate y la modificación de pensamientos.	Se aplicaba en todos los casos pero sobre todo en aquellos en los que se identificaba que existían sesgos cognitivos como por ejemplo “el ha de pensar que soy grosera”, “yo no debería dejar que el hiciera estas cosas” o en los casos en los que mucho del malestar se debían a pensamientos anticipatorios o catastróficos, por ejemplo casos que tenían que ver con el autocontrol emocional (enojo, celos), autoestima, etc.
2 Técnicas de relajación	Consistían en una serie de pasos a través de los cuales se iba enseñando o guiando a los usuarios dependiendo de la técnica y de la situación a distinguir entre un estado de relajación y tensión, a tomar conciencia sobre su cuerpo, como una forma de detener o manejar los pensamientos. Para ello dichas técnicas incluían: Respiración Diafragmática Relajación Autógena Relajación Muscular Progresiva Relajación Muscular Pasiva	Estas tenían el objetivo de disminuir respuestas fisiológicas elevadas, En los casos en los que presentaban síntomas de ansiedad tales como dificultad para dormir. Pensamientos de rumiación, o malestares físicos como dolores musculares o tensión en el cuerpo. Además en casos en los que se trabajaba autocontrol de emociones sobre todo la parte de impulsividad y manejo del enojo.

<b>TÉCNICA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>	<b>CASOS EN LOS QUE SE APLICABA</b>
4 Psi coeducación	Esta incluía la interacción entre la persona con el proveedor de la información favoreciendo y facilitando el entendimiento de la misma, permitiendo la identificación de situaciones y la descarga emocional.	Violencia de pareja , identificación de pensamientos, hábitos de estudio, autoestima, problemas con el manejo del estrés, etc.
5 Solución de problemas	Es un proceso en el que a través de una serie pasos la persona identificaba o descubría nuevas formas de afrontar los problemas.	Esta técnica se usaba con usuarios a los que se les dificultaba tomar alguna decisión por ejemplo el salirse o continuar con la carrera, separarse de su pareja, etc.

Es importante tener en cuenta estos datos ya que nos dan indicadores respecto a las características, las demandas de la población estudiantil y la necesidad de brindar una atención oportuna. A continuación se presentan algunos estudios de caso tratados durante la estancia en la residencia del segundo año.

e) Casos Clínicos

e. 1) CASO 1



FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
REPORTE DE CASO CLÍNICO



I. Identificación del Paciente

Nombre: ALCG

Sexo: Femenino

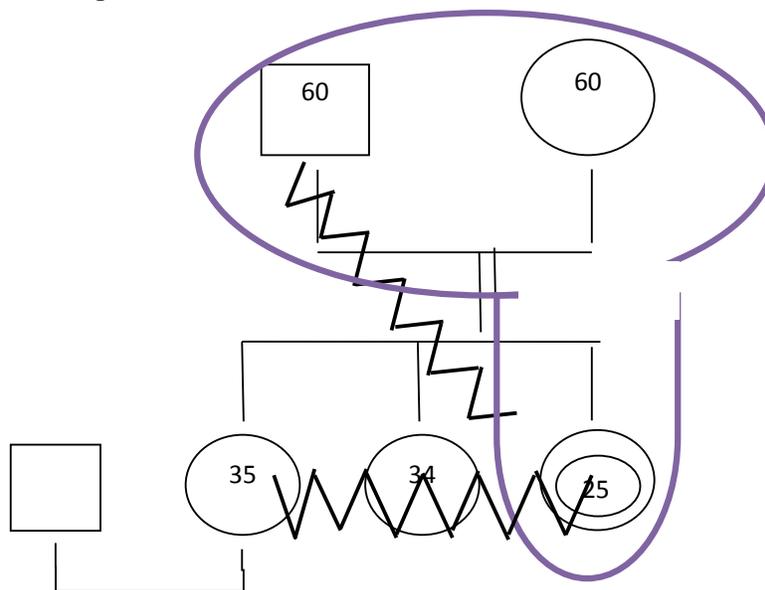
Edad: 25 años

Ocupación: estudiante

Procedencia geográfica: Iztapalapa, Nivel de estudios: Licenciatura D.F.

Religión: católica

II. Familiograma



III. Motivo de consulta:

RLGC paciente de 24 años solicita terapia debido a que ha notado pérdida de interés por actividades escolares, disminución en su rendimiento académico y dificultad para interactuar con personas del sexo opuesto y dificultad para expresar emociones.

#### **IV. Análisis y descripción de conductas problema:**

Las conductas problema, se manifiestan a nivel **conductual** a través de conductas de evitación, evadiendo a las interacciones con personas del sexo opuesto, dificultad para expresar emociones tendiendo a reprimirlas, dificultad para relacionarse con los demás y procrastinación, dificultad para participar en clase. En sentido **afectivo** presenta tristeza, apatía, nerviosismo.

En cuanto a **pensamientos** manifiesta algunas distorsiones por generalización ("todos los hombres son iguales, no puedo confiar en ningún hombre"), y exacerbación de reglas arbitrarias tipo "debería".

**V. Antecedentes Heredo familiares:** Padre de 59 años, ocupación electricista con hipertensión, madre de 59 años dedicada al hogar, sana. Abuela paterna con hipertensión y diabetes.

**VI. Antecedentes personales patológicos:** Ninguno autopercebido.

#### **VII. Dinámica familiar:**

RLCG reporta que desde su infancia ha habido problemas en casa ya que la relación entre los padres ha sido mala, ya que existen discusiones constantes. La relación con el padre es regular, ya que puede hablar con él pero no hay muchas expresiones de afecto.

La relación con la madre es buena, platica con ella y hay confianza, sin embargo RLCG tiene muchas responsabilidades que le impiden convivir con ella .

La relación con sus hermanas (siendo tres dentro de las cuales es la menor) es regular excepto con hermana mayor con la cual la relación es conflictiva ya que "explota" (sic pac.) y discuten frecuentemente (por ejemplo sobre cómo cuidar a los hijos). Familia nuclear y disfuncional. Con escasa red de apoyo social.

#### **VIII. Historia del problema**

La historia del problema comienza desde que era niña ya que empieza a tener desconfianza hacia su padre debido a que percibe que el abusó sexualmente de sus dos hermanas, ante lo que madre no hacía nada. Poco tiempo después llega un tío, el cual se queda a vivir con ellos ante lo que ella también se percibe en peligro "en alguna ocasión entró a mi cuarto y me tocó una pierna" (sic). Debido a estos antecedentes, ella evita estar en su casa sola o cuando están ellos, y evita encontrarse con su tío.

Tenía gusto por ir a la escuela e incluso era lo que la motivaba teniendo buen desempeño y obteniendo calificaciones altas (9.0) y le gustaba participar en diversas actividades académicas cuando cursaba la secundaria.

Durante la preparatoria, a raíz de la muerte de una sobrina percibe que se le dificulta concentrarse, perdió el interés por la escuela y ya no quería participar, hubo problemas entre los padres por infidelidad. La madre y la hermana se deprimían y se sentía sola “me quede sin amigas” (sic) y se percibía con poco apoyo “quedé a la deriva” (sic).

**IX. Impresión y Actitud General:**

Llega puntual, aliñada cooperadora a la entrevista e interesada durante las sesiones.

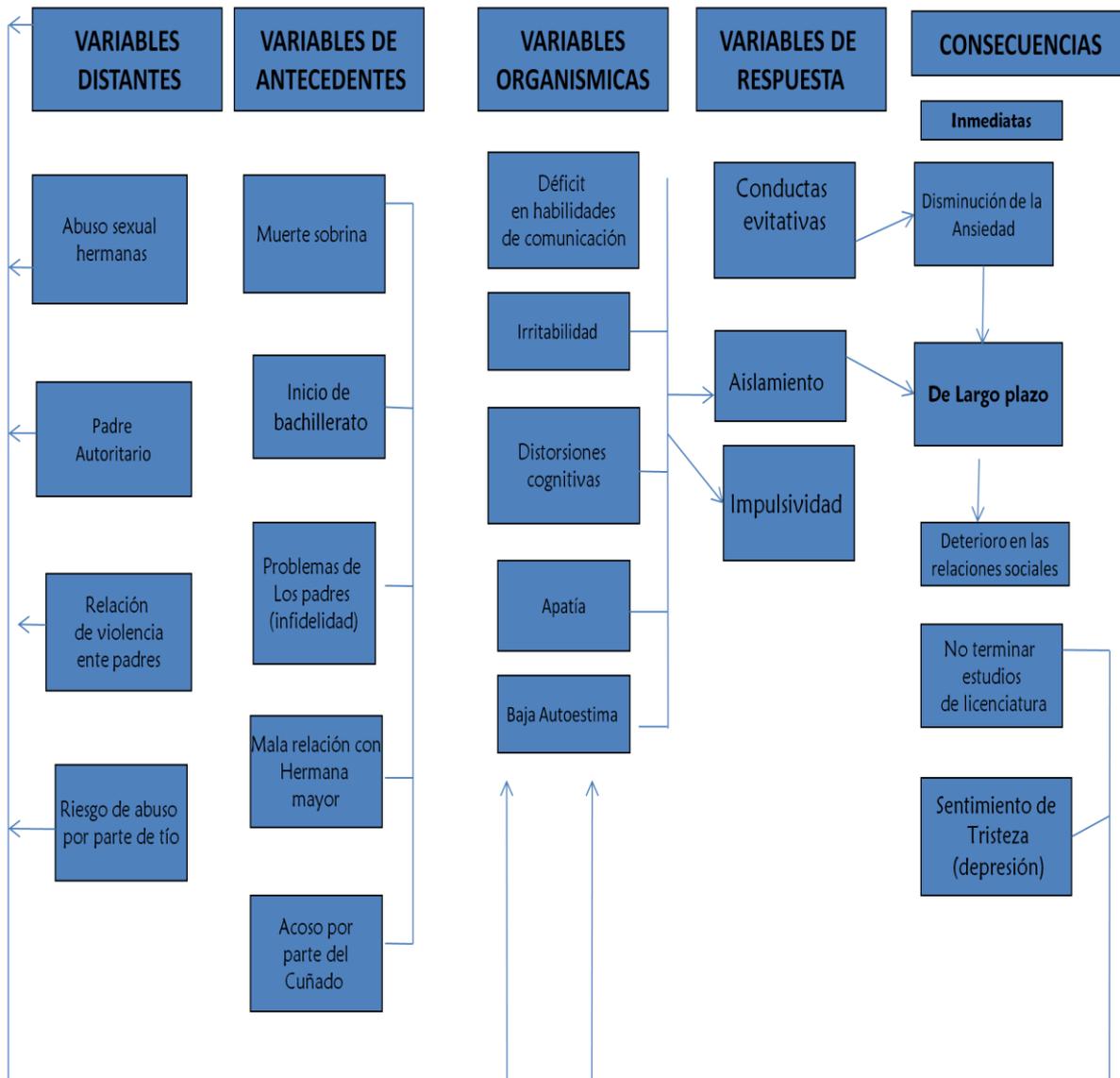
**X. Examen mental:**

Constitución "ectomórfica", en estado de alerta, con edad aparente igual a la cronológica, tiempos de reacción adecuados, orientada en las tres esferas, procesos de concentración y memorias sin alteraciones, pensamiento y lenguaje coherente, juicio lógico, estilo de afrontamiento evitativo, red de apoyo social escasa.

**XI. Problemática actual:**

Actualmente RLCG está estudiando la licenciatura y ha notado que su rendimiento académico ha bajado mucho (7.6). Se le dificulta relacionarse con sus compañeros (en específico personas del sexo opuesto “Trato a un amigo y lo corto” (sic), que la relación con su hermana mayor no es buena y ha tenido problemas debido a que su esposo la busca, le manda mensajes y la ha dicho que quiere andar con ella, lo que la angustia y la distrae.

## MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

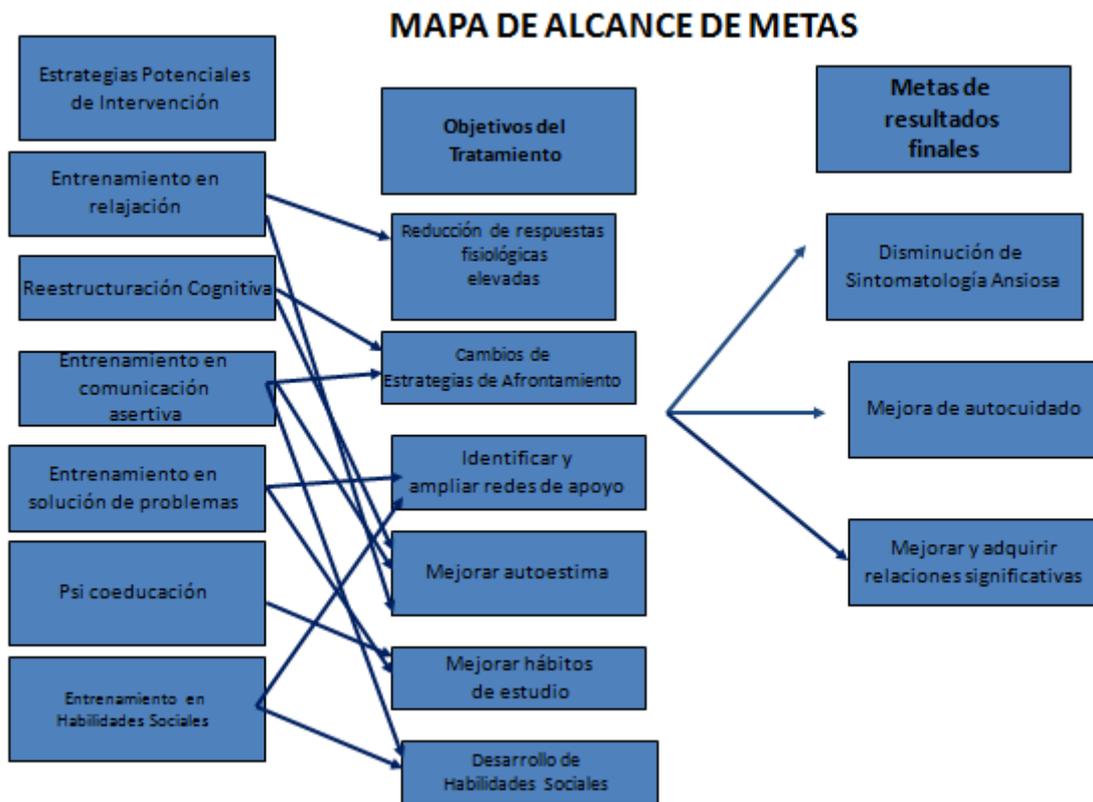


### Objetivos terapéuticos

Se definieron los siguientes objetivos terapéuticos:

- Expresión de sentimientos de dolor, decepción, vergüenza y enojo asociadas con experiencias de vida tempranas
- La adquisición habilidades en técnicas de relajación (para el manejo de los síntomas de ansiedad).
- Adquisición de habilidades para mejorar relaciones interpersonales, especialmente en la interacción con personas del sexo opuesto a través de entrenamiento en las habilidades sociales y en comunicación asertiva.
- Cambio en estrategias de afrontamiento para manejo de situaciones conflictivas con la familia.
- Entrenamiento en autor registro.
- Mejora en la autoestima

➤ Reforzar hábitos de estudio para mejorar desempeño académico



### Aplicación del tratamiento

**Modalidad:** Individual

**Periodicidad:** Semanal

**Duración de las sesiones:** 45- 60 minutos

Se llevaron a cabo un total de 20 sesiones en las que se aplicaron las técnicas mostradas en el Mapa de Alcance de Metas. Como parte de la evaluación inicial y final se aplicaron los siguientes instrumentos:

Tabla 1  
Escala de Evaluación

Instrumentos de Evaluación	Calificación Evaluación Inicial	Interpretación	Calificación Evaluación Final	Interpretación
Inventario de depresión de Beck	15	Leve	3	Mínimo
Inventario de ansiedad de Beck	25	Moderado	6	Leve

Los resultados obtenidos mostraron como problema principal la ansiedad de la paciente, seguido de sintomatología depresiva. En el postest las puntuaciones mostraron mejoría. Para el caso de la sintomatología depresiva pasaron de nivel leve a mínimo y para el caso de ansiedad de nivel moderado a leve.

Al inicio de las sesiones se detectaban necesidades para identificar sesgos cognitivos, y manifestaciones a nivel afectivas y conductuales.

En el caso de ALCG al inicio de la intervención se identificaron los siguientes aspectos (véase la Tabla 2)

Tabla 2  
Identificación de necesidades por área

	<b>COGNITIVA</b>	<b>EMOCIONAL</b>	<b>CONDUCTUAL</b>
<b>ÁREA</b>	Sesgos cognitivos	Tristeza	Evitación (se aísla y evade interactuar con personas del sexo masculino).
	<b>GENERALIZACIÓN</b> “Siempre me quedo sola” “todos los hombre son iguales” <b>DEBERÍAS</b> “yo no debería coquetearle a los chicos”	Ansiedad Enojo Culpa Apatía	Cuando hay problemas en su casa se queda callada. En la escuela No participa en clase. Posterga la realización de tareas. Se distrae fácilmente.

Posterior a la intervención mejoraron las siguientes áreas (véase la Tabla 3).

Tabla 3  
Áreas de Mejora

<b>FAMILIAR</b>	<b>ESCOLAR</b>	<b>PROFESIONAL</b>	<b>PAREJA</b>	<b>SALUD</b>
Mejora la relación con padre ya que anterior a la intervención no había comunicación ni cercanía a él. Buena convivencia con madre y es capaz de manejar situaciones de conflicto con hermana y cuñada estableciendo límites.	Mejora desempeño escolar (de 7.6 a 8.5) Cumple con las tareas Asiste a sus clases y es más participativa. Se acerca al término de la carrera	Realiza su servicio social y consigue un trabajo contando con recursos propios para afrontar problemas económicos	Aumentan interacciones con personas del sexo opuesto capaz de permanecer sola, pero también de establecer relaciones de amistad y de pareja y se maneja con mayor confianza en ella, haciendo contacto visual y sin ponerse nerviosa. Capaz de tomar decisiones	Disminuyen malestares físicos como dolor de cabeza y aprende a manejar el estrés.

Por lo anterior se puede considerar que la evolución de ALCG fue favorable u que la mejoría puede atribuirse a la intervención cognitivo-conductual, más específicamente a la adquisición de habilidades para relacionarse y al establecimiento de límites ante situaciones de conflicto y de riesgo. La mejora de su autoestima se reflejó en mayor facilidad en la toma de decisiones en la interacción con otras personas, mayor participación en actividades y dar a conocer su opinión sobre diversas situaciones.

**e.2) CASO 2**



**FACULTAD DE CONTADURÍA Y  
ADMINISTRACIÓN  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
REPORTE DE CASO CLÍNICO**



**I. Identificación del Paciente**

Nombre: BBV

Sexo: Femenino

Edad: 19 años

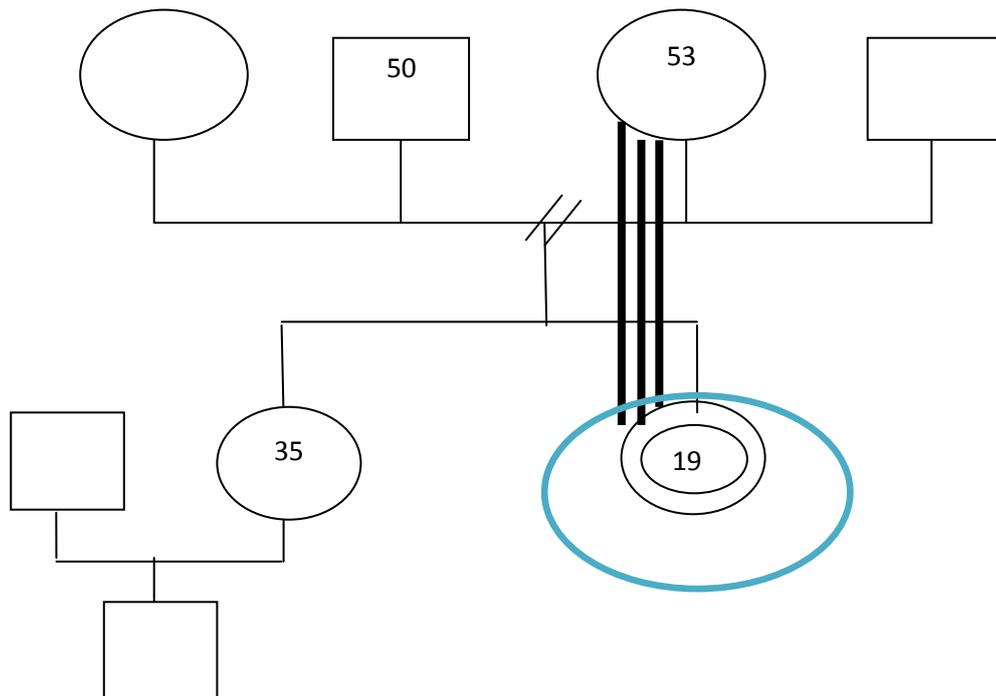
Ocupación: estudiante

Procedencia geográfica: Acapulco, Guerrero

Nivel de estudios: Licenciatura

Religión: católica

**II. Familiograma**



**III. Motivo de consulta:**

BBV solicita terapia debido a la angustia que siente por vivir lejos de su lugar de origen (Guerrero), sobre todo por extrañar algunas de sus relaciones interpersonales (madre y pareja) y a la dificultad que ha tenido para adaptarse a los cambios escolares y de ambiente.

#### **IV. Análisis y descripción de conductas problema:**

Las conductas problema, se manifiestan en el ámbito **conductual** a través de llamadas constantes a su madre y a su pareja, cuestionar constantemente a la pareja respecto a sus actividades, dificultades para tomar decisiones, permanecer sola, despedirse cuando ve a su madre, querer dejar la escuela y regresar a lugar de origen. En el ámbito **cognitivo se observa** pesimismo, catastrofización “me da miedo que le pase algo malo a mi madre, que se enferme o se muera”, “miedo a perderla”, “miedo a que mi novio termine conmigo y que encuentre a otra persona” (sic). En el ámbito **emocional:** inseguridad, miedo anticipatorio, nerviosismo, culpa, celos, tristeza, desconfianza. En el ámbito **fisiológico** taquicardia, mareo, cansancio, dolor en cuello y espalda, dificultad para respirar, cefalea, hormigueo en la frente, disminución del apetito, presión en el pecho.

**Antecedentes Heredo familiares:** madre 53 años, trabaja en el aeropuerto, unión libre, sana. Padre 50 años, casa con una hija, ocupación comerciante, sano. Abuelo materno finado por enfermedad del hígado con antecedentes de alcoholismo, abuela materna, finada con artritis, abuelo paterno, finado con cirrosis y antecedentes de alcoholismo. Y tíos por parte de madre con antecedentes de diabetes y una tía finada con antecedentes de alcoholismo.

**V. Antecedentes personales patológicos:** acude a revisión médica debido a presión baja.

#### **VI. Dinámica familiar:**

BBV comenta que la relación con su madre es muy buena que es cercana, platica con ella, le tiene confianza, y es con quién más ha convivido a partir del divorcio de sus padres, únicamente durante este evento hubo un distanciamiento entre ellas debido a problemas propios de los padres y por problemas con pareja actual del madre. La relación con su madre es una de las más importantes para ella.

La relación con el padre, considera que también es buena, sin embargo, es un poco distante, ya que casi no la ve y lo considera reservado en cuanto a sus emociones.

Finalmente la relación con hermana mayor era buena, más a raíz de que ella se casó, hablan menos que antes y casi no se ven. Con escasa red de apoyo social.

#### **VII. Historia del problema**

BBV reporta que ha vivido un año lejos de su lugar de origen (Guerrero), actualmente vive en el D.F. para cursar sus estudios de licenciatura.

Sin embargo, a partir, de las últimas vacaciones en las que estuvo en su casa y convivió mucho tiempo con su madre se la dificulta separarse de ella y regresar a

sus actividades escolares, principalmente por miedo a que algo malo le suceda a su madre. Como antecedente refiere que hace dos años falleció una de sus tías.

Cuenta con una relación de pareja de dos años de duración, la cual también por motivos académicos se fue a vivir a Puebla por lo que se ven menos de lo que ella quisiera, aunque ha sido una relación sin muchos conflictos, tiene miedo a que se termine por la distancia o porque él puede conocer a alguien más.

Su familiar más cercana es su hermana, más no ha podido verla y considera que ya no platican como antes.

Adicionalmente en la escuela tuvo cambio de grupo y casi no conoce a sus compañeros, por lo que se percibe sola.

#### **VIII. Impresión y Actitud General:**

Llega puntual, aliñada cooperadora a la entrevista e interesada durante las sesiones.

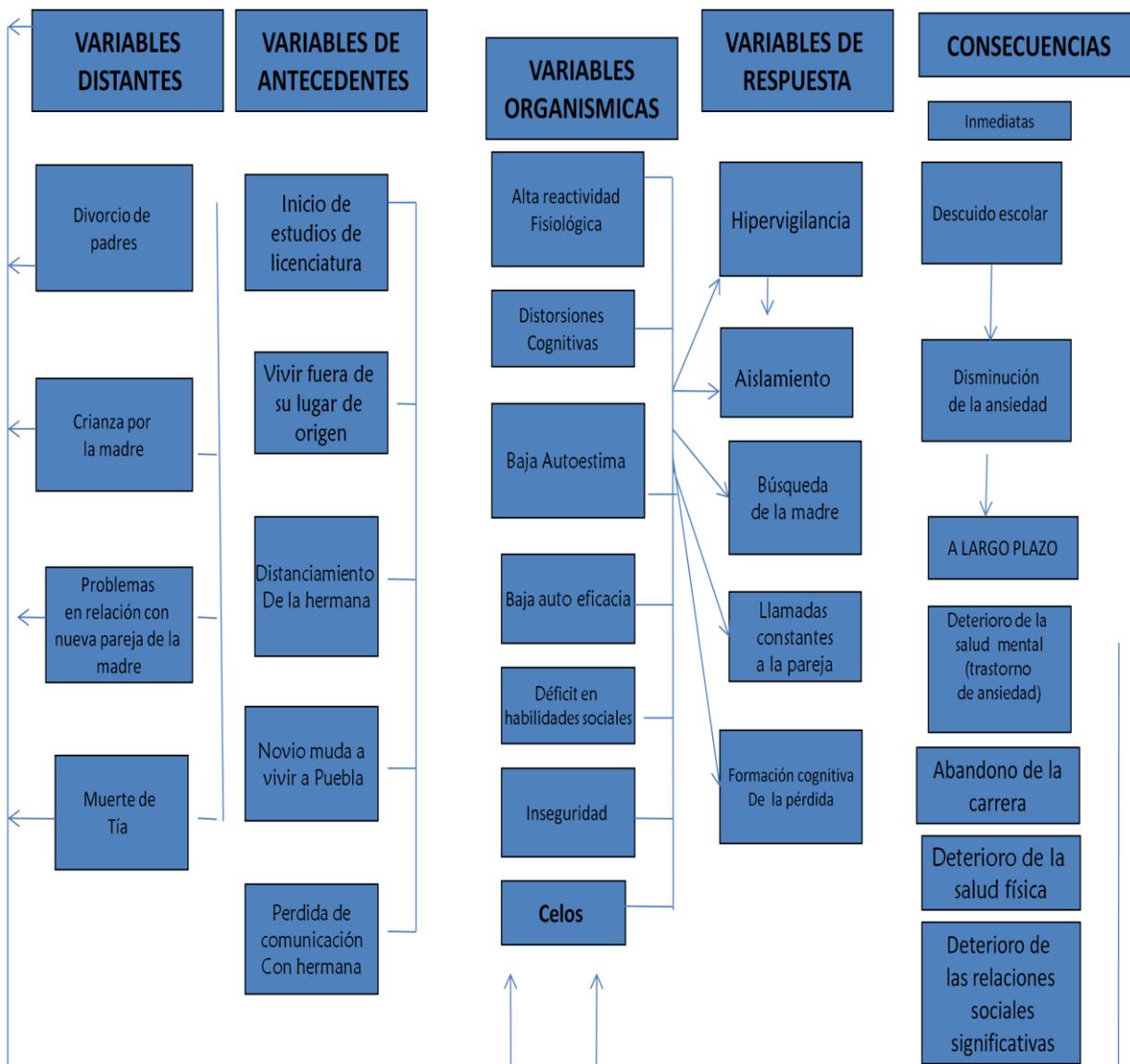
#### **IX. Examen mental:**

Paciente de constitución "mesomórfica", en estado de alerta, con edad aparente igual a edad cronológica, tiempos de reacción adecuados, orientada en las tres esferas (tiempo, espacio y persona). Procesos como concentración y memoria sin alteraciones notorias, pensamiento y lenguaje coherente, juicio lógico, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, red de apoyo social escasa.

#### **X. Problemática actual:**

Actualmente BBV considera que ha sentido angustia que ha ido en aumento al grado de querer regresar a su lugar de origen y dejar la escuela, dudas respecto a su carrera, preocupación constante porque algo malo le suceda a su madre, lo cual también le ha impactado en su bienestar físico. Asimismo ha tenido problemas con su pareja debido a la inseguridad que siente respecto a que termine la relación.

## MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS

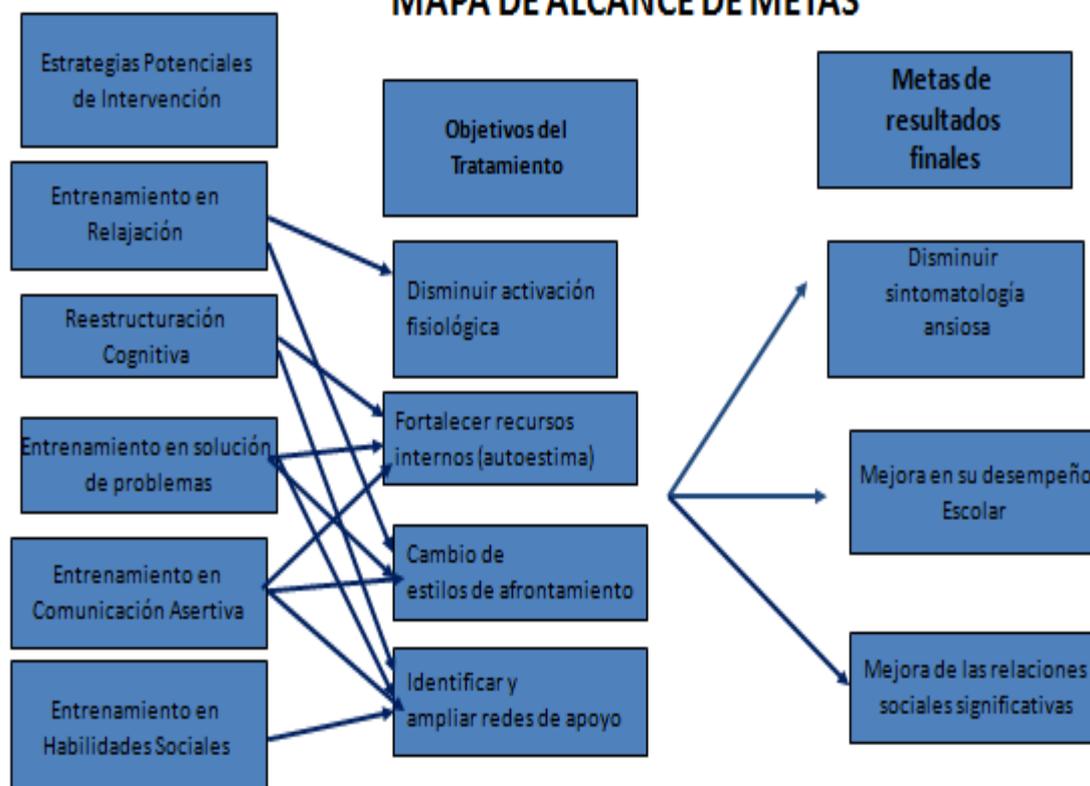


### Objetivos terapéuticos

Se definieron los siguientes objetivos terapéuticos:

- Identificación de la asociación entre su estado emocional y su salud física.
- La adquisición de habilidades en técnicas de relajación (para el manejo de los síntomas de ansiedad y la disminución de la reactividad fisiológica)
- Fortalecer recursos internos (Autoestima)
- Adquisición de habilidades para identificar, ampliar y mejorar relaciones interpersonales, a través de entrenamiento en las habilidades sociales y en comunicación asertiva.
- Cambio en estrategias de afrontamiento para manejo de situaciones estresantes.
- Entrenamiento en autorregistro como parte de monitoreo del estado emocional e identificación de estado de relajación y tensión.

## MAPA DE ALCANCE DE METAS



### Aplicación del tratamiento

**Modalidad:** Individual

**Periodicidad:** Semanal

**Duración de las sesiones:** 45- 60 minutos

Se llevaron a cabo un total de 15 sesiones dentro de las cuales se aplicaron las técnicas mostradas en el Mapa de Alcance de Metas. Nuevamente, como parte de los procedimientos se aplicaron los siguientes instrumentos relacionados con el estado emocional

Tabla 1  
*Escalas de Evaluación*

Instrumentos de Evaluación	de	Calificación Evaluación Inicial	Interpretación	Calificación Evaluación Final	Interpretación
Inventario de depresión de Beck	de	19	Moderado	7	Mínimo
Inventario de ansiedad de Beck	de	37	Grave	14	Leve

Los resultados obtenidos mostraron como problema principal la ansiedad de la paciente, seguido de la depresión. Los cuales disminuyen después de la intervención, pasando de un nivel moderado a mínimo en el caso de depresión y de nivel grave a leve en el caso de ansiedad.

Así mismo posterior a la intervención se presentó mejoría en diversas áreas (véase la tabla 2):

Tabla 2  
Áreas de mejora

FAMILIAR	ESCOLAR	PAREJA	SALUD
Disminución de ansiedad por cambio de domicilio y estado de residencia, fortalece comunicación con madre y disminuyen pensamientos anticipatorios y catastróficos, respecto a que algo le suceda a madre. Es capaz de interactuar con hermana por distanciamiento. Establece comunicación con otras personas de su familia (tia y prima) estableciendo nuevas redes de apoyo). Es capaz de vivir fuera de su lugar de origen. Manejo de auto instrucciones “Tranquila no necesariamente va a pasar algo malo”	Disminuye de riesgo de desertar de la carrera. Mejora concentración en clase Aumentan interacciones y establece relaciones de amistad con sus compañeros de clase.	Mejora de autoestima, manifestada como mayor confianza para platicar con su pareja, disminución de pensamientos y conductas relacionadas con los celos, es capaz de permanecer sola y lejos de pareja sin angustiarse. Disminuyen pensamientos de comparación con otras personas. Además disminuye el apego a que si hay una separación de su pareja Manejo de autoinstrucciones”si me llega a dejar me dolerá pero eso nos significa que no pueda salir adelanteo que sea porque hay algo malo en mi”.	Disminuyen malestares físicos y la reactividad fisiológica como la dificultad para respirar y los mareos aprende a manejar el estrés y a auto regularse y cuenta con alternativas para manejar situaciones estresantes.

Este caso también mostró una evolución favorable ya que se lograron los objetivos planteados: disminuyeron notablemente los síntomas de ansiedad, de modo que ya no interferían en las actividades normales, mejoró su adaptación a los cambios de domicilio, a su contexto escolar y se fortaleció su convicción de haber elegido bien su carrera. También mejoró su comunicación con la madre y su pareja sin que la distancia física constituyera una limitante. Construyó nuevas redes de apoyo cercanas a su contexto y fortaleció sus recursos tanto internos como externos para afrontar los problemas.

#### **f) Evaluación del servicio**

El Centro de Orientación Educativa (COEFCA) es un espacio que brinda al Residente la oportunidad de aprender y aplicar las técnicas cognitivo-conductuales, no sólo en el campo de la salud o cuando ya se ha instalado una enfermedad, sino también en otros aspectos que también forman parte de la vida de las personas, en este caso de los jóvenes que se encuentran en proceso de formación.

Entre los alumnos de la Facultad de Contaduría y Administración es frecuente que inicien su vida laboral temprano y que se encuentren en condiciones socioeconómicas que demandan la necesidad de emplearse por lo que requieren independencia y autosuficiencia económica y social.

Es por ello que el Centro de Orientación Educativa (COEFCA) es un espacio preocupado no sólo por formación de los jóvenes en lo que concierne al ámbito académico, sino que también ve al joven de manera integral con todos los aspectos que forman parte de su vida cotidiana. Por ello se atienden aspectos que incluyen desde sus hábitos de estudio, el área familiar, de pareja, laboral, hasta muy diversos aspectos de salud "física".

Este último aspecto puede verse más en un ámbito preventivo. El COE-FCA se proyecta como un lugar en el que el psicólogo puede abordar muy diversos componentes respecto a estilos de vida y conductas de riesgo, también concientizar a los usuarios respecto a cómo conservar y desarrollar un buen estado de salud y mejorar la calidad de vida.

Las actividades diarias permiten la aplicación de diversas técnicas y el abordaje se realiza básicamente con estudiantes universitarios. También es un espacio que se presta al trabajo conjunto con otros profesionales como lo son los profesores mismos, el personal del área jurídica, otras áreas académicas, con otros psicólogos y con las personas que dirigen propiamente el área, entre otros.

En el Centro se brindan todas las condiciones necesarias para llevar el proceso de intervención, lo cual incluye desde aspectos de espacio, tiempo y materiales de apoyo. A pesar de su reciente creación e instalación entre de la Facultad de Contaduría, Administración e Informática, ya es un servicio con gran demanda, reconocido por su labor y dentro del cual se están desarrollando diversos proyectos por lo que es un área que aporta nuevos retos y áreas de oportunidad.

Existe un clima de confianza que fomenta la creatividad y a la expresión de ideas; así mismo, el COEFCA cuenta con la Supervisión directa *in situ* de la Coordinadora, lo cual constituye una fuente de aprendizaje, ya que se propicia la comunicación, se presentan temas de actualización durante los seminarios, se discute el abordaje de casos y se fomenta la participación en reuniones científicas y académicas como: congresos y otras reuniones especializadas.

Esta supervisión *in situ* constituye una fuente de aprendizaje y apoyo en donde se fortalecen los componentes prácticos y la parte teórica, además de permitir la expresión de dudas y formas de abordaje respecto a los casos que se encontraban en los diversos servicios, hacia un espacio de intercambio.

#### **g) Competencias logradas**

Respecto a las competencias desarrolladas en la residencia de medicina conductual dentro del Centro de Orientación Educativa (COEFCA) se pueden mencionar las siguientes:

En lo que respecta a las competencias académicas se adquirieron los conocimientos teóricos de la terapia cognitivo- conductual y se desarrollo la capacidad para aplicarlos de acuerdo a la evaluación diagnóstica que se realizaba a los alumnos y a la detección de necesidades. La adquisición de habilidades en la realización de entrevistas, tales como la empatía, la realización de preguntas, la escucha activa (que a su vez implica a las respuestas de escucha como son aclarar, parafrasear, reflejar y sintetizar).

Además del combinar y aplicar las técnicas usadas más allá del contexto hospitalario, dentro de un ambiente educativo da la posibilidad de ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir tanto problemas psicológicos como complicaciones orgánicas.

La importancia de evaluación y aplicación de instrumentos de medición en el desarrollo de las sesiones, el poder identificar algunos elementos que indican el avance de los usuarios a través de los cambios en su conducta y su discurso, la posibilidad de realizar seguimiento para monitorear la durabilidad de los cambios

y la evolución que el usuario tiene una vez que se le da de alta, constituyen aspectos valiosos del entrenamiento en posgrado en el ámbito de la Medicina Conductual. Otros elementos valiosos incluyen la realización de las intervenciones tanto de manera individual, como grupal y evaluar el abordaje frente a situaciones que requieren de intervenciones en crisis o la necesidad de ser canalizadas para recibir otro tipo de atención.

La posibilidad de trabajar con poblaciones diferentes a las hospitalarias como lo son los jóvenes universitarios, el conocimiento de sus problemáticas, la elaboración de materiales encaminados a abordar dichas problemáticas con la finalidad de educar preventivamente a la mayor población posible son aspectos que se agregan al carácter valioso de la experiencia de entrenamiento.

La elaboración, diseño y aplicación de registros conductuales y preparación de presentaciones que en ocasiones fungían de apoyo dentro de las sesiones de psicoeducación y las actividades llevadas a cabo en el seminario, la elaboración de un protocolo y las reuniones en los seminarios desarrollaron habilidades adicionales respecto a la metodología de investigación aplicada y contribuyen a la formación de otros terapeutas.

De manera personal la adquisición de habilidades estuvo encaminada a fortalecer y complementar las destrezas terapéuticas, incluyendo la modulación de la voz, la creatividad, la propuesta de actividades, la distribución racional del tiempo, el interés por leer e investigar y la mejora en la comunicación e interacción con los usuarios y con los compañeros dentro del mismo equipo.

#### **h) Comentarios y sugerencias**

En general el Centro de Orientación Educativa es un espacio nuevo que brinda una experiencia muy enriquecedora en la realización de la residencia en medicina conductual ya que permite la adquisición, desarrollo y aplicación de habilidades y técnicas, profesionales y personales. Es uno de los escasos lugares para entrenamiento que cuentan con las condiciones de tiempo y espacio. Además de que el papel del psicólogo se valora en relación a las intervenciones que se realizan con los usuarios. Su demanda ha ido en aumento y ha resultado relevante debido a que cubre a una de las poblaciones más grandes en lo que se refiere a las facultades de la UNAM. Al ser un espacio nuevo ofrece un campo prometedor debido que permite la constante detección de necesidades y está abierto a la aplicación de proyectos e intervenciones y su labor se encuentra en expansión.

Es necesario el que se contemplen la inserción profesionales en psicología dentro de este contexto con la finalidad de agilizar y facilitar la pronta atención a los

usuarios, y responder a la demanda. También conviene hacer énfasis en el mantenimiento y la organización de los horarios que hasta ahora ha sido eficaz. Un mayor seguimiento a casos que son canalizados hacia el centro de otras áreas (por ejemplo de jurídico), así como un mayor seguimiento de las canalizaciones que el COEFCA lleva a cabo son aspectos que quizá presenten oportunidad, así como incrementar la conducción de talleres sobre intervenciones y diversificar las problemáticas a las que se les puede prestar atención y ampliar la elaboración de proyectos encaminados a fomentar aspectos en relación a la salud física.

En general el Centro de Orientación Educativa (COEFCA) cuenta con una buena organización y se preocupa por la mejora constante de sus procesos, la atención a los usuarios, la realización de nuevos proyectos. Por lo que es un espacio que permite y fomenta el crecimiento del residente al ofrecerle una gran gama de posibilidades, respecto a las cuales puede llevar a cabo su labor.

## **Protocolo del Segundo Año de Residencia**

### ***PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL Y NUTRICIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN DE LA UNAM***

Desde hace aproximadamente ochenta años los patrones de enfermedad han cambiado de forma sustancial en el mundo, ya que se ha producido un incremento considerable de las denominadas enfermedades crónicas-degenerativas, tales como el cáncer, los trastornos cardiovasculares y metabólicos. Se trata de enfermedades en las que el papel de los factores comportamentales y los estilos de vida son decisivos, es decir, se observa que los primeros lugares los ocupan enfermedades en las que la propia conducta humana desempeña un importante rol en su aparición o evolución (Latorre y Beneit, 1994).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) ha propuesto que el estilo de vida se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. La Organización Panamericana de Salud, (2006) propone que el término estilo de vida se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud.

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. Dentro del estilo de vida se presentan prácticas que son: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. Las primeras posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud (como dormir de siete a ocho horas, desayunar cada mañana, mantener el peso corporal dentro de límites normales, practicar ejercicio físico, no fumar, uso moderado de alcohol o no beberlo), mientras que las segundas se refieren a los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar (sedentarismo, obesidad, tabaquismo, ingesta de alcohol, consumo de drogas, dieta inadecuada, etc.).

Las relaciones entre nutrición y salud han alcanzado una relevancia social considerable, inducida por la divulgación de conocimientos, ya que se ofrece información sobre las características de los alimentos y su repercusión tanto en el plano nutricional, como hedónico. Aunque el estilo alimentario parece implicado en la etiología de algunos trastornos, es difícil establecer relaciones causales entre dieta y enfermedad debido a que en la etiología de las enfermedades crónicas no contagiosas interactúan aspectos genéticos, conductuales y ambientales, además de los dietéticos (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

En el caso específico de las conductas alimentarias que constituyen un riesgo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) refiere que se han convertido en un problema social entre la población adolescente. El 19.7% de los jóvenes (principalmente mujeres) reconocieron que les preocupaba engordar, consumir demasiados alimentos o bien que perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo fueron las dietas no supervisadas, ayunos, tomar pastillas, diuréticos o laxantes y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso; un 12.7% de los adolescentes ha practicado éstas conductas en los últimos tres meses. Dichas conductas, guardan relación con el sobrepeso y la obesidad, ya que rompen el equilibrio fisiológico del apetito y la saciedad.

