



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**“TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON DAÑO
NEUROLÓGICO POR EVENTO CEREBRO VASCULAR”
REPORTE DE ACTIVIDADES PROFESIONALES.**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA
PATRICIA PALAO MENDOZA**

**DIRECTOR DEL REPORTE:
DRA. ISABEL REYES LAGUNES**

**COMITÉ TUTORIAL:
DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
DRA. SHOSHANA BERENZON GORN
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
MTRA. SHIRLEY RUBIO CARRASCO
DRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ
DRA. DOLORES MERCADO CORONA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A PATRICIO ALEJANDRO POR QUE LA NOTICIA DE TU LLEGADA FUE EL MOTOR QUE ME IMPULSÓ A SEGUIR ADELANTE, Y CON TU PRESENCIA ME ENSEÑAS QUE LA GRANDEZA DE LA VIDA SE ENCUENTRA EN CADA UNO DE LOS PEQUEÑOS DETALLES QUE SUCEDEN TODOS LOS DÍAS.

A ALEJANDRO, POR SER MI FIEL Y LEAL COMPAÑERO EN UN MISMO PROYECTO DE VIDA. TE AMO.

A MI MAMÀ, Y EN RECUERDO DE MI PAPÀ POR SER MI APOYO Y FORTALEZA EN TODO MOMENTO Y ENSEÑARME A NUNCA DARME POR VENCIDA.

LOS RESPETO, ADMIRO Y QUIERO.

A MIS HERMANAS, POR TODOS LOS MOMENTOS COMPARTIDOS QUE NOS HACEN SER COMO UNA SOLA.

LAS QUIERO MUCHO.

A NANI Y A MAX PORQUE SU PRESENCIA COLMA DE ALEGRIA MI VIDA.

A MIS AMIGOS, PORQUE A PESAR DE LA DISTANCIA, SÉ QUE PUEDO CONTAR CON USTEDES.

A MIS COMPAÑEROS DE LA RESIDENCIA, PORQUE CADA MOMENTO VIVIDO CON UDS. DURANTE ESTE TIEMPO, SE CONVERTIRÁN EN GRATOS RECUERDOS QUE ME ACOMPAÑARAN TODA MI VIDA.

A MIS MAESTROS POR OFRECERME SU TIEMPO Y CONOCIMIENTO PARA FORJAR Y LOGRAR ESTE OBJETIVO.

A LA DRA. ISA, POR SU APOYO INCONDICIONAL, COMPRENSIÓN Y ASESORÍA.

A REBE POR BRINDARME SU CONOCIMIENTO TANTO A NIVEL ACADÈMICO COMO PERSONAL

PERO SOBRE TODO A DIOS POR DARME LA OPORTUNIDAD DE COMPARTIR ESTE LOGRO CON TODOS USTEDES.

GRACIAS

Índice

	Página
Resumen	1
Introducción	2
I Evento cerebro vascular	
1.1 Marco teórico	
1.1.1 Introducción	4
1.1.2 Definición	4
1.1.3 Clasificación	5
1.1.4 Síntomas	8
1.1.5 Proceso biofisiológico	9
1.1.6 Diagnóstico	11
1.1.7 Epidemiología y factores de riesgo	14
1.1.8 Prevención	26
1.1.9 Complicaciones	26
1.1.10 Tratamiento	28
1.1.11 Terapia psicológica	33
1.1.11.1 <i>Enfoque cognitivo conductual</i>	42
1.1.11.2 <i>Ajuste emocional en pacientes con evento vascular desde el enfoque cognitivo-conductual</i>	45
1.1.12 Investigaciones nuevas para el desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas	58
II Tratamiento psicológico de pacientes con daño neurológico por evento cerebro vascular	
2.1 Objetivo general	
2.1.1. Criterios de inclusión	62
2.1.2 Criterios de exclusión	62
2.2 Procedimiento	
2.2.1 Evaluación	62
2.2.2 Tratamiento	64
2.2.2.1 Primer nivel de atención	64
2.2.2.2 Segundo nivel de atención	68
2.2.2.3 Tercer nivel de atención	70
2.2.3 Postevaluación	72
2.2.4 Alta	73
2.2.5 Seguimiento	73

III Caso clínico	
3.1 Entrevista de exploración	74
3.2 Diagnóstico psicológico	79
3.3 Plan de tratamiento	79
3.4 Efectos clínicos o ajuste psicológico	91
3.5 Limitaciones y sugerencias	93
IV Sede de Residencia	
4.1 Características de la sede	95
4.2 Ubicación del residente de medicina conductual en la sede	99
4.3 El programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos	
4.3.1 En servicio	
4.3.1.1 <i>Preconsultas y canalizaciones</i>	101
4.3.1.2 <i>Esquema de diagnóstico y tratamiento</i>	105
4.3.1.3 Expediente clínico	112
4.3.2 Docencia	113
4.3.3 Investigación	116
4.3.4 Prevención	116
4.4 Características de los pacientes atendidos	
4.4.1 En el programa de atención psicológica a enfermos crónico-degenerativo	116
4.4.2 Por el residente de medicina conductual	119
Discusión y conclusiones	123
Referencias	125
Glosario	132
Listado de anexos	134

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad documentar una sesión típica del ejercicio profesional -eligiendo de entre la variedad de problemáticas de salud vistas en la sede de la residencia- sobre un estudio de caso de evento cerebro-vascular; problemática que destaca como la causa más común de incapacidad en adultos y es la tercera causa de muerte en nuestro país. A partir de ello se propone un programa de tratamiento psicológico dirigido a pacientes con este tipo de padecimiento, evaluando la efectividad y ajuste psicológico generados por la intervención llevada a cabo por el mismo, cuyo objetivo principal es la rehabilitación integral del paciente, específicamente en aras de un adecuado manejo emocional que facilite el proceso de adaptación a un estilo de vida saludable y por ende la prevención de complicaciones futuras.

Se muestra además, una perspectiva general sobre las actividades desempeñadas durante la residencia de Medicina Conductual, resaltando las características principales tanto de estructura como de función de la sede donde se llevo a cabo dicha residencia, la cual fue realizada en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología en la U.N.A.M.

De esta manera se hace una descripción de las actividades desempeñadas en dicha sede, tanto a nivel académico, docente como de intervención clínica e investigación mediante la aplicación del enfoque cognitivo-conductual, señalando las competencias profesionales alcanzadas como consecuencia del desarrollo de dichas actividades mediante un sustento teórico-metodológico.

Introducción

Las representaciones sobre salud y enfermedad han estado presentes desde los inicios de la civilización humana, la necesidad de desarrollar actividades para el crecimiento y sobre vivencia de la especie, ha requerido de personas que se perciban sin limitaciones, ni molestias para actuar. De esta manera el hombre tuvo que ocuparse del entendimiento de procesos que se relacionaban íntimamente con el acto mismo de la vida: los procesos salud-enfermedad (Pérez, 2005).

Este proceso fue entendido con peculiares distinciones según cada cultura, las demandas histórico-sociales concretas de cada época así como el grado de conocimientos que sobre el hombre, su biología y sus relaciones se tenían, siendo dichos conocimientos los que definían el proceso y se convertían en paradigma que orientaba la conducta particularmente de aquel grupo de personas que se dedicaban a la práctica de la medicina (Pérez, 2005).

El tema de la salud inicialmente abordado desde el modelo médico tradicional, el cual era visualizado por muchos como la única alternativa de eliminación de la enfermedad y por lo tanto de la recuperación de la salud, resultó ser un modelo indeseable por los altos costos y la escasa cobertura que implicaba. Por ello fue necesario plantearse una alternativa multidisciplinaria que permitiera extender los beneficios de la salud a una mayor cantidad de población y reducir los costos, además de reorientar las acciones hacia la prevención.

La psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad (Carrobes, 1993 citado en Roa, 1995).

Específicamente el campo de la medicina conductual, ha constituido una opción importante dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud en psicología. La medicina conductual se cimentó en los años setenta como un enfoque multidisciplinario que logró un desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de la ciencia conductuales, psicosociales y biomédicas, relevantes para el entendimiento de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y esas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades crónicas que aquejan a nuestra sociedad (Agras, 1982; Belar, Deardoff y Delly, 1987, citados en Roa, 1995; Riojano, 2002).

En nuestro país, el perfil epidemiológico, y los índices de morbilidad y mortalidad resaltan la importancia de contar con profesionales de la salud que incidan sobre los aspectos de salud de manera prioritaria e interdisciplinaria, ya que debido a la transformación demográfica en combinación con el éxito en el control de múltiples enfermedades infecciosas y los profundos cambios en el estilo de vida, actualmente las personas adultas (de 20 años de edad en adelante) representan más de la mitad de la población y las

enfermedades que afectan a este grupo de edad constituyen las primeras causas de muerte dentro de la población general, siendo las diez principales causas de muerte en orden decreciente: diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ciertas afecciones originadas en el periodo peri natal, accidentes de tráfico de vehículo de motor, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades hipertensivas, nefritis y nefrosis, agresiones (homicidios), desnutrición calórico proteica, tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, tumor maligno del estómago, tumor maligno del hígado, VIH/SIDA, tumor maligno de la próstata, tumor maligno del cuello del útero, tumor maligno de la mama, enfermedades infecciosas intestinales (S.S.A. 2004) (ver anexo 1).

A través del trabajo e investigaciones, los expertos en medicina conductual han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como de su interrelación con factores medioambientales. Como resultante, el papel del psicólogo se ha expandido enormemente, si se considera a la enfermedad como producto de un estilo de vida inadecuado, es fácil suponer que la curación y la rehabilitación de la persona no será alcanzada solo con la hospitalización y una serie de indicaciones médicas por lo que se hace fundamental entonces contar con el apoyo de una disciplina que de manera sistemática proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar conductas (estilo de vida) decrementando tanto la morbilidad como la mortandad, desarrollando programas enfocados a la adherencia terapéutica, prevención de enfermedades, reducción de estrés, cambio de estilo de vida, mejoramiento y/o mantenimiento de nuevas condiciones de vida en el caso de enfermedades crónicas evitando deterioros cognitivos, emocionales y conductuales).

Bajo este sustento conceptual se desarrolla el presente reporte que tiene como finalidad describir y evaluar las actividades desarrolladas, así como las competencias alcanzadas como residente en la maestría de Medicina Conductual en la sede del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila“ de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, para lo cual se presenta un plan de tratamiento de apoyo psicológico dirigido a pacientes con daño neurológico por un evento cerebro-vascular, a manera de ejemplificar el esquema general del proceso terapéutico, sus fases y técnicas desarrollados en la práctica clínica con los pacientes atendidos en la sede citada.

I Evento cerebro vascular.

1.1 Marco teórico.

1.1.1 Introducción.

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates (citado en Vital, 2006), reconoció y describió el accidente cerebro vascular como el "inicio repentino de parálisis". Hasta hace poco, la medicina moderna ha podido hacer muy poco por esta condición, pero el mundo de la medicina relacionada con los accidentes cerebrovasculares está cambiando y se están desarrollando cada día nuevas y mejores terapias. Hoy día, algunas de las personas que sufren un accidente cerebro vascular pueden salir del mismo sin incapacidad o con muy pocas incapacidades, si reciben tratamiento con prontitud. Los médicos actualmente pueden ofrecer a los pacientes que sufren un accidente cerebro vascular y a sus familias algo que hasta ahora ha sido muy difícil de ofrecer: la esperanza.