Al respecto, la ENSANUT (2012), señala que uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad, mientras que entre los adultos 7 de cada 10 presentan sobrepeso y de estos la mitad presentan obesidad. Dentro de la población mayor de 20 años de edad puede observarse que la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad corresponde al 73.9% del total nacional de la población (mujeres, 82.8%, hombres, 64.5%). Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más documentados en el plano mundial, ya que constituye un serio problema de salud pública al asociarse con mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, elevación de la presión arterial, diabetes mellitus y posiblemente algunos tipos de cáncer (endometrio, mama, próstata y colorectal).

Si bien, la conducta alimentaria no constituye un factor determinante directo en dichas alteraciones, el comportamiento es un factor relevante, modificable y accesible, por lo que merece ser tomado en consideración.

Al respecto, los hábitos alimentarios, se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida, que influyen en nuestra alimentación. Comprenden todas las experiencias alimentarias, patrimonio individual de cada persona por el cual se crea un patrón de ingesta y combinación de los alimentos, considerados como el conjunto de costumbres que una persona tiene para alimentarse; adquiridos por las enseñanzas que se reciben en el entorno (García,

1983). Los hábitos alimentarios están ligados a la incorporación de la mujer al trabajo extra doméstico, la variación de lo que se entiende por comida y la dificultad para compartir el tiempo de comida por la distribución de horarios en la familia (Vázquez, 2005).

Desde el ámbito de la psicología la atención parece haberse enfocado al tratamiento de las alteraciones más graves de la conducta alimentaria (obesidad, anorexia, bulimia) una vez que estas se han presentado (Buceta, Bueno y Mas, 2001). Por lo que la intervención psicológica para la modificación de conductas persistentes constituye una línea de trabajo que dentro del contexto de la prevención, se dirige a evitar la aparición de las alteraciones más graves, contribuyendo además al aumento de la salud y del bienestar de los individuos.

En general, los recursos utilizados para promover la nutrición saludable suelen basarse en el consejo dietético individualizado o grupal, la discusión de trípticos, elaboración de guías de nutrición, la propuesta de juegos y material didáctico diverso, a lo que se suman conferencias y publicaciones, de carácter divulgativo, con la esperanza de que el conocimiento sobre lo que beneficia o perjudica la salud, induzca los cambios correspondientes en el comportamiento alimentario de las personas. Sin embargo, el resultado de este considerable esfuerzo parece desalentador, como se desprende de las conclusiones de muchos estudios (Baron, Gelson, Crowe y Mann, 1990; Serra-Majén, Aranceta y Mataix, 1995; Varela, Moreiras, Carbajal y Campos, 1995; Institute of European Foods Studies, 1996; entre otros).

Los trabajos orientados a la promoción de hábitos alimentarios saludables, han evidenciado que a pesar de que la mayoría de las personas parecen disponer de un conocimiento suficiente de nutrición, este no se traduce al plano comportamental. Es por ello que los psicólogos interesados en el área de la salud han mostrado interés en desarrollar modelos teóricos que expliquen y ayuden a predecir los comportamientos que las personas tienen con relación a su salud.

Uno de los modelos más utilizados es el modelo transteórico de etapas de cambio propuesto por Prochaska y Di Clemente (1982, citado en García, 2004) quienes observaron que las personas que lograron cambios intencionales en sus conductas lo logran pasando a través de un proceso dinámico integrado por cinco etapas

1. Precontemplación (el individuo no considera cambiar la conducta en los próximos 6 meses)
2. Contemplación (El individuo ha comenzado a pensar a cerca de cambiar su conducta, pero no seriamente y se ha comprometido a tomar acción en los próximos 6 meses)

3. Preparación (esta es la etapa de toma de decisiones. El individuo ha hecho un compromiso de cambiar en el siguiente mes)
4. Acción (Ha modificado recientemente su conducta pero el cambio de conducta no está aún estabilizado) y
5. Mantenimiento (los individuos están trabajando para estabilizar su cambio de conducta y evitar la recaída, en general, el mantenimiento ocurre después de que la acción ha sido sostenida por un tiempo igual o mayor a 6 meses).

La Teoría de la Acción Razonada supone una cadena causal que liga las creencias hacia la conducta. La conducta se concibe como una función de las intenciones de llevar a cabo esa conducta. A su vez las intenciones son vistas como una intención conjunta de 1) las actitudes de las personas hacia el comportamiento, determinadas por la creencia de que el comportamiento produce determinados resultados como positivos o negativos y 2) la norma subjetiva, percepción de la presión social para llevar a cabo o no la conducta que está determinada a su vez por la creencia de que otras personas importantes para la persona para cumplir con dichas normas (Fishbein, et al., 1994; Branon y Feist, 2001). La Teoría de la Acción Razonada ha sido utilizada para predecir la adherencia de una serie de comportamientos relacionados con la salud.

Diversas intervenciones psicológicas relacionadas con el tratamiento de conductas perjudiciales para la salud han subrayado la importancia de los factores cognitivos (pensamientos, creencias, etc.) como mecanismos centrales de la eficacia de las intervenciones. La terapia Cognitiva-Conductual es una estrategia de intervención clínica, que está basada en la interrelación de los pensamientos, las emociones, las conductas y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente. Es una forma de psicoterapia que enfatiza el papel del pensamiento en cómo nos sentimos y actuamos (Organista, 2006).

Cuenta con las siguientes características:

1. Los individuos son procesadores activos de información que interpretan y evalúan la que les llega a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos.
2. Se focaliza en la interacción recíproca entre los factores personales, el ambiente y la conducta.
3. El tiempo es más breve y limitado
4. Es un esfuerzo colaborativo entre el terapeuta y el paciente
5. Está basado sobre un modelo educativo (la mayoría de las emociones y comportamientos son aprendidos).

6. Los individuos aprenden patrones de pensamientos, comportamientos y reacciones emocionales adaptativos, como desadaptativos. Estos últimos pueden ser reemplazados por habilidades y cogniciones más adaptadas.

Dentro del enfoque cognitivo conductual se encuentran diferentes trabajos publicados para el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa mostrando procedimientos que presentan una mayor eficacia a mediano y largo plazo, frente a las terapias de corte psicodinámico u otras como la aplicación aislada de técnicas conductuales (Garner, 1993; Fairburn, 1995; Bulik, 1998).

Otros estudios en los que se utiliza la intervención cognitivo- conductual destinada a la modificación de variables asociadas a problemáticas como la obesidad y hábitos de alimentación (Casado, Camuñas, Navlet, Sanchez y Vidal, 1997; Vera y Fernandez, 1998, Aguilera, Leija, Lara y Rodríguez, 2011) concluyen que la implementación de programas en los que se combina educación nutricional y técnicas psicológicas (como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de autocontrol, relajación, habilidades sociales, reestructuración cognitiva, solución de problemas) son de vital importancia para incidir en la promoción de hábitos de alimentación saludables y en la educación nutricional. Transformando la intervención desde el tratamiento a la prevención y la promoción.

Schwarzer y Fuchs (1999) han comprobado que hacer dieta y controlar el peso son conductas relacionadas con la salud. Ponerse a dieta constituye la estrategia más frecuente para lograr el control del peso, y aunque los resultados son dispares, en general se ha observado que pueden ser positivos, y que las mayores dificultades se presentan en el periodo de mantenimiento. La pérdida de peso es más elevada si se aplican programas de modificación de conducta.

Para evitar recaídas, es necesario incidir sobre otras variables, por ejemplo, apoyo social, adecuado repertorio de habilidades sociales, actividad física o deportiva, toma de decisiones a nivel personal, expectativas de logro, etc.

En la búsqueda de lograr tal mantenimiento, algunas investigaciones se han centrado en la adhesión a tratamientos médicos en ciertas enfermedades tales como el VIH, en los que aspectos como la complejidad de la dosis y los horarios, así como los efectos secundarios del medicamento dificultan tal adhesión. Más recientemente las intervenciones incluyen educación, solución de problemas y estrategias de ensayo se usan para ayudar a los pacientes a desarrollar mejores habilidades para adherirse al tratamiento de VIH. Demostrando que tras la intervención se observan grados significativos de adhesión al tratamiento y otras variables relevantes como la ansiedad, la depresión y la autoestima (Safren, Otto y Worth, 2000).

Respecto a la salud de los universitarios se ha documentado que el estrés se relaciona con comportamientos poco saludables, como mala alimentación, lo que puede favorecer la percepción y desarrollo de un estado deteriorado de salud y que a su vez puede tener un impacto en su rendimiento académico. En la misma línea, dentro de los estresores frecuentes para los estudiantes incluyen requerir aprender y manejar grandes cantidades de información, por lo que pueden presentarse problemas de conducta alimentaria impulsiva, especialmente cuando las personas se enfrentan a una tarea estresante como: preparar un examen, redactar un informe urgente, etc. (Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas y Yokosuka, 2000).

La Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM cuenta actualmente con una matrícula de más de 14,000 alumnos en licenciatura. Entre algunas características se observa que el 70% de los estudiantes hasta el año 2009 provienen de familias con ingreso combinado menor a seis salarios mínimos. Y que dentro de sus actividades diarias muchos combinan el trabajo con el estudio, por lo que es importante la distribución que hacen del tiempo y los espacios que destinan para su alimentación.

Sobre la base de estos antecedentes el siguiente programa busca explorar si puede la modificación de hábitos alimentarios en jóvenes universitarios de la Facultad, mediante técnicas cognitivo-conductuales mejorar hábitos alimentarios saludables.

## **II. MÉTODO**

### **2.1 Objetivo General**

Proporcionar a jóvenes universitarios, por medio de una intervención cognitivo conductual y nutricional, algunas herramientas para la modificación de hábitos alimentarios y la adhesión a los mismos, que contribuyan a un estilo de vida saludable.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar las necesidades de información y atención respecto a estilo de vida y hábitos alimentarios saludables.
- Informar a los estudiantes respecto a: estilo de vida y hábitos alimentarios saludables.
- Contribuir a que los estudiantes aprendan a administrar su tiempo, de tal forma que pueden establecer y regular horarios de comida, en conjunto con sus actividades diarias.

- Establecer pautas de implementación de hábitos alimentarios principalmente el hábito de desayunar.
- Educación nutricional centrada en el aprendizaje de las características de una dieta equilibrada.
- Que los estudiantes incluyan alimentos que contribuyan a una alimentación saludable utilizando los recursos disponibles en su ambiente.
- Dotar a los participantes de herramientas de autorregulación que les permitan manejar y disminuir el estrés.

## **2.3 Participantes**

### **Criterios de Inclusión**

Estudiantes universitarios de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM detectados a través de la Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio y el Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario, con mayor frecuencia de conductas alimentarias incorrectas.

Que accedan a participar de manera voluntaria en el estudio, y proporcionar su firma de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Que estén recibiendo otro tipo de tratamiento psicológico y/o nutricional.

Que no firmen el consentimiento informado.

Que tengan diagnosticada alguna enfermedad crónica degenerativa (como hipertensión, diabetes, etc.)

### **Criterios de eliminación**

Que no sean consistentes en su participación.

Retiro voluntario

## **2.4 Instrumentos**

### **Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio**

Es un cuestionario basado en la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1985) dirigido a población estudiantil universitaria cuyo propósito es evaluar los elementos de intención conductual, norma subjetiva, percepción de control, actitud y hábitos actuales de actividad física, consumo de frutas y verduras, y consumo de agua. Actualmente se utiliza en un proyecto institucional de promoción de la salud del estudiante de la Universidad de Sonora (Montiel, Reyes, Felix y Ayala, 2010).

La versión final aplicada para validación psicométrica consta de cinco secciones, una para cada una de las dimensiones como sigue: ***hábitos***: 10 reactivos indicando la frecuencia de ocurrencia en número de días durante una semana, con consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .803; ***intención conductual***: 14 reactivos indicando la probabilidad de responder en una escala de cero a 100 durante la próxima semana y el próximo mes (con Alfa de Cronbach de .898), ***norma subjetiva***: 12 reactivos indicando la importancia del comportamiento en una escala de seis puntos de Nada Importante a Muy Importante (con Alfa de Cronbach de .894), ***percepción de control***: 7 reactivos indicando qué tanto depende del individuo el comportamiento en una escala de seis puntos de Nada a Totalmente, (con Alfa de Cronbach de .818) y ***actitud***: 6 reactivos indicando qué tan Perjudicial-Benéfico y Desagradable-Agradable resultan los comportamientos en una escala de seis puntos, (con Alfa de Cronbach de .583) para un total de 49 reactivos.

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

La versión en castellano validada en México consta de 21 reactivos y presenta una alta consistencia interna, alto coeficiente de confiabilidad test- retest y validez predictiva, al igual que la versión original. De los análisis factoriales se obtienen 3 factores Inter correlacionados: 1) Actitudes negativas hacia sí mismo. 2) Deterioro del rendimiento, 3) Alteración somática.

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

La versión en castellano validada en México consta de 21 reactivos y presenta una alta consistencia interna con Alfa de Cronbach de .84. Los análisis factoriales extraen 4 factores principales: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (ambos inventarios validados por Robles, Varela, Jurado & Paez, 2001).

### **Historia Clínico Nutricia**

Consiste en una entrevista clínica estructurada que incluye datos tales como la historia médica del individuo, su historia dietética, historial sociocultural, examinación física y medidas antropométricas, a fin de reunir elementos que permitan una aproximación al estado de salud de la persona.

Dichos aspectos se exploran a través de los siguientes apartados:

- a) **Datos personales y motivo de consulta** (nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, ocupación, dirección, teléfono).

- b) Indicadores clínicos.** La evaluación clínica del paciente: historia médica, examen físico y signos o síntomas asociados con problemas de nutrición. Se incluyen aspectos de salud-enfermedad presentes y pasados, medicamentos, así como información de la vida cotidiana del participante.
- c) Antecedentes de salud-enfermedad.** Si el paciente padece o ha padecido alguna enfermedad importante, y qué medicamentos toma para dicho padecimiento; antecedentes familiares de problemas metabólicos (diabetes, hipercolesterolemias, etc.) que pudiesen representar un riesgo.
- d) Estilo de vida.** Actividades cotidianas del paciente, actividad física, ejercicio rutinario, consumo de alcohol, café y tabaco.
- e) Signos.** Apariencia o aspecto general del participante, sus actitudes, y observar tejidos superficiales (piel, cabello, etc.) buscando algún tipo de problema nutricional específico y presión arterial.
- f) Indicadores Dietéticos.** Esta sección tiene como finalidad obtener información acerca del consumo de alimentos, los hábitos alimentarios, las condiciones de vida y otros factores psicosociales que pudieran afectar la selección, la preparación y el consumo de alimentos del participante. La Historia clínica incluye una Prueba de Imagen Corporal que se describe a continuación.

### **Prueba de Imagen Corporal (PIC)**

Es un cuestionario que incluye un juego de nueve siluetas, en rangos que van desde muy delgado (figura 1) hasta extremadamente obeso (figura 9). Incluye una detallada estimación de la imagen corporal mediante la selección de la silueta que mejor representa la imagen del participante. De acuerdo a la clasificación de las figuras: los dibujos 1-3 corresponden a normal, 4- 6 sobrepeso y 7-9 obesidad.

### **Cuestionario de Consumo de Frecuencia Alimentaria**

Finalmente se incluye un Cuestionario para Evaluar las Conductas Alimentarias y su Frecuencia. Dicho cuestionario está constituido por 20 preguntas con una escala likert que va de siempre (casi todos los días), con frecuencia (3 a 4 días por semana) y a veces (de 4 a 5 veces por mes).

#### **Definición de variables**

#### **VARIABLES FISIOLÓGICAS**

- \* Tensión Arterial
- \* Peso
- \* Talla
- \* Diámetro de cintura

- a) Variables Dependientes:** Sintomatología ansiosa, Sintomatología depresiva, Creencias relacionadas con su conducta alimentaria, apariencia física, sus efectos sobre interacción interpersonal o imagen, Disposición a realizar conductas específicas, Hábitos alimentarios y Antecedentes heredo-familiares autorreferidos.

### **Definición Operacional**

Puntajes en los cuestionarios sobre cada grupo de variables y autorregistro conductual de los alimentos que los alumnos reportan consumir regularmente (en forma de autorregistro conductual diseñada exprofeso).

- b) Variable Independiente:** Intervención cognitivo-conductual incluyendo educación nutricional

### **Descripción general**

Se refiere al conjunto de técnicas utilizadas durante la intervención (exposiciones educativas, solución de problemas, reestructuración cognitiva, autocontrol, relajación, etc., a pormenorizarse en la sección de procedimiento).

### **2.6 Tipo de estudio**

Experimento de campo, en el sentido de que es un estudio de investigación en una situación real, en la cual se administra una o más variables independientes bajo condiciones controladas tan cuidadosamente como lo permita la situación (Kerlinger, 1988). Se recomienda su uso por ser conveniente para diversos problemas sociales, ya que ofrece respuesta a problemas prácticos.

### **2.7 Diseño de Investigación**

Se trabajó con un diseño intrasujetos (N=1) tipo A-B-C con objeto de buscar el fortalecer el análisis del control de los efectos ocasionados por el retiro de una intervención y tratar de atribuir a la intervención (VI) del cambio (Cepeda, López, Plancarte, Moreno y Alvarado, 2005). En la notación de Campbell, Stanley & Gage (1963) se trata de un diseño preexperimental o cuasi-experimental, pretest-postest con un solo grupo, representado como: O1 X O2. En otras nomenclaturas se trata de un estudio longitudinal de panel en el que se observa al mismo grupo a través del tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

En el esquema de Campbell & Stanley:

$O_1$  = es la valoración inicial de la VD realizada a los estudiantes

X = es la aplicación al grupo experimental de la variable independiente, en este caso, estrategias de tratamiento en cuanto a la intervención cognitivo-conductual y nutricional.

$O_2$  = es la segunda valoración realizada a los estudiantes con los instrumentos.

## **2.8 PROCEDIMIENTO**

3. Se aplicó la Escala de Hábitos de Alimentación y ejercicio a un total de 159 estudiantes de la población estudiantil de la Facultad de Contaduría de la UNAM en sus salones de clase a alguna hora autorizada por un profesor.
4. Se detectaron los estudiantes que arrojaron mayores factores de riesgo (consumo bajo de frutas y verduras y otras fuentes de fibra y poca actividad física) y se les invitó a participar.
5. Se llevaron a cabo sesiones semanales con duración de dos horas aproximadamente (un total de 8 sesiones; 6 sobre aspectos psicológicos y 2 sobre nutrición).

## RESULTADOS

### Fase 1. Características sociodemográficas de los participantes.

A continuación se presentan los resultados descriptivos de la Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio y el Cuestionario de Frecuencia de Conductas Alimentarias Inadecuadas aplicados a un total de 159 estudiantes. De ellos, 94 fueron del sexo femenino y 64 del masculino, la edad media fue de 19 años, 98% (157) eran solteros y 2% (2) vivían en unión libre. En profesión 97.5% (154) provenían de la carrera de Administración y 2.5% (5) de Contaduría, 98.7% (157) cursaban primer semestre y 1.3% (2) de noveno semestre. En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC) 75.9% (104) correspondió a normal, 21.2% (29) con sobrepeso, 1.3% (2) con obesidad I y 1.3% (2) con obesidad II.

### Antecedentes Heredo-familiares

En cuanto antecedentes de padecimientos en sus ancestros inmediatos, 30% (49) corresponden a hipertensión, 33.3% (53) a diabetes, 27% (43) a cáncer, 34.6% (55) a obesidad, 15.7%(25) infarto, 22.6%(36) hipercolesterolemia, 18.2% (29) hipertrigliceridemia,

### Hábitos de Actividad Física

El 21.9% refirió caminar en lugar de usar algún medio de transporte; sin embargo, respecto a alcanzar el criterio de caminar menos 30 minutos al día como actividad física, la mayoría de los que afirman caminar 21.47% (34) no lo hacen ningún día, el 20.1% refiere hacerlo de uno a cinco días. Respecto a caminar por al menos 60 minutos al día el mayor porcentaje 44% (70) correspondió a ninguno. Y respecto a aquellos que acudieron a algún programa de actividad física, 31.4% (50) equivale a ninguno, seguido del 22% que lo hizo de 1 a 5 días en un mes.

### Hábitos de Alimentación

El 20.1% (32) consume al menos dos porciones de frutas en la mayoría de los días del mes (26-30 días) y el 20.8% consume al menos tres porciones entre 1 y 5 veces cada mes. Por otro lado en relación a las verduras el 19% consume al menos dos porciones de 16 a 20 días y el 18.9% consume tres porciones de 1 a 5 veces en un periodo de un mes. El 38.9% bebió al menos un litro de agua diariamente en un lapso de 26 a 30 días y el 31.4% bebió dos litros en el mismo periodo.

Respecto a la **disposición**, es decir, a la probabilidad de que realicen una conducta durante la próxima semana y mes, la mayor disposición se encuentra en realizar actividad física durante 45 minutos 21.4%(34), consumir tres

porciones de verduras al día 20.8%(33) y beber dos litros de agua al día 32.7% (52) (véase la Figura 1).

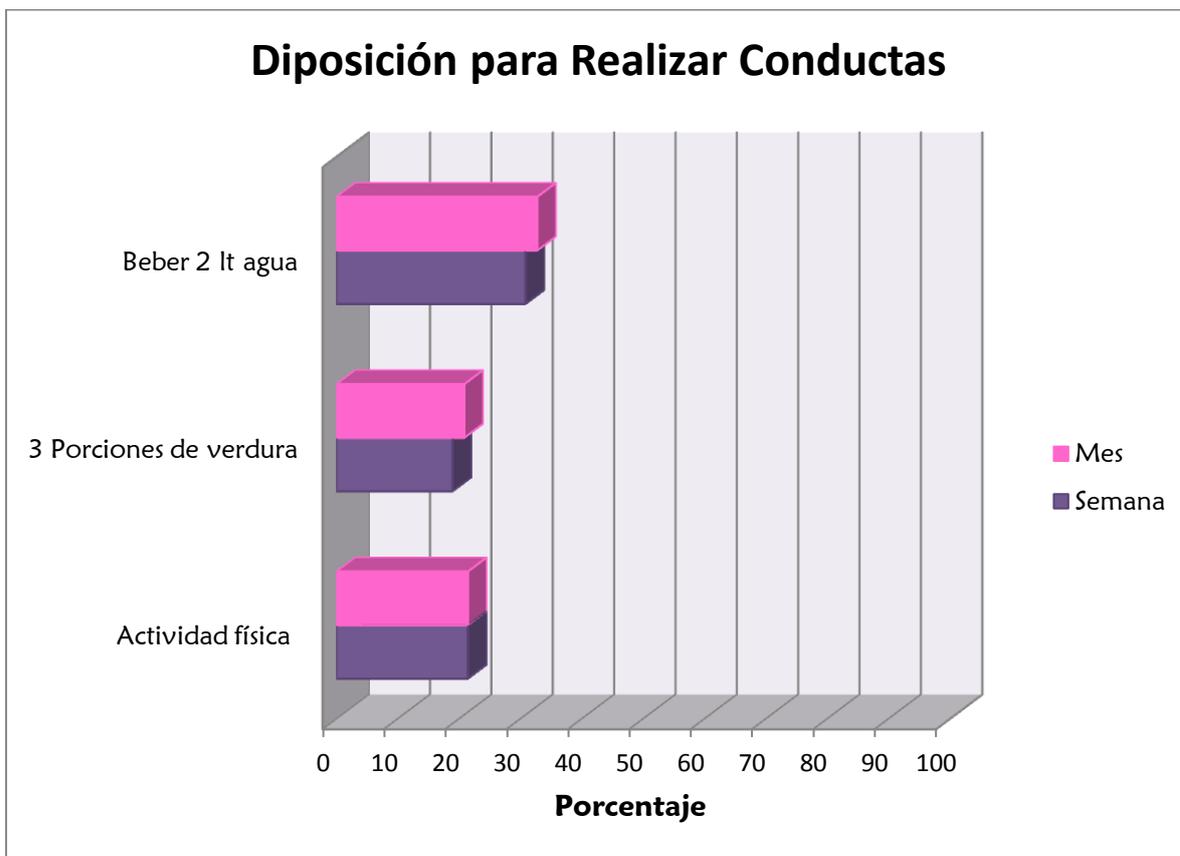


Figura 1. Probabilidad de que las personas realicen las siguientes actividades dentro de la próxima semana y el próximo mes.

Respecto al área de la **importancia** los participantes piensan que la familia atribuye a hacer ejercicio, en un 27% (43) como algo regularmente importante. En contraparte los jóvenes consideran que hacer lo que ellos creen que la familia espera al respecto es importante en un 34.6% (55).

En cuanto al consumo de frutas y verduras los participantes piensan que para la familia es importante en un 37.7% (60) de los estudiantes, y para ellos hacer lo que consideran que la familia cree es muy importante en un 36.5% (58). Finalmente en cuanto a beber agua los estudiantes piensan que es considerado como muy importante para el 39.6% (63) de las familias, así mismo en un 44% (70) de los jóvenes es muy importante hacer lo creen que la familia considera. (Ver Figura 2).

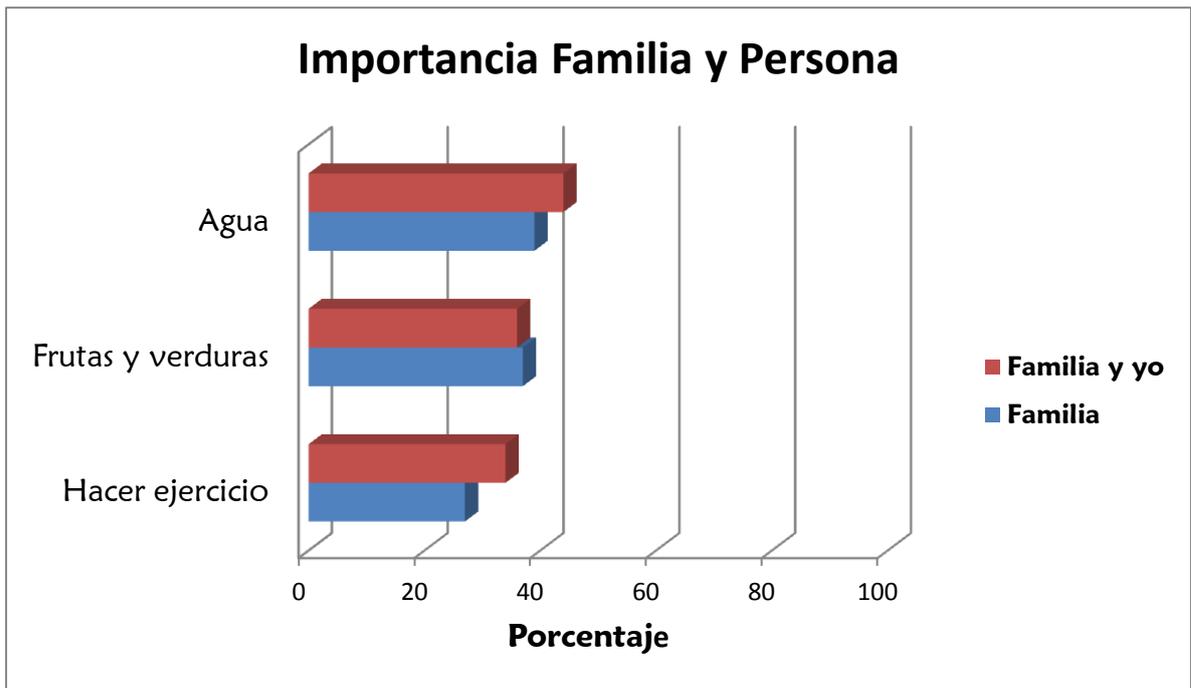


Figura 2. Grado de importancia que la familia da a realizar estas actividades y grado de importancia para la persona de hacer lo que su familia espera.

Los participantes piensan que para los amigos es importante hacer ejercicio en un 28.3%(43), mientras que la importancia que dan los jóvenes a hacer lo que los amigos esperan en este aspecto es regularmente importante con 27.8% (44). Respecto al consumo de frutas y verduras consideran que para los amigos varía de poco a regularmente importante en un 25.9%(41) y los jóvenes consideran como importante en 26.6% (42) hacer lo que los amigos esperan. Finalmente beber agua se considera importante por un 25.9% (41) de los amigos y en igual porcentaje ,25.9% (41) por los participantes es importante hacer lo mismo que esperan los amigos (Ver Figura 3).

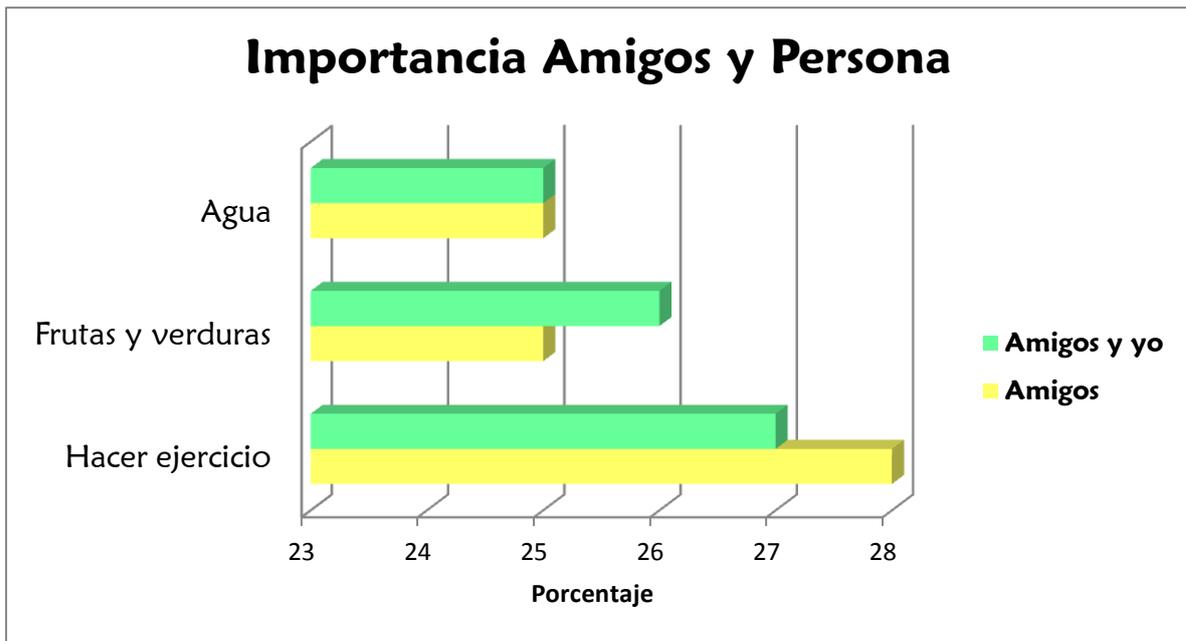


Figura 3. Grado de importancia que los amigos dan a realizar estas actividades y grado de importancia para la persona de hacer lo que sus amigos esperan.

En cuanto al área de **toma de decisiones** la mayoría considera que depende de ellos totalmente caminar 41.1% (62). Así como realizar una actividad física 48.3% (72), y el consumo de frutas 44.2% (68), verduras 46.8% (72) y beber agua en un 55.5% (86) depende totalmente de ellos.

Las principales **barreras** que perciben en relación a su alimentación son: no tener tiempo para preparar comida saludable 47.8% (76), no haber alimentos saludables disponibles 43.4% (69), no conocer las características de una alimentación saludable 30.8% (49). Y en cuanto al ejercicio las barreras principales fueron: no tener tiempo 42.1%(67), falta de interés o no tener el hábito 35.2%(56) y por exceso de carga académica 31.4%(50) (véase la Figura 4).

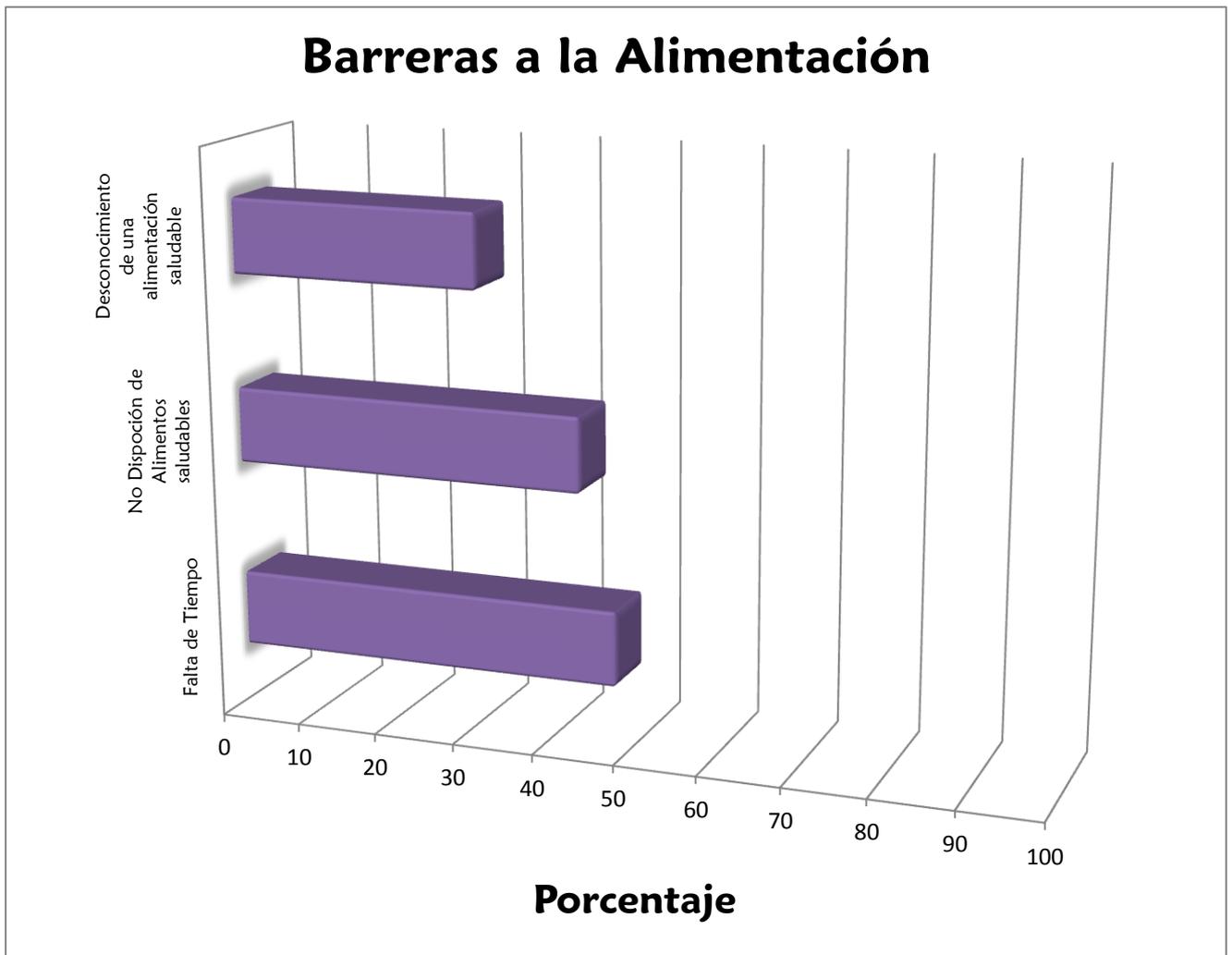


Figura 4. Razones por las que no se lleva una alimentación saludable.

El 62.3% (99) practica algún ejercicio y un 37.7% (60) no los practica. Y de éstos 62.3% que practica deporte, el 28.3% (45) lo realiza de manera diaria. Las principales actividades incluyen el futbol 34.3% (34), gimnasio en un 15.2% (15). Mientras que aquellos que no realizan ninguna actividad física el 30.2% (19) indican que han decidido hacer ejercicio y piensan hacerlo en los próximos 30 días.

Respecto a la alimentación el 47.2% considera tener una alimentación saludable. Entre aquellos que dicen no tenerla, el 33.3% (28) indican haber estado comiendo de forma saludable con anterioridad pero que dejaron de hacerlo por razones como la falta de tiempo, por tener que hacer otras actividades, por falta de dinero y a que los alimentos disponibles no son saludables. Mientras que el 29.8% (25) no ha tomado la decisión de llevar una alimentación saludable.

Finalmente respecto a las conductas alimentarias incorrectas de mayor frecuencia (de 4 a 5 veces al mes) destacan beber más de tres vasos de bebidas alcohólicas con la comida (cerveza, cubas, tequila, etc.) 86.9%(106). En cuanto a conductas

relacionadas con el estado emocional que el 74.6% (104) indica no poder tomar bocado cuando está nervioso, y al mismo tiempo el 67.2% (92) tiende a comer más cuando está nervioso, preocupado o irritable; 70.9%(100) comen al mismo tiempo que habla por teléfono o teclea la computadora y el 67.9% (93) se premia a sí mismo con golosinas o comida poco saludable

## **Fase 2.**

**Grupos Contrastados.** Los resultados de los alumnos se separaron en aquellos que obtuvieron la mayor puntuación en las subescalas del cuestionario (Hábitos, Disposición, Importancia, Decisión y Creencias) y aquellos que obtuvieron los menores puntajes para facilitar la identificación de características diferenciales por el criterio de máxima variación.

Se realizó un análisis de grupos contrastados en niveles altos y bajos en las variables de la **Escala de Hábitos de Alimentación y Ejercicio** (P25 y P75) con los promedios de cada grupo en la ordenada y en la abscisa las áreas del cuestionario (Hábitos, Disposición, Importancia, Decisión y Creencias). Los resultados se muestran en figuras de puntos que representan cada grupo (alto y bajo) y el promedio que tuvieron en las variables de alimentación y ejercicio, de manera que a mayor distancia entre los puntos, mayor diferencia en el área en cuestión entre los alumnos en los grupos extremos. El grupo con niveles altos se muestra con diamantes (P75) y el grupo con niveles bajos (P25) con círculos.

Las áreas con las mayores diferencias por áreas en hábitos destacan acudir a un programa de actividad física. En disposición es donde se observan las principales diferencias comprendiendo la probabilidad de consumir tres porciones de fruta al día en la próxima semana y en el próximo mes; así como la probabilidad de consumir tres porciones de verduras al día durante los mismos periodos.

En cuanto a las áreas sobre Importancia y Decisión las diferencias no fueron tan notorias. Sin embargo, sobresalen la importancia que se le da en la familia al consumo de frutas y verduras y la importancia de hacer lo que la familia espera respecto al comerlas. En cuanto al área de Decisión, el caminar aparece como algo que depende de la propia persona para el grupo de los altos. Finalmente es importante mencionar que en el área de Creencias no existió ninguna diferencia (véase la Figura 5).

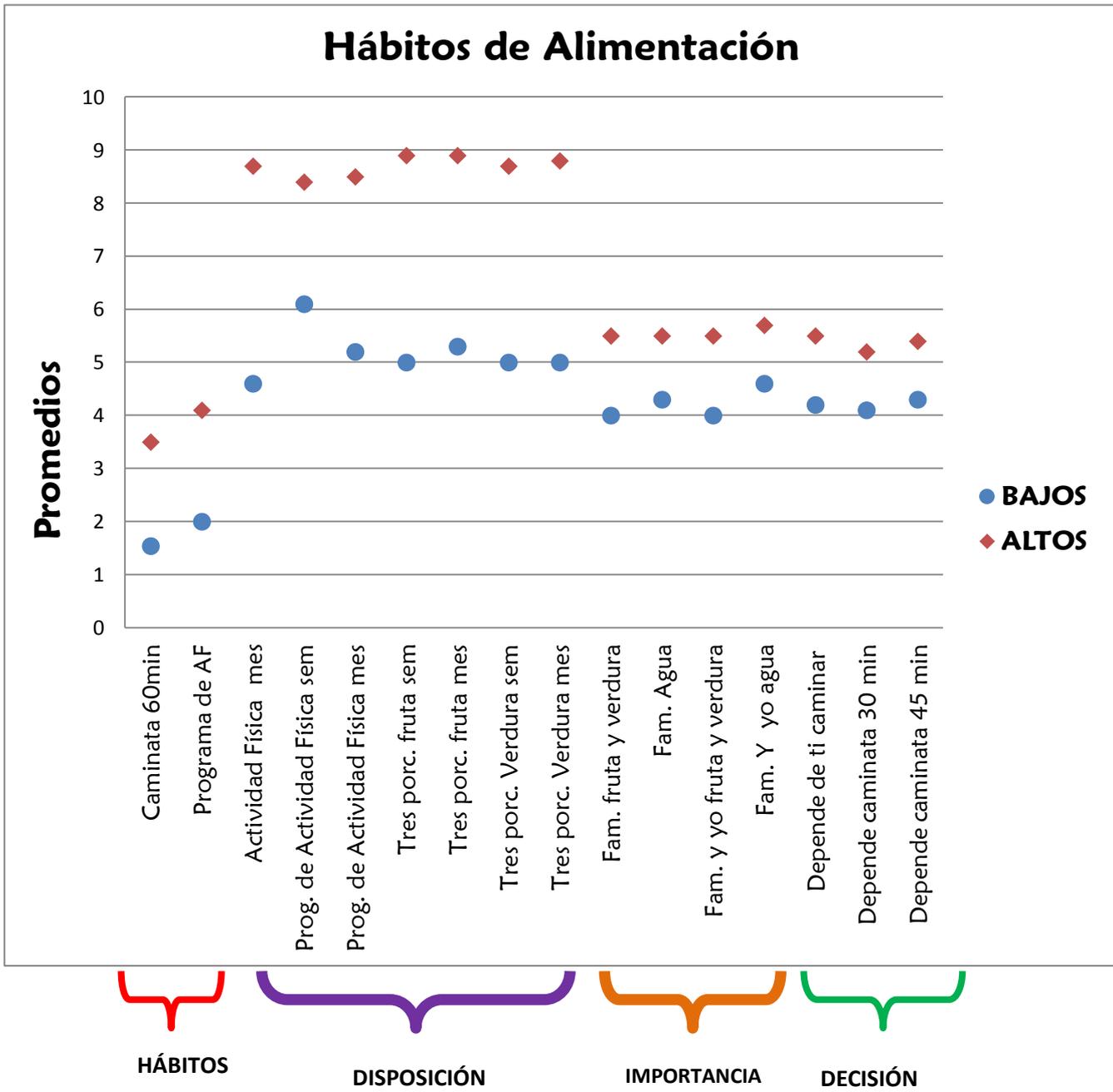


Figura 5. Grupos contrastados en Hábitos Alimenticios y Ejercicio

### Fase III. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Respecto a los resultados descriptivos del programa participaron cuatro estudiantes, que fueron aquellos que aceptaron participar a partir de los 159 cuestionarios aplicados.

Las características socio demográficas resultantes fueron: la edad media fue de 20.25 años, el 100% del sexo femenino (4), en cuanto a estado civil el 100% eran solteras. De nivel educativo licenciatura; 50% (2) de la licenciatura en administración y 50% de la licenciatura en contaduría (2), 50% del primer semestre (2) y 50% de noveno semestre (2) (véase la tabla 1).

Tabla 1.

*Características de los participantes*

<b>CASOS</b>	<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>EDAD</b>	<b>CARRERA</b>	<b>SEMESTRE</b>
<b>Caso 1</b>	Femenino	Soltera	19	Contaduría	Primero
<b>Caso 2</b>	Femenino	Soltera	19	Contaduría	Primero
<b>Caso 3</b>	Femenino	Soltera	22	Administración	Noveno
<b>Caso 4</b>	Femenino	Soltera	22	Administración	Noveno

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un índice del peso de una persona en relación con su altura. Es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. En relación al índice de Masa Corporal el 75%(3) presentaba sobrepeso y el 25% (1) se encontraba en un rango normal, lo cual se mantuvo a lo largo del desarrollo del programa sin embargo, hubo algunos cambios en el peso de las participantes (Ver Figura 6).

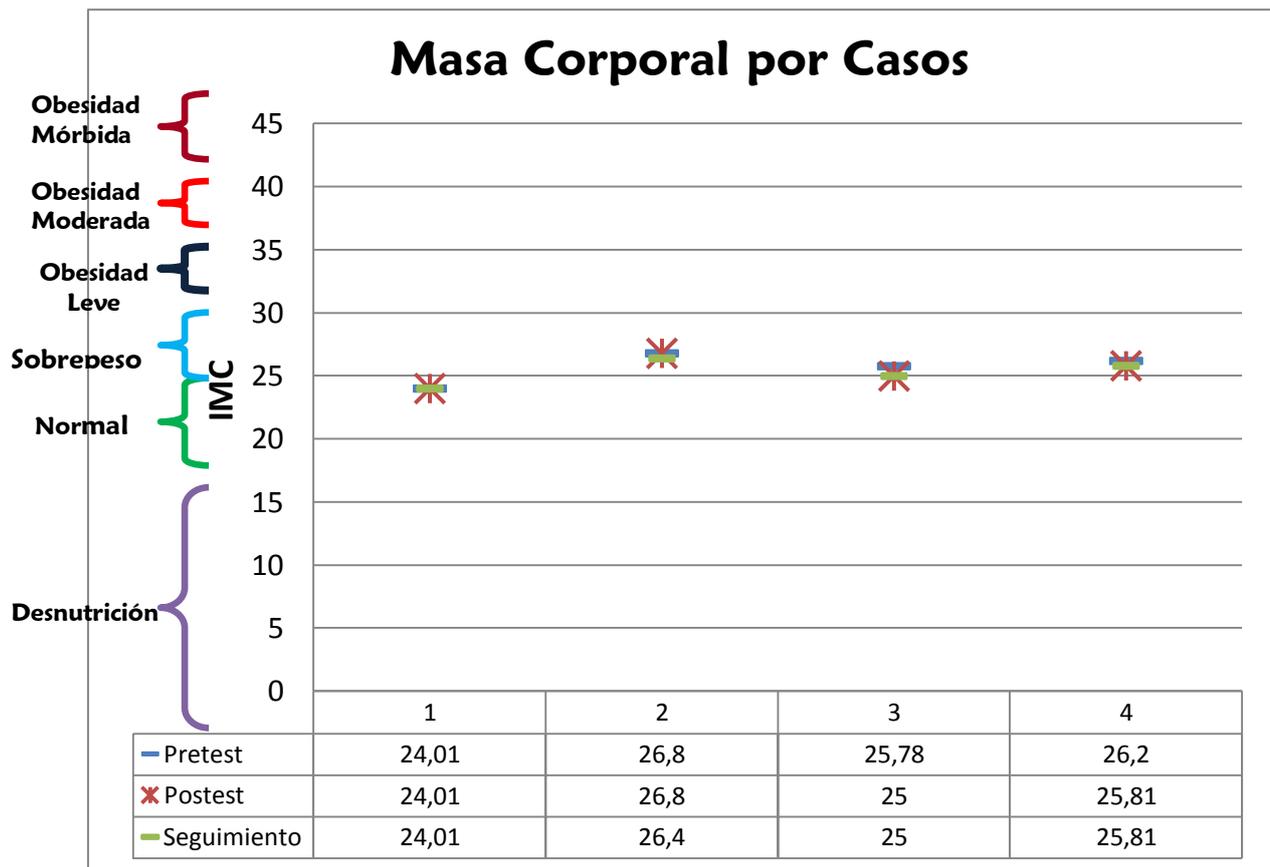


Figura 6. Índice de Masa Corporal de los participantes.

En cuanto la tensión arterial de acuerdo a la Clasificación de la American Heart Association (Pickering, 2003) el intervalo un rango normal es considerado en el intervalo  $<120$  para la presión arterial sistólica y  $<80$  para la presión arterial diastólica, mientras que los rangos mayores a estos se consideran dentro en niveles pre o hipertensivos (Ver tabla 2).

Tabla 2.  
Clasificación de la hipertensión JNC-7

Clasificación de la PA	PAS mm Hg	PAD mm Hg
<b>Normal</b>	$<120$	$<80$
<b>Prehipertensivo</b>	120-139	80-89
<b>Hipertensivo en estadio 1</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensivo en estadio 2</b>	$\geq 160$	$\geq 100$

Clasificación del Séptimo Informe del *Joint National Committee on Prevention, Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*

La presión arterial se encontró en valores ideales en el caso 3 y en límites prehipertensivos las demás participantes (véase la Tabla 3). Cabe mencionar que todas las participantes tenían antecedentes heredofamiliares relacionados con la hipertensión, diabetes, obesidad e infarto.

Tabla 3.  
Valores de tensión arterial

CASOS	TENSIÓN ARTERIAL
<b>Caso 1</b>	120/80
<b>Caso 2</b>	120/59
<b>Caso 3</b>	106/74
<b>Caso 4</b>	120/70

El índice cintura-cadera (ICC) es un indicador de la distribución de la grasa corporal. Pone en relación la medida de la cintura con la medida de la cadera para determinar si existe riesgo de contraer determinadas enfermedades asociadas a la obesidad. En mujeres, un resultado normal que no implique riesgos debe oscilar entre 0'71 y 0'85 cm. En hombres, el resultado debe encontrarse entre 0'78 y 0'94 cm. En tres participantes, uno, dos y cuatro, el ICC estuvo por encima de los niveles normales, sin embargo cabe mencionar que hubo cambios en el ICC de todos los participantes siendo el más notorio en el cuarto participante disminuyendo dicho índice de 0.96 a 0.87. (Ver Figura 7).

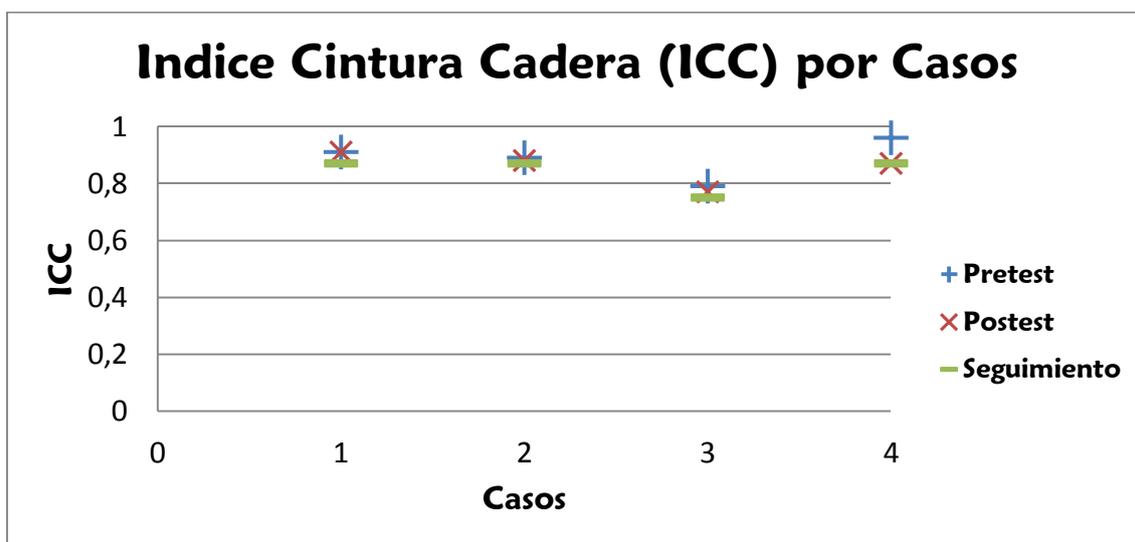


Figura 7. Índice Cintura Cadera de los participantes en las diferentes mediciones del programa.

En relación a los descriptivos de los instrumentos, la sintomatología de depresión (evaluado mediante el Inventario de Depresión de Beck) al iniciar el programa de tratamiento tuvo un promedio de 8.74 oscilando en síntomas que iban desde

depresión moderada a mínima. Al finalizar el programa el promedio fue de 5.75. lo cual indica que los síntomas depresivos habían disminuido (Ver Figuras 8).

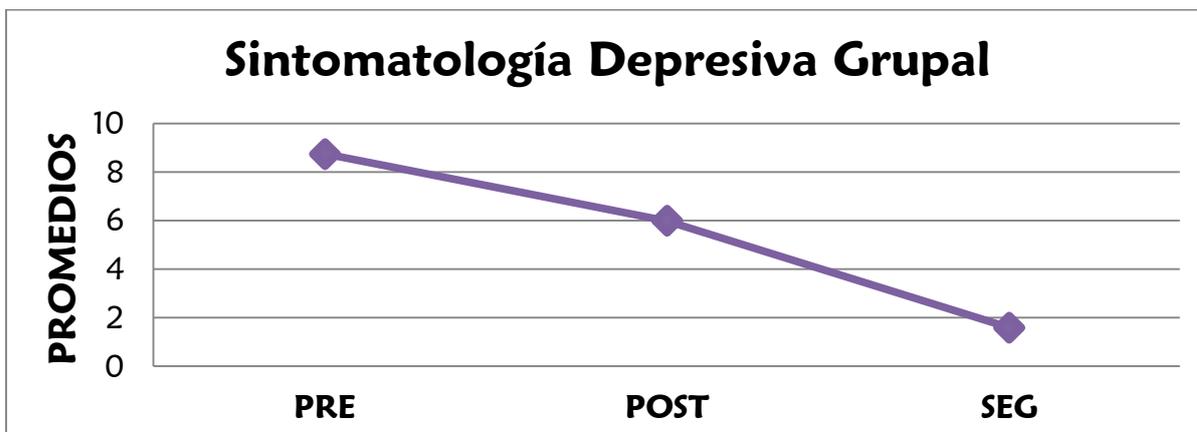


Figura 8. Puntuaciones promedio de la Escala de Depresión Beck (BDI) para el Grupo de participantes

A continuación se presentan las puntuaciones por cada caso en el eje de las ordenadas y el número de participante en el eje de las abcisas. Además se muestran dichas puntuaciones en cada momento de la medición con el siguiente código cromático: en azul el pretest, en rojo el posttest y en verde el seguimiento (véase la Figura 9) indicando disminución de la sintomatología para cada participante con los casos tres y el cuatro los que más sobresalen por mostrar más cambios.

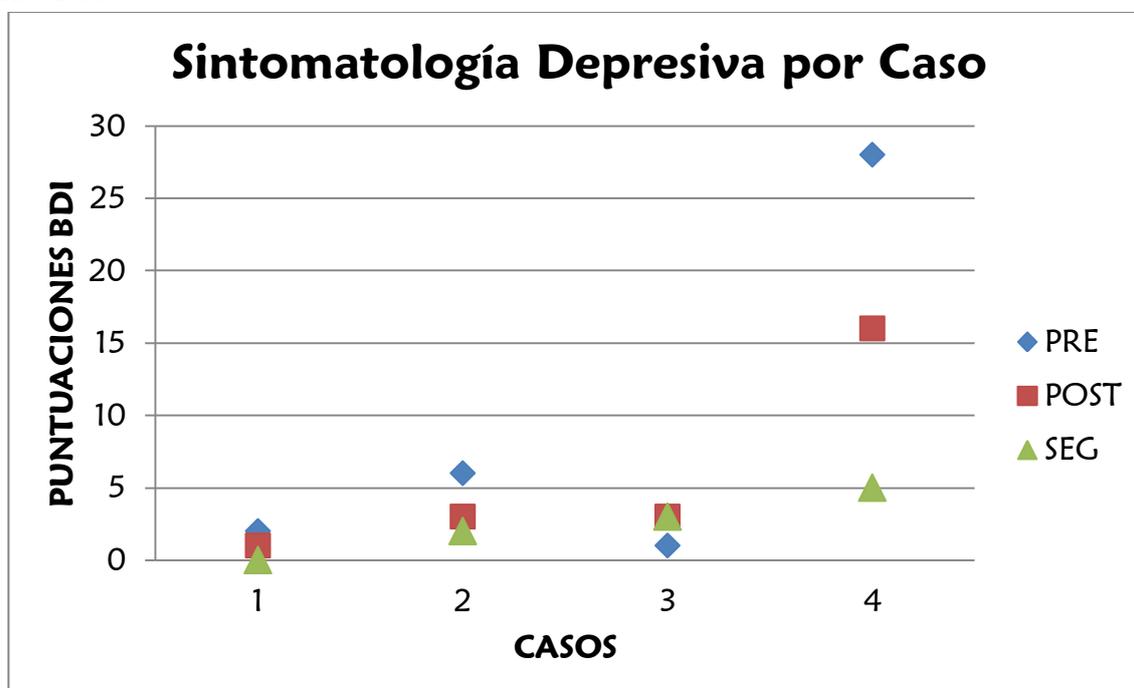


Figura 9. Puntuaciones por caso en la Escala de Beck (BDI).

En cuanto a sintomatología ansiosa (medida por La Escala de Ansiedad de Beck), al inicio el promedio era de 13.7 oscilando de moderado a mínimo. Al finalizar el

promedio fue de 5.75, lo cual indica también que los síntomas de ansiedad habían disminuido (Ver Figura 10).

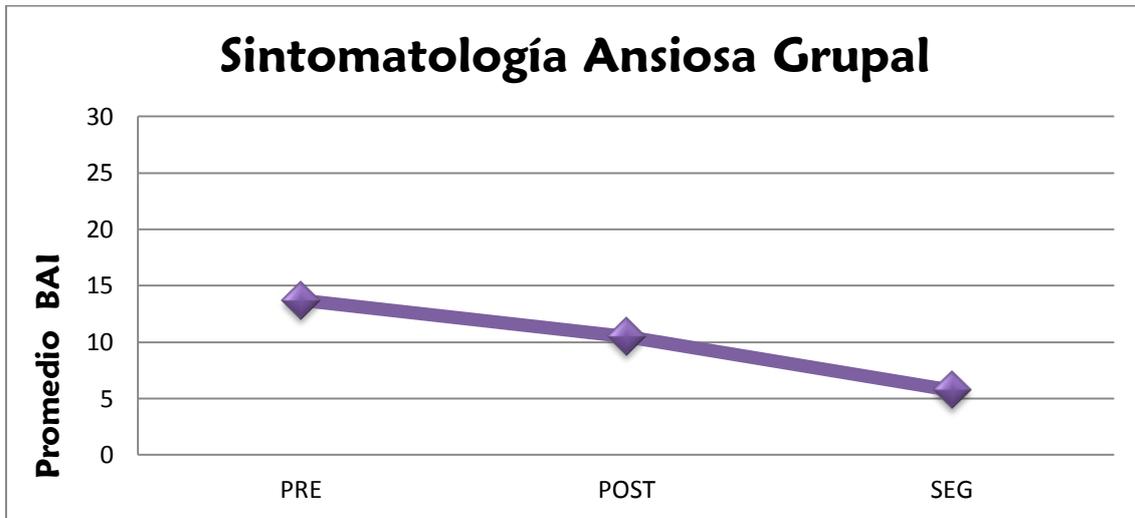


Figura 10. Puntuaciones Promedio para la Escala de Ansiedad de Beck (BAI) por Grupo

En cuanto a la sintomatología ansiosa por caso también tendió a disminuir siendo los cambios más notorios en el caso 4 oscilando de moderada a leve (Ver Figura 11).

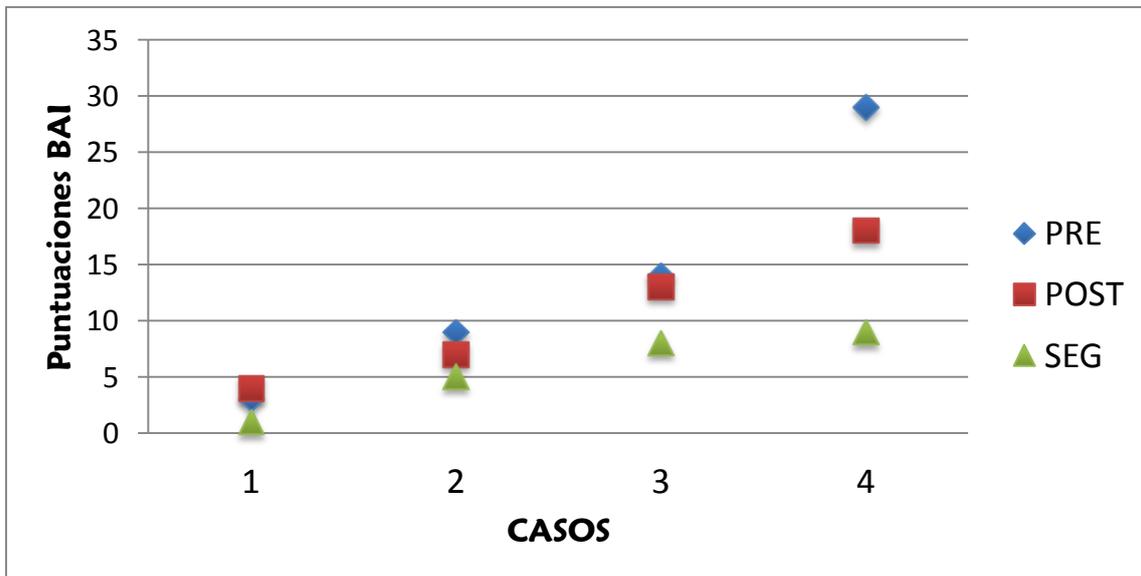


Figura 11. Puntuaciones por cada participante en la Escala de Ansiedad de Beck (BAI)

En cuanto a la Prueba de Imagen Corporal (PIC), las participantes identificaban su cuerpo con la figura considerada en el rango de sobrepeso (4-6 puntos), como el cuerpo que les gustaría tener dentro del rango que oscila de lo normal al sobrepeso, y el cuerpo que no les gustaría tener como aquel correspondiente a obesidad (véase la Figura 12).

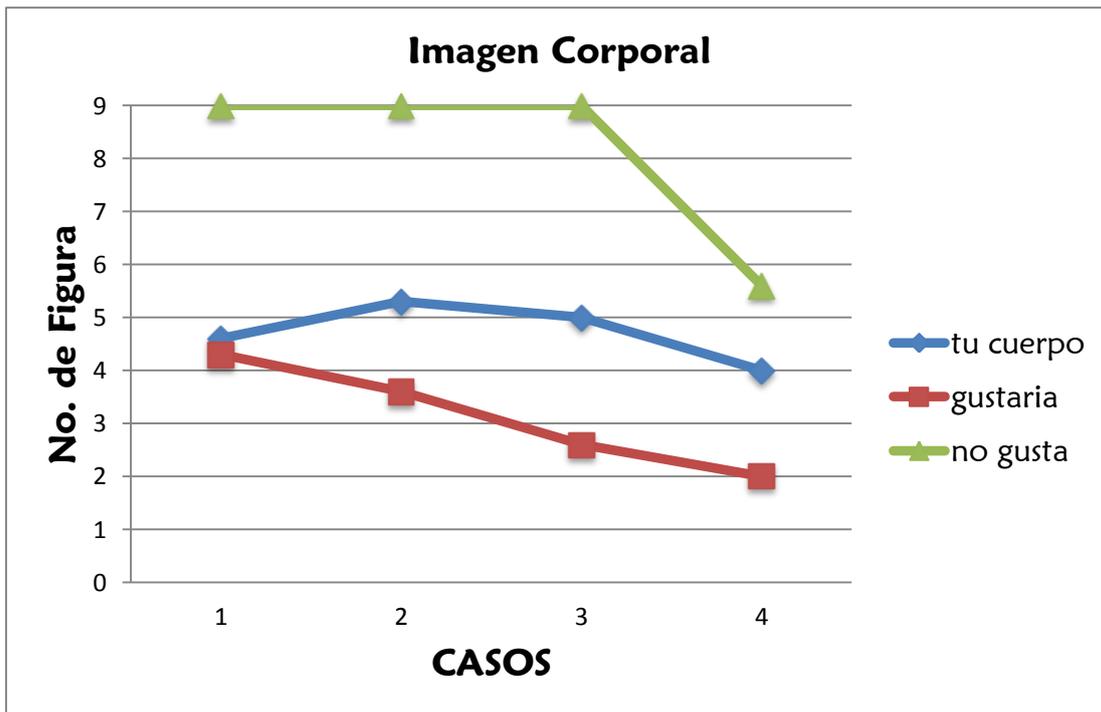


Figura 12. Puntuaciones de la Prueba de Imagen Corporal (PIC) para cada Caso

Las participantes refieren su peso ideal por debajo de su peso real, sin embargo, el peso considerado por ellas queda contemplado dentro de los límites normales (véase la Figura 13).



Figura 13. Peso Ideal y Real para cada participante

Así mismo en relación a las características de cada participante tomando en cuenta la conceptualización cognitivo conductual se observaron algunas distorsiones cognitivas del tipo de pensamiento dicotómico, "lector de mentes", "deberías", y catastrofización, principalmente. Las emociones predominantes son angustia y tristeza, lo que se relaciona a su vez con el consumo de algunos alimentos (tales

como pan y frituras) o con algunas conductas referentes a su alimentación (Ver Tabla 4).

Tabla 4.  
*Conceptualización Cognitivo Conductual*

<b>CASOS</b>	<b>PENSAMIENTO</b>	<b>EMOCIÓN</b>	<b>CONDUCTA</b>	<b>ALIMENTO QUE MÁS CONSUMÍAN</b>
CASO 1	<p>“Nunca dejaba de comer aunque estuviera triste o enojada”</p> <p>La otra persona se va a sentir mal. Es injusto que me regañen. Si digo que no, me sentiré una mala persona.</p> <p>Como porque los demás comen mucho (familia).</p> <p>Me cuesta moderar mi consumo.</p>	<p>Tristeza</p> <p>Culpa</p> <p>Enojo</p>	<p>Duplicar raciones</p> <p>No decir nada</p> <p>Postergar hacer cosas</p>	Tortilla
CASO 2	<p>Si no corro un día ya no iré toda la semana</p> <p>Debería apurarme tengo mucha prisa</p> <p>No me dieron permiso, pude haber estado en otro lado (y no lo habrían notado)</p> <p>No me gusta comer saludable es aburrido</p> <p>No puedo resistirme a algunos alimentos</p>	<p>Enojo</p> <p>Tristeza</p> <p>Nervios</p>	<p>Comer solo porque alguien se lo dice</p>	Hamburguesas Pizzas
CASO 3	<p>Como mucho / Me gusta lo dulce</p> <p>Me cuesta trabajo mantenerme motivada</p> <p>Cuando estoy deprimida no tengo hambre</p> <p>Preocupada por el padre “Me siento sola”</p> <p>Estoy en mi casa pero no puedo hacer lo que quiero /debería hacer lo que me dicen en mi casa</p> <p>Tengo que cumplir con responsabilidades que no me corresponden.</p> <p>No debería descuidar a mi padre</p> <p>Nunca podre cambiar</p> <p>No tiene sentido seguir con esto</p> <p>Todo es mi culpa</p>	<p>Ansiosa</p> <p>Tristeza</p> <p>Culpa</p> <p>Estrés</p>	<p>Comer más pan</p> <p>Evasión</p> <p>Evitar conflictos</p> <p>No decir nada</p> <p>Dejar de hacer cosas</p> <p>Permanecer en casa</p>	Pan (pastelitos) Azúcar (4 cucharadas)
CASO 4	<p>Me gustan mucho las cosas con grasa</p> <p>Me preocupa mi hermana y mi familia</p> <p>Mis tíos deberían ayudar a mi mamá</p> <p>No me gusta lo saludable</p> <p>Me estresa el quehacer de mi casa</p> <p>¿Por qué me pasan tantas cosas malas?</p> <p>Si estoy sola es porque los demás ven algo malo en mi</p> <p>Soy una mala persona/ Tengo mal carácter.</p>	<p>Tristeza</p> <p>Apatía</p> <p>Enojo</p>	<p>Comer más</p> <p>Salirse de su casa</p> <p>Complacer a los demás</p>	Frituras (chocolates, papas fritas)

En relación a los horarios de comida, de acuerdo a los registros de activación y al reporte de los participantes se observa que realizan en promedio dos comidas al día incluyendo el desayuno y la comida (véase la Tabla 5).

Tabla 5.  
*Distribución de los Horarios de Comida*

<b>CASOS</b>	<b>NO. DE COMIDAS</b>	<b>HORARIOS</b>
CASO 1	3 comidas	Desayuno (9:00) Comida (3:00- 4:00) Cena (10:00)
CASO 2	3 comidas	Desayuno (10:00- 12:00) Comida (3:00- 4:00) Cena (10:00)
CASO 3	2 comidas	Desayuno (7:00- 9:00) Comida (3:00- 4:00)
CASO 4	3 comidas	Desayuno (6:00-7:00) Merienda (10:00) Comida (2:00-3:00)

Lo anterior se corrobora con el diario de alimentos, que también se aplicó en el transcurso de las sesiones, donde se observa lo siguiente (véase la Tabla 6):

Tabla 6.  
*Datos de los Registros de Alimentos*

<b>CASO</b>	<b>Registro</b>
<b>CASO 1</b>	Mal establecidas las horas de comida. Regularmente son 2. Consumo bajo de verduras. Consumo elevado de comida rápida.
<b>CASO 2</b>	Regularme hace solo 2 comidas al día. Consumo más frecuente de empanizados y fritos Consumo relativamente bajo de verduras, aunque consume de manera regular por lo menos una vez al día.
<b>CASO 3</b>	Mal establecidas las horas de comida. Preocupación por los alimentos que consume, principalmente el pan. Se observa preocupación por no comer sano.
<b>CASO 4</b>	Al inicio se observan diversas emociones al momento de comer o no hacerlo asociadas con culpa, principalmente en las primeras sesiones. Después van disminuyendo los sentimientos de culpa hacia la comida. Al inicio mucho consumo de frituras, sobretodo en momentos de ansiedad.

Algunos otros datos en relación a los horarios de comida consisten en saltarse comidas, hacer una sola comida al día, duplicar la ración en la única comida para compensar la comida que se brincaron (véase la tabla 7).

Tabla 7.  
*Conductas en Relación a los Horarios de Comida*

<b>HORARIOS DE COMIDA</b>				
<b>CASOS</b>	<b>Brincarse comida</b>	<b>Hacer una comida al día</b>	<b>Duplicas ración en la única comida</b>	<b>Si comes fuera, eliges lo que se te antoje del menú aunque no esté balanceado</b>
CASO 1	✓	✓		✓
CASO 2	✓	✓	✓	
CASO 3			✓	
CASO 4	✓		✓	✓

Así mismo cada participante identificó un problema relacionado con su alimentación y estableció una meta en base a él (véase la Tabla 8).

Tabla 8.  
*Obstáculos frente a la Alimentación*

<b>CASOS</b>	<b>OBSTÁCULO</b>	<b>META</b>	<b>ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN</b>
CASO 1	No tengo hambre por la mañana y con frecuencia no desayuno	LOGRAR DESAYUNAR DIARIAMENTE	Preparar comida un día antes
CASO 2	No puedo resistirme a algunos alimentos que no debería consumir como el chocolate y la comida chatarra	DISMINUIR CONSUMO DE TACOS	Evitar los lugares en los que les venden Evitar pasar en los horarios en que se me van a antojar
CASO 3	Como cuando estoy estresado, deprimido o aburrido (Pan)	DISMINUIR CONSUMO DE PAN	Salir a caminar, realizar una actividad física Hablar con alguien Comprar más fruta y verdura
CASO 4	Como cuando estoy estresado, deprimido o aburrido (Frituras)	DISMINUIR CONSUMO DE FRITURAS	Salir con una amiga o platicar con alguien. Llevar una manzana. Irme a mi cuarto y tranquilizarme.

En el caso uno se consiguió la meta de desayunar la mayoría de los días en el transcurso de dos meses. En el segundo caso, antes del programa comía tacos cada ocho días reduciéndose también de acuerdo a los registros disminuyó la conducta a una vez al mes. El caso tres consumía pan diariamente (2 piezas) y durante al menos dos meses llegó a consumir pan de 2 a tres veces por semana (1 pieza). Finalmente el cuarto caso también disminuyó el consumo de frituras llegando a ser de una a dos veces por semana al mes (Ver figura 14).

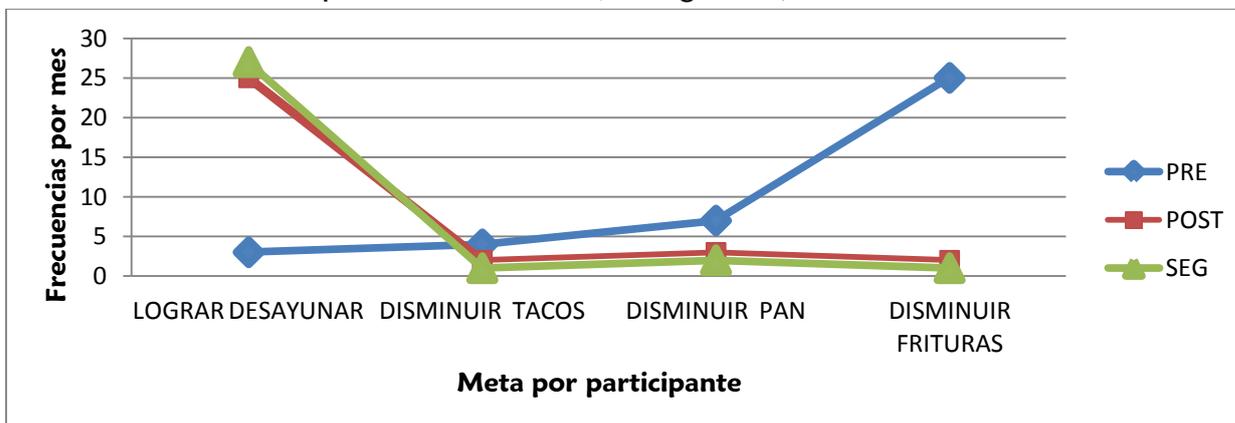


Figura 14. Reducción en el consumo de ciertos alimentos y mantenimiento en la conducta de desayunar

También cabe destacar que para lograr estas metas cada participante buscó sus alternativas basándose en la técnica de solución de problemas.

De acuerdo al reporte de los participantes el programa sirvió para lograr conciencia sobre la modificación de algunas conductas y hábitos encaminados a tener un alimentación saludable (como el no saltarse comidas, respetar horarios, identificar pensamientos y emociones y la importancia de éstos en relación a la alimentación).

Algunos reportaron el haber mantenido un hábito como el desayuno por más de tres meses así como el consumo de frutas, verduras y agua.

Se logró el mantenimiento de los cambios al señalar y motivar el cambio hacia el consumo de algunos alimentos (alimentos "chatarra" como frituras de papas o chicharrones) y al aprender a diferenciar entre comer por sensación de hambre (necesidad física) y a comer por alguna otra situación (antojo o estado emocional). El conocimiento de elementos de una alimentación saludable (horarios, tipo de alimentos) también mostró mejorías importantes. Finalmente algo que no se contempló dentro del programa, pero que también se observó en los participantes fue el que ocuparse de su alimentación constituía una forma también de alimentar su autoestima.

## Discusión

Los seres humanos, desde pequeños, van adquiriendo hábitos y conductas que poco a poco integran lo que será su estilo de vida. Es muy importante promover en todas las etapas de la vida, la adopción de hábitos que lleven a construir estilos de vida saludables, de los cuales forman parte: una alimentación correcta, descanso, actividad física, actividades recreativas, responsabilidad personal, una actitud mental positiva, hábitos de higiene y prevención, y cuidado del ambiente (Rodríguez, 2004).

Es por ello que el objetivo del presente trabajo fue proporcionar a los jóvenes universitarios, por medio de una intervención cognitivo conductual, algunas herramientas para la modificación de hábitos alimentarios y la adhesión a los mismos, que contribuyan a un estilo de vida saludable.

De manera particular el estilo de vida relacionado con la salud se refiere a aquellas conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuos (como la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.) en la presente investigación se encontró que los estudiantes como principales conductas de salud caminaban de uno a cinco días durante treinta minutos y el consumo de agua de al menos un litro al día. Y en cuanto a conductas de riesgo, la mayoría no realiza actividad física programada, ni acuden a ningún programa de actividad física consistente por lo que la mayoría cae en sedentarismo. Así mismo el consumo de frutas y verduras se presenta mínimamente. En cuanto a la alimentación propiamente, entre las prácticas de riesgo sobresalen el consumo de bebidas alcohólicas con la comida, el realizar otras actividades mientras se come (como el hablar por teléfono o escribir en la computadora) y el consumo de golosinas como premios.

Además como lo han propuesto Hudd y colaboradores (2000) respecto a la salud de los universitarios se ha encontrado que el estrés se relaciona con comportamientos poco saludables, como mala alimentación, que en este caso se reflejaban en dos formas contrarias la falta de apetito o un mayor consumo de alimentos frente a algún estado emocional desagradable.

No se observaron muchos factores de riesgo, no obstante existen antecedentes heredofamiliares como hipertensión, cáncer, diabetes y obesidad principalmente. Además, aunque en menor medida, se observa lo encontrado por la ENSANUT (2012), la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad dentro de la población mayor de 20 años de edad.

De acuerdo a lo planteado por la Organización Panamericana de Salud, (2006) se observan el papel de los factores sociales, culturales y personales en las pautas de conducta de los jóvenes ya que para ellos es importante la influencia de la familia y en menor medida los amigos en cuanto a conductas de salud tales como la alimentación y el consumo de agua y a su vez reconocen su papel en cuanto a la decisión de realizar conducta saludables.

En distintos estudios (Serra-Majen, Aranceta y Mataix, 1995; Varela, Moreiras, Carbajal y Campos, 1995; Institute of European Foods Studies, 1996; entre otros) se han utilizado diversos recursos con la esperanza de que el conocimiento sobre lo que beneficia o perjudica la salud, induzca los cambios correspondientes en el comportamiento alimentario de las personas, lo que supondría que entre universitarios habría un conocimiento adecuado respecto a hábitos alimenticios. Sin embargo, en el presente estudio se encontró que dentro de las principales barreras percibidas en cuanto a alimentación se encuentra el no conocer las características de una alimentación saludable. Además de que se identificaron otras necesidades en los estudiantes tales como los tiempos limitados y la poca disponibilidad de alimentos.

De acuerdo al Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente (1982, citado en García, 2004) los estudiantes se encuentran en etapa de precontemplación respecto a llevar una alimentación saludable, ya que desconocen que ciertas conductas ponen en riesgo su salud, mostrándose renuentes a realizar cambios en su conducta, además de que algunos muestran dificultades en el mantenimiento de conductas que ya habían iniciado respecto a la misma como el realizar una actividad física o llevar una alimentación saludable. Por otro lado se observa mayor inclinación respecto a realizar una actividad física lo que indicaría que se encuentran en la etapa de contemplación, respecto a esta situación.

De manera semejante, las diferencias en los grupos contrastados denotan que el grupo de altos muestra como principal hábito el realizar actividad física y a su vez muestran más la intención respecto a realizar conductas relacionadas con una alimentación saludable, así mismo aunque en menor medida fue este grupo que tienden a actuar más en función a la presión social sobre todo al considerarlo como algo importante para la familia, en congruencia a lo que postula la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994; Branon y Feist, 2001) y que denotaría el papel protector de la atención en la salud por parte de la familia. También fueron quienes identificaron que depende más de ellos el realizar una actividad física como caminar a comparación del grupo de los bajos. El grupo de los bajos por su parte fue el que reportó en menor medida la presencia de hábitos saludables.

En relación a las mujeres participantes del programa, entre los principales factores de riesgo se identificaron sobrepeso en el índice de masa corporal, prehipertensión arterial, y el riesgo de contraer algunas enfermedades asociadas a la obesidad. Aunque, no fue un objetivo del programa, hubo mejorías en algunos de estos indicadores como la disminución en el peso y el Índice Cintura Cadera en algunos de los participantes, lo cual extiende los hallazgos de Schwarzer y Fuchs (1999) respecto a que hacer dieta y controlar el peso son conductas relacionadas con la salud, en cuanto a qué también hay beneficios observables controlando los hábitos no saludables.

Respecto al estado emocional los registros y los instrumentos mostraron que las emociones predominantes fueron la angustia y la tristeza las cuales a su vez eran moduladores de algunas conductas relativas a su alimentación (como el aumento en la ingesta, el consumo de ciertos alimentos, tales como tortilla, pan, etc.) y que de acuerdo la ENSANUT (2012) constituyen conductas de riesgo. Caber mencionar que hubo cambios importantes respecto a los niveles de Ansiedad y Depresión que presentaban los participantes al final de la intervención y en el seguimiento. Además se identificaron otras emociones como el enojo que aunque obedecía a situaciones específicas, valdría la pena incluir en estudios posteriores.

Sin embargo muchas de estas emociones estaban reguladas por los pensamientos subrayando la importancia de los factores cognitivos como lo postula Organista (2006) predominando los pensamientos de tipo “dicotómico y los "debería" y catastrofización”, por lo que fue necesario tomar en cuenta otros elementos dentro de la intervención partiendo desde el enfoque cognitivo conductual y concordando a su vez con diversos estudios (Casado, Camuñas, Navlet, Sanchez y Vidal, 1997; Vera y Fernandez, 1998) en los que se ha echado mano de técnicas psicológicas que alteren sesgos cognitivos mediante, en este caso, psicoeducación, entrenamiento en técnicas de autocontrol, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas principalmente.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal el primer caso se consideraba dentro de un rango correspondiente a sobrepeso, sin embargo era la única de los participantes que de acuerdo a su peso y talla se encontraba dentro de lo normal, más a pesar de lo anterior consideraba que el cuerpo con el que se identificaba también correspondía al cuerpo que le gustaría tener, es decir, que se encontraba conforme con su cuerpo. En cuanto a las demás participantes no hubo una distorsión de la imagen corporal en relación al peso real. Lo mismo pasa entre su peso real y su peso ideal, la mayoría de las participantes identificaron como el cuerpo que no les gustaría tener el correspondiente a obesidad lo cual refleja la preocupación por engordar mencionada por la ENSANUT (2012).

En cuanto a los hábitos alimentarios se observó lo señalado por Vázquez (2005) respecto a la valoración que se da a la comida, ya que se percibía el comer saludable como algo aburrido o algo que no era de su agrado, y se reflejaban algunas costumbres para alimentarse derivadas del entorno tales como el comer mucho por que los demás miembros de la familia así lo hacían, o el comer ciertos alimentos porque era la forma de convivir, como los empanizados, los fritos y un bajo consumo de verduras (García, 1983).

Así mismo se identificó que por lo general se realizaban dos comidas y que existía dificultad en el establecimiento de los horarios y en algunas conductas relacionadas con lo mismos tales como brincarse comidas, hacer una comida al día, duplicar la ración en la última comida, y elegir lo que se antoje cuando se está fuera de casa, mismas sobre las cuales se hizo conciencia para la modificación hacia de conductas de alimentación más saludables para darle un mejor sentido de control.

Al respecto algunas las conductas saludables que se integraron al repertorio de las participantes fueron la implementación del desayuno y la disminución en el consumo de ciertos alimentos como los tacos y las frituras. En relación a la adhesión y al mantenimiento de los cambios se observó el hábito del desayuno por más de tres meses y el cambio en el consumo de algunos alimentos por otros más saludables (frutas, verduras y agua). De acuerdo a lo encontrado en algunos estudios (Safren, Otto y Worth, 2000) tras la intervención se observan grados significativos de adhesión al tratamiento y se mantuvo la mejoría en otras variables relevantes como la ansiedad, la depresión y la autoestima, siendo esta última algo que no se esperaba, debido a que no se trató de manera directa.

En general se encontró que entre las características de la población estudiantil existe poca conciencia sobre auto cuidado y medidas para prevenir enfermedades.

Los participantes aprendieron a ser un parte activa en la intervención ya que identificaron sus principales barreras y las alternativas para llevar a cabo un plan de acción en relación a su alimentación, además aprendieron a auto monitorearse en cuanto a su estado emocional y físico, así como autorregularse en la ingesta de alimentos no saludables y a sustituirlos por otras actividades o alimentos saludables.

Se encontró que la intervención fue útil en cuanto a la implementación de conductas y saludables y la modificación de hábitos alimenticios y el que las técnicas aprendidas pueden trasladarse y aplicarse a otras esferas de su vida a parte de la alimentación.

Sin embargo, aunque hubo cambios en el estado emocional se encontró que existían situaciones como problemas en el núcleo familiar u otras que requerían de tratamiento individualizado con objetivos más amplios.

Finalmente cabe mencionar que estos resultados no son generalizables al resto de la población por lo que sería importante llevar a cabo estudios con mayor número de participantes y en los que se dé seguimiento de los casos por mayor tiempo para monitorear el mantenimiento de los cambios, así como hacer estudios sobre otras conductas de salud u otras investigaciones que se centren en un trabajo preventivo y en la conciencia de que la calidad de vida que cada uno pueda disfrutar en los años por venir depende de la propia decisión de hacerlo bien ahora.

## Proyecto PAPIIT

### ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROYECTO PAPIIT

El análisis de las emociones y de los valores de los profesores exige tener en cuenta su historia personal y profesional, sus creencias y actitudes, sus condiciones de trabajo y el contexto social y educativo en los que se desenvuelve su actividad profesional, es por ello que parte de las actividades desarrolladas en el COE surge la integración al Proyecto de Investigación "Dimensiones Interpersonales del Desempeño Docente" del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).

Dentro de las actividades desarrolladas en dicho proyecto se encuentran:

#### Actividades relativas al primer semestre

- Apoyo en la realización de los Grupos Focales con los docentes de la Facultad de Contaduría y Administración, a través del registro de actitudes y conductas durante la entrevista.
- Apoyo en la aplicación de cuestionarios a los estudiantes de la Facultad de Contaduría y Administración.
- Apoyo en la captura y realización y análisis estadístico de la base de datos cuantitativa a través del programa SPSS.

#### Actividades relativas al segundo semestre

- Apoyo en la captura y realización y análisis estadístico de Base de Datos cuantitativa relacionada a los valores.
- Realización y presentación del Cartel "**Wellbeing Interpersonal Conflict and Academic Performance at a Large Business Administration School**" en el 46th Annual Convention. Realizado por la Association for Behavioral and Cognitive Therapies. National Harbor, M.D. (Noviembre 2012).

A partir de estas actividades se depende el estudio que se muestra a continuación denominado con el nombre de "Valores en alumnos y docentes universitarios".

## Valores en Estudiantes y Docentes Universitarios

Los seres humanos nacen en una cultura fuertemente influenciada por diversos aspectos como la educación, se trata de un indicador sensible, con resultados consistentes y un predictor sólido del bienestar emocional en todas las etapas del desarrollo de cada individuo (Grayson y Meilman, 2006).

En el nivel Superior, tanto docentes como estudiantes invierten gran parte de su tiempo, en estudiar o trabajar; en este contexto se propone que las universidades pueden contribuir a la mejora y a la promoción del estado de salud y del bienestar de la población ya que constituyen un marco idóneo de actividad laboral, social y cultural (Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2003).

Los profesores se enfrentan a situaciones muy diversas a lo largo de su vida profesional, como los cambios en la educación y del estilo de vida de las nuevas generaciones de alumnos. Este largo proceso, que discurre en paralelo con sus experiencias vitales fuera del ámbito de la docencia, conduce a actitudes dinámicas basadas en expectativas positivas sobre las posibilidades de su actividad educadora, o a una posición desesperanzada cuyo origen se encuentra en la percepción de que el esfuerzo en la enseñanza no merece la pena (Marchesi y Díaz, 2005). Por tratarse de un trabajo cotidiano, el impacto de las condiciones de trabajo con el grupo impactan el bienestar emocional de los profesores, Hakanen, Bakker y Schaufeli (2006) identificaron que el mal comportamiento de los alumnos es el principal predictor de agotamiento laboral (burn out) en profesores mediante modelamientos con ecuaciones estructurales.

Por su parte, los estudiantes universitarios constituyen una población de relevancia e interés para la realización de estudios de bienestar y salud ya que ocupan una posición significativa en la vida pública y corresponde a un grupo relativamente sano y saludable (Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2003). Sin embargo están en un periodo en el que debutan la mayoría de los problemas de salud mental. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, el 50% de los adultos que informaron haber sufrido algún trastorno mental, lo padecieron antes de los 21 años de edad. Entre los trastornos de mayor prevalencia estaban los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) (Medina-Mora, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003). Es posible que al tratarse de la transición entre la vida escolar y la vida adulta independiente, la educación universitaria consolide características y estilos vulnerantes o protectores.

La educación ha sido una de las formas utilizadas por los profesionales de la salud para aproximarse a fortalecer conductas positivas que preserven el estado de salud, prevengan enfermedades y reduzcan el impacto de las ya presentes. Existen experiencias valiosas que demuestran la efectividad de metodologías de enseñanza-aprendizaje en la modificación de conductas nocivas a la salud; sin embargo, éstas se han desarrollado como experiencias aisladas y temporales (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Es así que las universidades tienen el reto de ser un contexto de vida que propicie comportamientos saludables y que redunden en la calidad de vida, ya que la salud también se crea en los contextos de vida cotidiana tanto de docentes como de estudiantes. La salud desde una perspectiva "salutogénica", no es esencialmente la variable del resultado de la intervención médica, sino un efecto socio ecológico, producto de una interrelación compleja de factores comportamentales, genéticos y ambientales (Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2003).

Respecto a la salud mental, tanto para docentes como para alumnos existen factores potencialmente estresantes algunos de los cuales se generan en su interacción dentro del aula. El estrés se ha definido como la respuesta del organismo a un estresor (o a un estímulo) que incluye componentes psicológicos y cognitivos. El estrés es también, la respuesta física y psicológica a las demandas de vida. Una situación estresante es aquella evaluada como que excede o agota los recursos personales y pone en peligro el bienestar (Leahy, Tirch y Napolitano, 2011).

Podríamos definir el estrés escolar o académico como aquel que se produce en el ámbito educativo. Existen algunos estresores que tienden a afectar a todos los estudiantes. Un estudio reciente en la Universidad de Wisconsin señala los siguientes estresores más frecuentes: alta exigencia o demanda académica, expectativas no realistas sobre los cursos, conflictos relacionados con las situaciones de vida, el comienzo y el mantenimiento de conflictos en las relaciones interpersonales, las circunstancias familiares y financieras (Grayson y Meilman, 2006).

Algunos estudios realizados con estudiantes se han centrado en los efectos negativos para la salud mental, entre ellos la sintomatología depresiva. Un estudio reveló que los estudiantes de nacionalidad China que experimentaban más problemas académicos a su llegada a Estado Unidos reportaban un elevado humor depresivo (Ying y Liese, 1990, en Yu-Hsin y Wei, 2014).