En tiempos antiguos el accidente cerebro vascular se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. Debido a que muchas condiciones pueden conducir a una parálisis repentina, el término apoplejía no indicaba diagnóstico o causa específica. Los médicos sabían muy poco acerca de la causa del accidente cerebro vascular y la única terapia establecida era alimentar y cuidar al paciente hasta que el mismo siguiera su curso (Vital, 2006).

La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer (citado en Vital, 2006). Nacido en Schaffhausen, Suiza, en 1620, Wepfer estudió medicina y fue el primero en identificar los signos "posmortem" de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. De los estudios de autopsias obtuvo conocimiento sobre las arterias carótidas y vertebrales que suministran sangre al cerebro. Wepfer fue también la primera persona en indicar que la apoplejía, además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro. Así pues, la apoplejía vino a conocerse como enfermedad cerebro vascular ("cerebro" se refiere a una parte del cerebro; "vascular" se refiere a los vasos sanguíneos y a las arterias).

El término en inglés para describir el accidente cerebro vascular o apoplejía es "stroke". En español, muchas personas comúnmente utilizan los términos "accidente vascular", "ataque cerebro vascular", "ataque cerebral", o "derrame cerebral" (NINDS, 2003).

1.1.2 Definición.

Un evento cerebro vascular (EVC) ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al

cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un "ataque cerebral" o sufre un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Las células cerebrales mueren cuando dejan de recibir oxígeno y nutrientes de la sangre o cuando son dañadas por una hemorragia repentina en el cerebro y alrededor del mismo. Isquemia es el término utilizado para describir la pérdida de oxígeno y nutrientes en las células cerebrales cuando no existe un flujo adecuado de sangre. La isquemia conduce finalmente a un infarto, la muerte de células cerebrales que con el tiempo son sustituidas por una cavidad llena de fluido en el cerebro lesionado (NINDS, 2003).

Cuando se interrumpe el flujo de sangre al cerebro, algunas células cerebrales mueren inmediatamente, mientras que otras permanecen sometidas a riesgo de morir. Estas células dañadas constituyen la penumbra isquémica y pueden permanecer en un estado de riesgo por varias horas. Con tratamiento oportuno, estas células pueden salvarse (Vital, 2006).

Pero las células del cerebro que han muerto no pueden volver a la vida. Esto quiere decir que el cerebro puede dejar de enviar señales a otras partes del cuerpo que controlan cosas como el habla, el pensamiento o la acción de caminar (Rodríguez, 2006).

1.1.3 Clasificación.

Accidente cerebro vascular trombótico.- la trombosis cerebral se produce al acumularse grasa (placas) en las arterias que llevan la sangre al cerebro; esto demora el flujo sanguíneo y puede hacer que se formen coágulos que disminuyen o bloqueen completamente el flujo de oxígeno y de nutrientes al cerebro (INN 2006, Medciclopedia, 2006; NIA, 2004; NINDS, 2003).

Es el tipo más común, y se produce cuando un coágulo sanguíneo (denominado «trombo») obstruye el flujo de sangre a ciertas partes del cerebro. El trombo puede formarse en una arteria afectada por aterosclerosis. La aterosclerosis es un proceso que se caracteriza por la acumulación de placa en el interior de la arteria que genera un estrechamiento de la arteria (estenosis). Esta placa vuelve más gruesa la pared arterial, estrechando el vaso. La placa está compuesta de grasa, colesterol, fibrina (una sustancia coagulante) y calcio. A medida que la placa se acumula en las arterias, la sangre circula más lenta y dificultosamente, facilitando la coagulación. Un vaso sanguíneo estrechado por aterosclerosis tiene mayores probabilidades de ser obstruido por un coágulo, interrumpiéndose así el flujo sanguíneo. Los accidentes cerebro vasculares trombóticos generalmente se producen durante la noche o en las primeras horas de la mañana. La estenosis puede ocurrir tanto en las arterias grandes como en las pequeñas y, por tanto, se llama enfermedad de vasos grandes o enfermedad de vasos pequeños, respectivamente. Cuando ocurre un accidente cerebro vascular debido a una enfermedad de vasos pequeños, se desarrolla un infarto muy pequeño, llamado a veces infarto lacunar, de la palabra francesa "lacune" que significa "laguna" o "cavidad" (Guadalajara, 1996; Vital, 2006).

Accidente cerebro vascular embólico.- es causado por un coágulo sanguíneo que se origina en otro lugar del organismo, generalmente el corazón, y viaja por la sangre hasta el

cerebro. Este coágulo obstruye una arteria que conduce al cerebro o que se encuentra dentro de él. A los coágulos que se desplazan por el cuerpo se les llama émbolos. Se produce un accidente cerebro vascular embólico cuando se desprende un fragmento de un coágulo o émbolo, el cual es transportado por la corriente sanguínea hasta el cerebro, donde las arterias se ramifican en vasos más pequeños. El émbolo llega a un punto donde no puede seguir avanzando y queda atascado, obstruyendo una pequeña arteria cerebral e interrumpiendo el flujo de sangre al cerebro (Mediclopedia, 2006; NIA, 2004; T.H.I., 2004).

La mayoría de los coágulos sanguíneos son ocasionados por la fibrilación auricular. La fibrilación auricular es un latido rápido anormal que se produce cuando las dos pequeñas cavidades superiores del corazón (las aurículas) tiemblan en lugar de latir. Los temblores hacen que la sangre se acumule, formando coágulos que pueden llegar al cerebro y causar un accidente cerebro vascular (T.H.I., 2004).

Accidentes cerebro vasculares hemorrágicos.- se produce cuando se rompe una arteria que lleva sangre al cerebro. Esta rotura del vaso sanguíneo impide que lleguen al cerebro el oxígeno y los nutrientes. Un tipo de hemorragia cerebral ocurre cuando una arteria, que se ha debilitado, con el tiempo se dilata y se rompe (esto se conoce como aneurisma). Los accidentes cerebro vasculares hemorrágicos pueden ser de dos clases: hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea (T.H.I., 2004).

a) Hemorragia cerebral o intracerebral.

Es causada por un aneurisma cerebral, que es la dilatación anormal de una zona débil de un vaso sanguíneo dentro del cerebro. Cuando el aneurisma se rompe, se produce un derrame de sangre en el cerebro. La gravedad de la hemorragia cerebral depende de la cantidad de sangre derramada y de la zona del cerebro donde ésta se produce (T.H.I., 2004).

En muchos casos, las personas que sufren una hemorragia cerebral mueren debido al aumento de la presión en el cerebro. Pero las que sobreviven suelen recuperarse mejor y padecer menos discapacidades que las personas que sufren accidentes cerebro vasculares causados por obstrucciones (accidentes cerebro vasculares isquémicos). Los accidentes cerebro vasculares isquémicos son más devastadores porque parte del cerebro muere cuando se obstruye un vaso sanguíneo. El cerebro no puede producir células nuevas para reemplazar a las células muertas. Pero cuando un vaso sanguíneo del cerebro se rompe, la presión de la sangre empuja contra parte del cerebro. Si la persona sobrevive, la presión disminuye lentamente y el cerebro puede recuperar parte de las funciones perdidas (T.H.I., 2004).

b) Hemorragia subaracnoidea.

Se produce una hemorragia subaracnoidea cuando se rompe un vaso sanguíneo en la superficie del cerebro. El vaso sanguíneo roto derrama sangre en el espacio comprendido entre el cerebro y el cráneo (el espacio subaracnoideo). Con este tipo de hemorragia, la sangre no se introduce en el cerebro (T.H.I., 2004).

En ambos tipos de accidentes cerebro vasculares hemorrágicos, el vaso sanguíneo roto puede haberse debilitado debido a una lesión en la cabeza o una malformación congénita.

Los accidentes cerebro vasculares hemorrágicos también pueden ser ocasionados por la hipertensión arterial no controlada (T.H.I., 2004).

Los accidentes cerebro vasculares isquémicos trombótico y embólico, juntos representan aproximadamente el 80 por ciento de todos los ataques cerebrales y solo el 20 % ocurre por una hemorragia. Pero, más allá de las causas, la mortalidad es muy alta en todos los casos (Domínguez, Gutiérrez y Acevedo, 2003; Medciclopedia, 2006).

Ataque isquémico transitorio.- llamado a veces un "mini-accidente cerebro vascular" (conocido en inglés como TIA), comienza exactamente igual que un accidente cerebro vascular pero luego se resuelve sin dejar síntomas o déficits notables. La aparición de un ataque isquémico transitorio es una advertencia de que la persona está sometida a riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular más grave y debilitante (Vital, 2006).

La duración promedio de un ataque isquémico transitorio es de menos de 24 horas (por lo general menos de 24 minutos); en casi todos los ataques isquémicos transitorios, los síntomas desaparecen como en una hora. No hay forma de decir si los síntomas presentan solamente un ataque isquémico transitorio o si los síntomas persistirán y conducirán a la muerte o a la incapacidad. El paciente y aquellos que le rodean deberían suponer que todos los síntomas del accidente cerebro vascular presentan un cuadro de emergencia y no deberían esperar a comprobar si los síntomas desaparecen (Domínguez et al., 2003, Vital, 2006).

Esta también es una emergencia médica que requiere atención de inmediato. A un TIA (ataque isquémico transitorio), que no ha sido identificado y no ha recibido tratamiento puede seguirle unas cuantas horas después un accidente cerebro vascular grave e incapacitante. Un mini accidente cerebro vascular generalmente precede a un accidente cerebro vascular trombótico (NINDS, 2003).

El prestar atención a cualquier síntoma de accidente cerebro vascular, aún sea pasajero hace que la recuperación sea más exitosa si el tratamiento se inicia dentro de las primeras 3 horas después de que este aparece (NIA, 2004).

Accidente cerebro vascular recurrente.- el accidente cerebro vascular recurrente es frecuente: aproximadamente un 25 por ciento de las personas que se recuperan del primer accidente cerebro vascular tienen otro dentro de 5 años. El accidente cerebro vascular recurrente es un importante elemento que contribuye a la incapacidad y a la muerte. El riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular recurrente es mayor inmediatamente después de sufrir uno de estos episodios, y disminuye con el curso del tiempo. Aproximadamente, un 3 por ciento de los pacientes que sufren un accidente cerebro vascular tendrá otro accidente cerebro vascular dentro de 30 días de sufrir el primero. Una tercera parte de los accidentes cerebro vasculares recurrentes ocurrirá dentro de los primeros 2 años de ocurrir el primer accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

1.1.4 Síntomas

Los síntomas de un accidente cerebro vascular en general aparecen en forma repentina (Mediciclopedia, 2006; NINDS, 2003):

- ‡ Súbita confusión, dificultad para hablar o entender
- ‡ Súbita dificultad para ver con uno o con los dos ojos
- ‡ Súbita dificultad para caminar, mareo, pérdida del equilibrio o de la coordinación
- ‡ Súbito dolor de cabeza severo, sin causa conocida
- ‡ Súbito adormecimiento o debilidad en la cara, el brazo o la pierna (especialmente en un lado del cuerpo)
- ‡ Pérdida del conocimiento, desmayo o coma

Las manifestaciones clínicas van a depender de la localización y/o de la intensidad de la hemorragia. Cuando aparecen los signos neurológicos, generalmente lo hacen en su mayor intensidad o progresan en solo unos minutos. Característicamente se produce un intenso dolor de cabeza, vómitos y alteración en el nivel de conciencia (Mediciclopedia, 2006).

Puede presentarse como una parálisis de la mitad del cuerpo, disminución de la apertura y desviación de los ojos hacia el lado del cerebro donde se produjo la hemorragia y dificultad para hablar. También puede manifestarse con una alteración para mover los ojos y disminución en la sensibilidad (Mediciclopedia, 2006).

En otros casos, cuando la hemorragia compromete el cerebelo, el cuadro clínico es más aparatoso. Además de las náuseas, vómitos y dolor de cabeza aparecen parálisis de los músculos de la cara, alteración en la marcha por compromiso de la mitad del cuerpo, dificultad en la visión, vértigo y progresivamente puede llevar al coma (Mediciclopedia, 2006).

Todos los síntomas del accidente cerebro vascular aparecen repentinamente y, a menudo, hay más de un síntoma al mismo tiempo. Por tanto, el accidente cerebro vascular puede usualmente distinguirse de otras causas de mareos o dolores de cabeza. Estos síntomas pueden indicar que ha ocurrido un accidente cerebro vascular y que se necesita inmediatamente atención médica (Vital, 2006).

Los mismos sirven como una alarma y es necesario recibir ayuda médica para impedir un ataque cerebral definitivo. La persona que está sufriendo un ataque cerebral puede no darse cuenta de lo que le está sucediendo, porque éste afecta el cerebro. Para un espectador, alguien que esté sufriendo un ataque cerebral puede parecerle simplemente distraído o confundido. Las víctimas de estos ataques pueden quedar menos afectadas si alguien a su alrededor reconoce los síntomas y actúa rápidamente (NINDS, 2003).

Un evento vascular cerebral es una emergencia médica. Cada minuto cuenta cuando alguien está sufriendo un EVC. Cuanto más tiempo dure la interrupción del flujo sanguíneo hacia el cerebro, mayor es el daño. La atención inmediata puede salvar la vida de la persona y aumentar sus posibilidades de una recuperación exitosa (INNN, 2006).

Estas enfermedades, se tienen que atender rápidamente, y realizar estudios con la mayor exactitud posible, para obtener un diagnóstico oportuno y preciso. De esto dependerá la recuperación del paciente, ya que el tratamiento estará enfocado principalmente, en salvar la vida del paciente y evitar el mayor daño posible en su función neurológica (Rodríguez, 2006).

1.1.5 Proceso biofisiológico.

El daño ocasionado por un evento vascular es secundario frente a la muerte inicial de las células cerebrales ocasionada por la falta de flujo de sangre al tejido cerebral. Esta ola secundaria de lesiones cerebrales es un resultado de una reacción tóxica al daño primario y afecta principalmente a un elemento neuroquímico excitatorio, conocido como glutamato (Vital, 2006).

El glutamato en el cerebro normal funciona como mensajero químico entre las células cerebrales, permitiéndoles comunicarse. Pero una cantidad excesiva de glutamato en el cerebro ocasiona demasiada actividad y las células cerebrales "se queman" rápidamente con tanta excitación, liberando más productos químicos tóxicos, tales como caspasas, cytokines, monocitos y radicales libres de oxígeno. Estas sustancias envenenan el medio ambiente químico de las células circundantes, iniciando una cascada de degeneración y muerte celular programada, llamada apoptosis (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Los mecanismos subyacentes en este accidente cerebro vascular secundario consiste principalmente en inflamación, toxicidad y una descomposición de los vasos sanguíneos que proporcionan la sangre al cerebro (Vital, 2006).

La cascada isquémica.

El cerebro es el órgano más complejo del cuerpo humano. Contiene cientos de miles de millones de células que se interconectan para formar una red compleja de comunicación. El cerebro tiene varios tipos diferentes de células, de las cuales las más importantes son las neuronas. La organización de las neuronas en el cerebro y la comunicación que ocurre entre ellas conducen al pensamiento, la memoria, la actividad cognoscitiva y la toma de conciencia (Vital, 2006).

Otros tipos de células cerebrales se llaman generalmente glía (de la palabra griega que significa "goma o pega"). Estas células complementarias del sistema nervioso proporcionan sustento y apoyo a las neuronas vitales, protegiéndolas contra la infección, las toxinas y el trauma. Las glías constituyen la barrera sanguínea-cerebral entre los vasos sanguíneos y la sustancia del cerebro (Vital, 2006).

El accidente cerebro vascular es la aparición repentina de parálisis ocasionada por lesión a las células cerebrales al verse perturbado el flujo de sangre. La lesión ocasionada por un vaso sanguíneo bloqueado puede ocurrir dentro de varios minutos y progresar durante horas como resultado de una cadena de reacciones químicas que es desencadenada después de la aparición de los síntomas del accidente cerebro vascular. Los médicos y los investigadores

llaman a menudo a esta cadena de reacciones químicas, la cascada isquémica, la cual conduce a una lesión permanente del cerebro ocasionada por el accidente cerebro vascular (NINDS, 2003; Vital, 2006).

Muerte de las células primarias.

En la primera etapa de la cascada isquémica, se corta el flujo de sangre de una parte del cerebro (isquemia). Esto conduce a una falta de oxígeno (anoxia) y falta de nutrientes en las células de esta área fundamental del cerebro. Cuando la falta de oxígeno se hace extrema, las mitocondrias, las estructuras productoras de energía dentro de la célula, no pueden ya producir suficiente energía para permitir el funcionamiento celular. Las mitocondrias se descomponen, liberando productos químicos tóxicos llamados radicales libres de oxígeno al citoplasma de la célula. Estas toxinas envenenan la célula desde dentro hacia afuera, ocasionando la destrucción de otras estructuras celulares, incluyendo al núcleo (Vital, 2006).

La falta de energía en las células hace que los canales ordenados de la membrana celular que normalmente mantienen homeostasis se abran y permitan a cantidades tóxicas de iones de calcio, sodio y potasio entrar en las células. Al propio tiempo, la célula isquémica lesionada libera aminoácidos excitativos, tales como el glutamato, en el espacio entre las neuronas, conduciendo a una sobreexcitación y lesión de las células circundantes. Con la pérdida de homeostasis, el agua irrumpe en la célula hinchándola (llamado edema citotóxico) hasta que la membrana celular explota bajo la presión interna. Entonces, la célula nerviosa queda permanentemente lesionada y, para todos los efectos, muerta (necrosis e infarto) (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Después de que comienza un accidente cerebro vascular, las primeras células que van a morir pueden morir dentro de 4 a 5 minutos. La respuesta al tratamiento que restaura el flujo sanguíneo hasta 2 horas después de la aparición del accidente cerebro vascular indicaría que, en la mayoría de los casos, el proceso no ha terminado por al menos 2 ó 3 horas. Después de ese intervalo, con raras excepciones, la mayor parte de la lesión que ha ocurrido es esencialmente permanente (Vital, 2006).

Muerte celular secundaria.

Debido a la exposición a cantidades excesivas de glutamato, óxido nítrico, radicales libres y aminoácidos excitativos liberados en el espacio intercelular por las células necróticas, las células cercanas tienen una mayor dificultad en sobrevivir. Están recibiendo solo suficiente oxígeno del flujo sanguíneo cerebral para permanecer vivas. Una célula comprometida puede sobrevivir por varias horas en un estado de baja energía (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Si se restaura el flujo de sangre dentro de esta ventana estrecha de oportunidad, que en la actualidad se considera ser de 2 horas aproximadamente, entonces algunas de estas células pueden salvarse y hacerse funcionales nuevamente (Vital, 2006).

Inflamación y la respuesta inmunológica.

Si bien las células cerebrales anóxicas y necróticas ocasionan daño de tejido cerebral aún viable, el sistema inmunológico del cuerpo produce daños en el cerebro mediante una reacción inflamatoria mediatizada por el sistema vascular. El daño del vaso sanguíneo en el lugar en que se produce el coágulo de sangre o la hemorragia atrae elementos inflamatorios de la sangre a dicho lugar. Entre los primeros elementos de la sangre en llegar figuran los leucocitos, células blancas que están cubiertas de proteínas del sistema inmunológico que se unen a la pared del vaso sanguíneo en el lugar de la lesión. Después de unirse, los leucocitos penetran la pared endotelial, pasan a través de la barrera sanguínea-cerebral e invaden la sustancia del cerebro ocasionando lesión adicional y muerte de las células cerebrales (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Los leucocitos, llamados monocitos y macrófagos, liberan productos químicos inflamatorios (cytokines, interleukines y factores de necrosis de tejidos) en el lugar de la lesión. Estos productos químicos le hacen más difícil al cuerpo disolver naturalmente un coágulo que ha ocasionado un accidente cerebro vascular desactivando los factores de anticoagulación e inhibiendo la liberación del activador de plasminógeno de tejido natural (Vital, 2006).

Las células cerebrales que sobreviven a la pérdida de flujo de sangre (isquemia) pero que no son capaces de funcionar, constituyen la penumbra isquémica. Estas áreas de células cerebrales aún viables existen como un patrón de mosaico dentro y alrededor del área de tejido cerebral muerto, llamado también infarto (Vital, 2006).

Nuevos adelantos en las técnicas de imágenes y en la rehabilitación han demostrado que el cerebro puede compensar la función perdida como resultado de un accidente cerebro vascular. Cuando las células en un área del cerebro responsable de una determinada función mueren, el paciente se torna incapaz de desempeñar dicha función. Por ejemplo, un paciente que ha sufrido un accidente cerebro vascular con infarto en el área del cerebro responsable del reconocimiento facial se torna incapaz de reconocer las caras, un síndrome llamado agnosia facial. Pero, con el tiempo, la persona puede llegar a reconocer las caras nuevamente, aún cuando el área del cerebro originalmente programada para realizar dicha función permanezca muerta (NINDS, 2003; Vital, 2006).

La plasticidad del cerebro y la reconexión de las conexiones neurales permiten a una parte del cerebro cambiar funciones y asumir las funciones más importantes de una parte incapacitada. Esta reconexión del cerebro y restauración de la función, que el cerebro trata de hacer automáticamente, puede ayudarse con la terapia. Los científicos están trabajando por encontrar nuevas y mejores formas de ayudar al cerebro a repararse para restablecer funciones importantes en el paciente que sufre un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

1.1.6 Diagnóstico.

Los médicos tienen varias técnicas diagnósticas y herramientas de imágenes para ayudar a diagnosticar la causa de un accidente cerebro vascular con rapidez y exactitud. El primer

paso en el diagnóstico es un breve examen neurológico, donde se hace una valoración clínica, la cual consiste en la exploración y un interrogatorio. En este primer contacto, el especialista puede obtener entre un 40 ó 50 por ciento del diagnóstico (Rodríguez, 2006).