Durante su paso por la universidad, los estudiantes se encuentran en la necesidad de establecer un cambio de perspectiva y comportamiento para adaptarse al nuevo entorno. Estos cambios se asocian a estrés y pueden tener efectos poderosamente negativos sobre algunas personas afectando a su bienestar, autoconcepto personal y profesional y su salud general (Reig, Cabrero, Ferrer y Richart, 2003).

El estrés también puede afectar a los docentes en problemas relacionados con ansiedad a hablar en público, síndrome de "burnout", o el estrés al abordar tareas docentes (Polo, Hernández y Poza, 1996). Entre los agentes estresantes más frecuentes para ellos se encuentran, los grupos numerosos de alumnos, conflictos con los jefes o autoridades en la escuela, etc. Algunos estudios han mostrado que la mayor cantidad de estrés se da entre trabajadores cuya actividad tiene que ver más con las personas que con objetos como lo es el caso de los docentes (Pérez, 1998).

Una efectiva promoción de la salud mental en ámbitos educativos es un aspecto de enriquecimiento de la experiencia no solo personal, sino educacional y entraña una mejora a la calidad de vida (Duckey, en Grayson y Meilman, 2006).

La atención al estrés es compleja ya que involucra la percepción de amenaza a aspectos personales que se relacionan con la visión del mundo del individuo, sus actitudes, su autoconcepto, su historia y que podrían articularse a través de los valores que sostienen las personas (Johnson, 1993). Estos aspectos son a la vez diversos e irrenunciables porque dependen de creencias, hábitos y aprendizajes que conforman al individuo desde su socialización temprana (Pérez, 1998). Cabe destacar que la mayor afectación identificada en docentes y estudiantes proviene de situaciones conflictivas en donde interactúan estos elementos. En la comprensión de los conflictos resultan especialmente importantes las creencias relativas a lo que les parece importante para sí mismos y las expectativas y valores.

Los valores comunican lo que es importante para las personas y para sus vidas. La palabra valor viene del verbo latino *valere*, que significa estar sano, ser fuerte. Así, un valor podría ser un principio relativamente permanente sobre lo que es y no es correcto, que guía los actos y el comportamiento de las personas en todas las áreas de su vida. Se refiere a características relativamente estables de la persona que influyen en la forma de pensar, en las emociones y en la forma de actuar (Rodríguez, 2005).

Los estudiantes universitarios son un objetivo importante para la promoción del bienestar y los valores que sirven de base para formar actitudes, así como

conductas protectoras y saludables como la colaboración, el bienestar emocional, la toma de perspectiva (considerar la posición del otro ante una situación conflictiva) y la empatía (Johnson, 1993).

Desde la perspectiva psicológica y social se ha prestado atención a los valores personales como criterio para juzgar la realidad social y para orientar las actitudes y las conductas, en especial de los educandos en formación (Marchesi y Díaz, 2005).

El estudio de los valores constituye un fenómeno de análisis complejo, que ha sido abordado desde el ámbito filosófico, sociológico y en este caso, psicológico (Brinkmann y Bizama, 2000). Desde este punto de vista el estudio de los valores serviría para conocer las prioridades que orientan a las personas a la hora de adoptar y expresar determinadas actitudes (Molero, 2001).

La formación de valores constituye un problema solamente comprensible a partir de un análisis psicológico de la naturaleza del valor en su función reguladora de la actuación humana (González, 2000). De acuerdo a lo encontrado en la literatura por Schwartz y Bilsky (1987) los valores tienen características consideradas como formales: (a) son los conceptos o creencias, (b) sobre estados finales deseables o comportamientos, (c) que trascienden situaciones específicas, (d) ayudan en la selección, en la guía o en la evaluación de la conducta y los eventos, y (e) están clasificados según su importancia relativa.

Desde la aproximación psicológica, la adquisición de los valores tiene una fuerte dependencia en un proceso activo de construcción y reconstrucción de rasgos normativos de la realidad, lo cual serviría para conocer las prioridades que orientan a las personas a la hora de adoptar decisiones y expresar unas determinadas actitudes (Molero, 2001).

Los valores se expresan por acciones enmarcadas por una serie de principios aprendidos, por lo que una de las actividades donde los valores juegan un papel esencial es en la educación. De acuerdo a algunas propuestas, lo que se busca en la formación profesional, es la generación de propuestas orientadas a la formación integral que comprenda capacidades y competencias para acceder al mundo del trabajo, así como también los valores y actitudes que moldean la personalidad del sujeto y que contribuyen al logro de un desempeño comprometido y eficaz de su profesión (Ibarra, 2007).

Castell (1992) establece diferentes tipos de valores que son:

1. Valores terminales. Se refieren a estados deseables de existencia. Se subdividen a su vez en: personales y sociales.
2. Valores instrumentales: son los que están relacionados con modos de conducta y que a su vez se subdividen en: morales y de suficiencia. Dentro de los valores instrumentales encontramos también a los valores profesionales que se refieren a los valores por medio de los cuales se rige una profesión.

En cualquier valor hay aspectos culturales, grupales e individuales que interactúan entre sí, como un proceso dialógico, comunicativo, que supone no solo el intercambio de información, sino también la interacción e influencia mutua. El conocimiento y comprensión entre profesor y estudiante y el desarrollo de relaciones empáticas, posibilitan un clima adecuado de aprendizaje. Además dentro de este proceso de enseñanza-aprendizaje cabe señalar que cada una de las partes involucradas (el docente y los estudiantes) posee características propias, que entran en juego en la interacción que tiene lugar en el aula (Ros y Goulveidia, 2001).

La realización del trabajo no es una actividad sólo dirigida a ganar dinero, sino que constituye una parte significativa de la identidad. Una de las manifestaciones conductuales del estrés laboral en el docente puede surgir de que se encuentra insatisfecho con su trabajo, dicha insatisfacción se conforma entre otros elementos, por las reacciones afectivas con que el sujeto se relaciona con la organización y que afectan tanto su bienestar físico como mental (Sánchez y Clavería, 2005). Esto es un ejemplo de cómo un aspecto de la docencia puede tener efectos profundos y duraderos para el alumno, tanto positivos como negativos (Squires, 2004).

El estrés académico parece afectar aproximadamente al 90% de los estudiantes cuando se sienten sobrecargados de tareas, ante la gestión de tiempo, por conflictos con su asesores y/o sus compañeros (García, Pérez-González, Pérez-Blasco y Natividad, 2011). Al respecto la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica contempla dentro de sus objetivos estimar el impacto de los trastornos mentales en el rendimiento y deserción escolar, los factores de riesgo y protección para identificar a alumnos en riesgo y dirigir acciones de prevención e intervención entre los jóvenes y sus familias (Medina- Mora, 2003).

Los estudiantes, aprenden no sólo de lo que enseñan los profesores, sino de cómo son, y se hace necesario contar con un ambiente propicio, apoyado en valores para que la ética se fundamente en éstos permitiendo forjar el perfil que la Universidad pretende dar a los futuros profesionistas (Camargo, 2003).

En la educación superior, algunos autores señalan que dentro de los principales valores a promover se encuentran la *autonomía*, la *competencia profesional*, la *honestidad*, la *justicia*, el *respeto* y la *responsabilidad* (Llanes, 2001, Berumen, 2001, Horta, 2002, Hirsch, 2002 y García, 2006).

Así los valores parecieran existir en el individuo como formaciones motivacionales de la personalidad que orientan su actuación hacia la satisfacción de necesidades. Sólo cuando los valores constituyen motivos de la actuación del sujeto se convierten en verdaderos reguladores de su conducta. Este hecho tiene implicaciones importantes en la interacción en el aula, donde se produce un complejo proceso de comunicación entre profesores y estudiantes en el proceso enseñanza- aprendizaje, donde el estudiante asume una posición activa en la apropiación individual para la construcción de sus valores (González, 2000).

La práctica diaria de valores puede inducir una lucha renovada con emociones, y experiencias que sugieren estrategias de evitación en el pasado, el compromiso es necesario para mantenerse en el camino valorado a pesar de los obstáculos que encuentren. La acción comprometida ayuda a las personas a trasladar valores en pequeños pasos u objetivos a corto plazo, es así que los valores también juegan un papel positivo en el comportamiento y la salud (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

En virtud del papel que tienen los valores en el bienestar emocional y desarrollo de estilos duraderos de comportamiento con potencial protector o de riesgo para la salud de estudiantes y docentes, el objetivo del presente trabajo fue conocer los valores que los estudiantes identificaban en sus profesores y los valores que los profesores identificaban en los estudiantes universitarios de la Facultad de Contaduría, Administración e Informática de la UNAM.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

El grupo estuvo conformado por 132 profesores de las carreras de administración, contaduría e informática, que contaran con al menos tres años de antigüedad impartiendo cátedra en la institución con una media de 13.8 años (DE 5.51). A los cuales se les invitó a participar a través de las jefaturas, bajo condiciones de anonimato y participación voluntaria.

A su vez participaron un total de de 532 alumnos; 296 (55%) de segundo semestre, 173(32%) de cuarto semestre, y 63 (12%) de octavo semestre, los cuales correspondían a los profesores participantes.

### **Diseño**

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo por encuesta abierta ex post facto a profesores y estudiantes con información cruzada sobre los valores que identifican mutuamente. Los resultados fueron vaciados textualmente y categorizados hasta alcanzar el criterio de saturación de información. Estos diseños buscan la consistencia en la información para reconocer los elementos explicativos subyacentes.

### **Instrumento**

Se diseñó una encuesta con preguntas abiertas, en el caso de los profesores sobre los valores que les parecen relevantes y su jerarquía, después como notan estos en sus estudiantes, es decir que hacen ellos (véanse los anexos).

En el caso de los alumnos, se pidió la misma jerarquía de valores y como los notan en sus profesores.

### **Procedimiento**

A los profesores se les invitó a participar de manera voluntaria y anónima por las jefaturas de las carreras de contaduría, administración e informática. Se solicitó su autorización para la aplicación de la encuesta a sus grupos. Si accedía se pedía al profesor que anotara los grupos y el día que resultara menos inoportuno. Las aplicaciones a los alumnos se realizaron de manera grupal dando las respectivas indicaciones y considerando un tiempo de 20 a 60 minutos.

## Resultados

A continuación se muestran los resultados descriptivos. En la abscisa se encuentran los valores que tanto docentes como estudiantes consideraban como los más importantes y en la ordenada el porcentaje correspondiente a la frecuencia con que dicho valor fue mencionado.

Dentro de los valores más importantes observados para docentes y estudiantes se encuentran el respeto en primer lugar, seguidos de honestidad, la responsabilidad y la tolerancia. Cabe mencionar que los estudiantes eran los que asignaban un mayor número de porcentaje a estos valores a comparación de los profesores oscilando del 29.07% para el caso de respeto al 16.31% para el caso de tolerancia (véase la Figura 1).

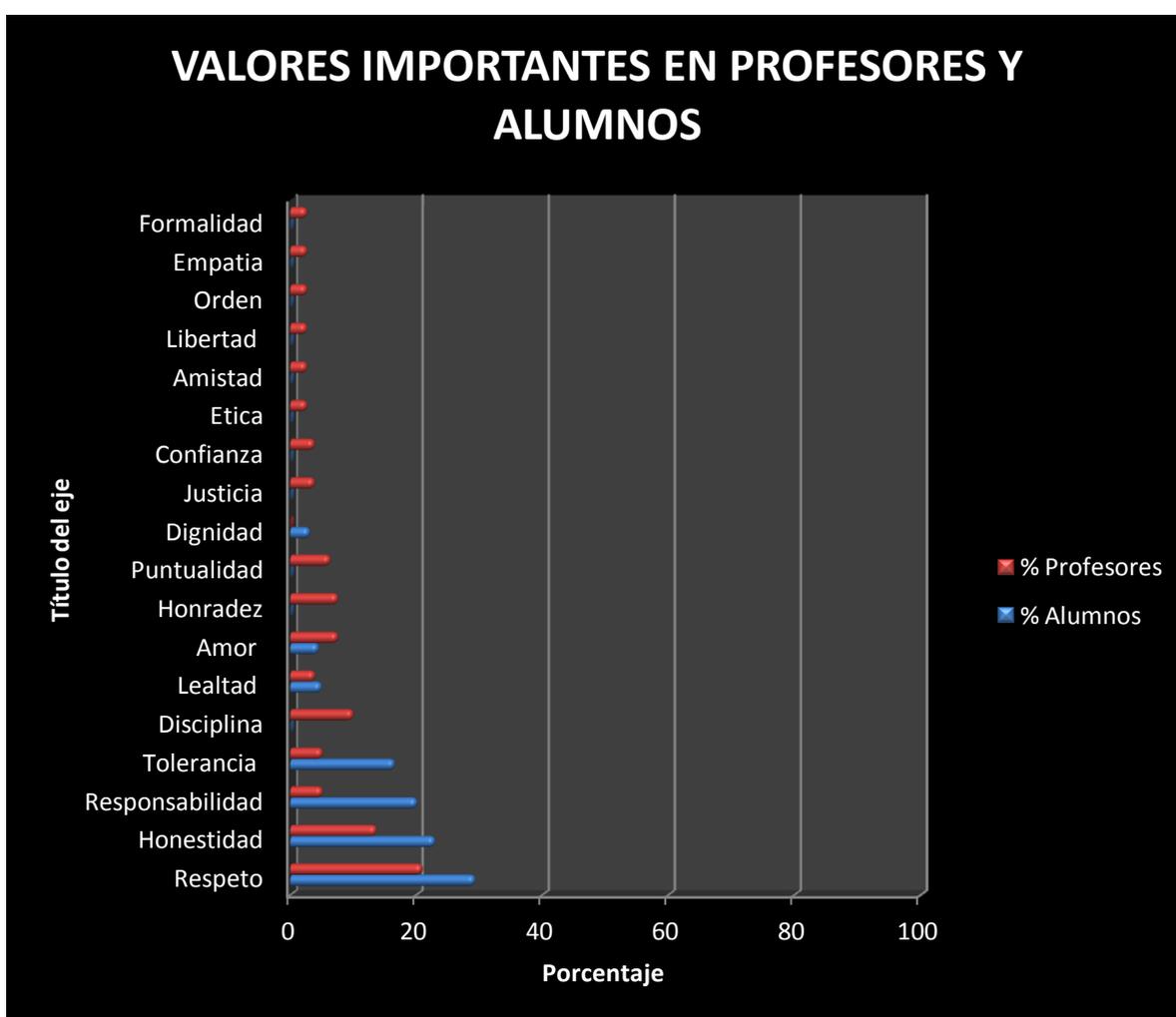


Figura 1. Valores Considerados como Importantes por Estudiantes y Docentes.

Entre los valores mencionados se indagó cuáles eran los comportamientos en los que notaban la expresión de dichos valores. Los estudiantes notaron el respeto en la forma de expresarse, la conducta en clase, y la disposición para enseñar del docente. En estas últimas se incluía la tolerancia a diversas formas de pensar. Los docentes notaban este valor igualmente en la conducta en clase, en la comunicación hacia los compañeros y en el apego a las reglas (véase la Figura 2).

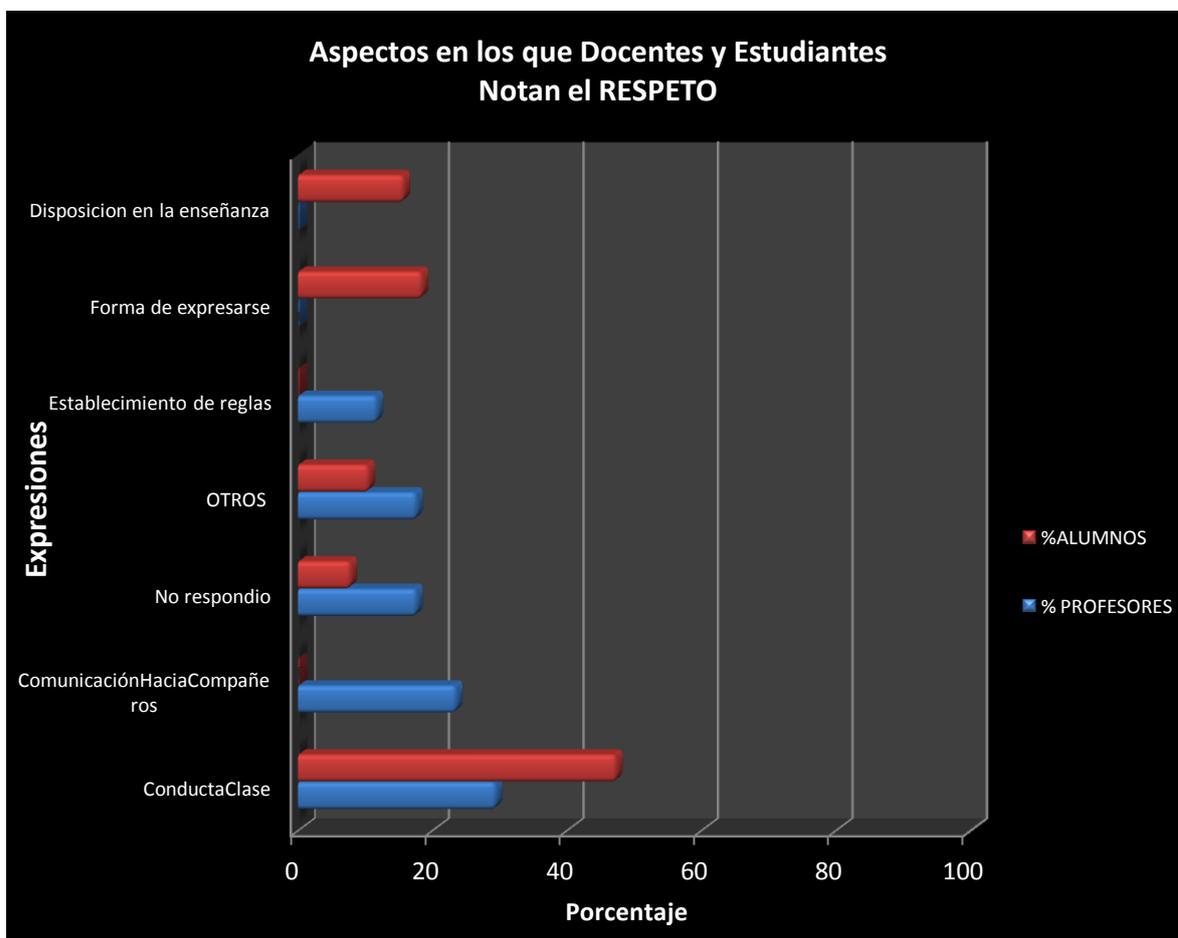


Figura 2. Expresiones a través de las cuales Notan el Respeto Docentes y Estudiantes

La honestidad era identificada por los estudiantes en situaciones tales como la claridad de la información, la actitud positiva hacia los alumnos, la revisión de tareas y trabajos, la capacidad para reconocer errores, la evaluación imparcial y el apoyo a los alumnos entre otras. Por su parte para los docentes este valor se expresaba en la forma en que los alumnos se preparaban para los exámenes, en expresar la verdad y las dudas durante la clase (véase la figura 3).

## Aspectos en los que Docentes y Estudiantes Notan la HONESTIDAD

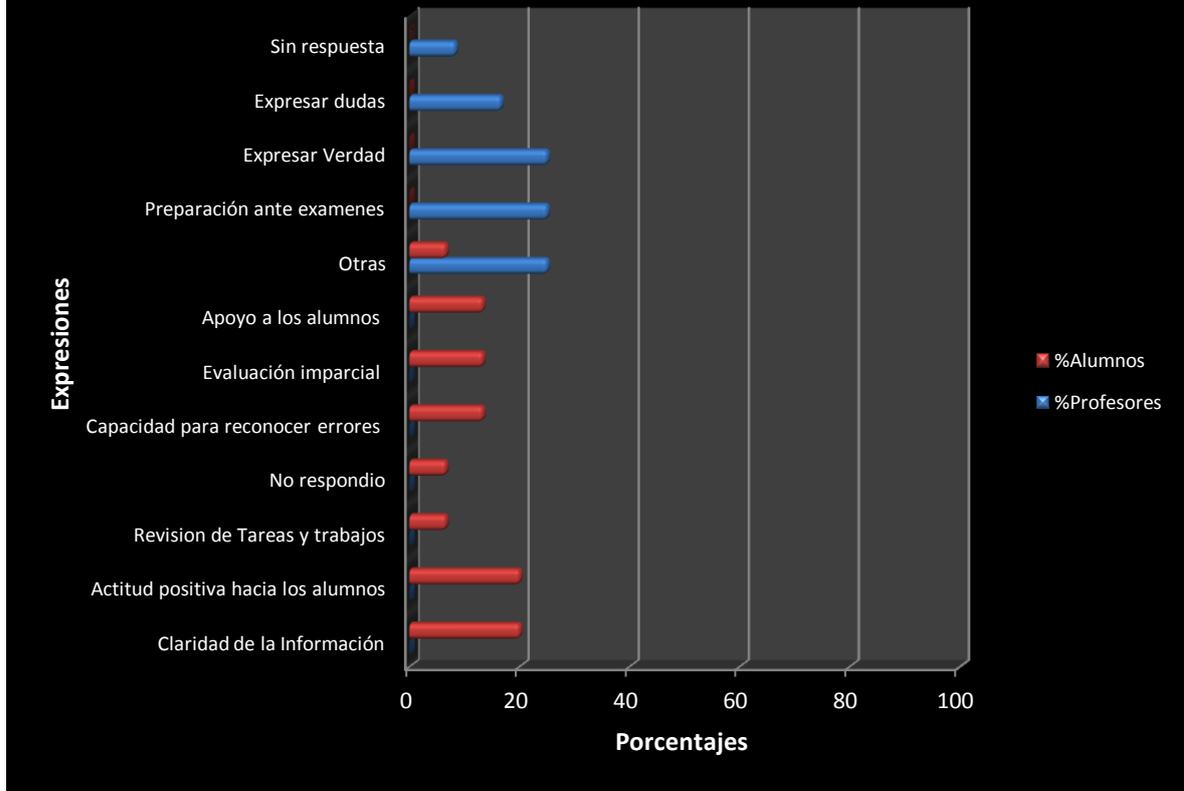


Figura 3. Expresiones a través de las cuales Notan la Honestidad Docentes y Estudiantes

Otro de los valores que destacaron fue **responsabilidad** el cual era identificado por los estudiantes en conductas como: la puntualidad, la asistencia, la preparación de la clase y en el seguimiento de reglas. En el caso de los docentes este valor era notado principalmente en el cumplimiento académico (tareas, participación, preparación de exámenes) de los alumnos (véase la Figura 4).

## Aspectos en los que Docentes y Estudiantes Notan la Responsabilidad

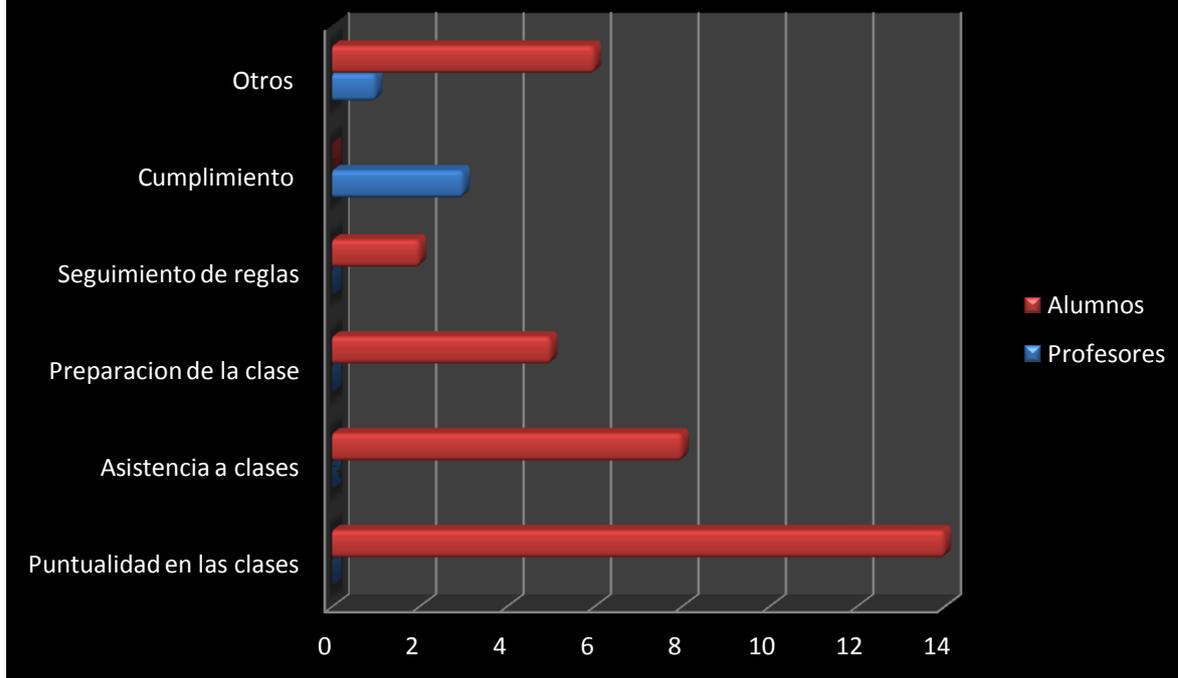


Figura 4. Expresiones a través de las cuales Notan la Responsabilidad Docentes y Estudiantes

El valor de Tolerancia lo notaron los estudiantes en una variedad de conductas del docente, que incluían la disposición para enseñar, los horarios de entrada y la capacidad de escuchar. Este valor era notado por los docentes principalmente en la actitud que los estudiantes tenían hacia sus compañeros (véase la Figura 5).

## Aspectos en los que Docentes y Estudiantes Notan la Tolerancia

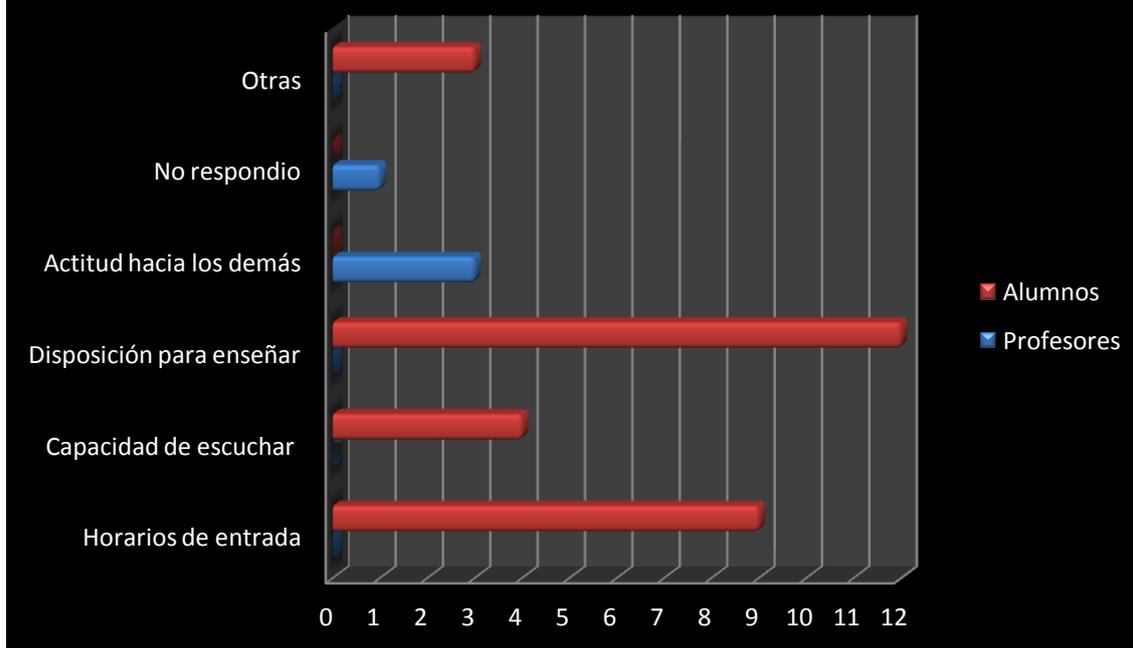


Figura 5. Expresiones a través de las cuales notan Tolerancia Docentes y Estudiantes.

Finalmente en cuanto a jerarquías tanto docentes como estudiantes asignaron al valor de **respeto** el primer lugar. El valor de **honestidad**, ocupó el primero y segundo lugar para los docentes, mientras que los estudiantes lo colocaron predominantemente en segundo lugar.

En cuanto a **responsabilidad** los estudiantes lo calificaron en el primer y segundo lugar en la misma proporción y para los profesores ocupaba el segundo lugar. Finalmente **tolerancia** los alumnos lo colocaron en el segundo, tercero y cuarto lugar en la misma proporción, cabe destacar que en el caso de los profesores la mayor jerarquía de este valor se encontró en el cuarto lugar.

Tanto docentes como estudiantes identifican valores que están presentes durante su interacción, y coinciden en señalar cuatro como los principales, respeto, responsabilidad, honestidad y tolerancia. Sin embargo en tolerancia y respeto, los comportamientos en los que los estudiantes notan este valor se refiere a la disposición para enseñar y **sólo fue descrito en conductas por los estudiantes**. En general los estudiantes notan los valores a través de una mayor variedad de comportamientos a comparación con los docentes.

## Discusión

Los valores se han propuesto como la manifestación de los más elevados intereses a los que aspira una persona para construir una vida mejor incluyendo el cuidado de la salud y para guiar su actuación. En el contexto escolar es importante retomar los valores que están presentes en docentes y estudiantes por su papel potencial en la comprensión del conflicto y el estrés social y para diseñar intervenciones hacia su solución. Por lo que el objetivo del presente trabajo fue explorar los valores que los estudiantes identifican en sus profesores a través de comportamientos específicos y los valores que los profesores identifican en el comportamiento de los estudiantes universitarios de la FCAI de la UNAM.

Los estudiantes fueron los que notaron mayor diversidad de comportamientos, sin embargo los docentes fueron quienes enlistaron mayor cantidad de valores, algunos de los cuales no eran considerados por los estudiantes, (tales como disciplina, lealtad, puntualidad, justicia, confianza, ética, amistad, libertad, orden, empatía y formalidad) lo que denota, de acuerdo a las características señaladas por Schwartz y Bilsky (1987), lo que se hace deseable o estimable para estos grupos y que coinciden dentro de los valores de benevolencia y conformidad.

Dentro de los valores que se consideraron como los más importantes por profesores y alumnos coinciden con los señalados en la literatura por diversos autores (Llanes, 2001, Berumen, 2001, Horta, 2002, Hirsch, 2002 y García, 2006) como los más importantes dentro de la educación superior o valores profesionalizantes tales como el respeto, la responsabilidad y la honestidad. Así mismo corresponderían a los contemplados por la teoría de Schwartz (1992) donde el respeto entraría dentro de los valores de tradición, mientras que la responsabilidad y la honestidad corresponderían a los valores de benevolencia, es decir, aquellos que buscan la conservación del bienestar de las personas.

De acuerdo a Molero (2001) la forma en la que se expresaban y los aspectos en los que los estudiantes y docentes los notaban cumplen con la cualidad de ser inspiradores de conductas. Las conductas en las que tanto docentes como estudiantes notan dichos valores son en el caso de honestidad; la claridad de la información, la actitud positiva hacia los alumnos, la revisión de tareas y trabajos, la capacidad para reconocer errores, la evaluación imparcial y el apoyo a los alumnos entre otras. Por su parte los profesores se enfocaron más en notar estos valores en cuestiones de cumplimiento como serían la preparación de los exámenes y el decir la verdad y las dudas. De acuerdo con la teoría de Schwartz (1992) corresponderían a los valores de conformidad, buscando la restricción de las acciones que rompen con las expectativas o normas sociales.

En cuanto a respeto (en donde tanto estudiantes como docentes denotan la conducta en clase respecto a la forma de expresarse y de comunicarse) los estudiantes destacan la tolerancia hacia formas diferentes de pensar, aspecto que no fue mencionado por los profesores. Para los profesores la *responsabilidad*, lo referido a aspectos como el seguimiento de reglas y el cumplimiento, corresponderían con la parte de que la persona pueda controlar su comportamiento. Esta diferencia en expectativas resulta especialmente importante para la comprensión de estresores posiblemente relacionados con lo que parece irrespetuoso tanto a docentes como a estudiantes.

Retomando a Castell (1992) las expresiones señaladas por los estudiantes respecto a los valores que notaban en los docentes coinciden con los valores instrumentales, específicamente profesionales, ya que la mayoría de ellos hacen referencia a cómo el docente desempeña su labor de enseñanza (por ejemplo el cómo preparaban la clase, la claridad de la información, la justicia en la forma de evaluar, etc.).

Es notorio que la parte personal de cada uno de los actores entra en juego en el proceso de enseñanza-aprendizaje e incluso puede ser el mediador en la relación e interacción que se da entre los estudiantes y los docentes como lo señalan diversos autores (Rodríguez, 2005; Camargo, 2003; Ros y Goulveidia, 2001) respecto a que dentro del aula, no solo se da la trasmisión de conocimiento sino que hay una influencia mutuas.

Como ha propuesto Camargo (2003) los estudiantes parecen aprender no sólo de lo que el profesor dice, sino también a través de lo que muestra, y que esto se refleja a través de las acciones y las conductas con las que expresan sus valores. En sentido psicológico muchas de las conductas señaladas por los alumnos en sus profesores tenían que ver con cómo se dirigían al grupo, la actitud hacia el grupo, las reglas que ponía, la disposición para enseñar, etc. En el caso de los profesores hacían énfasis en ciertas acciones de los alumnos tales como el seguimiento de reglas, el cumplimiento de tareas, el cómo se comunicaban con sus compañeros, etc., y a su vez estas conductas y acciones parecían determinantes de ciertas actitudes tanto en los estudiantes como en los docentes como han propuesto Brinkmann y Bizama (2000).

En conclusión, en la interacción que se da en el aula dentro del proceso de enseñanza aprendizaje no sólo se da la trasmisión de conocimientos desde un aspecto técnico o pedagógico, sino que también entran en juego variables personales y características propias de los docentes y de los estudiantes, siendo una de ellas, los valores. El modelamiento que hacen los profesores puede ser uno de los aspectos claves sobre cómo se da dicha interacción en el aula cómo

sería el desempeño docente o la disposición que puedan mostrar los alumnos; e incluso con aspectos que van más allá de los relacionados con una materia. Se incluyen acciones encaminadas al autoconcepto, a las expectativas de su acción y lo que pueden esperar, y al cuidado de la salud y a la disminución y manejo de situaciones estresantes a las que ambos están expuestos (Ying y Liese, 1990, en Yu-Hsin y Wei, 2014; Pérez, 1998; García, Pérez-González, Pérez-Blasco y Natividad, 2011).

Es probable que esta identificación de valores se derive de la percepción que la persona tiene ya que aunque se hace mención del mismo valor difieren algunas de las expresiones en las que eran notados (Johnson, 1993; Pérez, 1998). Si los profesores no cumplen con las expectativas de los alumnos, y estos a su vez, tienen una gama limitada de comportamientos que ajusten sus valores con lo que esperan de los alumnos, adquieren sentido los conflictos y los estilos altamente estresantes, en lo que pueden adquirirse o exacerbarse problemas de rigidez y malestar emocional identificados en este tipo de actividades profesionales, y al parecer establecidas y consolidadas desde las aulas.

Es de esperarse que la consolidación de valores requiera de compromiso y de la participación conjunta de autoridades educativas y comunidad escolar, para que cada uno desde sus respectivos ámbitos implemente y dé continuidad a las acciones y estrategias necesarias para el fomento de los mismos. Sin embargo es necesario seguir realizando estudios respecto a qué tanto este aspecto tiene peso en la satisfacción del docente dentro de su profesión, hasta donde influye en la percepción de su desempeño y en qué tanto los valores que los alumnos notan en los profesores coinciden con los valores que ellos perciben en sí mismos. También es importante explorar cómo estos valores podrían tener un impacto sobre su salud mental o predisponer a otros problemas tales como el estrés, la rigidez, intolerancia a la frustración, agotamiento laboral, enojo, etc. En este contexto se buscaría que las universidades diseñen e implementen estrategias para intervenir e impactar preventivamente en la salud.

Dentro de las limitaciones de este trabajo se encuentran el que los resultados no se pueden generalizar al resto de la población y que no se pudo explorar de manera directa el estrés que pudiera estar presente en docentes y estudiantes. Por lo que se sugiere realizar estudios en dónde se investigue la relación entre los valores y estrés, así como el impacto de éstos en el rendimiento tanto de estudiantes como de docentes; además sería importante realizar estudios que incluyan intervenciones enfocadas al cuidado de la salud considerando estos elementos.

# ANEXOS



## ANEXO 1

### Anexo 1. INSTRUMENTOS

#### CUESTIONARIO DE CRISIS

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Usted ha experimentado de manera reciente un incidente de un alto nivel de estrés. Este cuestionario le proporciona a su orientador una valiosa información respecto a lo que sucedió y al efecto que tuvo sobre varios aspectos de su vida. Por favor, llene este formulario de manera tan completa como le sea posible. Si usted tiene alguna pregunta siéntase en la libertad de pedirle a su orientador una aclaración.

Sus respuestas se preservarán como confidenciales y solamente tendrá acceso a ellas su orientador.

El primer conjunto de preguntas se refiere al incidente que provocó que usted buscara orientación. Por favor, describa de manera breve lo que aconteció:

---

---

---

¿Estuvieron implicadas otras personas?

No ( )	Si ( )
--------	--------

¿Cuándo sucedió el incidente?

---

---

¿Cuándo recibió el diagnóstico de su hijo(a)?

---

---

Desde que ocurrió la enfermedad he advertido cambios en:

( )	<b>Mis hábitos de sueño</b>				
( )	Duermo más	( )	Duermo menos		
( )	<b>Mis hábitos de alimentación</b>				
( )	Como más	( )	Como menos	( )	Cambié mi dieta
( )	<b>Mi hábito de fumar</b>				
	Fumo más		Fumo menos		
( )	<b>Mi consumo de alcohol</b>				
	Bebo más		Bebo menos		
( )	<b>Mi utilización de drogas y medicinas</b>				
	Consumo más		Consumo menos		
	<b>Mis hábitos de trabajo</b>				
	Trabajo más		Trabajo menos		
( )	<b>Mis actividades de tiempo libre</b>				

	Empleo más tiempo en la diversión		Empleo menos tiempo en la diversión
<input type="checkbox"/>	<b>Mi rutina de ejercicio</b>		
<input type="checkbox"/>	Hago más ejercicio	<input type="checkbox"/>	Hago menos ejercicio

Por favor, verifique lo siguiente con respecto al comportamiento de usted antes de que se presentara la enfermedad de su hijo(a).

No	Sí	Estaba satisfecho con:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mis hábitos de trabajo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mis hábitos de alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mis hábitos de ejercicio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mis actividades en el tiempo para la recreación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mis hábitos de sueño
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi consumo de alcohol/drogas

Al tomar todo en consideración, antes de que sucediera el incidente de crisis, por encima de todo, yo estaba:

<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho con mi vida
<input type="checkbox"/>	Moderadamente satisfecho con mi vida
<input type="checkbox"/>	Completamente satisfecho con mi vida
<input type="checkbox"/>	Un poco satisfecho con mi vida
<input type="checkbox"/>	Insatisfecho con mi vida

2. Por favor haga una lista de sus tres actividades favoritas durante el año anterior.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

3. Comparado con el del año anterior, el tiempo que ahora emplea para otras actividades es:

<input type="checkbox"/> mucho menor	<input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> el mismo	<input type="checkbox"/> mayor	<input type="checkbox"/> mucho mayor
--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Actividad 1	
Actividad 2	
Actividad 3	

Los siguientes incisos le dan a su orientador una comprensión de los sentimientos que son más característicos de usted en este periodo de su vida.

1. Repase la lista de sentimientos y verifique aquellos que describen el cómo se ha estado sintiendo últimamente.

Repase la lista de sentimientos y verifique aquellos que describen el cómo se ha estado sintiendo últimamente.

<input type="checkbox"/> excitado	<input type="checkbox"/> Abrumado	<input type="checkbox"/> Energético
<input type="checkbox"/> enojado	<input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Culpable
<input type="checkbox"/> solo	<input type="checkbox"/> Jovial	<input type="checkbox"/> Contento
<input type="checkbox"/> feliz	<input type="checkbox"/> Optimista	<input type="checkbox"/> Cómodo
<input type="checkbox"/> triste	<input type="checkbox"/> Intranquilo	<input type="checkbox"/> Aburrido
<input type="checkbox"/> "aturdido"	<input type="checkbox"/> Temeroso	<input type="checkbox"/> Exhausto
<input type="checkbox"/> relajado	<input type="checkbox"/> Receloso	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> satisfecho		

Repase la lista de sentimientos una vez más y seleccione los cinco que fueron característicos en usted antes de la enfermedad de su hijo (a):

1.	4.
2.	5.
3.	

2. Haga una lista de más de tres sentimientos que usted desea experimentar con **menos frecuencia**:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Haga una lista de más de tres sentimientos que usted desea experimentar con **más frecuencia**:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Por favor complete las siguientes oraciones:

Siento que estoy en mejor condición cuando. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me siento de lo peor cuando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas conciernen a su bienestar corporal.

Desde el incidente de crisis, yo he tenido:

<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso
<input type="checkbox"/> Taquicardias	<input type="checkbox"/> Complicaciones intestinales
<input type="checkbox"/> Dolores estomacales	<input type="checkbox"/> Menstruación dolorosa
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Ataques de mareo
<input type="checkbox"/> Disminución en el interés por el sexo	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta/baja	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Disminución de la energía
<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Otros

Por favor repase la lista de nuevo y encierre en un círculo aquellos problemas que le han inquietado en algún momento anterior de su vida; esto es, antes de su crisis actual ¿Está usted sometido actualmente a un tratamiento médico como resultado de la situación que esta viviendo en este momento?

No

Sí. Nombre del médico: \_\_\_\_\_

¿Consumo algún medicamento para alguno de sus problemas actuales de salud?

No

Sí. Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Por favor evalúe qué tan tenso se siente en el aspecto físico actualmente.

Cómodamente relajado	1	2	3	4	5	6	7	Extremadamente tenso
	<input type="checkbox"/>							

¿Qué parte de su cuerpo se siente más tensa? \_\_\_\_\_

¿Se siente usted cerca de su familia?

<input type="checkbox"/> Si muy cerca	<input type="checkbox"/> Moderadamente cerca	<input type="checkbox"/> Neutral
	<input type="checkbox"/> Distante	<input type="checkbox"/> Muy distante

Haga una lista de sus mejores amigos, y utilice sus nombres de pila:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

¿Quién es actualmente la persona más importante en su vida?

¿Es usted miembro de algún club social, grupo, etc.?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí. Especifique: _____

¿Es usted miembro de una iglesia, sinagoga u otra organización religiosa?

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Sí. Especifique: _____

Actividades en las que participo el mes pasado: \_\_\_\_\_

Cuando usted necesita ayuda o cuando quiere hablar con alguien ¿se pone en contacto con otras personas?

( ) No, no me gusta pedir ayuda.

( ) Si, me pongo en contacto con: 1. \_\_\_\_\_ y/o  
2. \_\_\_\_\_ y/o  
3. \_\_\_\_\_ y/o  
4. \_\_\_\_\_.

Verifique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted:

Falso	Verdadero	
		La enfermedad de mi hijo(a) me impide alcanzar una meta muy importante. (especifique)
		Pienso en este incidente una y otra vez.
		De algún modo me siento responsable por lo que ha sucedido (especifique)
		Sufro de pensadillas con respecto a la enfermedad de mi hijo(a)

Cuando me imagino a mi mismo en este mismo momento: \_\_\_\_\_

Cuando pienso ahora en lo que sucedió, me doy cuenta de que yo debería: \_\_\_\_\_

Ahora que esto (la enfermedad de mi hijo) haya pasado yo: \_\_\_\_\_

Yo tomo en consideración la posibilidad de quitarme la vida

( ) nunca	( ) algunas veces	( ) con mucha frecuencia
-----------	-------------------	--------------------------

Me siento con ganas de hacer daño a alguien

( ) nunca	( ) algunas veces	( ) con mucha frecuencia
-----------	-------------------	--------------------------

Por favor, descríbase brevemente a si mismo:

Al tomar todo en cuenta, actualmente yo estoy:

( ) Muy satisfecho con mi vida
( ) Moderadamente satisfecho con mi vida
( ) Justificadamente satisfecho con mi vida
( ) Un poco satisfecho con mi vida
( ) Insatisfecho con mi vida

Mis mejores características son: \_\_\_\_\_

Espero que la orientación pueda ayudarme para: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO 2: SCL-90-R**

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

<b>Nombre:</b> _____	<b>Edad:</b> _____
<b>Genero</b>	<b>Estado civil</b>
Mas ( ) Fem ( )	( ) Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo
<b>Escolaridad</b>	
<b>Ocupación</b>	
<b>Lugar de nacimiento</b>	
<b>Lugar de residencia</b>	

A continuación le presentamos una lista de problemas que presentan las personas.