Cuando un paciente llega a un hospital presentando síntomas de un posible accidente cerebro vascular, un profesional de la salud, usualmente un médico o una enfermera, preguntará al paciente o a un acompañante qué ocurrió, qué observó, y cuándo comenzaron los síntomas. Con ello los profesionales en la salud pueden medir los déficits neurológicos del paciente pidiéndole que responda a preguntas y realice varias pruebas físicas y mentales (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Los profesionales de la salud también utilizan distintas técnicas diagnósticas de imágenes para evaluar a los pacientes que presentan síntomas de accidentes cerebro-vasculares. El procedimiento de imágenes más ampliamente utilizado es el de la **exploración de tomografía computarizada** (CT). Conocida también como exploración CAT o tomografía axial computarizada, ésta crea una serie de imágenes transversales de la cabeza y del cerebro. Debido a que está inmediatamente disponible a toda hora en la mayoría de los hospitales principales ya que produce imágenes con rapidez, la tomografía computarizada es la técnica preferida para hacer el diagnóstico de un accidente cerebro vascular agudo. La tomografía computarizada también tiene beneficios diagnósticos únicos. Descarta rápidamente una hemorragia, casi inmediatamente después de que aparecen los síntomas del accidente cerebro vascular; puede mostrar ocasionalmente un tumor que pudiera presentar síntomas similares a un accidente cerebro vascular o puede incluso presentar evidencia de un infarto precoz. Los infartos aparecen generalmente en una exploración de tomografía computarizada unas 6 a 8 horas después de la aparición de los síntomas del accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Otra técnica diagnóstica de imágenes utilizada en los pacientes que presentan síntomas de accidente cerebro vascular es la exploración de imágenes de **resonancia magnética** (MRI en inglés). El estudio de imágenes de resonancia magnética utiliza campos magnéticos para detectar cambios sutiles en el contenido de tejido cerebral. Un efecto del accidente cerebro vascular es un aumento en el contenido de agua en las células del tejido cerebral, condición llamada edema citotóxico. Las imágenes de resonancia magnética pueden detectar el edema a las pocas horas después de la aparición del accidente cerebro vascular. El beneficio del estudio utilizando imágenes de resonancia magnética en comparación a las imágenes de tomografía computarizada es el de que las imágenes de resonancia magnética pueden detectar mejor los pequeños infartos inmediatamente después de la aparición del accidente cerebro vascular (Domínguez et al., 2003; NIA, 2004; Vital, 2006).

Lamentablemente, no todos los hospitales tienen acceso a un equipo de diagnóstico de imágenes de resonancia magnética y el procedimiento consume tiempo y es costoso. Tampoco este estudio es exacto para determinar si el paciente está sufriendo una hemorragia. Finalmente, debido a que el estudio de imágenes de resonancia magnética conlleva más tiempo de realizar que la tomografía computarizada, no debería utilizarse si retrasa el tratamiento (Vital, 2006).

Otros tipos de exploraciones de imágenes de resonancia magnética, utilizadas a menudo para diagnosticar la enfermedad cerebro vascular y pronosticar el riesgo de accidente cerebro vascular, son la **angiografía de resonancia magnética** (ARM - en inglés MRA) y las **imágenes de resonancia magnética funcional** (IRMf - en inglés fMRI)). Los neurocirujanos utilizan la angiografía de resonancia magnética - un tipo de estudio por resonancia magnética que emplea campos magnéticos inofensivos pero potentes para producir una imagen detallada de las arterias del cerebro - para detectar la estenosis o bloqueo de las arterias cerebrales dentro del cráneo, trazando un mapa de la sangre que fluye al cerebro. El estudio de imágenes de resonancia magnética funcional utiliza un imán para recoger señales procedentes de la sangre oxigenada y puede mostrar la actividad cerebral mediante aumentos en el flujo de sangre local. La **arteriografía** y el **ultrasonido Doppler Dúplex** son dos técnicas de imágenes diagnósticas utilizadas para decidir si una persona se beneficiaría de un procedimiento quirúrgico llamado endarterectomía carótida, utilizando ondas sonoras para examinar el flujo sanguíneo y medir el grosor de las arterias carótidas que permiten visualizar las arterias carótidas después de inyectar un medio de contraste especial en la corriente sanguínea. Esta cirugía se utiliza para eliminar depósitos grasos de las arterias carótidas y puede ayudar a evitar un accidente cerebro vascular (NIA, 2004; Vital, 2006).

El **ultrasonido Doppler** es una prueba no invasiva, que no produce dolor, en la que se envían al cuello ondas sonoras por encima de la gama que permite escuchar al oído humano. Los ecos rebotan de la sangre en movimiento y del tejido en la arteria y pueden convertirse en una imagen. El ultrasonido es rápido, carente de dolor, libre de riesgo y relativamente poco costoso en comparación con la angiografía de resonancia magnética y la arteriografía. Pero el ultrasonido no se considera tan exacto como la arteriografía. La arteriografía es una radiografía de la arteria carótida tomada cuando se inyecta en la arteria un tinte especial. El procedimiento lleva su propio riesgo pequeño de ocasionar un accidente cerebro vascular y es costoso de realizar. Los beneficios de la arteriografía en comparación a las técnicas de resonancia magnética y al ultrasonido son los de que es muy confiable y aún sigue siendo la mejor forma de medir la estenosis de las arterias carótidas (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

También existe otro estudio llamado **oculoplefetismografía** mide los pulsos de las arterias que se encuentran en el fondo del ojo. Es una manera indirecta de detectar obstrucciones en las arterias carótidas (Rodríguez, 2006).

Al obtener los resultados, el médico podrá decidir si el paciente será atendido en su habitación o en terapia intensiva. Es muy importante que el especialista hable con la familia y le explique la gravedad del caso, ya que en ocasiones la vida del paciente puede estar en riesgo (Rodríguez, 2006).

El médico diagnosticará el accidente cerebro vascular con base en los síntomas del paciente, su historial médico y las pruebas médicas que le permiten a los médicos observar detenidamente el cerebro para ver el tipo y la ubicación del accidente cerebro vascular (NIA, 2004).

1.1.7 Epidemiología y factores de riesgo.

Algunas personas están sometidas a un riesgo mayor de sufrir un accidente cerebro vascular que otras. Entre los factores de riesgo imposibles de modificar figuran la edad, el género, la raza/etnicidad, y un historial de accidentes cerebros vasculares en la familia. En cambio, otros factores de riesgo de accidente cerebro vascular que pueden ser modificados o controlados por la persona sometida a dicho riesgo entre ellos se encuentran la hipertensión, la enfermedad cardiaca, el colesterol, el consumo de tabaco, la obesidad o la inactividad física, elevado consumo de alcohol, consumo de drogas ilícitas, alteraciones del ciclo sueño vigilia, ya que el sueño cumple un papel protector del músculo cardiaco; otros de naturaleza psicosocial, tales como el estrés y el nivel de ocupación, por ejemplo, aquellos trabajos que suponen una gran demanda física o intelectual, excesiva responsabilidad o un alto grado de tensión, aumentan la probabilidad de que se presenten síntomas coronarios (Navarro et al.,1995; Vital 2006).

Diferencias raciales.

El riesgo de accidente cerebro vascular varía entre los diferentes grupos étnicos y raciales. La incidencia de accidente cerebro vascular entre los afroamericanos es casi el doble de la de los norteamericanos de raza blanca. También el doble de afroamericanos que sufren un accidente cerebro vascular muere por el evento en comparación con los norteamericanos de raza blanca. Los afroamericanos entre las edades de 45 y 55 años tienen de cuatro a cinco veces mayor probabilidad de morir debido a un accidente cerebro vascular que las personas de la raza blanca. Después de la edad de 55 años, la tasa de mortalidad por accidente cerebro vascular entre las personas blancas aumenta y es igual a la tasa de los afroamericanos (Vital, 2006).

En comparación con los norteamericanos de raza blanca, los afroamericanos tienen una mayor incidencia de factores de riesgo de accidente cerebro vascular, incluyendo a la alta presión sanguínea y el consumo de cigarrillos. Los afroamericanos tienen también una mayor incidencia y prevalencia de algunas enfermedades genéticas, tales como la diabetes y la anemia falciforme, que les predisponen para un accidente cerebro vascular (Navarro, Necochea, Hernández y Lepe, 1995; Vital, 2006).

Los hispanos y los indios norteamericanos nativos tienen tasas de incidencia y mortalidad por accidente cerebro vascular más similares a las de los norteamericanos de raza blanca. Los norteamericanos de origen asiático, tienen tasas de incidencia y mortalidad por accidente cerebro vascular similares a las de los norteamericanos de raza blanca, aún cuando los asiáticos en Japón, China y otros países del Lejano Oriente tienen tasas de incidencia y mortalidad por accidente cerebro vascular notablemente más elevadas que la de los norteamericanos de raza blanca. Esto indica que el medioambiente y el estilo de vida son factores que desempeñan un papel importante en el riesgo de accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Sexo.

El sexo de la persona también contribuye al factor de riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular. Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular; sin embargo, un mayor número de mujeres mueren debido a accidentes cerebro vasculares. El riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular entre los hombres es 1.25 veces al de las mujeres. Pero los hombres no viven tanto como las mujeres, por lo que los hombres son usualmente más jóvenes cuando sufren un accidente cerebro vascular y, por tanto, tienen una tasa de supervivencia más elevada que las mujeres. En otras palabras, aún cuando las mujeres sufren menos accidentes cerebro vasculares que los hombres, las mujeres son por lo general más viejas cuando sufren estos accidentes cerebro vasculares y son más susceptibles de morir debido a los mismos (Vital, 2006).

Mujeres.

Algunos factores de riesgo relacionados con el accidente cerebro vascular se aplican sólo a las mujeres. Figuran principalmente entre éstos el embarazo, el parto y la menopausia. Estos factores de riesgo están vinculados con las fluctuaciones hormonales y los cambios que afectan a las mujeres en diferentes etapas de la vida. La investigación realizada en estas últimas décadas ha demostrado que los anticonceptivos orales de dosis elevada, la clase utilizada en la década de 1960 y 1970, pueden aumentar el riesgo de accidente cerebro vascular en las mujeres. Afortunadamente, los anticonceptivos orales con dosis elevadas de estrógeno se han dejado de utilizar y han sido sustituidos por anticonceptivos orales más seguros y eficaces con dosis más bajas de estrógeno. Algunos estudios han demostrado que los anticonceptivos orales de baja dosis más nuevos pueden no aumentar notablemente el riesgo de accidente cerebro vascular en las mujeres (Navarro et al., 1995; Vital, 2006).

Otros estudios han demostrado que el embarazo y el parto pueden colocar a una mujer en situación de riesgo mayor para un accidente cerebro vascular. El embarazo aumenta el riesgo de accidente cerebro vascular hasta 3-13 veces. Naturalmente, el riesgo de accidente cerebro vascular en las mujeres jóvenes de edad reproductiva es en primer lugar muy pequeño, por lo que un incremento moderado en el riesgo durante el embarazo es aún un riesgo relativamente pequeño. El embarazo y el parto ocasionan accidentes cerebro vasculares en unas 8 de cada 100,000 mujeres. Lamentablemente, un 25 por ciento de los accidentes cerebro vasculares durante el embarazo terminan en la muerte y los accidentes cerebro vasculares hemorrágicos, aunque son raros, constituyen aún la causa principal de muerte materna en los Estados Unidos. La hemorragia subaracnoide, en particular, ocasiona de una a cinco muertes maternas por 10,000 embarazos (Vital, 2006).

El riesgo de accidente cerebro vascular durante el embarazo es mayor en el periodo posparto-las 6 semanas después del alumbramiento. El riesgo de accidente cerebro vascular isquémico después del embarazo es unas nueve veces más elevado y el riesgo de accidente cerebro vascular hemorrágico es más de 28 veces más alto para las mujeres después del parto que para las mujeres que no están embarazadas. Se desconoce la causa (Vital, 2006).

De la misma forma que los cambios hormonales durante el embarazo y el parto están asociados con un mayor riesgo de accidente cerebro vascular, los cambios hormonales al

final de los años reproductivos pueden aumentar el riesgo de accidente cerebro vascular. Varios estudios han demostrado que la menopausia, el final de la capacidad reproductiva de una mujer marcada por la terminación de su ciclo menstrual, puede incrementar el riesgo de accidente cerebro vascular entre las mujeres. Afortunadamente, algunos estudios han indicado que la terapia de sustitución hormonal puede reducir algunos de los efectos de la menopausia y disminuir el riesgo de accidente cerebro vascular. El mecanismo mediante el cual el estrógeno puede resultar beneficioso para las mujeres posmenopáusicas podría incluir su rol en el control del colesterol. Los estudios han demostrado que el estrógeno aumenta los niveles de la lipoproteína de alta densidad (colesterol bueno), y reduce los niveles de la lipoproteína de baja densidad (colesterol malo) (Vital, 2006).

Edad.

Es un mito que el accidente cerebro vascular ocurre sólo en los adultos. En realidad, el accidente cerebro vascular ocurre en todos los grupos de edades, desde los fetos aún en el vientre materno hasta las personas de 100 años. Es cierto, no obstante, que las personas mayores de edad tienen un riesgo más alto de sufrir un accidente cerebro vascular que la población en general y que el riesgo de accidente cerebro vascular aumenta con la edad. Por cada década después de la edad de 55 años, el riesgo de accidente cerebro vascular se duplica, y dos terceras partes de todos los accidentes cerebro vasculares ocurren en personas mayores de 65 años. Las personas mayores de 65 años también tienen un riesgo siete veces mayor de morir de un accidente cerebro vascular que la población en general. Y la incidencia del accidente cerebro vascular está aumentando proporcionalmente con el incremento de la población de edad avanzada. Cuando los niños nacidos en los años de la explosión demográfica lleguen a ser personas mayores de 65 años de edad, el accidente cerebro vascular y otras enfermedades típicas de la vejez, tomarán un significado aún mayor en el campo de la salud (Vital, 2006).

Las patologías cerebrales de origen congénito, se pueden presentar tanto en niños, como en adultos. Estudios recientes han demostrado que las hemorragias cerebrales se pueden presentar inclusive en niños recién nacidos y en bebés de un mes de edad, por deficiencias de vitamina k o cuando es sacudido violentamente, puede ocasionar pequeñas hemorragias cerebrales, que desencadenen síntomas neurológicos que pueden requerir intervención quirúrgica (Rodríguez, 2006).

Los niños tienen factores de riesgo que les son únicos. Las personas jóvenes parecen sufrir accidentes cerebro vasculares hemorrágicos más que accidentes cerebro vasculares isquémicos, una diferencia significativa frente a otros grupos de mayor edad, en los cuales los accidentes cerebro vasculares isquémicos constituyen la mayoría de los casos (Vital, 2006).

Los expertos clínicos separan a menudo a los jóvenes en dos categorías: los que tienen menos de 15 años de edad y los que tienen de 15 a 44 años de edad. Las personas de 15 a 44 años de edad son consideradas generalmente como adultos jóvenes y tienen muchos de los factores de riesgo citados anteriormente, tales como el consumo de cigarrillos y drogas, el abuso del alcohol, el embarazo, lesiones a la cabeza y al cuello, enfermedad cardíaca,

malformaciones del corazón e infecciones. Algunas otras causas del accidente cerebro vascular en los jóvenes están vinculadas con enfermedades genéticas (Vital, 2006).

Entre las complicaciones médicas que pueden conducir a accidentes cerebro vasculares en los niños figuran la infección intracraneal, la lesión cerebral, malformaciones vasculares tales como el síndrome de moyamoya, la enfermedad vascular oclusiva y trastornos genéticos, tales como la anemia falciforme, la esclerosis tuberosa y el síndrome de Marfan (Vital, 2006).

Los síntomas de accidente cerebro vascular en los niños difieren de los de los adultos y adultos jóvenes. Un niño que sufre un accidente cerebro vascular puede tener convulsiones, pérdida repentina del habla, pérdida del lenguaje expresivo (incluido el lenguaje corporal y los gestos), hemiparesis (debilidad de un lado del cuerpo), hemiplejia (parálisis en un lado del cuerpo), disartria (impedimento del habla), dolor de cabeza o fiebre. Constituye una emergencia médica cuando el niño presenta algunos de estos síntomas (Vital, 2006).

La condición subyacente que condujo al accidente cerebro vascular en los niños debería determinarse y controlarse para evitar futuros accidentes cerebro vasculares, por ejemplo el administrar transfusiones de sangre a los niños de corta edad con anemia falciforme reduce grandemente el riesgo de accidente cerebro vascular (NINDS, 2003; Vital, 2006).

La mayoría de los niños que sufren un accidente cerebro vascular saldrán del mismo mejor que los adultos después del tratamiento y la rehabilitación. Esto se debe en parte a la gran plasticidad del cerebro inmaduro, y a la capacidad de los niños de adaptarse a los déficits y a la lesión sufrida. Los niños que sufren convulsiones junto con un accidente cerebro vascular no se recuperan tan bien como los niños que no tienen convulsiones. Algunos niños pueden presentar hemiplejia residual, aunque la mayoría aprenderá con el tiempo a caminar (NINDS, 2003; Vital, 2006).

Herencia.

El accidente cerebro vascular parece estar generalizado en algunas familias. Varios factores pudieran contribuir a un riesgo de accidente cerebro vascular familiar. Los miembros de una familia pudieran tener una tendencia genética a factores de riesgo del accidente cerebro vascular, tales como una predisposición heredada a la hipertensión o a la diabetes o bien el haber nacido con una malformación arteriovenosa (se constituyen durante la formación del cerebro, como son vasitos y venitas que no tiene la misma resistencia, y en algún momento de la vida, se pueden reventar con facilidad, lo que puede ocurrir en la infancia, en la adolescencia o en la adultez) o un aneurisma o ensanchamiento anormal de una arteria, el cual puede causar hemorragia cerebral. La influencia de un estilo de vida común entre los miembros de la familia pudiera contribuir también al accidente cerebro vascular familiar (Vital, 2006).

Aunque puede no haber un factor genético único asociado con los accidentes cerebro vasculares, los genes sí desempeñan un papel importante en la expresión de los factores de riesgo de accidentes cerebro vasculares, tales como la hipertensión, la enfermedad cardíaca, la diabetes y las malformaciones vasculares. También es posible que un riesgo mayor de

accidente cerebro vascular dentro de una familia se deba a factores ambientales, tales como un estilo de vida sedentario común o malos hábitos de alimentación, en vez de a factores hereditarios (Vital, 2006).

Las malformaciones vasculares que ocasionan un accidente cerebro vascular pueden ser el vínculo genético más fuerte de todos los factores de riesgo de accidentes cerebro vasculares. Una malformación vascular es un vaso sanguíneo anormalmente formado o un grupo de vasos sanguíneos malformados. Por ejemplo, existe una enfermedad vascular genética llamada CADASIL, que significa "cerebral autosomal dominant arteriopathy", o en español, arteriopatía cerebral dominante autosomal, con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (Vital, 2006).

CADASIL es una enfermedad vascular congénita, genéticamente heredada y rara del cerebro que ocasiona accidentes cerebro vasculares, demencia subcortical, dolores de cabeza similares a la migraña y problemas psiquiátricos. CADASIL es muy debilitante y los síntomas aparecen usualmente alrededor de la edad de los 45 años. Aunque CADASIL puede tratarse con cirugía para reparar los vasos sanguíneos defectuosos, los pacientes mueren a menudo hacia la edad de 65 años (Vital, 2006).

Hipertensión.

De todos los factores de riesgo que contribuyen al accidente cerebro vascular, el más poderoso es la hipertensión o la alta presión sanguínea. Las personas con hipertensión tienen un riesgo de accidente cerebro vascular que es de cuatro a seis veces más elevado que el riesgo de los que no tienen hipertensión. Una tercera parte de la población estadounidense adulta, aproximadamente 50 millones de personas (incluyendo de un 40 a un 70 por ciento de los que ahora tienen más de 65 años de edad), sufren presión sanguínea elevada. De un 40 a un 90 por ciento de las personas que sufren accidentes cerebro vasculares, tienen alta presión sanguínea antes de ocurrir el accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Una presión sistólica de 120 mm de Hg por encima de una presión diastólica de 80 mm de Hg se considera generalmente normal. Una presión sanguínea elevada persistentemente mayor de 140 sobre 90 conduce a un diagnóstico de enfermedad llamada hipertensión. El impacto de la hipertensión en el riesgo total de accidente cerebro vascular disminuye a medida que aumenta la edad, por lo que otros factores adicionales desempeñan un papel mayor en el riesgo general de accidente cerebro vascular en los adultos de más edad. En las personas sin hipertensión, el riesgo absoluto de accidente cerebro vascular aumenta con el curso del tiempo hasta alrededor de la edad de 90 años, cuando el riesgo absoluto viene a ser el mismo que el de las personas con hipertensión (Guadalajara, 1996; Navarro et al., 1995; Vital, 2006).

Así como en el accidente cerebro vascular, hay una diferencia entre mujeres y hombres en la prevalencia de la hipertensión. En las personas más jóvenes, la hipertensión es más común entre los hombres que entre las mujeres; al aumentar la edad, más mujeres que hombres tienen hipertensión. Esta diferencia de hipertensión entre hombres y mujeres y

según la edad, probablemente tiene un impacto en la incidencia y prevalencia del accidente cerebro vascular en estas poblaciones (Vital, 2006).

El medicamento antihipertensivo puede reducir el riesgo de accidente cerebro vascular de una persona. Estudios recientes indican que el tratamiento puede disminuir la tasa de incidencia de accidente cerebro vascular en un 38 por ciento y reducir la tasa de mortalidad en un 40 por ciento. Entre los agentes hipertensivos comunes figuran los agentes adrenérgicos, los betabloqueadores, los inhibidores de enzimas que convierten angiotensina, los bloqueadores de canales de calcio, los diuréticos y los vasodilatadores (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Enfermedad cardiaca.

Después de la hipertensión, el segundo factor más importante de riesgo de accidente cerebro vascular es la enfermedad cardiaca, en especial una condición conocida como fibrilación atrial. La *fibrilación atrial* es la palpitación irregular del atrio izquierdo, o la cámara superior izquierda del corazón. En las personas con fibrilación atrial, el atrio izquierdo late a un ritmo cuatro veces más acelerado que el resto del corazón. Esto conduce a un flujo irregular de sangre y a la formación ocasional de coágulos de sangre que pueden salir del corazón y trasladarse al cerebro, ocasionando un accidente cerebro vascular (Domínguez et al., 2003, Vital, 2006).