Lea cada enunciado y marque su respuesta con una cruz en el círculo que mejor describe su situación, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) opciones de respuesta. En donde entre más grande sea el círculo significa que esa opción e ajusta mucho a su situación y en donde entre más pequeño significa que no representa nada su situación. Por ejemplo:

Afirmaciones	Mucho				Nada
1. El frío me molesta					

En este ejemplo de acuerdo a la respuesta elegida significa que el frío le molesta en un nivel cercano a mucho.

Afirmaciones	Mucho				Nada
1. El frío me molesta					

En este ejemplo significa que el frío le molesta en un nivel cercano a nada. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Afirmaciones	Mucho				Nada
1. Dolores de cabeza.	<input type="radio"/>				
2. Nerviosismo.	<input type="radio"/>				
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.	<input type="radio"/>				
4. Sensación de mareo o desmayo.	<input type="radio"/>				
5. Falta de interés en relaciones sexuales.	<input type="radio"/>				
6. Criticar a los demás.	<input type="radio"/>				
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.	<input type="radio"/>				
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.	<input type="radio"/>				
9. Tener dificultad para memorizar cosas.	<input type="radio"/>				
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.	<input type="radio"/>				
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.	<input type="radio"/>				
12. Dolores en el pecho.	<input type="radio"/>				
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.	<input type="radio"/>				
14. Sentirme con muy pocas energías.	<input type="radio"/>				
15. Pensar en quitarme la vida.	<input type="radio"/>				
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.	<input type="radio"/>				
17. Temblores en mi cuerpo.	<input type="radio"/>				
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.	<input type="radio"/>				
19. No tener ganas de comer.	<input type="radio"/>				
20. Llorar por cualquier cosa.	<input type="radio"/>				

Afirmaciones	Mucho				Nada
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.	<input type="radio"/>				
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.	<input type="radio"/>				
23. Asustarme de repente sin razón alguna.	<input type="radio"/>				
24. Explotar y no poder controlarme.	<input type="radio"/>				
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.	<input type="radio"/>				
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.	<input type="radio"/>				
27. Dolores en la espalda.	<input type="radio"/>				
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.	<input type="radio"/>				
29. Sentirme solo/a.	<input type="radio"/>				
30. Sentirme triste.	<input type="radio"/>				
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.	<input type="radio"/>				
32. No tener interés por nada.	<input type="radio"/>				
33. Tener miedos.	<input type="radio"/>				
34. Sentirme herido en mis sentimientos.	<input type="radio"/>				
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.	<input type="radio"/>				
36. Sentir que no me comprenden.	<input type="radio"/>				
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les agrado.	<input type="radio"/>				
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.	<input type="radio"/>				

Afirmaciones	Mucho				Nada
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.	<input type="radio"/>				
40. Náuseas o dolor de estómago.	<input type="radio"/>				
41. Sentirme inferior a los demás.	<input type="radio"/>				
42. Calambres en manos, brazos o piernas.	<input type="radio"/>				
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.	<input type="radio"/>				
44. Tener problemas para dormirme.	<input type="radio"/>				
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.	<input type="radio"/>				
46. Tener dificultades para tomar decisiones.	<input type="radio"/>				
47. Tener miedo de viajar en tren, autobús o subterráneos.	<input type="radio"/>				
48. Tener dificultades para respirar bien.	<input type="radio"/>				
49. Ataques de frío o de calor.	<input type="radio"/>				
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.	<input type="radio"/>				
51. Sentir que mi mente queda en blanco.	<input type="radio"/>				
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.	<input type="radio"/>				
53. Tener un nudo en la garganta.	<input type="radio"/>				
54. Perder las esperanzas en el futuro.	<input type="radio"/>				
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.	<input type="radio"/>				
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.	<input type="radio"/>				

Afirmaciones	Mucho				Nada
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.	<input type="radio"/>				
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados.	<input type="radio"/>				
59. Pensar que me estoy por morir.	<input type="radio"/>				
60. Comer demasiado.	<input type="radio"/>				
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.	<input type="radio"/>				
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.	<input type="radio"/>				
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.	<input type="radio"/>				
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.	<input type="radio"/>				
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.	<input type="radio"/>				
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.	<input type="radio"/>				
67. Necesitar romper o destrozar cosas.	<input type="radio"/>				
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.	<input type="radio"/>				
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.	<input type="radio"/>				
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.	<input type="radio"/>				
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.	<input type="radio"/>				
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.	<input type="radio"/>				
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.	<input type="radio"/>				

Afirmaciones	Mucho				Nada
74. Meterme muy seguido en discusiones.	<input type="radio"/>				
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.	<input type="radio"/>				
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.	<input type="radio"/>				
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.	<input type="radio"/>				
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.	<input type="radio"/>				
79. Sentirme un/a inútil.	<input type="radio"/>				
80. Sentir que algo malo me va a pasar.	<input type="radio"/>				
81. Gritar o tirar cosas.	<input type="radio"/>				
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.	<input type="radio"/>				
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.	<input type="radio"/>				
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.	<input type="radio"/>				
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.	<input type="radio"/>				
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.	<input type="radio"/>				
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.	<input type="radio"/>				
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.	<input type="radio"/>				
89. Sentirme culpable.	<input type="radio"/>				
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.	<input type="radio"/>				

### **Anexo 3: SUPERVIVENCIA FISICA**

La primera tarea par la resolución de la crisis es, para los pacientes, que permanezcan vivos y tan bien en el aspecto físico como sea posible, durante el periodo de tensión extrema y desorganización personal.

El paciente necesita regular sus patrones de dieta, ejercicio, descanso/sueño, a fin de trabajar en las áreas de la resolución de la crisis. La mayoría de los pacientes en crisis experimentan una desorganización en el sueño, comida y exacerbación de los hábitos de alimentación deficientes, así como la falta de ejercicio físico, pueden agravar sus dificultades.

La recomendación del terapeuta para cambiar la dieta, las actividades de ejercicio, o facilitar la adquisición de hábitos saludables puede marcar el comienzo del cuidado diario del cuerpo, que durara para toda la vida. Por eso los pacientes pueden necesitar que se les enseñen el principio de la relajación muscular progresiva, como un medio para salir adelante con la tensión física y mental que acompaña a una crisis.

### **TÉCNICA DE INTERVENCIÓN**

#### **Procedimientos de relajación.**

El primer paso para que logres relajarte es estar en una posición cómoda, aquí se te sugiere una, pero poco a poco tú encontrarás tu estilo propio. La posición por supuesto variará de acuerdo a las circunstancias por las que estés pasando, o bien por el objetivo que estés persiguiendo, de cualquier forma recuerda que puedes probar muchas, hasta que encuentres cuál es la tuya.

#### **LA POSICIÓN DE RELAJACIÓN.**

Siéntate en una silla baja de tal forma que tus pies toquen el piso, debes estar erguido, (espalda derecha) con la cabeza alta (mirada horizontal) y las manos sobre tus rodillas. Esta es la POSICIÓN DE RELAJACIÓN.

## **1. APRENDIENDO A RESPIRAR (RELAJACIÓN SIN TENSION)**

Una de las partes más importantes del programa, son los ejercicios de respiración. La respiración que debes empezar a practicar es como sigue:

- a) Con la boca cerrada vas a inhalar tranquilamente todo el aire que puedas, este aire lo vas a llevar hasta tu abdomen. Tienes que imaginar que estas inflando un globo, ya que tu “pancita” se expandirá como tal.
- b) Mentalmente tienes que contar despacio 1, 2, 3 sosteniendo el aire... y dejarlo salir mientras cuentas 4, 5, 6. Para entonces tu Globo debe estar vacío y listo para ser inflado nuevamente.
- c) Esta respiración la debes repetir por lo menos 3 veces. Diciendo INHALA y EXHALA
- d) La manera más simple de saber si estas inhalando bien es poniendo tus manos a la altura del ombligo para que sientas como se expande tu abdomen.
- e) Una manera de comprobar que estas exhalando bien es ponerte la mano frente a la boca, para que sientas la suavidad con la que sale el aire.
- f) Cuando ya seas un experto, te recomiendo que en lugar de contar al exhalar cuatro, cinco, seis, pienses RE-LA-JA-TE \_\_\_\_\_(Y TU NOMBRE).

## **2. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA (GRUESA)**

Esta técnica de relajación fue desarrollada por Jacobson (1974, citado por Slaikeu, 2000) e implica el entrenamiento en el contraste de tensión- relajación. Se instruye al paciente para que alterne el tensar y liberar cada zona muscular importante: manos, brazos, pecho, hombros, la parte superior de la espalda, la parte inferior de la espalda, abdomen, trasero, muslos, músculos de la pantorrilla, pies, nuca, garganta, mandíbulas, ojos y frente. La relajación total usualmente se realiza sentándose en una silla reclinable e incluyendo todas las zonas musculares en una sesión de entrenamiento.

Este Tipo de relajación consiste en TENSAR o hacer fuerza (sentirlas muy duras) en diferentes partes del cuerpo para después RELAJAR las mismas, (es decir sentirlas flojitas) y lograr así sentirte más cómodo. Vamos a dividir imaginariamente a tu cuerpo en 4 partes mismas que tendrás que aprender a TENSAR y RELAJAR.

- e) Los Pies y piernas
- f) El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda)
- g) Manos y brazos
- h) Cuello y cara.

### **“TENSA LAS PIERNAS”**

#### ***a) Pies y piernas.***

Empezaremos con los pies, tienes que sentir tus dedos, ¿cómo los sientes? ¿Calientes?, ¿Fríos? ¿Adormecidos? Muévelos un poco..... Y tus pies ¿cómo están?, ¿Calientes?, ¿Fríos? ¿Adormecidos?, Haz un recorrido por tu planta, ¿sientes su calor? ¿Cosquillas?..... Llega hasta el talón ¿cómo lo sientes?

El primer ejercicio consiste en encoger los dedos como si quisieras tomar algo con ellos, ejerce toda la fuerza que puedas mantenlo 1, 2, 3, 4, 5, regresa a la posición normal (Repetir 5 veces).

Ahora, es al revés, tienes que elevarlos, como si quisieras alcanzar el techo 1, 2, 3, 4, 5, regresa a la posición normal (Repetir 5 veces).

Ahora vas a levantar la pierna izquierda con la punta hacia arriba y con tu mano, vas a tocar el muslo y la pierna para que sientas lo dura que está, en dado caso que la sientas “flojita” ténsala mucho más, en esta posición eleva los dedos de los pies.

Repítelo solo que ahora sin tocarte, sólo siente la tensión cuenta 1, 2, 3, 4, 5, y baja (relaja) lentamente la pierna. (Repetir 5 veces).

Ahora vas a levantar la pierna derecha con la punta hacia arriba y con tu mano, vas a tocar el muslo y la pierna para que sientas lo dura que esta, en dado caso que la sientas “flojita” ténsala mucho más, en esta posición eleva los dedos de los pies.

Repítelo solo que ahora sin tocarte, sólo siente la tensión cuenta 1, 2, 3, 4, 5, y baja (relaja) lentamente la pierna (Repetir 5 veces).

Una vez que hayas realizado las 5 repeticiones coloca tus manos en los costados de tus piernas y balancéalas a ambos lados tocando suavemente rodilla con rodilla. SIENTE LA DIFERENCIA ENTRE RELAJADO Y TENSO. CUANDO ESCUCHES LA FRASE “TENSA LAS PIERNAS” DEBERAS HACER TODO LO QUE ACABAS DE APRENDER

### **“TENSA EL TRONCO”**

#### ***b) El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda)***

Es el turno del tronco, llamaremos tronco a las siguientes partes de tu cuerpo el abdomen (tu pancita), a los glúteos (o sea tus pompis o sentaderas) a tu pecho y a tu espalda.

Vamos a tocar suavemente cada una de estas partes empezando por tu pecho, imagina que estas tocando un piano en esta parte de tu cuerpo, como lo sientes ¿musculoso? ¿Flaquito?, Ahora vamos a “tocar piano” en tu abdomen ¿cómo lo sientes? ¿Muy grande? ¿Te da cosquillas? ¿Ya encontraste tu ombligo?, Bien ahora toca tu espalda recórrela de arriba abajo ¿te da cosquillas? ¿Sientes todas tus costillas?, ahora siente tus glúteos, puedes balancearte en la silla para que los sientas o tocarlos directamente inclinándote un poco al frente, ¿cómo los sientes? ¿Entumidos? ¿Cansados?.

Toma un poco de aire por tu nariz y llévalo a tu abdomen y pecho poniéndolos lo más duro que puedas sostenlo 1, 2, 3, 4, 5. suéltalo suavemente (repítelo 2 veces).

Ahora siéntate erguido, con la cabeza muy derecha y tensa lo más posible toda tu espalda sostenla así 1, 2, 3, 4, 5, relájate repítelo 2 veces.

Vamos con tus glúteos, apriétalos lo más posible, (se tiene que notar como al apretarlos se mueve hacia arriba todo tu tronco) mantenlo así 1, 2, 3, 4, 5, relájate y repítelo 2 veces más.

AHORA CUANDO ESCUCHES "TENSA EL TRONCO" TENDRÁS QUE TENSAR TODAS LAS PARTES QUE HEMOS REVISADO ARRIBA (hacerlo 5 veces más).

## "TENSA LOS BRAZOS"

### *c) Manos y Brazos.*

Ahora vamos con tus manos y brazos

Empezaremos con las manos, tienes que sentir cada uno de tus dedos, ¿cómo están? ¿Calientes?, ¿fríos? ¿Adormecidos? Muévelos un poco. Abre y cierra tu mano, sin dejar de mover tus dedos, ahora toca cada uno de ellos, primero una mano ¿cómo están? ¿Arrugados? ¿Suaves? ¿Calientitos?, luego la otra, date tiempo de conocer y saludar a cada uno de tus dedos.

Ahora vamos con los brazos, estira tu brazo izquierdo y levántalo a la altura del hombro, empieza tocando tu bíceps (tu conejo), toca suavemente toda esa zona ¿cómo esta? ¿Muy grande? ¿Adormecida? ; Ahora lleva tu mano hasta el codo, siéntelo, saludalo ¿esta duro? ¿Adolorido?, sigue bajando lentamente hasta llegar a tu muñeca ¿cómo sientes esa parte de tu brazo? ¿Calientito? ¿Entumido? ¿Frío?

Continúa con tu brazo derecho, estíralo y levántalo a la altura del hombro, empieza tocando tu bíceps (tu conejo), toca suavemente toda esa zona ¿cómo esta? ¿Muy grande? ¿Adormecida?; ahora lleva tu mano hasta el codo, siéntelo, saludalo ¿esta duro? ¿Adolorido?, sigue bajando lentamente hasta llegar a tu muñeca ¿cómo sientes esa parte de tu brazo? ¿Calientito? ¿Entumido? ¿Frío?

Lo primero que tenemos que hacer es cerrar muy fuerte ambas manos, contaremos 1, 2, 3, 4, 5 y las abriremos lentamente, observa como gradualmente las palmas se vuelven rojas otra vez (repetir 3).

Ahora al mismo tiempo que cerramos (tensamos) las manos vamos a estirar ambos brazos hacia delante a la altura de los hombros y vamos a ponerlos tan duros como podamos, cuenta 1, 2, 3, 4, 5, aflójalos (relájalos) mientras los pones sobre tus piernas (repetir 5 veces)

CUANDO ESCUCHES LA FRASE “TENSA LOS BRAZOS” DEBERAS HACER TODO LO QUE ACABAS DE APRENDER

### **“TENSAR CUELLO Y CARA”**

#### ***d) Cuello y cara.***

Ahora vamos a empezar a tensar y relajar el cuello y la cara, uesto será divertido! ya que veremos cómo haciendo gestos muy pronunciados, exagerados y marcados lo lograremos.

Empezaremos con la frente, sube ambas cejas lo más que puedas 1, 2, 3, y bájalas, (toca con tu mano todas las arrugas que se te forman), (repítelo 5 veces)

Ahora encoge las cejas (llamaremos cara de enojado), estas muy enojado, cuenta 1, 2, 3, regrésalas a su posición normal (repítelo 5 veces)

Ahora cierra los ojos y apriétalos también muy fuerte, imagínate que alguien te los quiere abrir y tu no se lo vas a permitir, 1, 2, 3, regresa a la posición normal (repítelo 5 veces)

Es el turno de tu nariz, arrúgala lo más que puedas, imagina que quieres oler algo que te pusieron en la frente, 1, 2, 3, regresa a la posición normal (repítelo 5 veces)

Es el turno de la boca, trabajaremos dos cosas con ella, primero, una sonrisa exageradamente alegre, sube lo más que puedas las comisuras de los labios, 1, 2, 3, bájalas (repítelo 5 veces). Segundo, ahora Vamos a hacer una cara muy triste, bajando lo más posible las comisuras de los labios 1, 2, 3, súbelas (repítelo 5 veces)

Ahora seguiremos con el cuello, hay que ponerlo muy derecho, y con la mirada al frente con tu mano izquierda girar tu cabeza hacia la derecha, ahora haciendo fuerza con la mano no dejes que tu cabeza regrese al lugar original siente con la mano derecha como se siente tenso tu cuello, repite el ejercicio pero ahora sin detenerte la cabeza

con la mano, 1, 2, 3, regresa a la posición normal ahora con la otra mano, 1, 2, 3, regresa a la posición original, repite el ejercicio 5 veces para cada lado. CUANDO ESCUCHES LA FRASE “TENSA CUELLO Y CARA” DEBERAS HACER TODO LO QUE ACABAS DE APRENDER

#### **Anexo 4: Dominio Cognitivo**

La perspectiva cognitiva provee en el camino más claro para la comprensión de porqué un incidente conduce a la crisis, de qué debe hacerse con el fin de que al paciente se movilice a través y más allá de la experiencia, para manejar el futuro.

El terapeuta le pide al paciente que relate la historia de lo que pasó, qué condujo a la crisis, quién estuvo o está implicado, el resultado, mientras pone atención en los vacíos de la información, posibles omisiones o distorsiones.

El terapeuta al ayudar al paciente a recopilar información a repasar las circunstancias del incidente de crisis, los mismo que al revisar los sucesos anteriores y posteriores a aquél, como medios para establecer un fundamento para la interpretación de lo que el incidente significa para el paciente.

Muchas de las cuestiones que el paciente necesita examinar son dolorosas; la ira, la culpa y una variedad completa de sufrimientos emocionales surgen en tanto el paciente repasa los acontecimientos.

El dolor puede ser tan fuerte para algunos pacientes que evitan examinar las realidades del incidente de crisis.

Al forzar a un paciente a reflexionar sobre las realidades del incidente, esta actividad opera como un importante paso hacia la comprensión y en desmitificación del mismo

El paciente debe comprender el significado que el incidente tiene para él, cómo éste entra en conflicto con las expectativas y mapas

cognitivos, metas vitales sueños y creencias religiosas, las mejores fuentes de información son las propias palabras del paciente.

El terapeuta deberá escuchar los pensamientos clave, las creencias e interpretaciones de acontecimientos que conduce a que los mismos se experimenten como crisis.

Los conceptos erróneos o las creencias irracionales. El terapeuta deberá de evitar sobresaltar al paciente de manera prematura con su propia visión en los mecanismos cognitivos implicados en la crisis. Las preguntas del terapeuta cambian del cómo te sientes acerca de esas cuestiones al qué piensa acerca de esas cuestiones.

Después de advertir asuntos inconclusos, expectativas que se han derrumbado, creencias que discrepan con la información sobre la crisis, o mapas cognitivos que son demasiado limitados como para considerarse, el terapeuta utilizara su habilidad clínica para referir esta información de vuelta al paciente. Estas interpretaciones tendrán una mejor oportunidad de aceptación por parte del paciente cuando es éste quien las “descubre”.

Cualquier interpretación deberá estar basada en la información que tanto el terapeuta como el paciente han generado y repasado juntos.

El objetivo para el paciente es obtener algún insight acerca del porqué el incidente se experimenta como una crisis.

Si estas cogniciones son realistas, racionales y conductivas hacia el crecimiento y adaptación futuros. Identificar sus cogniciones más relevantes y estimar si es suficiente. Es importante especialmente con los niños prestar atención a sus pensamientos, interpretaciones, son precisos para nuestro mejor conocimiento. En tanto que con los adultos el proceso de reestructuración cognitiva.

Esta actividad implica reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones, imágenes y sueños que se han destruido por un incidente de crisis.

El objetivo de asistir al paciente en el desarrollo de nuevas cogniciones, quizás al enmendar una filosofía global sobre la vida y definir nuevas metas y sueños que en ambos casos se ajustan a la información disponible y equipan al paciente para enfrentar el futuro.

En añadidura a las actividades dentro de las sesiones, tales como la reestructuración cognitiva, los terapeutas pueden hacer uso de recursos externos, como la lectura exterior y la referencia a otros que los mismos han experimentado en una crisis similar.

### **Reestructuración Cognitiva**

Se dirige a la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del paciente. Desarrollada a partir de la terapia racional emotiva de Ellis (1974, citado por Slaikeu, 2000), la meta es ayudar a los pacientes a desarrollar la capacidad para evaluar los incidentes potencialmente trastornantes de una manera más realista. Existen diferentes enfoques para la reestructuración cognitiva.

Goldfried y Goldfried (1980, citado por Slaikeu, 2000) utilizan un procedimiento de cuatro pasos:

1. El paciente aprende a percatarse de que las cogniciones intervienen en la excitación emocional.
2. Se enseña al paciente a reconocerla irracionalidad de determinadas creencias.
3. Se ayuda al paciente a ver cómo estas cogniciones no realistas intervienen en las emociones desadaptativas.
4. El cliente consciente y deliberadamente, se ocupa de hacer algo de manera diferente cuando se siente alterado. La respuesta emocional se toma como una señal para detener la acción y reevaluar la situación. La intención es, en cuanto a una evaluación más realista, conducir a respuestas emocionales y conductuales más adaptativas.

## **Anexo 5: Adaptaciones conductuales/interpersonales**

El cambio conductual es la “línea base”, la acción oportuna y constructiva puede hacer que una persona se sienta mejor y también mejorar la autoimagen y el sentido de dominio. El incrementar de modo sistemático los niveles de actividad puede servir para combatir la depresión.

Las dimensiones conductuales son tres e incluyen: a) mantener contacto con otros; b) dar pasos para ayudar a otros que estén en problemas, y c) retener algún nivel de control sobre la vida diaria. Mantener la confianza en la fortaleza interna de uno mismo.

Una comparación del funcionamiento de crisis en las modalidades conductual e interpersonal con el funcionamiento previo a la crisis servirán de guía para identificar las actividades específicas del paciente, tanto como nuevos territorios por explorar.

El paciente en crisis puede esperar estar preocupado tremendamente con algunos cambios conductuales e interpersonales y olvidadizo respecto a muchos otros. La principal consideración debería ser ayudar al paciente a tratar primero con los pasos conductuales que, si se descuida, reducirán más tarde las opciones, de manera grave.

### **Asertividad**

Alberti y Emos (1970, citado en Slaikeu, 2000) definen el comportamiento asertivo como “aquel que capacita a una persona a actuar a favor de su mejor beneficio, apoyarse a sí mismo, sin sentir ansiedad indebida, expresar sus sinceros sentimientos de manera tranquila o ejercer sus derechos sin negar los derechos de los demás”· los paquetes de tratamiento usualmente incluyen entrenamiento de habilidades, despliegue de la ansiedad, respuesta antagónicas, y cambio de actitud. Los componentes del entrenamiento en habilidades son el modelamiento, role playing, ensayo conductual, la retroalimentación y el reforzamiento.

La mayoría de los programas de entrenamiento incluyen asignaciones de labores en casa, para proporcionar una práctica más extensa y para incrementar la generalización.

### **Anexo 6: Expresión de Sentimientos**

El objetivo de la segunda tarea es asistir al paciente para que exprese, de alguna manera socialmente apropiada, los intensos sentimientos que acompañan a la crisis, para de este modo libere la energía emocional, para utilizarla de modo constructivo en otros aspectos de la vida.

Nuestro supuesto es que la palabra expresión cubre un amplio campo crítico, la mera verbalización de un sentimiento en tanto que otro puede participar en una expresión más abierta de ira o dolor. Antes que se puedan expresar los sentimientos se les debe identificar.

Identificar los sentimientos es más que un primer paso hace su expresión. Los sentimientos sirven también como un reflejo de los procesos de pensamiento del paciente, lo cual abre la puerta para la tarea del dominio cognitivo. Los sentimientos funcionan de manera más amplia una clave para las situaciones ambientales que más afligen al paciente.

Beck propone que las emociones de depresión y tristeza se relacionan con la evaluación cognitiva de la pérdida de algo positivo y que la ansiedad se desarrolla a partir de la apreciación cognitiva de amenaza y peligro, la ira está imbuida de una percepción cognitiva de injusticia. Las estrategias para asistir a los pacientes en la expresión de sentimientos, pueden ser empleados los lineamientos empáticos de un terapeuta serán todo lo que se necesite para que ellos lloren, hable de sus ansiedades y temores o expresen su ira. Otros necesitarán que se les de “permiso” para expresar sus sentimientos, que se les reafirme que éstos son normales, y que es correcto estar enfadado durante la crisis, que, de hechos la ira o cualquier sentimiento que el paciente experimenten ese momento es una reacción muy natural.

Los pacientes pueden creer que permitirse la expresión de un sentimiento, lo mismo si es de tristeza o ira, abrirá las compuertas, lo que conducirá a una pérdida del control. El terapeuta debería buscar los conceptos erróneos del paciente y ofrecerle reglas o pautas para la expresión de sentimientos.

Existen muchas vías para externar los sentimientos, y que cada persona puede encontrar su propio lugar, tiempo y compañía. Los sentimientos son una realidad psicológica durante una crisis y ameritan una expresión de una u otra clase.

La principal responsabilidad del terapeuta aquí es asistir al paciente a clasificar los varios sentimientos, hallar vías para identificarlos y expresarlos, y al mismo tiempo, determinar lo que ellos en realidad significan para el paciente, las expectativas en curso y los planes a futuro.

### **Inoculación de estrés**

Es un enfoque que intensifica la capacidad del paciente para responder a situaciones estresantes con emociones menos perturbadoras y un alto nivel de adaptación del comportamiento. El tratamiento incorpora tres fases: preparación cognitiva, adquisición de habilidades y entrenamiento en la aplicación. El fundamento que subyace al enfoque de factores de estrés como son temores, dolor o ira, es que estos son aspectos inevitables de la vida que deben manejarse y, como resultado del entrenamiento, estos se convierten en otros que desencadenan las respuestas de enfrentamiento recientemente adquiridas.

## ANEXO 7. HOJA DE IDENTIFICACIÓN USUARIOS COEFCA

Ficha de identificación									
Nombre:					Fecha:				
Carrera:			Semestre:		Turno:				
Teléfono casa:			celular		e-mail:				
Dirección:									
Orientación académica					Si fuera de su interés ¿a cuál de los siguiente talleres le gustaría asistir?				
Tipo de Servicio		Orientación profesional		Hábitos de estudio		Otros:			
(por favor tache)		Orientación personal		Sexualidad					
				Relaciones de pareja					
Turno:		Matutino		Vespertino		Control de emociones		¿En qué horario?:	
Descripción del problema principal:									
Este problema empeora cuando... (Describa bajo qué condiciones es peor: hora del día, lugar, situaciones del entorno familiar u escolar, etc.)									
Este problema mejora cuando... (Describa bajo qué condiciones mejora: hora del día, lugar, situaciones del entorno familiar u escolar, etc.)									
¿Desde cuándo se ha sentido así?									
¿Ha recibido ayuda para manejar este problema? De ser así, por favor describa en dónde y cuántas veces									
En este momento el problema está (marque con una x la opción que mejor describa cómo se siente):									
Mucho mejor de lo que suele estar	Un poco mejor de cómo suele estar	Como suele estar	Un poco peor de lo que suele estar	Mucho peor de lo que suele estar					
Áreas de afectación por el problema (Marque con una x qué tanto lo afecta en cada área)									
<b>Familiar</b>	No me afecta	Me afecta un poco	Me afecta mucho	Me afecta muchísimo	<b>Pareja</b>	No me afecta	Me afecta un poco	Me afecta mucho	Me afecta muchísimo
<b>Escuela</b>	No me afecta	Me afecta un poco	Me afecta mucho	Me afecta muchísimo	<b>Sexual</b>	No me afecta	Me afecta un poco	Me afecta mucho	Me afecta muchísimo
<b>Profesional</b>	No me afecta	Me afecta un poco	Me afecta mucho	Me afecta muchísimo	<b>Salud</b>	No me afecta	Me afecta un poco	Me afecta mucho	Me afecta muchísimo

## **ANEXO 8. ÁREAS DE MEJORA EN USUARIOS QUE INTERRUMPIERON TRATAMIENTO.**

Caso	ÁREAS					
	FAMILIAR	ESCUELA	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD
1	Retoma relación con su familia de origen después de vivir separado de ellos					Conciencia de tomar tratamiento médico en psiquiatría y chequeo de salud física por conductas de riesgo
2	Al inicio muestra dificultad para expresar en casa lo que le disgustaba, por lo que tendía a sentirse irritable y múltiples conflictos con madre. En el transcurso de las sesiones es capaz de expresar dichas situaciones manejando el enojo de otra forma, abriendo el dialogo con madre y disminuyendo irritabilidad	Aumenta su interacción con sus compañeros de escuela, lo que anteriormente se percibía aislada.	Consigue un trabajo y logra organizar sus tiempos de manera que no interfieran con sus actividades académicas.			Identificación de situaciones de riesgo para prevenir violencia y expectativas respecto a una relación de pareja
3	Al inicio mostraba preocupación y sentimientos de culpa, debido a tener una hija pequeña con la que no podía estar todo el día debido a escuela, además de que debido a esta situación llega a haber desacuerdo con su madre respecto. a la crianza ya que no contaba con el apoyo de su ex pareja. Durante las sesiones logra mantener y fortalecer redes de apoyo por parte de padres, estableciendo limites y asumiendo con mayor responsabilidad su rol de madre, en el cuidado de la misma,	Logra distribuir actividades de estudio con tiempos para cuidar a su hija.	Consigue un trabajo lo cual le permite cierta solvencia económica para gastos de su hija.	Acude al servicio en el momento de ruptura con la pareja, sin embargo muestra dudas de volver con él por su hija, posteriormente logra tomar la decisión de no volver con él debido a que se siente con mayor capacidad respecto al cuidado de su hija.		

Caso	ÁREAS					
	FAMILIAR	ESCUELA	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD
4	Al inicio comenta mala relación con madre, durante las sesiones disminuyen las discusiones con madre.	Logra concentrarse mejor durante las clases debido a que ya no se siente cansado.				Al inicio comenta diversos malestares relacionados con la falta de descanso, durante las sesiones logra mejoría en el sueño manifestada como una disminución en el número de veces que despierta durante la noche y aumento en la sensación de descanso. Disminución de síntomas de ansiedad
5	Al inicio acude por duelo debido a muerte repentina de una amiga situación que le es difícil de comentar. Por lo que posteriormente logra la expresión de emociones respecto a esta pérdida.	Al inicio se encontraba en proceso de evaluación médica para descartar problema renal ya que refería ganas constantes de ir al baño, y ansiedad por no contar con un lugar al que acudir en esos casos, lo cual no se explicaba por causa médica. Lo cual le impedía salir actividades normales en la escuela, ya que no se sentía cómoda.				
6						

Caso	ÁREAS					
	FAMILIAR	ESCUELA	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD
7	Al inicio refiere tener desconfianza hacia su padre, a lo largo de las sesiones reestablece la relación con este, sintiéndose cómoda al convivir con él.		Consigue trabajo en un despacho.			
8	Al inicio refiere conflictos en la convivencia con su suegra, lo cual a su vez le causa conflictos con su esposo, durante las sesiones logra el manejo de situaciones conflictivas y la búsqueda de nuevas redes de apoyo con su familia de origen.	Distribución de tiempos para actividades escolares y cuidado de hijo				
9				Se logra la prevención de situaciones de violencia con la pareja ya que existían problemas debido a los celos, además de que ella se muestra con más confianza sobre si misma, puede permanecer sola, sin sentirse mal.	Prevención de conductas de riesgo, ya que aprende a dar a conocer su punto de vista y a no hacer las cosas solo por presión de su pareja.	

## ÁREAS

FAMILIAR

ESCUELA

PROFESIONAL

PAREJA

SEXUAL

SALUD

Al inicio de las sesiones menciona que la relación con madre es mala incluso de competencia, a la mejora menciona mejor comunicación con madre y fortalecimiento de la relación con su padre.

Mejora en el desempeño académico y mayor asistencia a clases inmersión en otras actividades de estudio (como el club de Matemáticas)

Se logra la prevención de situaciones de violencia de

Disminución de conductas de riesgo por adicciones y apego a tratamiento, termina tratamiento alterno en Acapulco, suspende uso de la marihuana y se previene la recaída en otro tipo de adicciones.

Al inicio comenta sentirse incomodas debido a conflicto y a comentarios con sus compañera de clase, quienes además realizan sus prácticas en el mismo lugar con ella. Además de sentirse insegura, con dificultad entablar relaciones interpersonales. En el transcurso de las sesiones logra manejar situaciones conflictivas a través de estrategias asertivas, y se muestra menos vulnerable a los comentarios de sus compañeras.

Mejora de comunicación con compañeros y jefe de trabajo, mayor seguridad en si misma se percibe con mayor capacidad en la realización de sus actividades laborales (por ejemplo: al momento de dar informes, o al momento de hablar con sus jefes). Ampliación de redes de apoyo social establece nuevas relaciones con otras personas de trabajo.

Disminuyen sentimientos de culpa Identificación de situaciones de riesgo con pareja

Disminución en los síntomas de ansiedad, menos dificultad para dormir, disminución de cefaleas y dolores musculares. Además de que disminuye la sensación de tristeza y de llanto fácil.

## **ANEXO 9. ÁREAS DE MEJORA EN USUARIOS QUE TERMINARON TRATAMIENTO**

CASOS	FAMILIAR	ESCOLAR	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD
1	Manejo de estrategias de comunicación y alternativas de solución ante situaciones conflictivas en casa	Acudió con problemas de preferencia sexual y ansiedad social , asumió identidad con la que se sentía más tranquilo, inicio relación de pareja e incrementa interacción y fortalecimiento de amistades.				Disminución de síntomas de ansiedad relacionados con su preferencia sexual
2	Al inicio de las sesiones refiere nula relación con padre y tristeza por aborto Se logra restablecimiento de la relación con el padre y elaboración de duelo por aborto	Termino de su carrera como parte de su plan de vida	Obtención de trabajo	Puede permanecer sola sin sentirse mal, separación de relación de pareja conflictiva, establece nuevas relaciones con otras personas	Disminución de síntomas de depresión y culpa	Termino su carrera como parte de su plan de vida

CASOS	FAMILIAR	ESCOLAR	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD
3		<p>Establece más interacciones con compañeros y otras personas de su entorno.</p> <p>Aumenta participación de actividades, disfrute de actividades.</p>	<p>Elabora plan de vida y visualiza recursos y alternativas con los que cuenta para conseguir un trabajo.</p>			<p>Disminución de síntomas depresivos (ideación suicida). Se involucra en más actividades, mayor confianza en sus capacidades para la danza y la oratoria.</p>
4	<p>Mejora comunicación con padres es capaz de hacer peticiones de manera asertiva y realiza actividades que antes no le estaban permitidas por la dificultad para expresar necesidades. Además deja de responsabilizarse por los actos de su hermana menor.</p>	<p>Mejora en hábitos de estudio y habilidades de comunicación con compañeros, logra adaptarse a situaciones debidas a cambio de carrera como su grupo, sus clases, sus materias.</p> <p>Establece nuevas relaciones con compañeros.</p>		<p>Elabora duelo por separación de pareja y logra establecer una nueva relación de pareja.</p>		<p>Disminución de síntomas de ansiedad, logra concentrarse mejor en la escuela, se siente menos nerviosa cuando presenta sus exámenes, se porta más flexible consigo mismo, logra tolerar equivocarse sin sentirse culpable.</p>

CASOS	FAMILIAR	ESCOLAR	PROFESIONAL PAREJA	SEXUAL	SALUD
5	Al inicio acude por problemas de ansiedad ya que menciona que quiere dejar la escuela por que extraña su casa y frecuentemente piensa que algo malo le vaya a ocurrir a su mamá. A la mejora disminuyen síntomas de ansiedad por cambio de domicilio y estado, se siente más tranquila estando lejos de casa.	Mejora en la concentración, en el desempeño académico, y disminución de riesgo de desertar en la carrera. Logra terminar el semestre y seguir en la carrera.	Disminuyen conductas de celos, es decir, disminuyen los reclamos hacia su pareja, así como los pensamientos respecto a que su pareja la deje. Logra permanecer sola sintiéndose bien, y contempla que aunque eso llegara a pasar, ya no lo tomaría como el sentirse menos. Disfruta más de la convivencia con su pareja.		Disminuyen síntomas de activación tales como mareos, dificultad para respirar, logra auto regularse.
6		Al inicio de las sesiones acude al servicio debido a que piensa abandonar la carrera por sentirse con poca capacidad para aprender las materias, además de que se siente aislada de su compañeros. A la intervención permanece en la escuela, termina dos semestres mejoro su desempeño académico, estableció relaciones de amistad con sus compañeros de grupo.	Inicio de relación de pareja. Identifica más cualidades personales y se dirige con mayor seguridad en la interacción con personas del sexo opuesto, que al inicio se le dificultaba.		Disminución de síntomas de ansiedad y situaciones estresantes relacionadas con la escuela.

CASOS	FAMILIAR	ESCOLAR	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD	
7	Mejora de comunicación con madre, es capaz de hablar con ella sobre situaciones que se le dificultaban y que antes las guardaba para sí misma. Se siente menos irritable cuando está en casa y ayuda a los quehaceres del hogar.	Mayor participación en clase y con sus compañeros mayor interacción e integración. Se muestra más abierta y más alegre.			Logra decir que no a situaciones con las que no está de acuerdo, se siente más a gusto con su cuerpo cambiando su forma de arreglarse presentándose más aliñada y con mayor auto cuidado. Además de que	Deja d establecer relaciones sexuales y románticas para evitar el abandono y puede permanecer sola sintiéndose bien "me siento bien de no aceptar algo que no quiero"	Disminución de síntomas de ansiedad y aceptación de su cuerpo menor disminución de la preocupación excesiva o de valorarse en función a su peso.
8	Acude debido a que no se siente segura con su elección de carrera y se le dificulta hablar al respecto con su familia, a la mejora logra expresar lo que quiere respecto a su elección de carrera y consigue el apoyo por parte de su familia	Reafirmación de su preferencia vocacional e inicia actividades encaminadas a proveerse de recursos económicos y sociales para mejorar su desempeño en la carrera y mayor confianza en sus propias habilidades.			Inicia relación de pareja.		

CASOS	FAMILIAR	ESCOLAR	PROFESIONAL	PAREJA	SEXUAL	SALUD
9	Al inicio se presenta con ansiedad por sospecha de abuso sexual por parte de uno de sus tíos con miedo a presentarse frente a su familia (particularmente sus abuelos ya que mostraban apoyo hacia su tío) Al final de la intervención restablece relación con la familia y disminuye la ansiedad al relacionarse con ciertas personas de la misma.					Acude a chequeo médico y disminuyen síntomas de ansiedad. Disminución de pensamientos de rumiación y de recuerdos respecto al evento.
10		Mejora en hábitos de estudio ya que se le dificultaba distribuir sus tiempos y se distraía fácilmente				Disminución de síntomas de ansiedad tales como el insomnio.

<b>CASOS</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>ESCOLAR</b>	<b>PROFESIONAL</b>	<b>PAREJA</b>	<b>SEXUAL</b>	<b>SALUD</b>
11	Disminución en las discusiones con madre y mejoría en la comunicación es capaz de platicar con ella estando más tranquila, sobre temas de conflicto tales como los quehaceres de la casa y la responsabilidad de su hermano.	Realiza solicitud para intercambio académico, y es aceptada.		Disminución de discusiones con su pareja y de conductas de celos. Mejora en mejoría en la comunicación con su relación de pareja. Además de disminuyen conductas de hipervigilancia hacia su pareja, deja de revisar el facebook constantemente y el celular.		
12				Al inicio se presenta por duelo por separación de pareja, con sentimientos de culpa. A la mejoría disminuyen sentimientos de culpa, logra continuar con vida y sus actividades sintiéndose bien a pesar de que él no se encuentra. Disminuyen los pensamientos de rumiación y logra visitas y hacer actividades que se lo recordaban sin sentir malestar además retoma sus propias actividades	Se logra la identificación y puesta en practica de conductas de riesgo para auto cuidado de la salud	Logra conciencia sobre estado de salud y adhesión a tratamiento por VPH y auto cuidado de la salud.

<b>CASOS</b>	<b>FAMILIAR</b>	<b>ESCOLAR</b>	<b>PROFESIONAL PAREJA</b>	<b>SEXUAL</b>	<b>SALUD</b>
13	Al inicio del tratamiento reportaba malestar debido a que no era capaz de negarse a realizar tareas y expresar situaciones que le causaban conflicto, como el tener que permanecer en casa aun cuando eso interfiriera con sus actividades tales como el cuidar de sus sobrinos cuando su hermana salía con su mamá. Por lo que posteriormente se sentía irritable. En el transcurso de las sesiones logra expresar situaciones de conflicto con su familia y llegar a acuerdos, disminuyendo su enojo.	Mejoro su concentración en clases, aumentando su participación y su entrega de tareas y su relación con sus compañeros.	Consiguió un lugar para prácticas en una empresa importante		Conciencia respecto a conductas de riesgo relacionadas con la prevención de adicciones por alcoholismo.

## **ANEXO 10.**

### **Cuestionario de Salud Estudiantil**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Aplicador: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

#### **Datos del Entrevistado**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_ Género: Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

Estado Civil márcalo ( ): a) Soltero(a) b) Casado (a) c) Divorciado (a)

d) Viudo (a) e) Unión libre f) Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

#### **Tu horario de clases es:**

Matutino \_\_\_\_\_ Vespertino \_\_\_\_\_ Mixto \_\_\_\_\_

Trabajas: Si \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Peso aproximado: \_\_\_\_\_ Talla aproximada(estatura): \_\_\_\_\_

#### **ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES**

Marca de la siguiente lista si tus padres, abuelos o hermanos padecen o han padecido las siguientes enfermedades

Hipertensión		Infarto	
Diabetes Mellitus tipo II		Hipercolesterolemia (Colesterol alto)	
Cáncer		Hipertrigliceridemia (Triglicéridos altos)	
Sobrepeso /obesidad		Gota	

#### **DISPONIBILIDAD DE HORARIOS (tiempo libre con el que cuentas)**

Días de la semana:	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
Hora del día:						

#### **INSTRUCCIONES**

*A continuación se presentan una serie de enunciados que describen conductas relacionadas con alimentación y ejercicio. RESPONDE DE LA FORMA QUE SE TE INDIQUE EN CADA UNA DE LAS SECCIONES DE ACUERDO A LO QUE TU PIENSAS Y HACES.*

## SECCIÓN I. HÁBITOS

Todos realizamos diferentes tipos de actividad física dependiendo nuestras circunstancias. Por ejemplo, durante una semana podemos ir 2 veces al gimnasio, en cambio, otros dos días podemos ir a caminar media hora, un día procuramos caminar un poco más al ir a la tienda a pie y los dos días restantes no realizamos alguna acción que nos active físicamente. Ahora piensa lo que hiciste durante los últimos 30 días y señala ante cada pregunta **cuántos días llevaste a cabo cada una de las acciones**. Recuerda que durante el último mes puedes haber cubierto algunas o todas las alternativas.

De la misma manera estima por cuántos días consumiste la cantidad de frutas, verduras o agua que se indica en cada pregunta considerando que las cantidades pueden variar de día a día.

<b>Durante los últimos 30 días cuántos de ellos:</b>							
1. <b>CAMINASTE</b> en lugar de usar medios de transporte, en vez de usar el automóvil, para ir a hacer tus compras, decidiste hacer otra actividad en lugar de ver TV, usar la computadora y/o navegar por internet?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
2. Realizaste <b>30 minutos de caminata o trote suave</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
3. Realizaste <b>45 a 60 minutos de caminata o trote suave</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
4. Acudiste al menos <b>45 minutos a algún programa de actividad físico deportiva?</b> (Ej. Equipo de futbol, voleibol, ir al gimnasio, natación, etc.)	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
5. Consumiste al menos <b>2 porciones de frutas</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
6. Consumiste al menos <b>3 porciones de frutas</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
7. Consumiste al menos <b>2 porciones de verduras</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
8. Consumiste al menos <b>3 porciones de verduras</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
9. <b>Bebiste al menos 1 litro de agua</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30
10. <b>Bebiste al menos 2 litros de agua</b> ?	Ninguno	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30

## SECCIÓN II. DISPOSICIÓN

Marca con una X dentro del cuadro que indique el porcentaje de probabilidad de que realices la conducta señalada. Responde qué tan probable es que lo realices durante la próxima semana y el próximo mes.