La fibrilación atrial aumenta el riesgo de accidente cerebro vascular de la persona de un 4 a un 6 por ciento, y un 15 por ciento de los pacientes que sufren accidentes cerebro vasculares tienen fibrilación atrial antes de sufrir uno de estos accidentes cerebro vasculares. La condición es más prevalente en los grupos de más edad, lo que significa que la prevalencia de la fibrilación atrial aumentará proporcionalmente con el crecimiento de la población de edad avanzada. Al contrario de la hipertensión y otros factores de riesgo que tienen menos impacto en el riesgo absoluto cada vez más elevado de accidente cerebro vascular que proviene con el envejecimiento, la influencia de la fibrilación atrial sobre el riesgo total de accidente cerebro vascular aumenta poderosamente con la edad. En las personas con más de 80 años de edad, la fibrilación atrial es la causa directa de uno de cada cuatro accidentes cerebro vasculares (Vital, 2006).

Otras formas de enfermedad cardiaca que aumentan el riesgo de accidente cerebro vascular son las *malformaciones de las válvulas del corazón o el músculo del corazón*. Algunas enfermedades valvulares, como la estenosis de la válvula mitral o la calcificación anular mitral, pueden duplicar el riesgo de accidente cerebro vascular, independientemente de otros factores de riesgo (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Las malformaciones del músculo del corazón también pueden aumentar el riesgo de accidente cerebro vascular. El "*patent foramen ovale*" (PFO) es un conducto o agujero (llamado a veces "derivación") en la pared del corazón que separa a los dos atrios o cámaras superiores del corazón. Los coágulos en la sangre son filtrados usualmente por los pulmones, pero el PFO podría permitir que émbolos o coágulos de sangre no entren a los pulmones y pasen directamente a través de las arterias al cerebro, potencialmente ocasionando un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Actualmente se está realizando una investigación para determinar la importancia del PFO como causa de un accidente cerebro vascular. El *aneurisma septal atrial* (ASA), malformación congénita (presente desde el nacimiento) del tejido cardíaco, es un abultamiento del septum o pared cardíaca en uno de los atrios del corazón. Los investigadores no saben por qué esta malformación aumenta el riesgo de accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

El "patent foramen ovale" (PFO) y el aneurisma septal atrial (ASA), ocurren frecuentemente juntos y, por tanto, aumentan el riesgo de accidente cerebro vascular. Otras dos malformaciones del corazón que parecen aumentar el riesgo de estos accidentes cerebro vasculares por razones desconocidas son el ensanchamiento atrial izquierdo y la hipertrofia ventricular izquierda. Las personas con ensanchamiento atrial izquierdo tienen un atrio izquierdo más grande de lo normal en el corazón; y los que tienen hipertrofia ventricular izquierda tienen un aumento en el espesor de la pared del ventrículo izquierdo (Vital, 2006).

Otro factor de riesgo de accidente cerebro vascular es la *cirugía cardíaca* para corregir malformaciones del corazón o invertir los efectos de la enfermedad cardíaca. Los accidentes cerebro vasculares que ocurren durante la cirugía cardíaca son usualmente el resultado de placas que se desplazan quirúrgicamente de la aorta y se trasladan a través de la corriente sanguínea hasta las arterias en el cuello y la cabeza, ocasionando un accidente cerebro vascular. La cirugía cardíaca aumenta el riesgo de accidente cerebro vascular de una persona en un 1 por ciento. Otros tipos de cirugía pueden aumentar también el riesgo de accidente cerebro vascular (Guadalajara, 1996; Vital, 2006).

Diabetes.

La diabetes es otra enfermedad que aumenta el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebro vascular. Las personas con diabetes tienen tres veces el riesgo de un accidente cerebro vascular de las personas sin diabetes. El riesgo relativo de accidente cerebro vascular de la diabetes alcanza el punto más elevado en los cincuenta y sesenta años de edad y disminuye después de los sesenta años (Vital, 2006).

Al igual que la hipertensión, el riesgo relativo de accidente cerebro vascular por diabetes es más elevado en los hombres a una edad más temprana y más elevado en las mujeres a una edad más avanzada. Las personas con diabetes pueden también tener otros factores de riesgo que pueden contribuir a aumentar el riesgo general de accidente cerebro vascular. Por ejemplo, la prevalencia de hipertensión es 40 por ciento más elevada en la población diabética que en la población general (Vital, 2006).

Niveles de colesterol en la sangre.

La mayoría de las personas saben que los niveles de colesterol altos contribuyen a la enfermedad cardíaca. Pero muchas personas no comprenden que un nivel alto de colesterol también contribuye al riesgo de accidente cerebro vascular. El colesterol, una sustancia similar a la cera producida por el hígado, es un producto vital del cuerpo. Contribuye a la

producción de las hormonas y la vitamina D y es un componente integral de las membranas celulares (Vital, 2006).

El hígado fabrica suficiente colesterol para atender las necesidades del cuerpo y esta producción natural de colesterol sola no es un importante factor contribuyente a la arteriosclerosis, a la enfermedad cardíaca y al accidente cerebro vascular. La investigación ha demostrado que el peligro del colesterol proviene de la ingestión dietética de alimentos que contienen altos niveles de colesterol. Los alimentos con alto contenido de grasa saturada y colesterol, como las carnes, los huevos y los productos lácteos, pueden aumentar la cantidad de colesterol total en el cuerpo a niveles alarmantes, contribuyendo al riesgo de arteriosclerosis y al aumento en el espesor de las arterias (Vital, 2006).

El colesterol se clasifica como un lípido, lo que significa que es soluble en grasa en vez de ser soluble en agua. Otros lípidos son los ácidos grasos, los glicéridos, el alcohol, las ceras, los esteroides y las vitaminas solubles en grasa, tales como la A, D, y E. Los lípidos y el agua, como el aceite y el agua, no se mezclan. La sangre es un líquido con base de agua, por lo que el colesterol no se mezcla con la sangre. A fin de trasladarse a través de la sangre sin acumulación, el colesterol necesita estar cubierto por una capa de proteína. El colesterol y la proteína juntos se denominan lipoproteínas (Vital, 2006).

Hay dos clases de colesterol, llamados comúnmente "colesterol bueno" y "colesterol malo". El colesterol bueno es lipoproteína de alta densidad o LAD (en inglés HDL); el colesterol malo es lipoproteína de baja densidad o LBD (en inglés LDL). Juntas, estas dos formas de colesterol constituyen el nivel de colesterol total en la sangre de una persona. La mayoría de las pruebas de colesterol miden el nivel de colesterol total en la sangre y muchas veces no distinguen entre el colesterol bueno y el colesterol malo. En las pruebas de colesterol total en la sangre, se considera seguro un nivel inferior a 200 mg/dL, mientras que un nivel de más de 240 se considera peligroso y pone a una persona en riesgo de enfermedad cardíaca y de sufrir un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

La mayor parte del colesterol en el cuerpo está en forma de lipoproteína de baja densidad o LBD o "colesterol malo". Las lipoproteínas de baja densidad circulan a través de la corriente sanguínea, recogiendo el exceso de colesterol y depositando el colesterol donde se necesita (por ejemplo, para la producción y mantenimiento de membranas celulares). Pero cuando comienza a circular demasiado colesterol en la sangre, el cuerpo no puede manejar el exceso de lipoproteínas de baja densidad que se acumula a lo largo del interior de las paredes arteriales (Vital, 2006).

La acumulación de lipoproteínas de baja densidad (LDL en inglés), que recubre el interior de las paredes arteriales se endurece y se convierte en placa arterial, conduciendo a estenosis y arteriosclerosis. Esta placa bloquea los vasos sanguíneos y contribuye a la formación de coágulos de sangre. El nivel de lipoproteína de baja densidad de una persona debería ser inferior a 130 mg/dL para ser seguro. Los niveles de lipoproteínas de baja densidad entre 130 y 159 colocan a la persona en un riesgo ligeramente más elevado de arteriosclerosis, de enfermedad cardíaca y de sufrir un accidente cerebro vascular. Una puntuación de más de 160 de lipoproteínas de baja densidad coloca a una persona en gran riesgo de sufrir un ataque de corazón o un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

La otra forma de colesterol, la lipoproteína de alta densidad (HDL en inglés), es beneficiosa y contribuye a la prevención de los accidentes cerebro vasculares. La lipoproteína de alta densidad lleva un pequeño porcentaje de colesterol en la sangre, pero en vez de depositar su colesterol en el interior de las paredes arteriales, vuelve al hígado para descargar su colesterol. El hígado elimina luego el exceso de colesterol transmitiéndolo a los riñones. En la actualidad, cualquier puntuación de lipoproteína de alta densidad superior a 35 se considera deseable. Estudios recientes han demostrado que altos niveles de lipoproteínas de alta densidad están asociados a un menor riesgo de enfermedad cardíaca y de accidentes cerebro vasculares y que bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad (por debajo de 35 mg/dL), incluso en personas con niveles normales de "colesterol malo", conducen a un mayor riesgo de enfermedad cardíaca y de accidentes cerebro vasculares (Vital, 2006).

Una persona puede reducir su riesgo de arteriosclerosis y de sufrir un accidente cerebro vascular mejorando sus niveles de colesterol. Una dieta saludable y ejercicio regular son las mejores formas de reducir los niveles totales de colesterol. En algunos casos, los médicos recetan medicamentos para reducir el colesterol y estudios recientes han demostrado que los tipos más nuevos de estos medicamentos, llamados inhibidores de reductasa o medicamentos de estatina, reducen notablemente el riesgo de accidente cerebro vascular en la mayoría de los pacientes con colesterol elevado. Los científicos consideran que las estatinas pueden actuar reduciendo la cantidad de colesterol malo que el cuerpo produce y reduciendo la reacción inmunológica inflamatoria del cuerpo a la placa de colesterol asociada con la arteriosclerosis y con el accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

El consumo de tabaco y alcohol.

El consumo de cigarrillos es el factor de riesgo modificable más poderoso que contribuye a la enfermedad cerebro vascular. El consumo de cigarrillos casi duplica el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebro vascular isquémico, independiente de otros factores de riesgo, y aumenta el riesgo de una persona de hemorragia subaracnoide hasta en un 3.5 por ciento. El consumo de cigarrillos es responsable directamente de un mayor porcentaje del número total de accidentes cerebro vasculares en los adultos jóvenes que en otros adultos (NINDS, 2003).

Los grandes fumadores están sometidos a un riesgo mayor de accidente cerebro vascular que los fumadores menos asiduos. El riesgo relativo de accidentes cerebro vasculares disminuye inmediatamente después de dejar de fumar, observándose una reducción importante del riesgo después de 2 a 4 años. Lamentablemente, puede llevar varias décadas para que el riesgo de un ex-fumador descienda al nivel de una persona que nunca ha fumado (Vital, 2006).

El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebro vascular al promover la arteriosclerosis y aumentar los niveles de factores de coagulación de la sangre, tales como el fibrinógeno. Además de promover condiciones asociadas a accidentes cerebrovasculares, el consumo de cigarrillos también aumenta el daño que resulta del accidente cerebrovascular al debilitar la pared endotelial del sistema cerebro vascular. Esto conduce a un daño mayor del cerebro por los eventos que ocurren en la etapa secundaria del accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

El consumo elevado de alcohol es otro factor de riesgo modificable de accidente cerebro vascular. Por lo general, un incremento en el consumo de alcohol conduce a un incremento en la presión sanguínea. Si bien los científicos están de acuerdo en que el consumo fuerte de bebidas alcohólicas constituye un riesgo de hemorragia y de accidente cerebro vascular isquémico, en varios estudios de investigación se ha encontrado que el consumo diario de cantidades pequeñas de alcohol tiene una influencia protectora contra el accidente cerebro vascular isquémico, quizás debido a que el alcohol reduce la capacidad de coagulación de las plaquetas en la sangre (Vital, 2006).

El consumo moderado de alcohol puede actuar de la misma forma que la aspirina en reducir la coagulación de la sangre y evitar el accidente cerebro vascular isquémico. El fuerte consumo de alcohol, no obstante, puede agotar gravemente el número de plaquetas y comprometer la coagulación de la sangre y la viscosidad de la sangre conduciendo a hemorragias. Además, el consumo asiduo o en cantidades excesivas de alcohol puede conducir a un efecto de rebote después de que el alcohol se ha eliminado del cuerpo. Las consecuencias de este efecto de rebote son las de que la viscosidad de la sangre (o el espesor), y los niveles de plaquetas aumentan extraordinariamente después de beber en cantidad, con lo que aumenta el riesgo de accidente cerebro vascular isquémico (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Drogas.

El consumo de drogas ilícitas, tales como la cocaína y el crack, puede también ocasionar un accidente cerebro vascular. La cocaína puede actuar sobre otros factores de riesgo, tales como la hipertensión, la enfermedad cardíaca y la enfermedad vascular desencadenando un accidente cerebro vascular. La cocaína también reduce el flujo de sangre cerebro vascular relativo hasta en un 30 por ciento, ocasiona constricción vascular e inhibe el relajamiento vascular, conduciendo a un estrechamiento de las arterias. También afecta al corazón, ocasionando arritmias y un ritmo cardíaco acelerado que puede conducir a la formación de coágulos de sangre (Vital, 2006).

El consumo de marihuana también puede ser un factor de riesgo de accidente cerebro vascular. La marihuana reduce la presión sanguínea y puede interactuar con otros factores de riesgo, tales como la hipertensión y el consumo de cigarrillos, ocasionando niveles de presión de sangre rápidamente fluctuantes, lo que ocasiona daño en los vasos sanguíneos (Vital, 2006).

Otras drogas objeto de abuso, tales como las anfetaminas, la heroína y los esteroides anabólicos (e incluso algunas drogas legales y comunes, tales como la cafeína y la L-asparaginasa y la pseudoefedrina que se encuentran en descongestionantes vendidos sin receta), se ha sospechado que aumentan el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebro vascular. Muchas de estas drogas son vasoconstrictores, lo que significa que pueden hacer que los vasos sanguíneos se estrechen y aumente la presión de la sangre (Vital, 2006).

Lesiones en la cabeza y el cuello.

Las lesiones en la cabeza o en el cuello pueden dañar el sistema cerebro vascular y ocasionar un pequeño número de accidentes cerebro vasculares. La lesión en la cabeza o lesión cerebral traumática puede ocasionar hemorragia dentro del cerebro, lo que conduce a un daño similar al ocasionado por un accidente cerebro vascular hemorrágico. La lesión del cuello, cuando está asociada con un desgarre espontáneo de las arterias vertebrales o carótidas ocasionado por una extensión repentina y severa del cuello, rotación del cuello o presión en la arteria, es una causa que contribuye al accidente cerebro vascular, especialmente en los adultos jóvenes. Este tipo de accidente cerebro vascular se llama a menudo "síndrome de peluquería", y se refiere a la práctica de extender el cuello hacia atrás para lavarse el cabello en las peluquerías. Los ejercicios calisténicos del cuello, el beber "de un tirón inclinando la cabeza" y la manipulación quiropráctica mal realizada del cuello también pueden aplicar tensión en las arterias vertebrales y carótidas, conduciendo posiblemente a un accidente cerebro vascular isquémico (Vital, 2006).

Infecciones.

Recientes infecciones virales y bacterianas pueden actuar con otros factores de riesgo añadiendo un pequeño riesgo de accidente cerebro vascular. El sistema inmunológico responde a la infección aumentando la inflamación y las propiedades de la sangre contra la infección. Lamentablemente, esta respuesta inmunológica aumenta el número de factores de coagulación en la sangre, lo que conduce a un riesgo mayor de accidente cerebro vascular embólico-isquémico (Vital, 2006).

Las personas con más de un factor de riesgo tienen lo que se conoce como una "amplificación del riesgo". Esto significa que los factores de riesgo múltiples aumentan sus efectos destructivos y crean un riesgo general mayor que el efecto acumulativo simple de los factores de riesgo individuales (Vital, 2006).

El "cinturón de los accidentes cerebro vasculares"

Hace varias décadas, los científicos y expertos en estadísticas observaron que las personas en la región sureste de los Estados Unidos tenían la tasa de mortalidad por accidente cerebro vascular más elevada del país. Llamaron a esta región el cinturón de los accidentes cerebro-vasculares. Por muchos años, los investigadores consideraron que el riesgo mayor se debía al porcentaje más elevado de afroamericanos y a la condición socio-económica más baja en general existente en los estados sureños. La baja condición socio-económica está asociada con un nivel de vida más bajo en general, conducente a un nivel más bajo de atención de salud y, por tanto, a un riesgo mayor de accidente cerebro vascular. Pero los investigadores reconocen ahora que el porcentaje más elevado de afroamericanos y la condición socio-económica más baja en general existente en los estados sureños no corresponden de forma adecuada a la mayor incidencia y mortalidad por accidente cerebro vascular en dichos estados. Esto significa que otros factores han de contribuir a la mayor incidencia y mortalidad por accidentes cerebro vasculares en esa región (Vital, 2006).

Estudios recientes han demostrado también que existe una hebilla de accidentes cerebro vasculares en la región sureña conocida como "el cinturón de los accidentes cerebro vasculares". Tres estados sureños, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Georgia, tienen una tasa de mortalidad por accidente cerebro vascular sumamente elevada, más elevada que la tasa en otros estados del "cinturón de los accidentes cerebro vasculares", y hasta dos veces la tasa de mortalidad por accidente cerebro vascular de los Estados Unidos en general. El riesgo mayor podría deberse a factores geográficos o ambientales o a diferencias regionales en el estilo de vida, incluyendo tasas más elevadas de consumo de cigarrillos y una preferencia regional por alimentos salados, y con un alto contenido de grasa (Vital, 2006).

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es una alteración neurológica, se caracteriza por su aparición brusca, generalmente sin aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas y muerte. Destaca como la causa más común de incapacidad en adultos y es la tercera causa de muerte en nuestro país (SSA, 2004). Es una de las causas principales de incapacidad en los adultos y son también un factor importante de demencia en la vejez (NIA, 2004).

En México, por ejemplo, los fallecimientos por enfermedad isquémica del corazón pasaron de 30 mil en 1990 a casi 50 mil el año pasado, lo que la coloca como la segunda causa de muerte en población general y la primera en hombres mayores de 60 años, según indica el reporte *Salud: México 2003*, dado a conocer recientemente por la Secretaría del ramo (Rojas, 2004).

Al respecto, el reporte *Salud: México 2003*, citado en Rojas, 2004, revela que el número de muertes asociadas a accidentes cerebrovasculares aumentó de 19 mil 730 en 1990 a 26 mil en el 2003, de las cuales más del 80 por ciento se produjeron en personas de 60 años. A pesar de este importante incremento en el número absoluto de decesos en el país, la SSA precisa que las tasas de mortalidad observadas se han mantenido relativamente estables a consecuencia del crecimiento similar de la población.

La mortalidad, si bien es elevada, ha disminuido significativamente con la aparición de la tomografía computarizada, cayendo del 70% al 40% aproximadamente (Mediclopedia, 2006).

Los costos totales anuales de atención médica nacional en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), corresponden a 7 114 millones para el infarto agudo de miocardio, a 3.324 millones para la enfermedad vascular, 1 469 millones para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 102 millones para el cáncer pulmonar. El costo total para el IMSS por estas cuatro enfermedades asciende a 12 100 millones de pesos (Reynales-Shigematsu, Jiménez, Juárez-Márquez, Castros-Río y Hernández-Baila, 2006).

1.1.8 Prevención.

Se puede reducir el riesgo de desarrollar un evento vascular tomando las siguientes medidas:

- ‡ Controle su presión arterial. Hágase medir con regularidad la presión arterial. Si su presión arterial es alta, siga las indicaciones del médico para bajarla. El tratamiento de la hipertensión reduce el riesgo de desarrollar un evento vascular y enfermedades cardíacas.
- ‡ Deje de fumar. El tabaquismo está vinculado con un alto riesgo de presentar un evento vascular. Los estudios han demostrado que el riesgo de un evento vascular para aquellos que han dejado de fumar por un período de dos a cinco años es menor que el de aquellos que siguen fumando.
- ‡ Haga ejercicios con regularidad. Los investigadores piensan que el ejercicio puede fortalecer al corazón y mejorar la circulación, especialmente caminatas de 30 minutos de duración en las actividades diarias.
- ‡ También ayuda a controlar el peso. El exceso de peso aumenta la probabilidad de hipertensión, arteriosclerosis, enfermedad cardíaca y de diabetes tipo 2 en adultos. Las actividades físicas, como caminar enérgicamente, andar en bicicleta, nadar y trabajar en el jardín disminuyen el riesgo de un evento vascular y de las enfermedades cardíacas. Consulte con su médico antes de comenzar un programa vigoroso de ejercicios.
- ‡ Adopte una dieta equilibrada. Escoja, prepare y coma alimentos bajos en sal, grasa, ácidos grasos saturados y colesterol. Coma una variedad de frutas y verduras.
- ‡ Controle la diabetes. Si no se trata, la diabetes puede dañar los vasos sanguíneos en el cuerpo y provocar arteriosclerosis.
- ‡ También se aconseja limitar el consumo de alcohol, no pasando de una o dos bebidas para los hombres y una para las mujeres
- ‡ Consultar inmediatamente al médico en caso de observarse síntomas de un accidente cerebro vascular.

En el caso de los niños, evitar la deficiencia de la Vitamina K, evitar movimientos violentos durante los primeros meses de vida del bebé. Y en caso de que se diagnostique alguna malformación arterio-venosa o un aneurisma cerebral, es importante que acuda con su especialista y reciba el tratamiento adecuado, para prevenir una posible hemorragia (Rodríguez, 2006).

1.1.9 Complicaciones.

Dependiendo de la extensión y la localización de la lesión, será el grado de secuela neurológica posterior. Por eso, el accidente cerebro vascular se define como una emergencia médica ya que el tiempo es vital en la prevención del daño cerebral “Cuando un evento vascular es tomado a tiempo se evita, en primer lugar, la muerte y en segundo, que el daño sea irreversible, es decir, la muerte celular en la zona afectada. Y ese tiempo está medido: son las primeras tres horas” (Mediclopedia, 2006).