¿Qué tan probable es que vayas a realizar actividades que aumenten tu actividad física diaria? (Ej. Caminar en lugar de usar medios de transporte, o caminar en vez de usar el automóvil, o caminar para ir a hacer tus compras, o decidir hacer otra actividad en lugar de ver tv, usar la computadora y/o navegar por internet).													
		0%			30%			70%			100%		
<b>1.</b>	<b>Durante la próxima semana</b>	<input type="checkbox"/>											
<b>2.</b>	<b>Durante el próximo mes</b>	0%			30%			70%			100%		
		<input type="checkbox"/>											
¿Qué tan probable es que realices 30 minutos de caminata o trote suave al menos 2 veces por semana?													
<b>3.</b>	<b>Durante la próxima semana</b>	<input type="checkbox"/>											
<b>4.</b>	<b>Durante el próximo mes</b>	0%			30%			70%			100%		
		<input type="checkbox"/>											
¿Qué tan probable es que realices 45 a 60 minutos de caminata o trote suave, 3 a 5 veces por semana?													
<b>5.</b>	<b>Durante la próxima semana</b>	<input type="checkbox"/>											
<b>6.</b>	<b>Durante el próximo mes</b>	0%			30%			70%			100%		
		<input type="checkbox"/>											
¿Qué tan probable es que acudas a algún programa de actividad físico deportiva que requiere esfuerzo sostenido por al menos 45 minutos, 3 a 5 veces por semana? (Ej. Equipo de futbol, voleibol, ir al gimnasio, natación, etc.)													
<b>7.</b>	<b>Durante la próxima semana</b>	<input type="checkbox"/>											
<b>8.</b>	<b>Durante el próximo mes</b>	0%			30%			70%			100%		
		<input type="checkbox"/>											
¿Qué tan probable es que consumas 3 porciones de frutas al día?													
<b>9.</b>	<b>Durante la próxima semana</b>	<input type="checkbox"/>											
<b>10.</b>	<b>Durante el próximo mes</b>	0%			30%			70%			100%		
		<input type="checkbox"/>											
¿Qué tan probable es que consumas 3 porciones de verduras al día?													
<b>11.</b>	<b>Durante la próxima semana</b>	<input type="checkbox"/>											
<b>12.</b>	<b>Durante el próximo mes</b>	0%			30%			70%			100%		
		<input type="checkbox"/>											
¿Qué tan probable es que bebas 2 litros de agua al día?													
<b>13.</b>	<b>Durante la próxima semana</b>	<input type="checkbox"/>											
<b>14.</b>	<b>Durante el próximo mes</b>	0%			30%			70%			100%		
		<input type="checkbox"/>											

### SECCIÓN III. IMPORTANCIA

Indica en el recuadro, qué tan importante es para **TU FAMILIA** que se realicen los siguientes comportamientos. Utiliza la siguiente escala.

1 = Nada importante      4 = Regularmente importante

2 = Poco importante      5 = Importante

3 = Algo importante      6 = Muy importante

1. En mi familia se le da importancia a hacer ejercicio regularmente.	
2. En mi familia se le da importancia al consumo diario de frutas y verduras.	
3. En mi familia se le da importancia a beber agua diariamente.	

Ahora indica qué tan importante es para ti, **HACER LO QUE TU FAMILIA ESPERA**. Utiliza la siguiente escala.

1 = Nada importante      4 = Regularmente importante

2 = Poco importante      5 = Importante

3 = Algo importante      6 = Muy importante

1. Hacer ejercicio regularmente.	
2. Consumo de frutas y verduras diariamente.	
3. Beber agua diariamente.	

Indica en el recuadro, qué tan importante es para **TUS AMIGOS** que se realicen los siguientes comportamientos. Utiliza la siguiente escala.

1 = Nada importante

4 = Regularmente importante

2 = Poco importante

5 = Importante

3 = Algo importante

6 = Muy importante

1. Mis amigos le dan importancia a hacer ejercicio regularmente.	
2. Mis amigos le dan importancia al consumo diario de frutas y verduras.	
3. Mis amigos le dan importancia a beber agua diariamente.	

Ahora indica que tan importante es para ti, **HACER LO QUE TUS AMIGOS ESPERAN respecto a los aspectos que se marcan a continuación**. Utiliza la siguiente escala.

1 = Nada importante

4 = Regularmente importante

2 = Poco importante

5 = Importante

3 = Algo importante

6 = Muy importante

<b>Respecto a:</b>	
1. Actividad física que esperan que haga	
2. Consumo de frutas y verduras diariamente que esperan que haga.	
3. Beber agua diariamente que esperan que haga.	

#### SECCIÓN IV. DECISIÓN

Señala dentro del recuadro el número que indique **qué tanto depende de ti** cada una de las actividades mencionadas. Para ello utiliza la escala que aparece a continuación.

En caso de que tu respuesta este **entre 1 y 5** por favor, señala si esto se debe a tus condiciones o a que haya alguien que te aliente o te acompañe, o si es por ambas razones, colocando una "X" en la columna frente a tu respuesta.

- 1 = Nada                      4 = Regular  
 2 = Poco                      5 = Mucho  
 3 = Algo                      6 = Totalmente

¿Qué tanto crees que hacerlo depende de ti?	Respuesta	Condicion	Alguien que este
1. Caminar en lugar de usar medios de transporte, o caminar en vez de usar el automóvil, o caminar para ir a hacer tus compras, o decidir hacer otra actividad en lugar de ver tv, usar la computadora y/o navegar por internet.			
2. Realizar mínimo 2 veces por semana 30 minutos de caminata o trote suave.			
3. Realizar de 3 a 5 veces por semana, 45 a 60 minutos de caminata o trote suave.			
4. Incorporarte a algún programa de actividad físico deportiva que requiere esfuerzo sostenido por al menos 45 minutos, 3 a 5 veces por semana. (Ej. Equipo de futbol, voleibol, asistir al gimnasio, natación, etc.)			
5. Consumir 3 porciones de frutas al día.			
6. Consumir 3 porciones de verduras al día.			
7. Beber 2 litros de agua al día.			

#### SECCION V. CREENCIAS

De acuerdo a lo que crees marca con una X que tan perjudicial o benéfico y desagradable o agradable es para ti la conducta mencionada.

##### EJEMPLO

Creo que Leer 30 min diarios es:	A) Perjudicial    ___    ___    ___    ___ <u>X</u> ___    Benéfico
	B) Desagradable    ___    ___ <u>X</u> ___    ___    ___    Agradable

Creo que hacer ejercicio regularmente es:	1. Perjudicial    ___    ___    ___    ___    ___    ___    Benéfico
	2. Desagradable    ___    ___    ___    ___    ___    ___    Agradable
Creo que el consumo de frutas y verduras diariamente es:	3. Perjudicial    ___    ___    ___    ___    ___    ___    Benéfico
	4. Desagradable    ___    ___    ___    ___    ___    ___    Agradable

Creo que beber agua diariamente es:	5. Perjudicial _____ Benéfico
	6. Desagradable _____ Agradable

### SECCIÓN VI. BARRERAS

Existen razones por la cuales **NO** podemos llevar a cabo las actividades que nos interesan con respecto a alimentación saludable y ejercicio. De las siguientes marca con una **X** aquellas que se apliquen a tu situación.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE	X	EJERCICIO	X
No tengo tiempo para preparar comida saludable.		No tengo Tiempo.	
No tengo dinero para comprar alimentos saludables.		Mi carga académica es demasiada.	
No sé preparar comida saludable.		Hay pocos espacios físicos y cupo limitado en las instalaciones de la UNAM.	
No conozco las características de una alimentación saludable (porciones, variedad, grupos de alimentos).		El costo del gimnasio es elevado.	
		Me falta Interés o no tengo el hábito.	
No hay alimentos saludables disponibles en el campus.		Las condiciones climáticas no son adecuadas.	

### SECCIÓN VII. ETAPAS DE CAMBIO

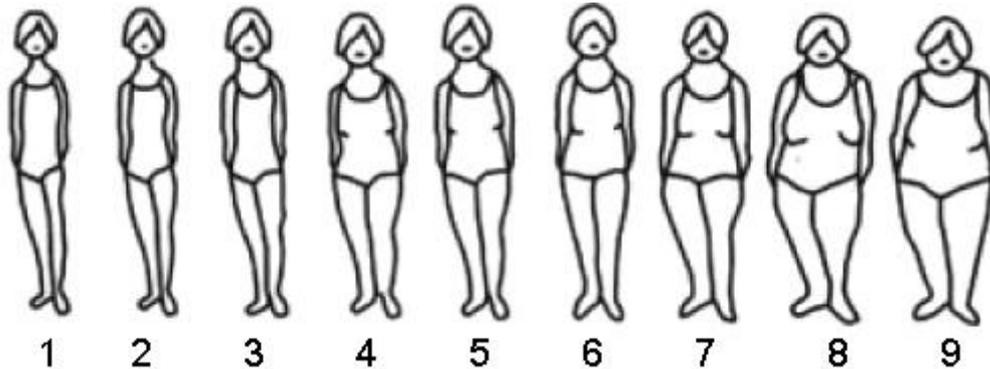
Ejercicio		
1.- ¿Conoce usted la importancia de hacer ejercicio?	Si _____	No _____
2.- ¿Practica algún tipo de ejercicio?	Si _____	No _____
3.- <b>Si tú realizas</b> algún tipo de ejercicio. ¿Qué tipo de ejercicio realiza?		
3.1.- ¿Con qué frecuencia lo realizas?	3.2.- ¿Desde cuándo lo realizas?	
4.- <b>Si tú No</b> realiza algún tipo de ejercicio. ¿En cuál de las siguientes situaciones te ubicas tú? Señala <u>sólo una</u> de las siguientes opciones:		
a)	Aún no tomo la decisión para practicarlo.	
b)	No pienso hacer ejercicio en los próximos 6 meses.	
c)	Decidí <u>no</u> hacer ejercicio.	
d)	Decidí hacer ejercicio y pienso hacerlo en los próximos 30 días.	
e)	Decidí hacer ejercicio y pienso hacerlo en los próximos 6 meses.	

Alimentación saludable		
1.- ¿Conoces la importancia de alimentarse saludablemente?	Si ____	No ____
2.- ¿Llevas a cabo una alimentación saludable?	Si ____	No ____
3.- <b>Si tú llevas a cabo</b> una alimentación saludable, ¿En qué consiste?		
3.1.- ¿Con qué frecuencia la realiza?	3.2.- ¿Desde cuándo la realiza?	
4.- <b>Si tú NO</b> llevas a cabo una alimentación saludable ¿En cuál de las siguientes situaciones se ubica usted? Señale <u>sólo una</u> de las siguientes opciones:		
	a) Aún no tomo la decisión para llevar una alimentación saludable	
	b) No pienso comer de forma saludable en los próximos 6 meses.	
	c) Decidí <b>no</b> comer de forma saludable.	
	d) Decidí comer de forma saludable y pienso hacerlo en los próximos 30 días.	
	e) Decidí comer de forma saludable y pienso hacerlo en los próximos 6 meses.	
	f) Estaba comiendo de forma saludable pero dejé de hacerlo. ¿Por qué? _____	

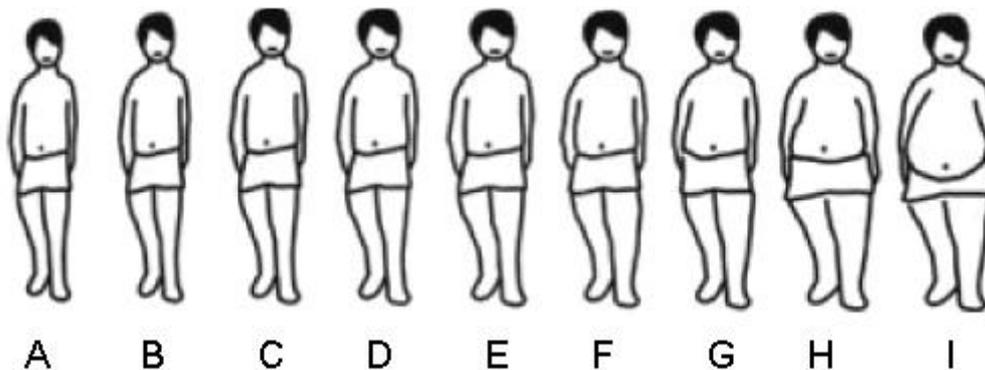
**ANEXO 11**  
**PRUEBA DE PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL**  
**(PIC)**

**INSTRUCCIONES:** OBSERVA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FIGURAS Y DA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN, DE ACUERDO AL NÚMERO O INCISO (SEGÚN SEA EL CASO) QUE APAREZCA EN LA PARTE INFERIOR.

**FEMENINO**



**MASCULINO**



¿Cuál es la figura que mejor representa tu cuerpo? (    )

¿Cuál es la figura que mejor representa como te gustaría que fuera tu cuerpo? (    )

¿Cuál es la figura que mejor representa el cuerpo que te gustaría tuviera tu pareja? (    )

¿Cuál es la figura que mejor representa el cuerpo de tu mamá? (    )

¿Cuál es la figura que mejor representa el cuerpo de tu papá? (    )

¿Cuál es la figura que mejor representa como no te gustaría verte? (    )

¿De acuerdo a tu consideración cuál sería tu peso ideal? \_\_\_\_\_

**GRACIAS!!!**

**ANEXO 12. CUESTIONARIO PARA EVALUAR LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS INCORRECTAS Y SU FRECUENCIA**

Por favor, lee cada una de las frases que se presentan a continuación y marque con una cruz (X) en la columna correspondiente a la frecuencia con la que ocurren	<b>Siempre (Casi todos los días)</b>	<b>Con frecuencia (3-4 días por semana)</b>	<b>A veces (4-5 veces al mes)</b>
1. Suelas desayunar un café a toda prisa, antes de salir, para la escuela, el trabajo o simplemente no desayunas.			
2. Acostumbras a picar chucherías entre horas para matar el hambre.			
3. No tienes ganas de cocinar y resuelves tus comidas con algo sencillo (tortas, tamales, quesadillas, tacos, etc.)			
4. Comes en diez minutos sin darte demasiado cuenta de lo que te llevas a la boca.			
5. Sientes la necesidad de comer algo (palomitas, chocolates, etc.) siempre que te sientas ante la pantalla de televisor o del cine.			
6. No puedes tomar bocado cuando estás nervioso, preocupado o irritado.			
7. Tienes un hambre voraz cuando estás nervioso, preocupado o irritado.			
8. No comes pescado.			
9. No comes legumbres.			
10. Te saltas alguna de las comidas principales.			
11. Comes al mismo tiempo que hablas por teléfono o tecleas en la computadora.			
12. Satisfaces tu hambre con comida rápida (hamburguesas, pizzas, pollo frito, etc.)			
13. Cuando estas solo comes cualquier cosa antes de ponerte a cocinar.			
14. Te premias a tí mismo(a) con golosinas o comidas poco saludables.			
15. Suelas comer de pie, o a la vez que realizas otras tareas.			
16. Tomas los alimentos fríos.			
17. Bebes más de tres vasos de bebidas alcohólicas con la comida (cerveza, cubas, tequila, etc.)			
18. Tomas refrescos con la comida, o durante el día.			
19. Consumes bollería industrial (p. ej. pan Bimbo) a diario.			
20. Comes más de la cuenta cuando te presentan muchos manjares apetitosos o te ofrecen un bufet libre.			
21. Comes todo lo que te sirven en el plato, aunque no tengas apetito			
22. Obligas a tus hijos a hacer eso mismo (comerse todo lo que les sirvan).			

## **ANEXO 13.**

### HISTORIA CLÍNICO NUTRICIA

No. Folio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

PESO	
ESTATURA	

CINTURA	
CADERA	

MUÑECA	
T/A	

#### INDICADORES BIOQUÍMICOS

GLUCOSA	
TRIGLICÉRIDOS	

ÁCIDO ÚRICO	
COLESTEROL	

## INDICADORES CLÍNICOS

### ANTECEDENTES FAMILIARES

OBESIDAD	SI	NO	
DIABETES MELLITUS	SI	NO	
CÁNCER	SI	NO	
HIPERTENSIÓN	SI	NO	
GOTA	SI	NO	
CARDIOVASCULARES	SI	NO	
ALERGÍAS	SI	NO	

### ANTECEDENTES PERSONALES

ALERGÍAS	SI	NO	
DIARREA	SI	NO	
ESTREÑIMIENTO	SI	NO	
GASTRITIS	SI	NO	
ÚLCERA	SI	NO	
NÁUSEA	SI	NO	
VÓMITO	SI	NO	
COLITIS	SI	NO	

¿Padece alguna enfermedad diagnosticada? SI NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Consumo algún medicamento? SI NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva consumiéndolo? \_\_\_\_\_

Laxantes \_\_\_\_\_ Diuréticos \_\_\_\_\_

Antiácidos \_\_\_\_\_ Analgésicos \_\_\_\_\_

### EXPLORACIÓN FÍSICA

CABELLO
OJOS
DIENTES
MUCHOSAS
CONJUNTIVAS
LABIOS
ENCIAS
SALIVA
PIEL
LENGUA
UÑAS



Actividad Física				
<b>Muy ligera:</b> Mínimo de actividad como ver televisión, leer, etc.				
<b>Ligera:</b> Personas que trabajan en oficinas como profesionistas, abogados, médicos, maestros, conductores, técnicos, músicos y amas de casa que no cuenten con útiles de aseo eléctricos. En este nivel de actividad se incluyen 8 horas de sueño y 12 horas de estar sentado o parado, 3 horas de actividad leve (como caminar, lavar ropa, golf, pin pong) y 1 hora de actividad moderada (ejemplo: tennis, bailar, aerobics).				
<b>Moderada:</b> Personas que trabajan en la industria eléctrica, carpintería y construcción (excluyendo obreros de construcción pesada), trabajadores del campo, granjas, pescadores comerciales, amas de casa sin útiles de aseo eléctricos, estudiantes, dependientes de almacén, soldados sin servicio activo y mecánicos.				
<b>Pesada:</b> Deportistas y bailarinas de tiempo completo, trabajadores del campo que no cuentan con máquinas, soldados en servicio, herreros y algunos mineros.				
<b>Excepcional:</b> Trabajadores forestales, leñadores, mujeres obreras que se dediquen a la excavación manual, mineros y obreros de la construcción pesada.				
Muy ligera	Ligera	Moderada	Pesada	Excepcional
Ejercicio		Si	No	
Tipo:		Frecuencia:		
Duración:		¿Cuándo inicio?		

## ANEXO 14

# INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM. Instrucciones:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo esa oración. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, encierre en un círculo cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
8.	No creo ser peor que otras personas	Me crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo

11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

**20. A propósito** estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_.

21.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado(a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

## **ANEXO 15**

# **INVENTARIO DE BECK, BAI**

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

### **INSTRUCCIONES:**

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

### **SÍNTOMA**

- |     |   |             |             |               |             |
|-----|---|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1.  | Entumecimiento, hormigueo.                  | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2.  | Sentir oleadas de calor (bochorno).         | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3.  | Debilitamiento de las piernas.              | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4.  | Dificultad para relajarse.                  | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5.  | Miedo a que pase lo peor.                   | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6.  | Sensación de mareo.                         | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7.  | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8.  | Inseguridad.                                | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 9.  | Terror.                                     | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 10. | Nerviosismo.                                | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 11. | Sensación de ahogo.                         | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 12. | Manos temblorosas.                          | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Severamente |

13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Severamente

**ANEXO 16**  
**DESARROLLO DE LAS SESIONES**

**SESIÓN DE PRESENTACIÓN:**  
**¿QUÉ ACOSTUMBRAMOS COMER?**

**Objetivo**

El propósito de esta sesión es familiarizar a los jóvenes con el modelo terapéutico en el cual van a participar. Fomentar la integración de las personas que formarán el grupo. De igual forma, se acordarán las reglas que presidirán las sesiones siguientes.

El instructor puede empezar con algunas frases como esta:

🎯 *¿Recuerdas lo que comiste el día de ayer u hoy en la mañana? ¿Alguna vez se han dado cuenta si dedican suficiente tiempo para comer?  
¿Consideran su alimentación saludable?*

🎯 *Si tuvieran que hacer cambios en su alimentación ¿Qué cambios harían?*

*Pues bien se pretende que ustedes encuentren las respuestas a muchas de estas preguntas, pero no sólo eso, sino que el objetivo de estar aquí, es el que la información que puedan obtener se traduzca en cambiar algunos comportamientos que podemos tener en relación a los alimentos, mantener esos cambios y que ésto se vea reflejado en su salud.*

Se les explicará a los estudiantes en qué consiste el grupo. Tal explicación puede ser de la siguiente forma (Explicación del modelo de determinismo recíproco):

Al tipo de destrezas que proporcionamos se le llama: **“APROXIMACIÓN COGNITIVA-CONDUCTUAL Y NUTRICIONAL”**.

🎯 *“Cognitiva” se refiere a nuestros **pensamientos**.*

🎯 *“Conductual” se refiere a nuestras **acciones**.*

🎯 *Y su relación con nuestras **emociones**.*

🎯 *Nutricional porque contaremos con herramientas que nos darán una guía para nuestra **alimentación**.*

*En este tipo de tratamiento nosotros/as buscamos enseñarle a las personas estrategias que pueden utilizar en su vida diaria en relación a cómo mejorar sus hábitos alimentarios y mantener los cambios.*

## DINÁMICAS

### DINÁMICA 1: Presentación.

🎯 Nos presentaremos haciendo una rueda de nombres. Se espera que compartas un poco acerca de ti mismo/a con el grupo. Por ejemplo:

- a) En dónde naciste, datos sobre tu desarrollo
- b) Cosas acerca de tu familia
- c) Cuáles son tus intereses principales
- d) Cosas sobre ti que consideres importantes

### 🎯 **Haremos la dinámica de la fiesta.**

El/la terapeuta dice que va a dar una fiesta y que la persona que interese asistir debe traer algo consigo. La persona tiene que decir su nombre y lo que llevará a la fiesta. La clave es que para ir a la fiesta, la persona debe llevar consigo algo que comience con la letra de su nombre. Al acertar la clave se le pide a la persona que comparta algunos aspectos de ella para tomarlos en consideración a la hora de planificar la fiesta. Luego de algunos minutos de dinámica, y de algún modelaje por parte de los terapeutas, se procede a decir la clave para que aquellos que no la acertaron puedan “asistir a la fiesta”.

**NOTA:** La sesión iniciará con la presentación de la psicóloga y la nutrióloga, para ello empezará por su nombre, su ocupación y los motivos para llevar a cabo este trabajo.

### DINÁMICA 2: Temores y Esperanzas

🎯 Antes de explicarles más, nos gustaría saber lo que les interesa a ustedes, es decir lo que esperan o les gustaría que pasara o, y lo que no les gustaría que pasara durante este programa.

- a) Lo que nosotros llamamos **Temores y Esperanzas** (Se les dará una hoja a cada participante para que escriban lo que piensan y posteriormente se discutirán. **Ver Anexo A**).  
*Otra forma de hacerlo es que el terapeuta con ayuda de un portafolio vaya anotando las ideas de cada participante.*
- b) El **objetivo** de estas sesiones es que ustedes conozcan qué son los hábitos alimentarios, cuáles son los que ustedes practican y cómo pueden modificar algunos de ellos a favor de un estilo de vida saludable.
- c) Esperamos que el efecto más importante que pueda tener este tratamiento sea el de aprender a entender y controlar todo aquello que afecta nuestra alimentación y su relación con nuestra salud.

### DINÁMICA 3

Se colocarán carteles alrededor del salón con los títulos de los temas a desarrollar durante el taller por módulos se les pedirá que en un primer momento caminen hacia el tema que más llame su atención. (Esto dará una idea a los terapeutas respecto a que tema les causa más interés y podrá servir como guía respecto al orden de abordaje de los temas). Posteriormente se les pedirá que caminen ahora al que le llama la atención en segundo lugar y así sucesivamente. Y

entre todos anotarán dudas o aspectos que les gustaría conocer respecto al tema. Una variante puede ser entregarles una hoja con los nombres de los temas y pedirles que coloquen un número siendo el 1 el que más les llama la atención, el dos el que le sigue y así sucesivamente. Y que anoten las dudas o lo que les gustaría saber de dicho tema **(VER ANEXO U)**.

## **ENCUADRE**

A continuación se llevará a cabo el encuadre fomentando la participación de los integrantes del grupo. El terapeuta puede decir algo como lo siguiente:

 *También es importante llegar a algunos acuerdos respecto a cómo se desarrollaran las sesiones. Se pueden considerar algunas de las siguientes reglas, pero es preferible que las propongan en acuerdo con el grupo. Se puede utilizar un pizarrón o rota folio para ir colocando las reglas.*

## **ALGUNAS REGLAS ÚTILES PARA EL TALLER**

**1. ¡ILEGA A Tiempo! ¡SE PUNTUAL!**

**2. ¡VEN CADA SEMANA!** Al comenzar, adquieres un compromiso contigo mismo y con tus compañeros/as.

3. Mantén una actitud positiva.

**4. ¡HAZ LOS EJERCICIOS!** Si no practicas lo que se enseña en la sesión, entonces, quizás nunca sabrás si esos métodos te ayudarán a mejorar tus hábitos de alimentación.

5. Lo que se comparte en la sesión es confidencial. Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido con otras personas, si así lo deseas.

6. Trata de ser lo más honesto/a posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes.

7. Participa de los ejercicios.

Finalmente se entregará a los participantes la Carta de Consentimiento con la finalidad de que lo firmen **(ANEXO B)**.

## **DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

 *Diario de alimentos (Ver Anexo E)*

## **SESIÓN 2: MIS PENSAMIENTOS EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN**

### **Objetivo**

El objetivo es incrementar los pensamientos y sentimientos del individuo acerca de su propia capacidad de control y manejo de las distintas situaciones, para así crear fuertes expectativas de auto eficacia personal

El terapeuta puede empezar diciendo lo siguiente:

 *El objetivo de la sesión de hoy es aprender cómo los pensamientos influyen en cómo nos sentimos antes y después de comer. Y el poder identificar pensamientos automáticos, algunos de los cuales pueden estar distorsionados sobre todo en la referente a estas situaciones emocionales activadas por la exposición a los alimentos.*

 *¿Cuántos de nosotros/as hemos sentido algo de eso alguna vez?*

 *¿Qué tipos de pensamientos te pasan por la mente en relación a la alimentación?*

 *¿Qué es lo que haces cuando tienes hambre?*

*Una forma útil para saber cómo nos comportamos respecto a nuestra alimentación consiste en identificar lo que pensamos al respecto **(Ver Anexo C)***

Se explicará la relación entre pensamientos, emociones y conductas a través del Modelo de Determinismo Recíproco

### **CONTENIDO TEMÁTICO**

#### **LOS PENSAMIENTOS AFECTAN NUESTRA ALIMENTACIÓN:**

 *El pensar ciertos tipos de pensamientos hace más o menos probable que tu relación con la alimentación no sea la más adecuada. Por **“pensamientos”** nosotros/as nos referimos a “cosas que nos decimos a nosotros/as mismos/as.”*

*(El terapeuta debe proporcionar un buen ejemplo )*

 *Los **pensamientos** pueden tener un efecto sobre tu **cuerpo***

 *Los **pensamientos** pueden tener un efecto sobre tus **acciones***

 *Los **pensamientos** pueden tener un efecto sobre tu **estado de ánimo***

*Una buena forma de pensar sobre este tipo de aproximación es que aprenderás algunos métodos específicos para cambiar tus pensamientos y tus acciones, de tal forma que tu estado de ánimo mejorará; así como tus ideas y metas respecto a la alimentación.*

El terapeuta procederá a explicar en qué consisten las distorsiones cognitivas.

### **CONTENIDO TEMÁTICO: DISTORSIONES COGNITIVAS**

**Abstracción Selectiva:** basar una conclusión en un detalle aislado, mientras se ignoran otros aspectos más importantes.

*Ejemplos.* “Anoche, en la taquería me acabe todo. Total, ¡qué tanto puedo engordar!”, “Soy una persona débil y no puedo controlar mi forma de comer”. “La única forma de ser feliz es comiendo”.

**Generalización:** inferir una regla con base en un sólo episodio y aplicarla incluso a situaciones que no son similares.

*Ejemplos:* “Tengo problemas en todos lados, sólo comer me consuela”. “De todos modos, cuando estaba delgada, nadie me quería”. “Todos se ríen de los gordos”.

**Pensamiento Dicotómico:** pensar en términos absolutos y opuestos, los sucesos sólo pueden ser negros o blancos.

*Ejemplos:* “Si ni sigo una rutina diaria, todo será un caos”, “Si rompo mi dieta un día para qué la sigo”.

**Magnificar:** sobreestimar la importancia de las consecuencias indeseables. El estímulo que activa este pensamiento no corresponde a su análisis objetivo.

*Ejemplos:* “Si alguien vuelve a decir algo sobre mi peso, no podré soportarlo”. “Aun cuando baje, con este sobrepeso no me servirá de nada”.

Otra estrategia que suele utilizarse es desarrollar conductas alternativas. Por ejemplo, algunos usuarios se han percatado que tienen necesidad de comer, aun cuando no sienten hambre y que esto se puede vincular a situaciones de ansiedad o de frustración.

Se puede desarrollar una lista de conductas alternativas dentro del patrón de alternativas que elija en su lista.

Algunas de estas actividades alternativas se sugieren a continuación:

- ☺ Intentar externar la emoción al expresar en palabras o escribir lo que se siente.
- ☺ Dirigirse en sentido opuesto a donde este la comida, la alacena o el comedor. Se pueden realizar tareas agradables que distraigan o practicar ejercicios moderados de respiración y relajación.
- ☺ Tener una actividad manual lista para empezar al presentarse este tipo de conducta de búsqueda de alimento.
- ☺ Salir de la casa y caminar 15 minutos.
- ☺ Practicar técnicas de RELAJACIÓN

A continuación se llevará a cabo un ejercicio de relajación el terapeuta puede guiarse por las siguientes indicaciones.

😊 **LA POSICIÓN DE RELAJACIÓN.  
(RELAJACIÓN 1)**

*Siéntate en una silla baja de tal forma que tus pies toquen el piso, procura estar erguido, (espalda derecha) con la cabeza alta (mirada horizontal) y las manos sobre tus rodillas. Esta es la POSICIÓN DE RELAJACIÓN.*

**1. APRENDIENDO A RESPIRAR (RELAJACIÓN SIN TENSION)**

*Una de las partes más importantes del programa, son los ejercicios de respiración. La respiración que debes empezar a practicar es como sigue:*

- g) Con la boca cerrada vas a inhalar tranquilamente todo el aire que puedas, este aire lo vas a llevar hasta tu abdomen. Mentalmente tienes que contar despacio 1, 2, 3 sosteniendo el aire... y dejarlo salir mientras cuentas 4, 5, 6.*
- h) Esta respiración la puedes repetir por lo menos 3 veces. Diciendo INHALA y EXHALA*
- i) La manera más simple de saber si estas inhalando bien es poniendo tus manos a la altura del ombligo para que sientas como se expande tu abdomen.*
- j) Una manera de comprobar que estas exhalando bien es ponerte la mano frente a la boca, para que sientas la suavidad con la que sale el aire.*
- k) Cuando ya seas un experto, te recomiendo que en lugar de contar al exhalar cuatro, cinco, seis, pienses RE-LA-JA-TE \_\_\_\_\_ (Y TU NOMBRE).*

Aunado al ejercicio de respiración se puede realizar el siguiente ejercicio con la finalidad de ir introduciendo la detención de pensamientos.

Colócate en una posición cómoda, cierra tus ojos y recarga tu espalda en el respaldo de la silla.

Llena tus pulmones desde abajo hacia arriba con suavidad, al tiempo que se llena el abdomen. Retener dos segundos el aire. Expúlsalo lentamente por la boca al tiempo que se vacía el abdomen. Todo simultaneo. No fuerces nada. Has lo mismo varias veces.

Ahora borra las inquietudes y preocupaciones de tu mente como si de una pizarra se tratara. Borra lo que te inquieta. Imagina que te encuentras un lugar muy tranquilo, un lugar en el que te sientes muy seguro, es un lugar abierto, sientes una suave y cálida brisa sobre tu rostro y al mismo tiempo empiezas a sentir el pasto entre tus pies. Y observas lo que hay a tu alrededor. En eso descubres que hay un sendero y empiezas a caminar hacia él y vas siguiendo el camino.

Mientras tanto sigues respirando y a medida que lo haces te vas sintiendo cada vez más tranquilo, más relajado, más seguro. A la mitad del camino puedes observar que existe un letrero que dice **ALTO o STOP** ¿cómo es ese letrero? ¿Qué forma tiene? ¿De qué color es? ¿De qué materiales esta hecho? Dale la forma el color y la textura que tú desees a modo de que te resulte algo atractivo.

Una vez que el letrero haya quedado como a ti te gusta obsérvalo detenidamente y trata de grabarlo en tu mente poniendo especial atención en la palabra **ALTO o STOP** y mientras lo observas sigues disfrutando de las sensaciones agradables de paz, seguridad y tranquilidad.

Ahora vete despidiendo poco a poco de ese lugar, más trae contigo la imagen grabada de ese letrero, aunado a todas estas sensaciones de paz, seguridad y tranquilidad. Conforme tú te sientas listo puedes ir abriendo lentamente tus ojos.

### ***DE LA TEORÍA A LA PRACTICA***

 Se les entregará a los participantes el registro de pensamientos (Modelo de Determinismo Recíproco ***Ver Anexo D***).

## **SESIÓN 2.1:¿CÓMO INFLUYEN MIS COMPORTAMIENTOS EN MI SALUD?**

### **Objetivo**

Informar a los usuarios respecto a la importancia de mantener un estilo de vida saludable y sus implicaciones para la salud.

### **DINÁMICA 1:**

Esta sesión se iniciará con una dinámica la cual consiste en lo siguiente:  
Se colocarán dos letreros en el salón (uno dirá conductas a favor de la salud y otro dirá conductas en contra) se le dará a cada usuario un letrero y ellos los irán pegando de acuerdo al tipo de conducta que corresponda. El terapeuta les pedirá a los usuarios que:

- 🎯 *Coloquen el letrero que les tocó debajo de alguno de los letreros dependiendo si ustedes consideran que se trata de una conducta a favor o en contra de la salud.*

Una variante de esta dinámica sería la siguiente:

Se dividirá a los usuarios del grupo en dos equipos se les dará una serie de letreros algunos de los cuales tendrán conductas de salud y otros conductas de riesgo. A un equipo le tocará reunir solo conductas a favor de la salud y al otro conductas en contra de la salud, sin embargo pueden intercambiar sus letreros con el otro equipo.

A continuación el terapeuta explicará lo siguiente (se presentarán diapositivas)

### **CONTENIDO TEMÁTICO: CONDUCTAS DE SALUD Y ESTILO DE VIDA**

#### **Conductas/ Comportamientos de Salud**

- 🌱 Son todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud (Beneit, 1984)
- 🌱 Aquellas que reducen el riesgo asociado al desarrollo de determinados trastornos o enfermedades
- 🌱 “Son los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales”
- 🌱 Las conductas de salud son importantes en el proceso de salud enfermedad
- 🌱 Se convierten en hábitos

#### **Hábito de salud**

- 🌱 Es una conducta relacionada con la salud que está firmemente establecida y arraigada al repertorio comportamental del individuo.
- 🌱 Se pone en marcha de forma automática. Sin que exista una clara

conciencia de ello por parte del sujeto.

- Las conductas de salud no ocurren en el vacío, sino que están inmersos en contextos (personal, interpersonal, institucional, ambientales). Realizar una conducta de salud no garantiza otras conductas de salud.

### **Estilo de vida**

- Es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas. A veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.
- Patrones de conducta relacionados con la salud, valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos

### **Comportamientos para una vida Saludable**

- Dormir 7 u 8 horas
- Aproximarse al peso conveniente en función de la talla
- Usar moderadamente alcohol o no consumirlo
- No fumar
- Realizar con regularidad actividad física
- Desayunar cada mañana

El terapeuta puede continuar comentando lo siguiente:

- ¡ Bien ahora veamos cuáles pueden ser algunas conductas que se vuelven hábitos que se integran a nuestra alimentación y que a la larga pueden perjudicar nuestra salud

<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS INCORRECTOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD</b>	
<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS INCORRECTOS RELACIONADOS CON:</b>	<b>EJEMPLOS</b>
<b>La composición de la dieta</b>	Dietas desequilibradas (vegetariana estricta, macrobiótica, orgánica)
<b>La cantidad de los alimentos</b>	Comer en exceso, o hacerlo de forma insuficiente Negarse a comer, bien sea en general (problema que afecta principalmente a los niños pequeños) O rechazar sistemáticamente, ciertos productos específicos (verduras, pescados, legumbres, etc.)
<b>La frecuencia de las comidas</b>	Picar entre horas Saltarse una comida Consumir chucherías, refrescos, cafés, bebidas alcohólicas, etc. durante el día

<b>El tiempo</b>	Tardar mucho, o comer de forma excesivamente rápida Alterar los horarios de las comidas con mucha frecuencia
<b>La forma de comer</b>	Hacer alguna de las comidas de pie, de forma habitual Comer mientras se realizan otras actividades (escribir, ver la TV, hablar por teléfono) Comer bocados sin apenas masticar Forzarse a terminar el plato, aunque uno se sienta saciado
<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS INCORRECTOS RELACIONADOS CON :</b>	<b>EJEMPLOS</b>
<b>El entorno físico</b>	Comer en el lugar de trabajo, sin interrumpir la actividad laboral Entornos desagradables (ruidosos, mal acondicionados térmicamente, sucios, etc.) Realizar comidas frente al televisor Utilizar estímulos distractores (juguetes, cuentos, etc.) con los niños durante las comidas
<b>El entorno social</b>	Comidas de solitarios Utilizar la comida como refuerzo o castigo Modelos de conducta alimentaria habitualmente presentes
<b>Los estado emocionales</b>	Discusiones y broncas a la hora de comer Comer para minimizar la ansiedad Ingerir cantidades excesivas, o no probar bocado, en función del estado de ánimo
<b>La destreza y el placer culinarios</b>	Comer “cualquier cosa” con tal de no meterse a la cocina Excesos gastronómicos frecuentes

### **DINÁMICA**

Se colocará a los usuarios por equipos y se les repartirán cada uno de los apartados referentes a los hábitos alimentarios incorrectos, se les pedirá que elaboren con revistas e imágenes un collage con las conductas que ellos consideren se incluyan en hábitos alimentarios saludables, o contrarios al apartado que les haya tocado.

Una variante de esta dinámica consistiría en solamente escribir en un rotafolio los hábitos alimentarios correctos para después compartirlos con el grupo.

Finalmente se les dará la siguiente explicación a los usuarios a través de una Historia sobre Hábitos Alimentarios Incorrectos (**VER ANEXO V**).

Como conclusión del tema anterior algunas actividades encaminadas a aumentar el control sobre lo que come y la forma en que se come son: (control de estímulos)

1. No participar en ninguna otra actividad mientras estás comiendo. Comer debe de ser una experiencia única.
  - a) Evitar comer mientras se ve la televisión
  - b) Cuando se está leyendo
  - c) Hablando por teléfonoEsto implica evitar comer automáticamente sin percatarse de lo que se comió. De este modo comerá menos.
2. Confinar la actividad de comer a una sola habitación de la casa y determinar en esa habitación un sitio específico para comer. Si es posible ese sitio de la mesa solo debe utilizarse para comer y no para otros propósitos.
3. Limitar la cantidad de comida disponible a lo que se planea comer. Si por ejemplo va a comer dos rebanadas de pan, no llevar a la mesa todo el paquete de pan. No comer directamente de los recipientes de alimentos, sino servirse la cantidad deseada o recomendada en su plato.
4. Practicar dejar comida en el plato.
5. Preparar solo la ración que se va a servir. Evitar guardar sobrantes.
6. Limitar en la alacena la cantidad de comida de fácil preparación o de la que se recomienda un consumo limitado (galletas, dulces, pasteles, etc.)
7. Al ir de compras, apegarse a la lista de compras, relacionada con la dieta recomendada. Hacer la lista después de haber comido y no antes.

### **DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

 **Diario de alimentos (VER ANEXO E)**

### **SESIÓN 3: MIS METAS EN RELACIÓN A MI ALIMENTACIÓN (SOLUCIÓN DE PROBLEMAS 1)**

<b>Objetivo</b>
Fomentar cambios en estilo de vida específicamente hábitos alimentarios y la adhesión a los mismos aumentando el grado de motivación, responsabilidad e implicación activa.
Tomando como referencia las barreras contempladas dentro del Cuestionario de Salud estudiantil se les explicará a los usuarios lo siguiente:
<p> <i>Algunas de las principales en relación a nuestra alimentación son las siguientes (se colocara una diapositiva o un rota folio con las barreras y se irán mencionando):</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li> No tengo tiempo para preparar comida saludable.</li><li> No tengo Dinero para comprar alimentos saludables.</li><li> No sé preparar comida saludable.</li><li> No conozco las características de una alimentación saludable (porciones, variedad, grupos de alimentos).</li><li> No hay alimentos saludables disponibles en la escuela.</li></ul> <p><b>DE ESTAS BARRERAS ¿CON CUÁLES SE IDENTIFICAN USTEDES?, ¿QUÉ COSAS SON LAS QUE MÁS SE LES DIFICULTAN?</b></p> <p>Se les solicitará a cada hay usuario que comente cuáles son las principales barreras que se aplican a su caso. Con base a las frecuencias de las respuestas que más se repiten o por votación se elegirá cuáles son las problemáticas más comunes ya que se retomarán para el desarrollo de la técnica de solución de problemas.</p>
<b>DINÁMICA</b>
<p>De manera personal se pedirá a los usuarios que escojan una conducta que les gustaría cambiar. -</p> <p>1. Preguntas activadoras</p> <p>Para que el usuario piense y hable sobre el cambio el terapeuta puede iniciar con preguntas como las siguientes:</p> <p> De estas barreras o dificultades que ustedes encontraron:</p> <p> <i>¿Qué les gustaría hacer respecto a su alimentación? ¿Qué conducta o comportamiento les gustaría cambiar? Es decir, lo que se busca es que ustedes puedan elegir una meta en relación a su alimentación, pudiendo tomar como referencia la lista de barreras que se les presentó. Además, tienen la libertad de elegir otra aunque no se encuentre en la lista. Y cuáles serían las ventajas y las desventajas de cambiar dicha conducta. O si no quisieran cambiar ¿cuáles serían las ventajas y las desventajas de seguir como hasta ahora?</i></p>

La pregunta activadora pretende que el usuario verbalice el cambio.  
(Se utilizará el registro de metas para ver ventajas y desventajas de realizar el cambio **Ver ANEXO F**)

Esta dinámica va de la mano con las preguntas derivadas de la entrevista motivacional.

## 2. Elaboración del plan

Una vez que el usuario ha respondido a las preguntas activadoras, se empezará a elaborar y negociar un plan que debería incluir:

### a) Las metas del cambio

El profesional debe ayudar al usuario a encontrarlas pero sin imponerlas. Se puede dar un consejo pero siempre es el usuario el que ha de escoger.

“¿Cómo les gustaría que fueran las cosas para que fueran distintas?”, “¿Qué quieren cambiar?”, “¿Por dónde les gustaría empezar?”

## 3. Las opciones para llegar a él. El terapeuta puede continuar diciendo lo siguiente:

*Una vez definidas las metas, hablaremos de cómo conseguirlas. Es importante escoger un camino apropiado.*

## 4. Concretar el plan

Lo que necesitamos ahora es elaborar un plan que encaje con sus metas necesidades intenciones y creencias.

Para ello hablaremos ahora de algunos pasos que nos ayudarán a conseguirlo.

 Se les entregará una hoja en donde puedan colocar su MI META EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN (**Ver ANEXO G**).

 Carta de Compromiso Personal (**Ver ANEXO H**).

## **DINÁMICA**

Aunado a la Carta de compromiso se les entregará una maceta con una semilla que este germinada y se les explicará lo siguiente:

 Esta maceta contiene una semilla de la cual se espera que cada uno la lleve a su casa para que la cuiden como un símbolo de este compromiso que acaba de realizar cada uno consigo mismo y porque lo que hagan por la plantita es también como si lo hicieran por ustedes; además posteriormente en las últimas sesiones les solicitaremos que la traigan nuevamente.

Así mismo se les explicarán los cuidados básicos para conservar dicha semilla.

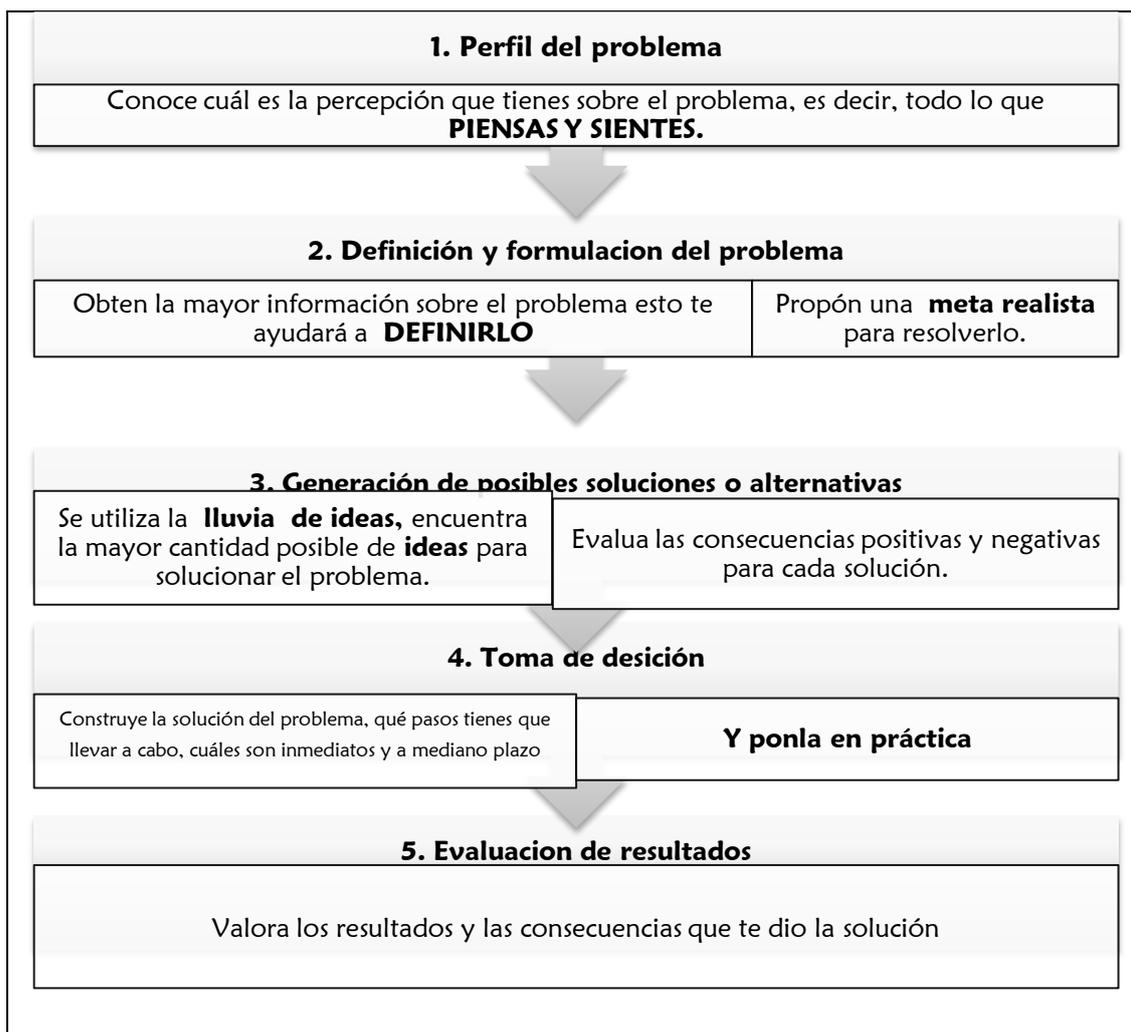
## ¿CÓMO ELABORAR MI PLAN PARA ALCANZAR MIS METAS EN RELACIÓN A MI ALIMENTACIÓN? TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El terapeuta puede iniciar comentando lo siguiente:

- 🎯 Los problemas forman parte de la vida cotidiana y las personas aprenden a lidiar con ellos. Sin embargo, para poder llegar a una solución de problemas, se requiere aprender una serie de pasos:

### **DINÁMICA**

Se dividirá al grupo por equipos y se les entregarán letreros con los pasos de la técnica de solución de problemas se les pedirá que sean ellos quienes los ordenen de a cuerdo a lo que ellos crean que sea la secuencia de los pasos. Cada equipo compartirá el orden que les asignó y posteriormente el terapeuta explicará los pasos.



(Pasos para la Solución de Problemas **Ver Anexo I**)

## **DINÁMICA**

De las metas que cada quien eligió en el ejercicio anterior se colocarán por equipos y en base a los pasos de la técnica de solución de problemas cada uno elaborará un plan respecto a la meta que se propusieron. Se comentarán dentro del grupo.

Para concluir retomaremos a Harold Greenwald que en su obra **terapia para decisión directa** sugiere las siguientes reglas.

1. Establezca claramente en qué consiste el problema actual: le gustaría cambiar o decidir hacer algo pero lo encuentra difícil.
2. Examine la decisión del pasado, que pudo haber contribuido a crear este conflicto.
3. Examine el contexto en que desarrollo la decisión original y la forma en la que ha desarrollado en estos años.
4. Elija una nueva alternativa y decida ponerla en práctica. Solucione su problema actual aplicando esta nueva decisión.
5. Recompénsese a sí mismo cada vez que tome una decisión basada en una alternativa.

Retomando los pensamientos recordemos que diferentes tipos de pensamientos producen diferentes efectos en tu estado de ánimo y en cómo te comportas respecto a tu alimentación. Por ello es importante identificarlos. Pero **¿QUÉ PODEMOS HACER PARA CONTRARRESTARLOS?**

### **DISMINUYENDO LOS PENSAMIENTOS QUE NOS HACEN SENTIR MAL (AUTOINSTRUCCIONES)**

<b>1. Interrumpe tus pensamientos</b>	Cuando un pensamiento está arruinando nuestro estado de ánimo, nosotros/as podemos identificarlo y tratar de interrumpirlo. Primero, identifica el pensamiento. Después, dite a ti mismo/a: “Este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar otro” o a través de la relajación.
<b>2. Tiempo para preocuparse</b>	Programa un “tiempo para preocuparte” cada día, de tal forma que te puedas concentrar enteramente en pensamientos necesarios y dejar el resto del día libre de preocupaciones. El “tiempo para preocuparte” puede ser de 10 a 30 minutos de duración diariamente.
<b>3. Ríete de los problemas exagerándolos</b>	Si tienes un buen sentido del humor, trata de reírte de tus preocupaciones. Si sientes que no tienes un buen sentido del humor, trata de hacerlo de cualquier forma. Algunas veces esto le puede quitar lo doloroso a algunas preocupaciones.

<p><b>4. Considera lo peor que puede pasar</b></p>	<p>A menudo sucede que algunos miedos que tenemos acerca de lo que podría pasar nos hacen sentir más preocupados que el miedo mismo que nos causa el analizar las cosas que nos atemorizan y enfrentar las peores posibilidades o consecuencias. Recuerda que lo peor que puede pasar es solamente una de las muchas posibilidades y sólo porque es la peor no significa que es la más probable que ocurra.</p>
<p><b>5. Siendo nuestro/a propio/a entrenador/a</b></p>	<p>Así como nosotros/as podemos ayudar a alguien a hacer algo difícil dándole instrucciones, también nosotros/as podemos ayudarnos a nosotros/as mismos/as al darnos instrucciones. Esto es lo que queremos decir cuando hablamos de aprender a sentirnos mejor.</p>
<p><b>6. Hablándole a tus pensamientos (el método A-B-C-D)</b></p>	<p>Cuando te sientas enojado, triste o preocupado, pregúntate a ti mismo/a lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando o hiriendo. Los siguientes ejemplos son presentados en una diapositiva y discutidos en el grupo. Luego se intentará generar un ejemplo grupal.</p> <p><b>A</b> es el evento <b>Activante</b>, es decir, lo que sucedió <b>la situación</b>.  <b>B</b> es en inglés el “<b>Belief</b>” (la creencia) o <b>el pensamiento</b> que estás teniendo; es decir, lo que te dices a ti mismo/a acerca de lo que está pasando.  <b>C</b> es la <b>Consecuencia</b> de tu pensamiento; es decir, <b>la emoción</b> que tienes como resultado de tu pensamiento.  <b>D</b> es la forma en que le <b>Discutes</b> o le hablas a tu pensamiento.</p>

**NOTA**

Se presentarán las diapositivas para explicar detalladamente las autoinstrucciones.

**DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

-  **Diario de alimentos (Ver ANEXO E)**
-  **Registro de activación (Ver ANEXO J)**
-  **Registro de Pensamientos Alternativos (Ver anexo S)**

## SESIÓN 4: ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE RESPETAR LOS HORARIOS DE COMIDA? (SOLUCIÓN DE PROBLEMAS 2)

La siguiente sesión se iniciará haciendo un resumen de lo que se tocó en la última sesión.

### **Objetivo**

Los usuarios aprenderán a planificar sus actividades y regular sus horarios y tiempos de comida.

### **DINÁMICA**

Se les pedirá a los usuarios un registro de activación en donde se les pedirá en un inicio que anoten los horarios en los que están realizando sus comidas y que los subrayen con un marcador. Con la finalidad de que observen el tiempo que dedican a esta actividad, así como los horarios el tiempo que pasa entre una y otra, el número de comidas que realizan al día y se comentará en grupo.

Posteriormente el terapeuta fomentará la participación del grupo diciendo lo siguiente:

- ❶ ¿Consideran ustedes que son importantes las horas en las que realizamos las comidas? ¿por qué creen que sería importante o por qué no serían importante las horas en las que realizamos las comidas?
- ❷ ¿Qué tiempo dedican ustedes para consumir sus alimentos? ¿cuáles son las razones por las que se nos podría dificultar tener horarios regulares para comer?

Quizás hemos escuchado con frecuencia lo importante que es respetar los horarios de nuestras comidas. Pero consideramos que nuestro ritmo de vida, exigencias de la escuela o del trabajo y otras rutinas nos obligan a alterar nuestros horarios y comer a deshoras...si es que comemos.

**¿CUÁLES PODRÍAN SER LAS DESVENTAJAS DE NO TENER ORGANIZADOS NUESTROS TIEMPOS PARA COMER?**

(El terapeuta fomentará la participación del grupo)

El horario en el que programamos nuestras comidas desempeña un papel relevante en nuestra alimentación y en nuestra salud. Lo mismo aplica al tamaño de las raciones y la calidad de los alimentos que ingerimos.

(Se colocará una diapositiva con las siguientes preguntas y se les irán leyendo).

Además se les dará una hoja (**Ver ANEXO K**) para que vayan indicando cuáles se aplican a su caso y cuáles no.

1. Nos brincamos comidas

2. Hacemos una sola comida al día
3. Para compensar que nos brincamos una comida, duplicamos la ración en la única comida que hacemos al día
4. Si comemos fuera, elegimos lo que presenta el menú sin importar si estamos balanceando nuestra dieta.
5. Si llevamos lonche, llevamos comida práctica que generalmente carece de verduras frescas y ensaladas.
6. En ocasiones intercambiamos el desayuno ligero por uno pesado porque se nos antojan “los tacos del viernes”.

### **Cómo organizar nuestras comidas**

Ahora bien, no todos podemos cumplir con los mismos horarios de comidas ya sea por la escuela, el trabajo, las distancias a recorrer, etc. Por lo general, realizamos cuatro o tres comidas principales en el día, con algunos tentempiés o colaciones entre comidas.

Cuando realizamos las cuatro comidas diarias, el total de los alimentos puede distribuirse de la siguiente forma: 20 por ciento para el desayuno y merienda y 30 por ciento para la comida y la cena.

Si tu rutina te obliga a hacer sólo tres comidas diarias, entonces la distribución de los alimentos podría consistir en un 30 por ciento para el desayuno, 20 a 30 para la comida del mediodía y 30 a 40 por ciento para la cena, que se hace más temprano.

Los porcentajes de los alimentos no es una regla estricta, pero es el aproximado adecuado para una correcta digestión y un metabolismo equilibrado.

Si tu preocupación es el sobrepeso y por eso te brincas comidas, te diremos que está demostrado que los intervalos largos de ayuno entre las comidas estimulan hormonas que favorecen el depósito de grasas en el cuerpo.

- Para más información puedes visitar paginas tales como:  
<http://www.clikisalud.info/obesidad/paginas/obesidad.aspx>
- <http://www.atractivas.es/salud/consejos/articulo/habitos-saludables-para-vivir-mas>
- <http://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/nutricion-en-las-diferentes-etapas-de-la-vida/nutricion-en-adolescentes/malos-habitos-2539>

En resumen, un horario irregular es enemigo de la salud. Organízate un poco y además de establecer un horario y respetarlo, procura que los alimentos estén balanceados y que tu dieta no se base en comida rápida o comida chatarra.

 ¿Pero y cómo hacemos eso?

## DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO

🕒 Es posible concebir el tiempo como una serie interminable de decisiones, pequeñas y grandes, que van modificando y conformando, poco a poco nuestra vida. Las decisiones tomadas que no resultan acertadas crean frustraciones, estrés y disminuyen nuestra autoestima.

🌱 ¿CUÁLES SON LAS RAZONES QUE PROVOCAN QUE SINTAMOS QUE NO TENEMOS TIEMPO?

(El terapeuta fomentará la participación del grupo)

Esto se traduce en los seis síntomas típicos de la falta de administración del tiempo:

1. Precipitación
2. Vacilación crónica entre alternativas desagradables
3. Fatiga o apatía tras muchas horas de actividad no productiva
4. Incumplimiento constante de compromisos
5. Sensación de estar desbordado por las demandas o pormenores y de tener que hacer, casi siempre, lo que no desea.

Los métodos para la administración del tiempo tienen 3 puntos

1. Es posible establecer prioridades que pongan en relieve las tareas más importantes y permitan tomar las decisiones en base a esa importancia.
2. Es posible ganar tiempo haciendo un horario realista y eliminando las tareas de escasa prioridad
3. Aprender a tomar decisiones básicas.

Antes de pasar a examinar los tres pasos necesarios para la administración efectiva del tiempo puede resultar de utilidad examinar su forma habitual de distribuir el tiempo. Una forma sencilla de hacerlo es dividir el día en tres partes:

1. Desde que se levanta hasta la hora de comer
2. Desde el final de la comida hasta la cena
3. Desde el final de la cena hasta que se va a dormir

(Se les entregará el Registro de actividades diarias divididas en tres partes

**Ver ANEXO L).**

## DINÁMICA

Pueden llevar con ustedes este registro que les vamos a entregar o un pequeño cuaderno de notas (**Ver Anexo P**) en el que podrán escribir al final de cada parte (después de comer, después de cenar, en la cama antes de dormir) cada una de las actividades que hayan realizado en la misma. Escriban, también, cuánto tiempo han empleado en cada una. El total de tiempo invertido en el conjunto de todas las actividades debe acercarse bastante al número de horas que permaneces despierto.

Traten de llevar este inventario durante tres días al final de los cuales tienen que anotar la cantidad total de tiempo invertida en la realización de las mismas. Si lo desean pueden dividir entre tres las cantidades, para hallar la media diaria de cada actividad. También pueden ordenar las categorías de actividades de mayor a menor tiempo invertido en su realización, con lo que obtendrá una distribución aproximada de prioridades.

Lo que realmente importa es separar y examinar las actividades en las que invierten su tiempo y determinar luego si desean invertir más o menos del que vienen empleando.

### Pasos

#### 1) Establecimiento de prioridades

 Una vez que hayan realizado ya su registro de tiempo, pueden pasar a averiguar la cantidad de tiempo que dedican habitualmente a la realización de tareas importantes.

## DINÁMICA

Puede resultarles útil imaginarse a sí mismos al final de la vida con los días contados y pensar en qué es lo que hubieran deseado alcanzar en su paso por ella, de qué se sentirían orgullosos, de qué podrían arrepentirse. Escriban todo lo que se les venga a la mente. Hagan una elección entre todo lo que haya escrito, con lo que formará la lista definitiva de objetivos a largo plazo.

A continuación forme una lista con todos aquellos objetivos que tiene pensado alcanzar en el plazo de un año y tengan una mínima probabilidad de ser desarrollados. Escriban lo que se proponen hacer el próximo mes.

Ahora dispone ya de tres listas de objetivos, a largo, medio y corto plazo. Cada una de ellas puede distribuirse por orden de prioridades de sus actividades, decidiendo cuales deben figurar a la cabeza, cuáles en medio y cuáles al final.

1. A la cabeza: lo que son los más deseados o los más esenciales.
2. En medio: aquellos ítems que pueden posponerse por algún tiempo, pero que no por ello pierden su importancia.

3. Al final: aquellos ítems que pueden posponerse indefinidamente sin que ello suponga un perjuicio alguno.

Se les entregará el cuadro de metas a corto, mediano y largo plazo (**Ver Anexo M**)

## **2) Desglosamiento de los objetivos en distintos pasos**

En este momento hay que desglosar cada uno de los objetivos en varios pasos que faciliten su realización.

Destine una determinada cantidad de tiempo al día para trabajar sus objetivos prioritarios. Haga hincapié en los resultados más que en la actividad en sí misma intente avanzar cada día un paso hacia la consecución de su objetivo aunque sea pequeño.

Tendrá que realizar una lista diaria de “cosas a hacer” (**VER ANEXO N**). Esta lista incluye todo lo que le gustaría poder hacer ese día.

Cada ítem se clasifica también en la cabeza, en medio o al final de la lista.

Cuando haya pasado los ítems de la cabeza pase a las tareas situadas a la mitad de la lista y sólo cuando estén todas hechas podrá permitirse pasar a las últimas. Al hacer y cumplir su lista de cosas por hacer le será útil tener en cuenta la regla 80-20: el 80% del valor corresponde sólo al 20% de los ítems.

Describa seis objetivos prioritarios en un papel y ponerlos, de forma que llamen la atención, por toda la casa o en la oficina. Cada vez que los vea se acordará de que debe cumplirlos.

## **GANAR TIEMPO**

Hay cuatro reglas básicas que son

1. Aprende a decir NO procura librarte de los compromisos que te obligan a gastar tiempo en aspectos no prioritarios. Prepárate para decir “no tengo tiempo”
2. Ignora los objetivos del final de la lista hasta que haya completado los demás con mayor prioridad. Recuerda que por definición, se trata de ítems que pueden esperar.
3. Incluye en tu horario un tiempo para las interrupciones y los problemas y acontecimientos imprevistos. De este modo evitarás las preocupaciones que conllevan las situaciones de este tipo.
4. Destina distintos momentos del día para descansar. Organiza las cosas de modo que sólo sea interrumpido en caso de emergencia. **Concéntrate en la relajación profunda.**



## **RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA (GRUESA) (RELAJACIÓN 3)**

Este tipo de relajación consiste en TENSAR o hacer fuerza (sentirlas muy duras) en diferentes partes del cuerpo para después RELAJAR las mismas, (es decir sentirlas flojitas) y lograr así sentirte más cómodo.

Vamos a dividir imaginariamente a tu cuerpo en 4 partes mismas que tendrás que aprender a TENSAR y RELAJAR.

- i) Los Pies y piernas
- j) El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda)
- k) Manos y brazos
- l) Cuello y cara.

### **“TENSA LAS PIERNAS”**

- e) Pies y piernas.

Empezaremos con los pies, tienes que sentir tus dedos, ¿cómo los sientes? ¿Calientes?, ¿Fríos?

¿Adormecidos? Muévelos un poco..... Y tus pies ¿cómo están?, ¿Calientes?, ¿Fríos?

¿Adormecidos?, Haz un recorrido por tu planta, ¿sientes su calor? ¿Cosquillas?..... Llega hasta el talón ¿cómo lo sientes?

- El primer ejercicio consiste en encoger los dedos como si quisieras tomar algo con ellos, ejerce toda la fuerza que puedas mantenlo 1, 2, 3, 4, 5, regresa a la posición normal (Repetir 5 veces).
- Ahora, es al revés, tienes que elevarlos, como si quisieras alcanzar el techo 1, 2, 3, 4, 5, regresa a la posición normal (Repetir 5 veces).
- Ahora vas a levantar la pierna izquierda con la punta hacia arriba y con tu mano, vas a tocar el muslo y la pierna para que sientas lo dura que está, en dado caso que la sientas “flojita” ténsala mucho más, en esta posición eleva los dedos de los pies.
- Repítelo solo que ahora sin tocarte, solo siente la tensión cuenta 1, 2, 3, 4, 5, y baja (relaja) lentamente la pierna. (Repetir 5 veces).
- Ahora vas a levantar la pierna derecha con la punta hacia arriba y con tu mano, vas a tocar el muslo y la pierna para que sientas lo dura que esta, en dado caso que la sientas “flojita” ténsala mucho más, en esta posición eleva los dedos de los pies.
- Repítelo solo que ahora sin tocarte, solo siente la tensión cuenta 1, 2, 3, 4, 5, y baja (relaja) lentamente la pierna (Repetir 5 veces).
- Una vez que hayas realizado las 5 repeticiones coloca tus manos en los costados de tus piernas y balancéalas a ambos lados tocando suavemente rodilla con rodilla.  
SIENTE LA DIFERENCIA ENTRE RELAJADO Y TENSO.
- CUANDO ESCUCHES LA FRASE “TENSA LAS PIERNAS” DEBERAS HACER TODO LO QUE ACABAS DE APRENDER

Si no es capaz de realizar esta actividad, puede comenzar empujando una silla o bien empujando con su pierna contra la pared y después relajarse.

### **“TENSA EL TRONCO”**

- f) El tronco (incluye abdomen, glúteos, pecho y espalda)

Es el turno del tronco, llamaremos tronco a las siguientes partes de tu cuerpo el abdomen (tu pancita), a los glúteos (o sea tus pompis o sentaderas) a tu pecho y a tu espalda.

Vamos a tocar suavemente cada una de estas partes empezando por tu pecho, imagina que estas tocando un piano en esta parte de tu cuerpo, como lo sientes ¿musculoso? ¿Flaquito?, Ahora vamos a “tocar piano” en tu abdomen ¿cómo lo sientes? ¿Muy grande? ¿Te da cosquillas? ¿Ya encontraste tu ombligo?, Bien ahora toca tu espalda recórrela de arriba abajo ¿Sientes todas tus costillas?, ahora siente tus glúteos, puedes balancearte en la silla para que los sientas o tocarlos directamente inclinándote un poco al frente, ¿cómo los sientes? ¿Entumidos? ¿Cansados?

- Toma un poco de aire por tu nariz y llévalo a tu abdomen y pecho poniéndolos lo más duro que puedas sostenlo 1, 2, 3, 4, 5. suéltalo suavemente (repítelo 2 veces).
- Ahora siéntate erguido, con la cabeza muy derecha y tensa lo más posible toda tu espalda sostenla así 1, 2, 3, 4, 5, relájate repítelo 2 veces.
- Vamos con tus glúteos, apriétalos lo más posible, (se tiene que notar como al apretarlos se mueve hacia arriba todo tu tronco) mantenlo así 1, 2, 3, 4, 5, relájate y repítelo 2 veces más.
- AHORA CUANDO ESCUCHE “TENZA EL TRONCO” TENDRÁS QUE TENSAR TODAS LAS PARTES QUE HEMOS REVISADO ARRIBA (hacerlo 5 veces más).

#### **“TENZA LOS BRAZOS”**

g) Manos y Brazos.

Ahora vamos con tus manos y brazos

Empezaremos con las manos, tienes que sentir cada uno de tus dedos, ¿cómo están? ¿Calientes?, ¿fríos? ¿Adormecidos? Muévelos un poco. Abre y cierra tu mano, sin dejar de mover tus dedos, ahora toca cada uno de ellos, primero una mano ¿cómo están? ¿Arrugados? ¿Suaves?

¿Calientitos?, luego la otra, date tiempo de conocer y saludar a cada uno de tus dedos.

Ahora vamos con los brazos, estira tu brazo izquierdo y levántalo a la altura del hombro, empieza tocando tu bíceps (tu conejo), toca suavemente toda esa zona ¿cómo esta? ¿Muy grande? ¿Adormecida? ; Ahora lleva tu mano hasta el codo, siéntelo, salúdalo ¿esta duro? ¿Adolorido?, sigue bajando lentamente hasta llegar a tu muñeca ¿cómo sientes esa parte de tu brazo? ¿Caliente? ¿Entumido? ¿Frío?

Continúa con tu brazo derecho, estíralo y levántalo a la altura del hombro, empieza tocando tu bíceps (tu conejo), toca suavemente toda esa zona ¿cómo esta? ¿Muy grande? ¿Adormecida?; ahora lleva tu mano hasta el codo, siéntelo, salúdalo ¿esta duro? ¿Adolorido?, sigue bajando lentamente hasta llegar a tu muñeca ¿cómo sientes esa parte de tu brazo? ¿Caliente? ¿Entumido? ¿Frío?

- Lo primero que tenemos que hacer es cerrar muy fuerte ambas manos, contaremos 1, 2, 3, 4, 5 y las abriremos lentamente, observa como gradualmente las palmas se vuelven rojas otra vez (repetir 3).
- Ahora al mismo tiempo que cerramos (tensamos) las manos vamos a estirar ambos brazos hacia delante a la altura de los hombros y vamos a ponerlos tan duros como podamos, cuenta 1, 2, 3, 4, 5, aflójalos (relájalos) mientras los pones sobre tus piernas (repetir 5 veces) CUANDO ESCUCHE LA FRASE “TENZA LOS BRAZOS” DEBERÁS HACER TODO LO QUE ACABAS DE APRENDER

#### **“TENSAR CUELLO Y CARA”**

h) Cuello y cara.

Ahora vamos a empezar a tensar y relajar el cuello y la cara, ya que veremos como haciendo gestos muy pronunciados, exagerados y marcados lo lograremos.

- Empezaremos con la frente, sube ambas cejas lo más que puedas 1, 2, 3, y bájalas, (toca con tu mano todas las arrugas que se te forman), (repítelo 5 veces)
- Ahora encoge las cejas (llamaremos cara de enojado), estas muy enojado, cuenta 1, 2, 3, regrésalas a su posición normal (repítelo 5 veces)
- Ahora cierra los ojos y apriétalos también muy fuerte, imagínate que alguien te los quiere abrir y tu no se lo vas a permitir, 1, 2, 3, regresa a la posición normal (repítelo 5 veces)
- Es el turno de tu nariz, arrúgala lo más que puedas, imagina que quieres oler algo que te pusieron en la frente, 1, 2, 3, regresa a la posición normal (repítelo 5 veces)
- Es el turno de la boca, trabajaremos dos cosas con ella, primero, una sonrisa exageradamente alegre, sube lo más que puedas las comisuras de los labios, 1, 2, 3, bájalas (repítelo 5 veces). Segundo, ahora vamos a hacer una cara muy triste, bajando lo más posible las comisuras de los labios 1, 2, 3, súbelas (repítelo 5 veces)
- Ahora seguiremos con el cuello, hay que ponerlo muy derecho, y con la mirada al frente con tu mano izquierda girar tu cabeza hacia la derecha, ahora haciendo fuerza con la mano no dejes que tu cabeza regrese al lugar original siente con la mano derecha como se siente tenso tu cuello, repite el ejercicio pero ahora sin detenerte la cabeza con la mano, 1, 2, 3, regresa a la posición normal ahora con la otra mano, 1, 2, 3, regresa a la posición original, repite el ejercicio 5 veces para cada lado. CUANDO ESCUCHES LA FRASE “TENSA CUELLO Y CARA” TRATA DE HACER TODO LO QUE ACABAS DE APRENDER.

## 2. TIPS PARA GANAR TIEMPO

A continuación se describen algunas reglas para ganar tiempo

1. Lleva una lista de trabajos de corta duración de unos cinco minutos que puedan hacerse mientras esperas en medio de otras cosas.
  - a) Cuando tengas que cumplir con algo prioritario procura evitar aquello que pueda distraerte: Aleje las novelas, No se entretenga en salir a comprar
2. Reduce tanto como te sea posible las actividades que no sean productivas (hablar por teléfono cuando acabas de empezar uno de los objetivos de la lista).
3. Olvídate del perfeccionismo.
4. **Responsabilízate de cada aplazamiento que hagas.** Eres el único responsable de estar perdiendo el tiempo. Haz una lista con cada dilación o conducta de evitación y anota el tiempo que invertiste en ella.
5. Anota la fecha en la que vas a abandonar las conductas de evitación.
6. Utiliza estas normas para resolver de forma inmediata situaciones poco importantes.
7. Elige lo que presente menos complicación
8. Elige lo que esté más cerca y le lleve menos tiempo
9. Elige si hay hacerlo pronto y no tarde
10. Aprende de tareas que te resulten fáciles de realizar. Empieza de una forma gradual, imponiéndote metas pequeñas relacionadas con la tarea a cumplir.
11. Acaba las cosas. Procura no empezar un trabajo nuevo hasta que no hayas terminado la parte correspondiente al que tienes entre manos.

## 4. TOMA DE DECISIONES

 Constantemente estamos tomando decisiones. En cada minuto. Incluso cuando no decidimos, estamos decidiendo algo. Las decisiones importantes que tomamos en la vida normalmente están formadas por una o dos decisiones originales y después por cientos de otras pequeñas.

**MENCIONEN ALGUNAS COSAS POR SENCILLAS QUE PAREZCAN QUE HAN DECIDIDO EL DÍA DE HOY**

Hay personas que sufren grandes dificultades para tomar decisiones.

**¿POR QUÉ RAZONES CONSIDERAS QUE TENDEMOS A EVITAR O APLAZAR DECISIONES?**

A continuación se muestra una lista de decisiones originales que pueden hallarse en el fondo de su falta de resolución actual.

1. No sufrir de una mínima cantidad de dolor
2. No cansarse ni trabajar demasiado
3. Todo debería ser fácil y sencillo
4. No debería conseguirse nada con facilidad, sino que habría que ganarlo todo con duro esfuerzo

5. No sentirse culpable, de mal humor o en competencia con alguien
6. Gustar a todo el mundo y ser aceptado por todos

### **DINÁMICA**

Haz tu lista particular de decisiones. Piensa en aquellas cosas que de modo característico evitas o aplazas.

¿Cómo empezó?

¿Cuándo fue la primera vez que notaste la evitación de algo?

¿Qué actitudes básicas, valores y creencias influyen en ella?

¿Con qué personas de tu pasado se asocia la temprana decisión de aplazar un determinado tipo de obligación, reto u experiencia?

### **DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

#### **VER ANEXO E**

-  *Diario de Alimentos (Ver ANEXO E)*
-  *Registro de Activación (Ver ANEXO J)*
-  *Registro de Actividades Diarias (Ver ANEXO O)*

## SESIÓN No. 5: IMPLEMENTACIÓN DEL DESAYUNO (SOLUCIÓN DE PROBLEMAS 3)

### Objetivo

Que los usuarios conozcan la importancia del desayuno y lo puedan incorporar como parte de un hábito de alimentación saludable.

¿Cómo es una dieta sana?

La comida que comemos a lo largo del día debe estar distribuida en cinco tomas:

- Desayuno

El desayuno es muy importante, ya que nos proporciona la energía que necesitamos para realizar nuestras actividades a lo largo de la mañana y el resto del día. Entre sus beneficios están: asegura la ingesta adecuada de nutrientes; ayuda regular el peso ya que evita el picoteo a lo largo de la mañana; mejora el rendimiento físico y mental. Un buen desayuno debería incluir: leche o yogur, cereales, tostadas o galletas y fruta o jugo.

- Media mañana: Colación o Almuerzo Ligero

A media mañana se recomienda una merienda, para tener fuerzas hasta la comida. Cómete un bocadillo, una fruta o un yogur.

- Comida

La comida es la segunda toma más importante, generalmente consta de un primer plato de pasta, arroz o verduras; un segundo que puede ser carne, pescado o huevo y el postre a elegir entre fruta o yogur. La comida siempre la podemos acompañar con pan o tortilla.

- Merienda: Colación

Por la tarde, no te olvides de la merienda: jugo, galletas o fruta.

- Cena

Por la noche no te acuestes sin cenar. La cena es parecida a la comida, pero un poco más ligera. Aprovecha y elige pescado, pollo o tortilla. Si tienes hambre antes de dormir, tómate un vaso de leche.

El terapeuta iniciará comentado lo siguiente:

### **¿Hoy no desayunaste?**

(Se colocará esta pregunta en un rotafolio o en una diapositiva)

*Empezaremos el día de hoy pidiéndoles que levante la mano quienes no hayan desayunado. Tal vez tenías prisa o se te hizo tarde, o tal vez pensaste que así podrías reducir tu ingesta de calorías. Pero ahora ya ha transcurrido parte del día y probablemente tienes **tanta hambre** que no puedes decidir si comprarte una dona de las que venden en la esquina, robarle dulces a tu compañero o esperar a la comida para atascarte con lo que te pongan enfrente.*

*El desayuno se ha considerado como una de las comidas principales del día, correspondiéndole un 20% del aporte energético diario, sin embargo, en los últimos años, se viene observando la tendencia a reducir, e incluso eliminar esta primera ingesta diaria a pesar de las consecuencias negativas que conlleva*

### **EFFECTOS NEGATIVOS DE NO DESAYUNAR**

*¿Alguna vez habían pensado en que el no desayunar tuviera efectos negativos? ¿Cuáles creen que serían esos efectos? (Se fomentará la participación del grupo a través de la lluvia de ideas).*

*Algunos de los efectos pueden ser:*

1. Disminución de la fuerza muscular y de la resistencia
2. Descenso en la capacidad de poner atención y del funcionamiento intelectual
3. Inquietud motriz
4. Además de repercutir directamente en la conducta alimentaria posterior induciendo el consumo de dulces y chucherías o de café
5. Privarte de alimento por las mañanas, además de no brindarte **la energía necesaria** para empezar el día, hace que todo el día sientas la necesidad de comer continuamente.

 *Pero ¿cuáles son las razones por las que no desayunamos?*

*(Se invitará a los participantes para que cada uno comente si el desayuno forma parte de sus hábitos alimentario y de no ser así la razón por lo que no lo realizan).*

#### **Razones por las que no desayunamos**

- Un caso frecuente en esta comida es la ausencia de señales de hambre primera hora del día induciendo a muchas personas a no desayunar o hacerlo de forma insuficiente
- Algunas personas justifican la omisión o insuficiencia del desayuno, en función de la falta de tiempo, necesario para espabilarse y disfrutar tranquilamente de la primera comida del día.
- La percepción de que *no se tiene tiempo* puede actuar como inhibidor del apetito, sumándose a esto el coste que supondría ponerse a preparar el desayuno, o al consumirlo mientras se prodigan las señales de urgencia (el reloj, otras personas recordándole que va a llegar tarde, etc.) que pueden resultar muy estresantes y que además se vinculan con la conducta de comer, dotándole de un carácter aversivo.
- Puede ocurrir que el hábito de no desayunar haya pospuesto las señales de hambre, hasta el momento en que la persona acostumbra a comer algo.

 Ya hablamos respecto a los efectos negativos que trae el no desayunar. La siguiente pregunta sería ¿consideran que es importante realizar el desayuno como parte de nuestra alimentación? ¿Cuáles creen que sean las ventajas o los beneficios de realizar el desayuno? (se fomentará la participación del grupo para que ellos den alternativas).

-  **Mejora el estado nutricional;** es decir, ayuda a mejorar el balance de energía y nutrientes (calcio, hierro, magnesio, vitaminas del grupo B...) que el cuerpo necesita durante el día. Aumenta el rendimiento físico. Recuerda que el cuerpo necesita energía para poder moverse.
-  **Aumenta la concentración y la memoria.** Por qué el desayuno es importante cuando es equilibrado, aporta glucosa, el alimento del cerebro, por lo que mejora la memoria, la concentración y la creatividad.
-  **Da alegría y buen humor.** Por qué el desayuno es importante, cuando aumenta la glucosa (que está baja tras toda la noche de ayuno), lo que hace que el sistema nervioso funcione mejor, y esto se traduce en alegría y buen humor.
-  **Ayuda a controlar el peso.** Desayunar ayuda a mantener el peso dentro de límites saludables en mayor medida que si se omite esta comida tan importante del día. Evita que picotees. Está comprobado que las personas que comen algo todas las mañanas **pierden más peso** que las que no lo hacen.
-  **Es un buen hábito.** Si acostumbras a levantarte con tiempo suficiente para tomar un buen desayuno, transmites buenos hábitos, y esto es positivo para la salud y el bienestar de toda la familia.
-  **Es la forma de comenzar el día practicando la dieta equilibrada,** ya que con un buen desayuno consigues...
  -  **Más hidratos de carbono...** Que se transforman en glucosa, el “combustible” del organismo. Los alimentos ricos en hidratos de carbono ocupan la base de la Pirámide de la Alimentación Saludable: pan en todas sus versiones (normal, integral, tostado, de molde, con frutos secos...), cereales de desayuno y/o galletas.
  -  **Más fibra...** Si en el desayuno incluyes cereales, panes o galletas integrales, y fruta. Esto ayuda a no tener estreñimiento.
  -  **Más vitaminas y minerales...** Un desayuno variado y equilibrado es una fuente importante de numerosas vitaminas (B1, B2, B3, B5, B6, B12, ácido fólico, vitamina C, A, D) y minerales como calcio, fósforo, hierro y magnesio... Estos nutrientes hacen que tengan más energía y vitalidad y que evites las enfermedades.
  -  **Y LO MÁS IMPORTANTE es un forma de cuidarte y mostrarte cariño.**

*¿Cuáles son los principales problemas que identifican que les impiden realizar el desayuno?*

*¿Qué alternativas pueden tomar para resolverlos?*

**NOTA:** Se retomará parte de las soluciones a las que los participantes llegaron en la sesión de establecimiento de metas en relación a la alimentación.

Ten en cuenta lo siguiente:

- Dejar preparado, la víspera, todo lo necesario para el día siguiente (ropa, libros, etc.)y, especialmente, la mesa del desayuno con la fruta, mermelada, cereales, azúcar, tazas, etc. así como la cafetera, lista para hacer café.
- Poner el despertador media hora antes de lo habitual
- Realizar las tareas de forma ordenada y diligente, pero sin apresuramientos (por ejemplo, abrir la ventana y retirar la ropa de la cama para que se ventile, antes de ir a la ducha; encender la cafetera para que haga el café, mientras te vistes, etc.)
- Activar la percepción de sensaciones placenteras (Aspirar el aire cuando se abre la ventana, centrar la atención en el agua de la ducha sobre la piel, el olor del jabón, el tacto de la toalla, etc.) disfrutando con todo ello y de forma especial, con la visión y el aroma de los alimentos.
- Comprobar que se dispone con tiempo para tomar el desayuno con tranquilidad
- Centrar la atención en la textura, sabor, olor y temperatura de los alimentos, detectando las diferencias entre unos y otros.
- Evitar las discusiones y las conversaciones estresantes mientras se desayuna, posponiéndolas para después de levantarse de la mesa
- Si se prevé una jornada dura, puede destinarse un momento a pensar en cómo afrontar los problemas (por ejemplo, mientras baja las escaleras y se dirige al autobús), pero durante el tiempo de desayuno habrán de dejarse fuera ese tipo de preocupaciones.
- Anotar en una hoja el grado de placer percibido durante el desayuno
- Recordar las sensaciones gratificantes relacionadas con la conducta de desayunar.

☺ **DINÁMICA DE VISUALIZACIÓN  
(RELAJACIÓN 3)**

**Respiración**

Con los ojos cerrados ponte tranquilo y relajado. Inspira por la nariz lentamente hasta llenar bien los pulmones y expira por la boca entre abierta y la nariz hasta expulsar completamente el aire.

Respira de forma tranquila, lenta y profunda.

Llena los pulmones y al mismo tiempo llena el abdomen. Vacía los pulmones y también el abdomen. Todo simultáneo. No fuerces nada. Realiza unas cuantas respiraciones de esta forma.

**Silenciamiento corporal**

Tranquilo, concentrado, suelta uno por uno los brazos y las piernas (apretando y soltando los músculos) sintiendo cómo se liberan las energías.

Suelta los músculos- nervios del cuello y de la nuca balanceándola hacia delante y hacia atrás, girándola en todas direcciones, con tranquilidad y concentración, sintiendo cómo se relajan tus músculos y tus nervios.

**Silenciamiento mental**

Muy tranquilo y concentrado comienza a repetir la palabra “paz” en voz suave cada vez que exhalas el aire, notando como la sensación sedante de paz va inundando tu cerebro (dedica unos minutos para relajarlo), y los demás músculos de tu cuerpo.

Recorre ordenadamente tu organismo comenzando desde la cabeza hasta llegar a los pies, pronunciando la palabra “paz” e inundándote de una sensación profunda de calma, de quietud, de paz.

Después haz este mismo ejercicio de la misma manera con la palabra “nada”, sintiendo la sensación de vacío- nada, comenzando por el cerebro y siguiendo por todo el organismo hasta sentir una sensación general de descanso y silencio.

**Concentración**

Con tranquilidad percibe (sin pensar) el movimiento pulmonar, muy concentrado (dedica unos minutos).

Estate tranquilo, sereno. Capta y suelta, desprende de ti todo los ruidos lejanos, próximos, fuertes o suaves (dedica unos minutos).

Imagina que te estás bañando. Observa el vapor. Siente lo tibio y húmedo del agua contra tu espalda y corriendo por todo tu cuerpo. Escucha el sonido del agua contra tu espalda y corriendo por todo tu cuerpo. Escucha el sonido del agua deslizarse. Aspira el aroma del jabón y el shampoo.

Te sientes muy bien; lleno de vida, calor y libertad y piensa para ti: “merezo disfrutar de todo esto”. Goza la sensación de hallarte limpio de pies

a cabeza, de sentirte renovado y refrescado.

Ahora has dejado el baño y te has secado, empieza a vestirme con tu ropa favorita. Observa los colores de las distintas prendas. Siente las texturas conforme se deslizan cada una de dichas prendas a lo largo de tu cuerpo tibio y limpio. Di para ti mismo: "merezo disfrutar de las cosas agradables, merezo sentirme bien".

Ahora ve al espejo y admira tu ropa. Ve lo bien que luces en ellas. Párate derecho y percibe como tu limpia y fresca piel se siente bajo la ropa, lo fuertes y flexibles que también se sienten tus músculos al pararte derecho. Observa con agradable sorpresa, si es que los tienes como tus achaques y dolores se desvanecen en ese instante. Entonces di para ti: "luzco bien".

Arréglate el cabello de la forma en que más te agrade. Ajusta el cuello de tu camisa o blusa. Sonríe ante tu imagen en el espejo. Realmente siente cómo los músculos de tu cara esbozan esa sonrisa. Obsérvate sonreír y date cuenta de qué tanto más abierto y relajado luces cuando sonríes. Cuando depares en los aspectos de tu apariencia que por lo general no son de tu agrado, nota que ahora éstos parecen ser menos dominantes, menos importantes. Si un pensamiento autocrítico atraviesa tu mente, sacude los hombros y deja que pase de largo. Di lo siguiente: "en realidad estoy bien justo como me encuentro".

Ahora ve a la cocina y observa con detalle la estufa, las alacenas y el fregadero tal como estos lucen. Ve ahora al refrigerador y ábrelo. Ve como está lleno de alimentos atractivos y nutritivos: frutas y verduras frescas, leche y jugo, carnes magras... cualquier tipo de comida saludable que te gustaría comer. Abre las alacenas y ve en su interior nutritivos granos enteros y frijoles, ingredientes nutritivos que te gustaría prepararte. Coméntate lo siguiente: "Tengo lo que necesito".

Prepárate un platillo sencillo, algo que te resulte delicioso y de provecho. Como puede ser una ensalada nutritiva. Tómame tu tiempo para disfrutar el proceso de sacar los ingredientes: puedes empezar sacando una manzana, una zanahoria, pasas, queso cottage y canela molida.

Lava la manzana, siente el agua sobre tus manos y las texturas enseguida, córtala por la mitad, quítale el corazón y pícala en trozos pequeños. Ahora continua con la zanahoria, lávala, pélala lentamente, siente la textura dura de la cáscara y como se va suavizando al ir la pelando. Y por último rállala.

En este momento, puedes mezclar la zanahoria, la manzana y el queso cottage, adorna con la canela molida y las pasitas; acomoda las cosas atractivamente en el plato. Di entonces: "Merezo alimentarme bien".

Observa los colores, siente la temperatura y textura, percibe los seductores aromas. Admira la que has preparado y comenta para ti: "Soy

bueno en esto”.

Consume el platillo sentado tranquilamente en la mesa y tómate tu tiempo. Demórate en cada bocado, degustando realmente cada proporción de esa deliciosa comida que has preparado. Una vez que termines, nota que satisfecho y a gusto te sientes contigo mismo, que bien alimentado y en paz con la vida. Deja que te invada una sensación de bienestar y di lo siguiente: “Me amo y cuido de mí mismo”.

Limpia y guarda todo. Conforme lo haces piensa si se te cayera una taza o plato y que se rompiera pensarías: “Vamos no es tan grave”. Si acuden a tu mente palabras peyorativas como: torpe o malo dite lo siguiente: “Me concedo permiso para cometer errores. Me encuentro bien tal como estoy con errores y todo; asimismo soy capaz de enmendar mis errores y puedo hacerme cargo de ellos.”

😊 Ahora disponte a salir de tu casa. Tu intención es dar una caminata de placer, así que sal y enfilate camino abajo. Es un día soleado, cálido y hermoso. Disfruta la sensación de tus músculos en movimiento, de tus pulmones aspirando el aire fresco y puro, de la cálida caricia del sol en tus hombros. Nota cómo los acostumbrados dolores parecen haber desaparecido, los autos yendo y viniendo, la música sonando en algún radio. Entonces comenta para ti: “Soy capaz de disfrutar de las cosas sencillas de la vida”.

Observa que alguien se aproxima; puede ser un vecino o un desconocido que aún cuando te resulta familiar en realidad nunca antes habías cruzado palabra con él. Ve cómo esa persona te dirige la mirada y te sonrío. Tú medio quieres asentir y clavas la vista en el piso rompiendo el contacto ocular. Sientes ese extraño aleteo en tu pecho, esa ligera sensación de frustración o escalofrió provocado por la segregación de adrenalina que generalmente se percibe y designa como timidez o reserva.

Ahora ve como otro extraño se aproxima. Nuevamente este te dirige la mirada y sonrío. Pero esta vez tú mantienes el contacto ocular y le devuelves una ligera sonrisa. Comenta enseguida para ti: “estoy dispuesto a asumir riesgos”. Una vez más observa a otro extraño aproximarse y sonrío, en esta ocasión mantén el contacto ocular, sonrío abiertamente y dile con voz alta: “Hola ¿Cómo estás?” o “Buenos días”. Continúa caminando por la acera, sonriendo ligeramente para ti al tiempo que dices “Soy amigable y tengo confianza en mí mismo.”

Ahora disponte a concluir esta sesión. Poco a poco recuerda tu entorno, regresa aquí y ahora, cuando estés listo abre los ojos lentamente e incorpórate.

**NOTA:**

Una variante de esta dinámica es sustituir el día soleado por un día de invierno como pudiera ser lo siguiente:

- 😊 Ahora disponte a salir de tu casa. Tu intención es dar una caminata de placer, así que sal y enfilate camino abajo. Es un tranquilo y hermoso día de invierno. Disfruta la sensación de tus músculos en movimiento, de tus pulmones aspirando el aire fresco, de la suave caricia del viento en tus hombros. Nota cómo los acostumbrados dolores parecen haber desaparecido, los autos yendo y viniendo, la música sonando en algún radio. Entonces comenta para ti: “Soy capaz de disfrutar de las cosas sencillas de la vida”.

**DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

 Registro de Actividades Diarias (anotar el grado de placer percibido en el desayuno **Ver Anexo O**)

 Diario de alimentos (**Ver Anexo E**)

**NOTA**

Se les pedirá a los usuarios que para la próxima sesión lleven la maceta que se les entregó en sesiones anteriores, que la adornen del modo en que ellos lo deseen y que en la siguiente sesión se les explicará con más detalle lo que se hará con esta maceta.

Finalmente se pedirá a los usuarios que de tarea escriban un mensaje positivo que le quisieran regalar a alguien importante para ellos.

## SESIÓN FINAL

### CULTIVANDO MIS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

En la última sesión se dará la explicación por parte de Nutrición respecto a algunos fundamentos básicos para el cultivo de alimentos.

Posteriormente se llevarán a cabo las siguientes dinámicas.

#### ***DINÁMICA DE DESPEDIDA***

Se jugará un pequeño juego denominado “EL CARTERO TRAE CARTA PARA...” el cual consiste en colocar las sillas en círculo a modo de que falte una silla de acuerdo al número de usuarios. Se les pedirá a las personas que tomen un lugar. Se les explicará que a la persona que no tiene silla le toca comenzar el juego diciendo la frase EL CARTERO TRAE CARTA PARA..., después de lo que debe decir una característica que se relacione con las emociones y/o la alimentación. Por ejemplo: EL CARTERO TRAE CARTA PARA los que comieron verduras; EL CARTERO TRAE CARTA PARA los que estén contentos. Al escuchar esto aquellos que reúnan la característica deben pararse y cambiar de lugar. La persona que se quede sin lugar deberá decir la misma frase “EL CARTERO TRAE CARTA PARA” y otra característica.

Una vez que hayan quedado intercalados los usuarios, se les dará la indicación de que se coloquen de pie formando un círculo, y que tomen consigo la tarjeta que elaboraron como tarea de la sesión anterior y su cuadernillo, el cual deberán colocar en el centro del círculo. Se les pedirá que así como están formados le entreguen su tarjeta a la persona que está a la derecha pidiéndoles además que piensen en la siguiente pregunta ¿SI PUDIERAN DEJAR ALGO DE SU VIDA A SU COMPAÑERO QUE SERÍA? O bien ¿QUÉ ES LO QUE REPRESENTA PARA ELLOS LA FRASE QUE ESCRIBIERON EN SU TARJETA? O ¿ALGO QUE LE QUIERAN DECIR A SU COMPAÑERO APARTE DE LO QUE ESCRIBIERON EN SU TARJETA? Siendo la finalidad el que ellos se den cuenta de que CADA PERSONA LE PUEDE APORTAR ALGO A LOS DEMÁS Y QUE PUEDEN COMPARTIR SUS EXPERIENCIAS Y VALORES; los cuales pueden ser de ayuda para otra persona e igualmente para crecer como ser humano.

**NOTA:** El resto de la sesión se dedicará a la evaluación final de los usuarios.

## **ANEXO A**

### **EXPECTATIVAS Y TEMORES**

Escriban en este espacio sus temores y lo que esperan llevarse del curso-taller.

<b><i>TEMORES</i></b>	<b><i>ESPERANZAS</i></b>

## ANEXO B

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D. F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Nombre del Usuario:	
Edad:	Sexo:
Carrera:	Semestre:

El estudio nombrado “Elaboración, Aplicación Y Evaluación de un Programa De Intervención Cognitivo-Conductual Y Nutricional para la Implementación de Hábitos Alimentarios Saludables” es un primer intento por conocer como los alumnos pueden incorporar hábitos alimentarios adecuados dentro de sus actividades diarias como parte de un estilo de vida saludable, basado en aspectos como la implementación del desayuno, la distribución del tiempo y la elaboración de menús a través de la adecuada elección de alimentos.

Hago de su conocimiento que los datos que se obtengan **serán confidenciales**; en caso de no aceptar tenga por seguro que **no se verá afectado en el aspecto académico** en ningún momento. Además tiene la posibilidad de abandonar el estudio en el momento en que así lo decida, informando dicha decisión a la psicóloga encargada.

Por medio de la presente hago constar mi deseo de participar en la investigación “Elaboración, Aplicación Y Evaluación de un Programa De Intervención Cognitivo-Conductual Y Nutricional para la Implementación de Hábitos Alimentarios Saludables”, así mismo que sean grabadas mis respuestas.

Además me comprometo a:

- **iVenir cada semana a las sesiones!**
- **iHacer los ejercicios!** Practicar lo que se enseña en la sesión para mejorar mis hábitos de alimentación.
- Guardar lo que comparte en la sesión como confidencial. Sin embargo, puedo compartir lo que he aprendido con otras personas, si así lo deseo.
- Participar en los ejercicios.
- Avisar si por alguna razón tuviera que dejar de asistir a las sesiones.

Firma del Usuario:

Testigo 1

Nombre:

Firma:

Testigo 2

Nombre:

Firma:

## ANEXO C

### TIPOS DE PENSAMIENTOS

#### Abstracción Selectiva



Basar una conclusión en un detalle aislado, mientras se ignoran otros aspectos más importantes.

#### Generalización



Inferir una regla con base en un sólo episodio y aplicarla incluso a situaciones que no son similares.

#### Pensamiento Dicotómico



Pensar en términos absolutos y opuestos, los sucesos sólo pueden ser negros o blancos.

#### Magnificar



Sobreestimar la importancia de las consecuencias indeseables. El estímulo que activa este pensamiento no corresponde a su análisis objetivo.

# MODELO DE DETERMINISMO RECÍPROCO

## ANEXO D

**PENSAMIENTO** ¿Qué pensé?

**AMBIENTE** ¿Qué pasó? (Situación)

**EMOCIÓN** ¿Qué sentí? (Califica la intensidad de la emoción en una escala del **1 al 10**, donde **1** es **POCO** y **10** es **MUCHO**)

**CONDUCTA** ¿Qué hice?

# ANEXO E

## DIARIO DE ALIMENTOS

**INSTRUCCIONES:** Hoja de llenado  
se te pide que anotes día con día los alimentos que vas consumiendo.

diario A continuación

1. TIEMPO	2. ESTADO DE ÁNIMO (1-10 Donde 1=poco y 10=mucho)	3. PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS ¿Qué pensé?	4. COMIDA Y LIQUIDO (TIPO Y CANTIDAD)	5. ESTADO DE ÁNIMO (DESPUÉS DE COMER (1-10 donde 1=poco y 10=mucho)	6. SITIO EN DONDE COMIÓ



## ANEXO F

### *Registro de ventajas y desventajas al identificar metas*



<b>METAS</b>	<b>VENTAJAS INMEDIATAS</b>	<b>VENTAJAS A LARGO PLAZO</b>	<b>DESVENTAJAS INMEDIATAS</b>	<b>DESVENTAJAS A LARGO PLAZO</b>

## ANEXO G

MI META EN RELACIÓN A  
LA ALIMENTACIÓN ES:



---

---

---

---

---

---

---



## ANEXO H

### CONTRATO PERSONAL

Yo \_\_\_\_\_ establezco el siguiente contrato conmigo mismo.

**Objetivo.** Durante esta semana haré la siguiente actividad\*\*\*\*\*

---

---

---

#### Recompensa

1. Si cumplo con mi objetivo me premiaré con:

---

---

2. Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

---

Firma

---

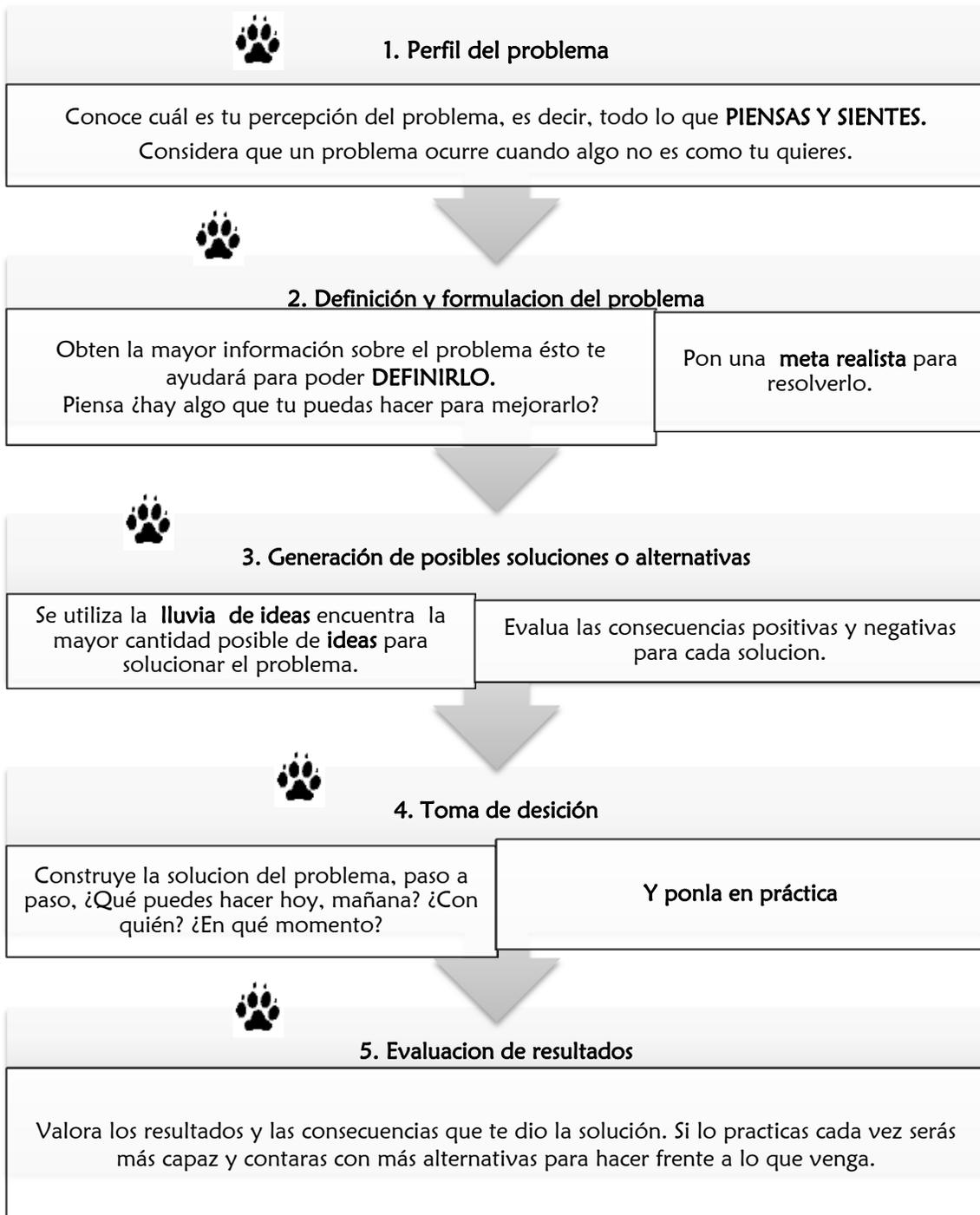
Fecha

Fecha en que logré mi objetivo \_\_\_\_\_

Fecha en que me di mi recompensa \_\_\_\_\_



# ANEXO I



## PASOS DE LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

# ANEXO J

## REGISTRO DE ACTIVACIÓN

Instrucciones: Registra las actividades que realizas a lo largo del día anotando el estado de ánimo y su intensidad para cada actividad. Utiliza la escala de abajo con la guía de tu consejero para valorar tu estado de animo. Haz este registro cada tres o cuatro horas durante el día

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							

Calificación del estado de ánimo

0= Me siento bien, sin ningún sentimiento de tristeza (actividades ejemplo):

\_\_\_\_\_

5= Intermedio (actividades ejemplo):

\_\_\_\_\_

10= El peor sentimiento (actividades ejemplo):

\_\_\_\_\_

## ANEXO K



### TUS HORARIOS DE COMIDA

	SI	NO
1. Te brincas comidas		
2. Haces una sola comida al día		
3. Para compensar que te brincaste una comida, duplicas la ración en la única comida que haces al día		
4. Si comes fuera, eliges lo que presenta el menú sin importar si estas balanceando tu dieta.		
5. Si llevas lonche, llevas comida práctica que generalmente carece de verduras frescas y ensaladas.		
6. En ocasiones intercambias el desayuno ligero por uno pesado porque se te antojan “los tacos del viernes”.		







# ANEXO O

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Despertar								
Dormir								
Placenteras o agradables								
Estudio								
Ejercicio								
Desayuno								
Colación								
Comida								
Colación								
Cena								
	<b>HORA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>				<b>ALIMENTACIÓN</b>		

**ANEXO P**



## ANEXO Q

### EVALUACIÓN DIARIA DE LA SESIÓN

Responda de acuerdo a lo que se le pide marcando su respuesta.

La información sobre los temas vistos fue:	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA
La explicación de los temas vistos fue	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA
Los materiales utilizados para la exposición fueron:	EXCELENTES	BUENOS	REGULARES	MALOS
¿Considera que la técnica realizada le ayudo en algo?	SI		NO	

OBSERVACIONES

---

---

---

---

# ANEXO R

## EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER

Responda de acuerdo a lo que se le pide marcando su respuesta.

1. La información sobre los temas vistos fue:

- a) EXCELENTE
- b) BUENA
- c) REGULAR
- d) MALA

¿Por qué?

---

---

2.-El desarrollo de los temas vistos fue:

- a) EXCELENTE
- b) BUENO
- c) REGULAR
- d) MALO

¿Por qué?

---

---

3.- ¿Cuál de los temas fue el que más le sirvió? Y ¿Por qué?

---

---

4.-Los materiales utilizados durante el Taller fueron:

- a) EXCELENTES
- b) BUENOS
- c) REGULARES
- d) MALOS

5.- ¿Considera que las técnicas realizadas le ayudaron en algo?

- a) SI
- b) No

¿De qué manera?

---

---

6.- La interacción entre los expositores y el grupo le pareció:

- a) EXCELENTE
- b) BUENA
- c) REGULAR
- d) MALA

¿Por qué?

---

---

---

7.- La interacción entre los compañeros del grupo le pareció

- a) EXCELENTE
- b) BUENA
- c) REGULAR
- d) MALA

¿Por qué?

---

---

---

8.- ¿El cuadernillo que se le dio le pareció útil durante el taller?

- a) SI
- b) NO

9.- Considera que el cuadernillo le puede ser útil en su vida diaria

- a) SI
- b) NO

¿Por qué?

---

---

---

10.- ¿Considera que le falta algo al Taller?

- c) SI
- d) No

11.- ¿Qué le agregaría al taller?

---

---

---

12.- ¿Qué es lo que le deja el Taller?

---

---

---

13.- ¿En general el taller le pareció?

- a) EXCELENTE
- b) BUENO
- c) REGULAR
- d) MALO

¿Por qué?

---

---

---

# ANEXO 5

SITUACIÓN

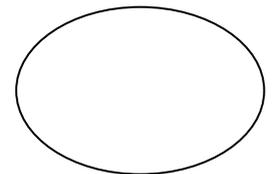
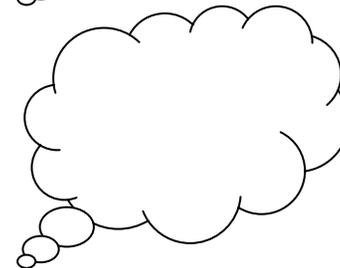
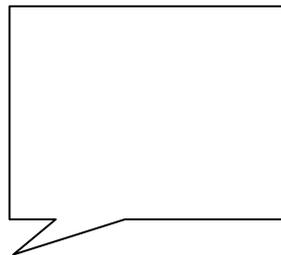
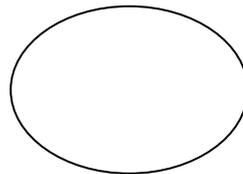
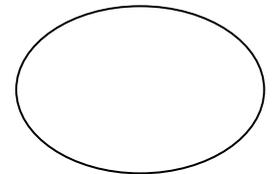
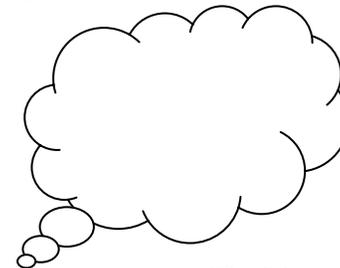
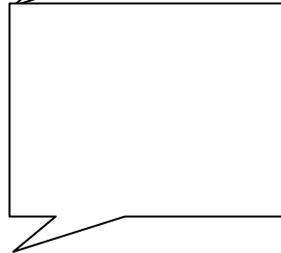
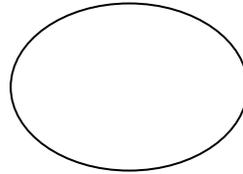
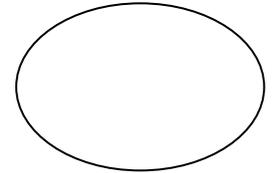
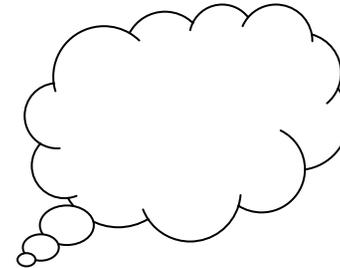
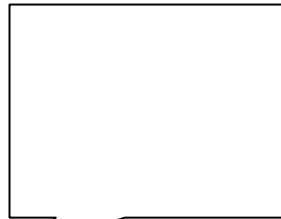
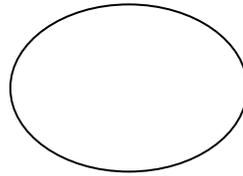
EMOCIÓN

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO ¿QUÉ ESTOY PENSANDO?

ALTO

PENSAMIENTO ALTRNATIVO ¿CÓMO PUEDO PENSAR DIFERENTE?

NUEVA EMOCIÓN



## ANEXO T



### TOMA DE DECISIONES

**Instrucciones:** Piense en aquellas cosas que de modo característico evita o aplaza Y conteste las preguntas que aparecen a continuación:

1. ¿Cómo empezó?

2. ¿Cuándo fue la primera vez que notaste la evitación de algo?

3. ¿Qué actitudes básicas, valores y creencias influyen en ella?

4. ¿Con qué personas de tu pasado se asocia la temprana decisión de aplazar un determinado tipo de obligación, reto u experiencia?

## ANEXO U

NO.	TEMA
	MIS PENSAMIENTOS EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN
	¿CÓMO INFLUYEN MIS COMPORTAMIENTOS EN MI SALUD?
	MIS METAS EN RELACIÓN A MI ALIMENTACIÓN
	¿POR QUÉ ES IMPORTANTE RESPETAR LOS HORARIOS DE COMIDA?
	¿CÓMO ELEGIMOS NUESTROS ALIMENTOS?
	IMPLEMENTACIÓN DEL DESAYUNO

## ANEXO V

Había una vez una persona  llamada \_\_\_\_\_.

Que aunque acostumbraba a comer

en exceso, y se negaba a comer



\_\_\_\_\_.



Picaba cosas entre \_\_\_\_\_, entre los alimentos que más

consumía se encontraban



\_\_\_\_\_ y



\_\_\_\_\_.



Además no tenía un \_\_\_\_\_ definido para comer.

Aunque a veces se sentía lleno(a) se forzaba a terminarse el



\_\_\_\_\_.

Comía mientras realizaba



otras actividades como ver la \_\_\_\_\_.

Y cuando estaba  \_\_\_\_\_ o cuando había discusiones notaba que le daba más hambre o que en ocasiones pasaba todo lo contrario, se le iba el apetito. Además los fines de semana para no cocinar

acostumbraba comer cualquier cosa con tal de no meterse a

la cocina como



\_\_\_\_\_.

Todo esto formaba parte de su estilo de vida, pero un día al darse cuenta de que esto podía tener repercusiones para su

salud y mientras escuchaba la



\_\_\_\_\_ de

"hoy voy a cambiar" de Lupita Dalesio decidió que él (ella) también quería hacer algunas cosas diferentes. Así que comenzó por leer algunas recomendaciones que le había hecho su doctor tales como:

No participar en ninguna otra actividad mientras estas comiendo.

Evitar comer mientras se ve



\_\_\_\_\_.

Cuando se está



\_\_\_\_\_ o hablando por



\_\_\_\_\_.

Esto implica evitar comer automáticamente sin percatarse de lo que se comió. De este modo comerás menos.

Confinar la actividad de comer a una sola  \_\_\_\_\_ de la casa y determinar en esa habitación un sitio específico para comer.

Limitar la cantidad de  \_\_\_\_\_ disponible a lo que se planea comer.

Si por ejemplo va a comer dos rebanadas de  \_\_\_\_\_ no llevar a la  \_\_\_\_\_ todo el paquete de pan. No comer directamente de los recipientes de alimentos, sino servirse la cantidad deseada o recomendada en su plato.

 \_\_\_\_\_ solo la ración que se va a servir. Evitar guardar sobrantes.

Limitar en la  \_\_\_\_\_ la cantidad de comida de fácil preparación o de la que se recomienda un consumo limitado como  \_\_\_\_\_ y  \_\_\_\_\_, etc.

Al ir de  \_\_\_\_\_, apegarse a la lista de compras, relacionada con la dieta recomendada. Hacer la  \_\_\_\_\_ después de haber comido y no antes.

## ANEXO W

### **OBSTÁCULO 1: COMO CUANDO ESTOY ESTRESADO, DEPRIMIDO O ABURRIDO**

Mucha gente usa comida para consolarse cuando enfrentan un problema difícil o buscan algo para mantenerse ocupados.

#### **ESTRATEGIAS**

- a) EVITE LA COMIDA DISTRAYÉNDOSE (puede llamar a un amigo, ir a caminar, etc.). Cuando tu mente esta ocupada, el antojo desaparece
- b) NO TENGA ALIMENTOS DE CONSUELO EN CASA (Si tiende a tomar alimentos ricos en grasa, no los tenga cerca.
- c) IDENTIFIQUE SU ESTADO DE ÁNIMO
- d) INTENTE REEMPLAZAR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS CON POSITIVOS (Ej. Anote las cualidades positivas de su personalidad y lo que desea lograr)

### **OBSTÁCULO 2: NO ME GUSTA LA VERDURA NI LA FRUTA.**

#### **ESTRATEGIAS**

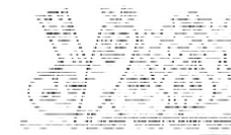
- a) TENGA EN MENTE QUE NO ES NECESARIO QUE LE GUSTEN TODAS LAS FRUTAS Y LAS VERDURAS, SOLO ALGUNAS.
- b) COMPRE FRUTA FRESCA QUE NO HAY PROBADO ANTES (quizás kiwi, mango, chabacanos, etc.)
- c) Pruebe diferentes maneras de preparación. Ej, si no le gustan las verduras crudas cuézalas un poco y vea si las prefiere así.
- d) PARA INTRODUCIR MÁS VERDURAS Y FRUTAS incorpórelas con otros alimentos. Ej, incluye fruta fresca en su cereal, añada vegetales a su sopa favorita,

### **OBSTÁCULO 3: NO PUEDO RESISTIRME A ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO DEBERÍA CONSUMIR COMO EL CHOCOLATE Y LA COMIDA CHATARRA**

Para alcanzar un objetivo trate de ser flexible. Pregúntese como puede incluir postres o alimentos chatarra ocasionalmente sin destruir su plan de alimentación. En lugar de evitar estos productos tómese el permiso de comerlos a veces y con moderación, solo “para el antojo”.

#### **ESTRATEGIAS**

- a) COMA PRIMERO ALIMENTOS SALUDABLES, de modo que cuando se el momento de disfrutar sus favoritos ya no tenga hambre.
- b) NO TENGA CHOCOLATE, NI COMIDA CHATARRA EN CASA. Si va a comer estos alimentos pero tiene la necesidad de comprarlos puede que pase el antojo. O compre cantidades pequeñas como una sola ración.
- c) HAGA PLANES ANTICIPADOS PARA LOS SUCESOS EN LOS CUALES PODRIA ESTAR CERCA DE DULLCES Y COMIDA CHATARRA. En situaciones apropiadas (salir con amigos) disfrute algunos de sus alimentos favoritos en proporciones adecuadas.
- d) DETERMINE CUÁNTO COMERÁ Y SIGA SU PLAN.



**OBSTÁCULO 4: CUANDO COMO FUERA ME GUSTA CONSUMIR MIS ALIMENTOS FAVORITOS NO ALGO SALUDABLE.**

Está bien que disfrute de su platillo favorito, a menos que coma fuera con mucha frecuencia. No obstante es importante que convierta a las comidas saludables en parte de su experiencia en un restaurante.

**ESTRATEGIAS**

- a) COMA SÓLO LA MITAD DE LA PORCIÓN QUE LE SIRVIERON y reserve la otra para el día siguiente
- b) LIMITE OTRAS COSAS QUE COME ANTES O DURANTE SU SALIDA.
- c) BUSQUE LA MANERA DE HACER QUE SUS COMIDAS FAVORITAS SEAN SALUDABLES.
- d) SI SABE QUE COMERÁ FUERA O COMERÁ CALORÍAS ADICIONALES, AUMENTE SU EJERCICIO ESE DÍA.

**OBSTÁCULO 5: LA COMIDA SALUDABLE COMO VERDURAS Y PESCADO ES CARA. NO ESTA A MI ALCANCE.**

Aunque las verduras, frutas y el pescado probablemente sean más caros, su cuenta total de comestibles puede ser menor porque comerá menos de otros alimentos como papas fritas, galletas y helado. Estos alimentos procesados también pueden ser caros.

**ESTRATEGIAS**

- a) SI PLANEA LAS RACIONES DIARIAS DE FRUTAS Y VERDURAS PUEDEN OBTENERSE A UN PRECIO MUY LIMITADO. Verifique sus opciones en el supermercado y esté atento a las ofertas especiales.
- b) COMPRE LOS GRANOS COMO AVENA, ARROZ INTEGRAL A GRANEL.
- c) HAGA COMIDAS SIMPLES EN OCASIONES. Una sopa y unas cuantas piezas de fruta no son muy caros.

**OBSTÁCULO 6: NO TENGO HAMBRE POR LA MAÑANA Y CON FRECUENCIA NO DESAYUNO**

El desayuno es una comida importante. Los estudios indican que la gente que desayuna obtiene más nutrientes y maneja mejor su peso que las personas que no lo hacen. Un buen desayuno le impide tener demasiada hambre más adelante en el día cuando no hay que comer demasiado.

**ESTRATEGIAS**

- a) COMIENZE POCO A POCO. La primera semana trate de desayunar dos días, y la siguiente tres. Su objetivo final es desayunar todos los días.
- b) SI EL TIEMPO ES UN PROBLEMA, PREPARE SU DESAYUNO DESDE LA NOCHE ANTERIOR.
- c) TENGA A LA MANO COMIDA QUE PUEDA LLEVAR CONSIGO E INGERIRLA EN EL AUTO, TREN O CAMIÓN, O EN LA ESCUELA. (manzanas, plátano, yogur bajo en grasa.
- d) PREPARE UN BUEN EMPAREDADO.



**ANEXO X**

**LA FRASE QUE ME MOTIVA ES:**

---

---

---

---

FECHA: \_\_\_\_\_ 

**LA FRASE QUE ME MOTIVA ES:**

---

---

---

---

FECHA: \_\_\_\_\_ 

**LA FRASE QUE ME MOTIVA ES:**

---

---

---

---

FECHA: \_\_\_\_\_ 

**LA FRASE QUE ME MOTIVA ES:**

---

---

---

---

FECHA: \_\_\_\_\_ 

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A Theory of Planned Behavior. En Kuhl, J. & Beckman, J. (Eds). Action control from cognition to behavior (pp. 10-39). Nueva York: Springer-Verlag.
- American Cancer Society, (2013). Leucemia en los niños. Atlanta: American Cancer Society Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002289-pdf.pdf>
- Barker, C., & Pistrang, N. (2002). Psychotherapy and social support integrating research on psychological helping. *Clinical Psychology Review*, 22, 361-379.
- Blasco T. e Inglés N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología*, 72(8). Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61347/88771>
- Borda, M., Pérez A. y Blanco, A. (2000). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta en Medicina Comportamental*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Borrel M. y Rovere M. (2004). La formación de postgrados en salud pública: nuevos desafíos, nuevos cambios. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud*, 320.
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento Psicosocial e Intervenciones Psicológicas en niños con Cancer. *Psicooncología*, 6 (2-3), 327-341.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thompson.
- Brinkmann, H. y Bizania, M. (2000). Estructura psicológica de los valores presentación de una teoría, *Revista Sociedad de Hoy*, 4.
- Brown, T., Freeman, W., Brown, R., Belar, C.,Hersch, L., Hornyak, L., Rickel, A., Rozensky, R., Sheridan, E. y Reed, G. (2002).The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 536-545. doi: 10.1037/0735-7028.33.6.536.

- Buceta, Bueno y Mass (2001). *Intervención Psicológica y Salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.
- Bulik, CM. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychology Medical*, 28,611-623.
- Caballo, V.E. Valenzuela, J., Anguiano, S. Irurtia, M., Salazar, I. y López-Gollonet, C. (2006). La evaluación del estrés y los trastornos de adaptación. En V. Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 322-337). España: Pirámide.
- Camargo, D. (2003). *Código de ética del Estudiante Universitario*. España: Dafra.
- Campbell, D. T., Stanley, J. C., & Gage, N. L. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton, Mifflin and Company.
- Casado, Camuñas, Navlet, Sanchez y Vidal, (1997). Intervención Cognitivo- Conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista electrónica de Psicología*, 1(1).
- Castell, A. (1992). Las Enfermeras en el Tercer Milenio. *XIII Sesiones de Trabajo de la A.E.E.D.* Sevilla.
- Cepeda, M., López R., Plancarte P., Moreno D. y Alvarado, I. (2005). *El proceso de Investigación, Medición y Observación*. México: UNAM, FES-Iztacala.
- Cerfogli, C. F. y Martínez, J.B. (2006). Programa de apoyo al niño hospitalizado por maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 631-645.  
Recuperado de  
[http://www.uc.cl/psicologia/buentrato/pdf/est\\_inv/maltra/mi\\_programa.pdf](http://www.uc.cl/psicologia/buentrato/pdf/est_inv/maltra/mi_programa.pdf)
- Clavijo, A. (2011). *Crisis, familia y terapia*. Cuba: Ciencias Médicas.
- Cruz, C., López, L.; Blas C.; González, L. y Chávez R.. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, febrero, 72-81.

- Cruzado, J.A. (2003). La Formación en Psicooncología. *Psicooncología* , 0(1).  
Recuperado de  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A>
- Devita, V., Hellman, S. y Rosemberg, S. (1991). *Cáncer, principios y práctica de oncología*. Barcelona: Salvat.
- Díaz, L., & Durán, M. (2003). *Diseño de un manual para el manejo del duelo en padres que han sufrido la pérdida de un hijo*. Tesis de grado no publicada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. (1993). Barcelona: Masson.
- Egozcue, M. (2005). *Primeros auxilios psicológicos*. México: Paidós.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Consultado el 11 de diciembre de 2012 en  
<http://ensanut.insp.mx/>
- Fairburn C. (1995) A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 52, 304-12.
- Fernández-Castillo, A. y López-Naranjo I. (2006) Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *Universidad de Granada, España y Hospital Comarcal de Antequera, España. International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(4), 234-255.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. & Hitchcock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors: An analysis based on the theory of reasoned action. En R.J. Di Clemente & J.L. Peterson (Eds.). *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral Interventions* (pp.61-78). New York: Plenum.
- Flores, L. (1999). La salud pública y la Psicología de la Salud: El papel de la comunidad científica. *Revista Colombiana de Psicología*, 8. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de:  
[www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/download/.../1697](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/download/.../1697)

- García V.G.R. (2004) Evaluación de competencias funcionales relacionadas con la trasmisión de VIH/SIDA en pacientes seropositivos: un estudio piloto. Tesis de estudio en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla, Edo. Méx. UNAM.
- García, R., Fernández, M., Sales, M. y Moliner, M. (2006). Elaboración de instrumentos de medida de las actitudes y opiniones del profesorado universitario hacia la ética profesional docente y su papel como transmisor de valores. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 12 (1). Recuperado de [http://www.uv.es/RELIEVE/v12n1/RELIEVEv12n1\\_8.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v12n1/RELIEVEv12n1_8.htm)
- García, R., Pérez- González, F. Pérez-Blasco, J. y Natividad, L.A. (2012). Evaluación del estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la Universidad. *Revista Latinoamérica de Psicología*, 44(2) 143-154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80524058011>
- Garner, D. (1993). Comparison of Cognitive- behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 150(1), 37-46.
- Gil, J. (1991). *Psicología de la Salud*. España: Pirámide.
- González, J. (2000). *Obesidad*. México: Mc Graw Hill.
- González, V. (2000). La Educación en Valores en el Curriculum Universitario. Un enfoque Psicopedagógico para su Estudio. *Revista Cubana Media Superior*, 14(1), 74-82.
- Grayson, P.A. y Meilman, P.W. (2006). *College Mental Health Practice*. Routledge: New York.
- Hakanen, J., Bakker A. y Shaufeli J. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*. 43, 495- 513.
- Hayes, S.C., Louma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Haynes, M. (1993). *Administración del Tiempo*. México: Trillas.

- Hernández S. R., Fernández C.C. y Baptista L.P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hirsch, A. (2002). Elementos significativos de la ética profesional. En Hirsch A. y López R. *Ética profesional e identidad universitaria*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Hortal, A. (2002). *Ética general de las profesiones*. Bilbao: Centros Universitarios de la Compañía de Jesús.
- Hudd, S.S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E, Soukas, N., y Yokosuka, N. (2000). Stress at college: Effects on health habits, health status and self-esteem. *College Student Journal*. Recuperado de [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FCR/is\\_2\\_34/ai\\_63365177/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FCR/is_2_34/ai_63365177/)
- Ibarra, G. (2007). Ética y valores profesionales. *Reencuentro, Análisis de Problemas Universitarios*. Recuperado de: [http://148.206.107.10/biblioteca\\_digital/estadistica.php?id\\_host=2&tipo=ARTICULO&id=2222&archivo=3-147](http://148.206.107.10/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=2&tipo=ARTICULO&id=2222&archivo=3-147)
- Institute of European Foods Studies, (1996). *Pan- EU- Survey of Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health*. Trinity College Dublin EUROBUS. Recuperado de: <http://www.eufic.org/article/en/artid/consumer-attitudes-food-nutrition-health/>
- Instituto Nacional de Estadística (2003). *Encuesta de morbilidad hospitalaria 2000*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Johnson, D. W. (1993). Métodos para la modificación de Actitudes. En F. Kanfer y A. Goldstein. *Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia: un Manual de Métodos (4ª Edición)*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kazdin A. E., (2011). *Methods for Clinical and Applied Settings*. New York: Oxford University Press.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill.

Lanzarote M. y Torrado, E. (2009). *Orientación y psicoterapia familiar en enfermedad crónica : Apuntes de Psicología*, 27( 2), 457-471.

Lara C., Espinosa I., Cardenas M., Focil M. y Cavazos J. (2005). *Reliability and validity of the SCL-90 for the evaluation.*

Latorre y Beneit (1994). *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.

Laviana C.(1998). Los psicólogos clínicos en el sistema sanitario público. *Papeles del Psicólogo*, 69,48-51.

Leahy, R., Tirch, D. & Napolitano, L.A. (2011). *Emotion regulation in Psychotherapy*. Guilford: New York.

Leukemia and Lymphoma Society (2012). *Acute Lymphocytic Leukemia A Guide for Patients and Families*. Recuperado de <http://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/leukemia/pdf/allguide.pdf>

Levinton, A. (1996). Integrating Psychology and public health. *American Psychologist*, 51 (1), 42-51.

Libertad, M. (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(3),275-281. ISSN 0864-3466. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n3/spu12303.pdf>.

Loredo, A. A. (1990). *Medicina Interna Pediátrica*. México: Interamericana.

Manne S.L., Lesanics D, Meyers P, Wollner N, Steinherz P, Redd W. (1995). Predictors of depressive symptomatology among parents of newly diagnosed children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 491-510.

Marchesi, A. y Díaz (2007). *Sobre el Bienestar de los Docentes. Competencias, Emociones y Valores*. Madrid: Alianza Editorial.

Marino, B. & Marino, E. (2000). Parents' report of children's hospital care: What it means for your practice. *Pediatric Nursing*, 26(2), 195-198.

Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26,(4) 1-16.

Méndez J. y Maya A. (2011). Psicología Pediátrica. *Acta Pediátrica de México*, 32(4),231-239. Recuperado de:  
<http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/actapediatrica/Julio-Agosto2011/Acta%204.7%20Psicologia.pdf>

Méndez, F.X. (2002). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.

Méndez, X., Orgiles, M., López Roig, S. y Espada, P. (2004). Atención Psicológica en el Cáncer Infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.

Miller, W. y Rollnick S. (1999). *Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.

Moleros, F., Ros M. y Gouveia V. (2003). Psicología Social de los Valores Humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2),215-218.

Montaña, C., & Peña, L. (2001). Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo conductual. En V. Caballo, & M. Simon (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp.322-3337). Madrid: Pirámide.

Montiel, M., Reyes. U., Félix, Y. y Ayala, M. (2010). Escala de hábitos de alimentación y ejercicio: construcción y validación psicométrica. *La Psicología Social en México*, 13, 507-515. ISBN: 968-5411-13-1.

Mora, S. (2002). *Intervención psicosocial en cuidados paliativos a niños con cáncer*. Tesis de grado no publicada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Morales, R. G. y Coronel, P. B. (1998). El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud. *Psicología y Salud*, 115-121.

- Mucci, M. y Benaim D. (2009). Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 6. Universidad de Palermo. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/revista-psicodebate/revista-psicodebate-06.html>
- Negre A. y Fortes I. (2005). Programa de educación sanitaria: estrategia para disminuir la ansiedad que provoca la transición del hospital a casa, en los padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 157-162. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0505120157A.PDF>
- Olaiz G., Rivera J., Shamah T., Rojas R., Villalpando S., Hernández M., Sepúlveda J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L. & Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90 -R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (3), 225-229.
- Organista, K. (2006). Cognitive-behavior therapy with Latinos and Latinas. En Hays P.A. & Iwamasa, G.Y. (Eds.), *Culturally Responsive Cognitive-behavioral therapy* (pp. 73-96). Washington DC: American Psychological Association.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Glosario de Promoción de Salud, Recuperado el 27 de abril de 2012 de <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Día Mundial contra el Cáncer: acción mundial para evitar 8 millones de muertes por cáncer de aquí al 2015*. Recuperado el 20 de julio del 2011 de <http://www.consultordesalud.com.ar/admin/ediciones/pdfs/Inter42.pdf>
- Organización Panamericana de Salud (2006). *Fortalecimiento de Autocuidado como Estrategia de la Intervención Primaria de Salud*. Recuperado noviembre, 4, 2009, de <http://www.biblioteca.cotecnova.edu.co/docentes/Magali/Cartillas/autocuidado.pdf>
- Oscar Sanchez, Roberto; Ledesma, Rubén Daniel. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13, 265-274.

- Palomo, B. M.P. (1995). *El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Pedro-Carroll, J., & Reddy, L. (2005). A preventive play intervention to foster children's resilience in the aftermath of divorce. En L. Reddy, T. Files-Hall, & C. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp.51-75). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pérez, M.A. (1998). *Estrés Vida o Muerte. Cómo controlarlo*. Instituto Politécnico Nacional: México.
- Pickering TG. (2003) White coat hypertension. En: Izzo JL, Black HR, (Eds). *Hypertension Primer*. Dallas: American Heart Association.
- Polo, A., Hernández, J.M. y Poza C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 2-3, 159-172.
- Rascón, M.L., Hernández, V., Casanova, L., Alcántara, H. y Sampedro, A. (2013). *Guía Psicoeducativa para el Personal de Salud que brinda Atención a Familiares y Personas con Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Reig, A., Cabrero, J. Ferrer, R.I. y Richart, M. (2003). *La Calidad de Vida y el estado de salud de los Estudiantes Universitarios*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Recuperado de [www.biblioteca.org.ar/libro/88711.pdf](http://www.biblioteca.org.ar/libro/88711.pdf)
- Reynoso, L., Bravo, C., Anguiano, S. Mora, A. (2012). La evaluación de la residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite? *Revista de Educación y Desarrollo*, 23  
Recuperado de:  
[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/23/023\\_Reynoso.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/23/023_Reynoso.pdf)
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-217.
- Rodríguez E. (1992). *Los Valores Claves de la Excelencia*. México: Mc Graw Hill.

Rodríguez, A.C., Ruiz, R.Y. y Restrepo M.(2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 90-101. Recuperado abril, 14, 2010 de [redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401310.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401310.pdf)

Rodríguez, G. (2004). *Medicina Conductual en México*. México: Porrúa. Recuperado de: [http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/med\\_cond\\_mex.pdf](http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/med_cond_mex.pdf)

Rodríguez, M. (1999). *Administración del Tiempo*. México: Trillas.

Rubin B. y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Safren, Otto y Worth( 2000). *Life- Steps: Applying Cogniutive Behavioral Therapy to HIV Medication Adherence*. *Cognitive and Behavioral Practice* 6, 332-341.

Sánchez, M. y Claveria, M. (2005). Profesorado Universitario: estrés laboral, Factor de Riesgo de Salud. *Revista de Enfermería Global*, 6, 1-16. Recuperado de [revistas.um.es/eglobal/article/download/512/526](http://revistas.um.es/eglobal/article/download/512/526)

Schmitz, N., Kruse, J. & Tress, W. (2001). Improving screening for mental disorders in the primary care setting by combining GHQ-12 and the SCL-90-R subscales. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 166-173.

Schwartz, S. y Bardi, A. (2003) Values and Behavior: Strength and Structure of Relations. 29(10) 1207-1220, DOI: 10.1177/0146167203254602.

Schwartz, S. y Bilsky (1987). Toward a Universal Psychological Structure of Human Values. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53 (3) 550-562.

Schwarzer R, Fuchs R. (1999). *Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs*. En: Bandura A (ed.) *Self-efficacy in changing societies*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). Self-Efficacy and health behaviours. En: M. Conner & P. Norman (Eds.). *Predicting Health Behaviour* (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press.

- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Recuperado marzo, 24, 2010 de [http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf).
- Serra- Majen, L., Aranceta, J. y Mataix, J. (1995). *Nutrición y Salud Pública. Métodos y bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Squires, G. (2004). *Localice los problemas de su docencia*. Barcelona: CEAC.
- Tones, K. (2002) Reveille for radicals: the paramount purpose of health education. *Health Education Research*, 178(1), 1-5.
- Trianes, M.V. (2002). *Estrés en la infancia*. Madrid: Narcea.
- Varela, G., Moreiras, O., Carvajal, A. y Campos, M. (1995). *Encuesta sobre Presupuestos Familiares. Estudio Nacional de Nutrición y Alimentación*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Vázquez, C. (2005). *Alimentación y nutrición: Manual Téorico-Práctico*. España: Díaz de Santos.
- Yelarmos C., Fernández B. y Pascual C. (2011). *Cáncer infantil. Guía de apoyo para padres. Asociación Española contra el Cáncer*. Recuperado de [https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/guia\\_padres.pdf](https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/guia_padres.pdf)
- Yu-Hsin Liao, K. y Wei, M. (2014). Academic Stress and Possitive Affect: Assian Value and Self- Worth Contingency as Moderators Among Chinese International Students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(1), 107-115.