Aunque los ataques cerebrales son una enfermedad del cerebro, pueden afectar todo el cuerpo. Los efectos de un ataque cerebral pueden variar desde leves hasta severos, y pueden incluir parálisis, problemas de raciocinio, del habla, problemas de visión, y problemas en la coordinación motora. Los pacientes también pueden sentir dolor y adormecimiento después de un accidente cerebro vascular (NINDS, 2003).

Los efectos de un EVC pueden variar desde leves hasta severos. Algunas de las incapacidades que pueden resultar de un accidente cerebro vascular son la parálisis, déficits cognoscitivos, problemas del habla, dificultades emocionales, problemas de la vida diaria y dolor (INNN 2006; NINDS, 2003; Vital, 2006).

Parálisis: Una incapacidad común que resulta de un accidente cerebro vascular es la parálisis en un lado del cuerpo, llamada hemiplejía. Una incapacidad relacionada que no es tan debilitante como la parálisis es la debilidad de un lado del cuerpo o hemiparesis. La parálisis o la debilidad pueden afectar sólo a la cara, un brazo, o una pierna, o puede afectar a todo un lado del cuerpo y a la cara. Una persona que sufre un accidente cerebro vascular en el hemisferio izquierdo del cerebro presentará parálisis del lado derecho o paresis. A la inversa, una persona que sufre un accidente cerebro vascular en el hemisferio derecho del cerebro presentará déficit en el lado izquierdo del cuerpo. Un paciente que sufre un accidente cerebro vascular también podrá presentar problemas con las actividades diarias más simples, tales como caminar, vestirse, comer y utilizar el cuarto de baño. Los déficits motores pueden resultar del daño de la corteza motora en los lóbulos frontales del cerebro o del daño de las partes inferiores del cerebro, tales como el cerebelo, que controla el equilibrio y la coordinación. Algunos pacientes que sufren accidentes cerebro vasculares también presentan problemas en comer y tragar, llamados disfagia.

Déficits cognoscitivos: Un accidente cerebro vascular puede ocasionar problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje, hacer juicio y memoria. Si los problemas cognoscitivos son severos, el paciente puede tener apraxia, agnosia o "descuido". En el contexto del accidente cerebro vascular, "descuido" de conciencia significa que un paciente no tiene conocimiento de un lado de su cuerpo o un lado del campo visual y no está consciente del déficit. Un paciente que ha sufrido un accidente cerebro vascular puede estar inconsciente de lo que le rodea o puede estar inconsciente de déficits mentales resultantes del accidente cerebro vascular.

Déficits de lenguaje: Las personas víctimas de un accidente cerebro vascular tienen a menudo problemas en comprender o formar frases. Un déficit de comprensión del lenguaje se llama afasia. El problema en hablar o formar palabras se llama disartria. Los problemas del lenguaje resultan generalmente de daño a los lóbulos temporales y parietales izquierdos del cerebro.

Déficits emocionales: Un accidente cerebro vascular puede conducir a problemas emocionales. Los pacientes que sufren un accidente cerebro vascular pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Una incapacidad común que ocurre en muchos pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular es la depresión. La depresión puede ser más que una tristeza

general resultante del incidente de accidente cerebro vascular. Es un problema de comportamiento clínico que puede dificultar la recuperación y la rehabilitación y puede incluso conducir al suicidio. La depresión posterior al accidente cerebro vascular se trata como cualquier depresión, con medicamentos antidepresivos y mediante la terapia.

Dolor: Los pacientes pueden experimentar dolor, entumecimiento incómodo o sensaciones extrañas después de sufrir un accidente cerebro vascular. Esas sensaciones pueden deberse a muchos factores, entre ellos, daño de las regiones sensoriales del cerebro, articulaciones inflexibles o una extremidad incapacitada.

Un tipo poco común de dolor resultante de un accidente cerebro vascular se llama dolor central de accidente cerebro vascular o síndrome de dolor central (SDC, en inglés CPS). El síndrome de dolor central resulta de daño a un área del cerebro central llamada tálamo. El dolor es una mezcla de sensaciones, entre las que figuran las de calor y frío, ardor, hormigueo, falta de sensación, punzadas agudas y dolor intenso subyacente. El dolor es a menudo peor en las extremidades –las manos y los pies – y empeora con el movimiento y los cambios de temperatura, en especial las temperaturas frías. Lamentablemente, puesto que la mayoría de los medicamentos contra el dolor proporcionan poco alivio de estas sensaciones, existen muy pocos tratamientos o terapias para combatir el síndrome de dolor central.

1.1.10 Tratamiento.

El tratamiento dependerá de cada paciente y del evento vascular que presente, sin embargo, cuando a un paciente se le diagnostica una enfermedad que puede ocasionar un evento vascular, es necesario realizar estudios especiales y hacer un diagnóstico definitivo. En base a estos resultados, el grupo de especialistas podrá tomar una decisión y valorar si se requiere una cirugía, la cual generalmente se debe realizar lo antes posible para evitar la hemorragia (Rodríguez, 2006).

Debe adoptarse una conducta expectante, internando a la persona en una unidad de terapia intensiva, estabilizando sus signos vitales y controlando la causa desencadenante.

En caso de que la hemorragia o la oclusión de la vena ya se hayan presentado, se valorará el caso y puede ser necesario el manejo quirúrgico o médico. Dentro del manejo médico, de una hemorragia cerebral, puede ser necesaria la cirugía para evacuar el coágulo o colocar una cánula dentro del ventrículo y extraer la sangre poco a poco, en el área de Terapia Intensiva, con un monitoreo permanente de la presión intracraneala (Rodríguez, 2006).

El accidente cerebro vascular no tiene cura. Algunos tratamientos posibles son la asistencia hospitalaria, los medicamentos, las intervenciones transcatéter, la cirugía y la rehabilitación.

Fármacos.

La terapia con medicamentos o fármacos es el tratamiento más común para el accidente cerebro vascular. Los tipos más populares de medicamentos utilizados para prevenir o tratar el accidente cerebro vascular son los agentes antitrombóticos (agentes contra plaquetas y anticoagulantes), agentes trombolíticos y neuroprotectores (Vital, 2006).

Los **agentes antitrombóticos** evitan la formación de coágulos de sangre que pueden quedar alojados en una arteria cerebral y que ocasionan accidentes cerebro vasculares. Los medicamentos contra plaquetas evitan los coágulos reduciendo la actividad de las plaquetas, las células sanguíneas que contribuyen a la propiedad coagulante de la sangre. Estos medicamentos reducen el riesgo de formación de coágulos de sangre, reduciendo así el riesgo de accidente cerebro vascular isquémico. En el contexto del accidente cerebro vascular, los médicos prescriben medicamentos contra plaquetas principalmente con fines de prevención (Vital, 2006).

El medicamento más ampliamente conocido y utilizado contra las plaquetas es la aspirina. Por su parte aunque la aspirina es una terapia eficaz para prevención de un segundo accidente cerebro vascular en la mayoría de los pacientes con fibrilación atrial, algunos pacientes con factores adicionales de riesgo obtienen mejores resultados con la terapia a base de warfarina. Otros medicamentos contra plaquetas son la heparina, el clopidogrel y la ticlopidina. La heparina generalmente no resulta eficaz en prevenir el accidente cerebro vascular recurrente o mejorar los resultados (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Los **agentes trombolíticos** se utilizan para tratar un accidente cerebro vascular isquémico agudo, mientras que éste se está produciendo, ocasionado por un bloqueo arterial. Estos medicamentos detienen el accidente cerebro vascular disolviendo el coágulo de sangre que está bloqueando el flujo de la sangre al cerebro. Puede ser eficaz si se administra intravenosamente dentro de las primeras 3 horas de la aparición de los síntomas del accidente cerebro vascular, pero debería utilizarse sólo después de que un médico ha confirmado que el paciente ha sufrido un accidente cerebro vascular isquémico (Vital, 2006).

Los agentes trombolíticos pueden aumentar la hemorragia y, por tanto, han de utilizarse sólo después de una evaluación cuidadosa del paciente.

Los **neuroprotectores** son medicamentos que protegen el cerebro contra lesión secundaria ocasionada por un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Hay varias clases diferentes de neuroprotectores que parecen ser prometedores para tratamientos futuros. Entre ellos, los antagonistas de calcio, los antagonistas de glutamato, los antagonistas de opioide, los antioxidantes, los inhibidores de apoptosis y muchos otros. Uno de los antagonistas de calcio, la nimodipina, también llamada bloqueador del canal de calcio, se ha demostrado que reduce el riesgo de daño neurológico resultante de la hemorragia subaracnoide. Los bloqueadores del canal de calcio, tales como la nimodipina, actúan reduciendo el riesgo de vasoespaso cerebral, un efecto secundario peligroso de la

hemorragia subaracnoide en la que los vasos sanguíneos en el espacio subaracnoide se restringen erráticamente, cortando el flujo de sangre (Domínguez et al., 2003; Vital, 2006).

Cateterismos.

Angioplastia carótida.- consiste en usar un catéter con globo para comprimir la placa contra la pared arterial a fin de abrir el vaso sanguíneo. El procedimiento incluye insertar un catéter largo y delgado en una arteria en la pierna y llevar el catéter a través del sistema vascular hasta la estenosis estrecha de la arteria carótida en el cuello. Una vez que el catéter está colocado en la arteria carótida, el radiólogo expande el stent con un globo en la punta del catéter. Como esta maniobra en muchos casos solo ocasiona una desobstrucción temporal, a continuación se coloca en la arteria un pequeño dispositivo metálico de forma tubular denominado «stent» para mantenerla abierta (NINDS, 2003).

La angioplastia cerebral.- es una técnica experimental que la mayoría de los hospitales aún no ofrecen. Se realiza utilizando balones, stents y espirales como los que se emplean para tratar las arterias coronarias enfermas. El procedimiento puede utilizarse para tratar ciertos tipos de problemas cerebro vasculares. Esta técnica, aunque muy prometedora, sigue considerándose experimental (NINDS, 2003).

Intervenciones quirúrgicas.

La cirugía puede utilizarse para prevenir un accidente cerebro vascular, para tratar un accidente cerebro vascular agudo o para reparar el daño vascular o las malformaciones en el cerebro y alrededor del mismo. Hay dos tipos predominantes de cirugía para prevención y tratamiento de los accidentes cerebro vasculares: la **endarterectomía carótida** y la **derivación extracraneal/intracraneal (EC/IC)** (Vital, 2006).

La **endarterectomía carótida** es un procedimiento que consiste en cortar y extraer las acumulaciones de placa grasa de las arterias del cuello y son las principales proveedoras de sangre al cerebro. Mientras el paciente se encuentra bajo anestesia, los cirujanos realizan una incisión en el cuello en el lugar donde se encuentra la obstrucción. Se introduce un tubo por encima y por debajo de la obstrucción para derivar el flujo sanguíneo. A continuación, los cirujanos pueden abrir la arteria carótida y limpiarla. Tras suturar la arteria, se extrae el tubo (NINDS, 2003).

La cirugía de **derivación extracraneal/intracraneal (EC/IC)**, es un procedimiento que restaura el flujo sanguíneo a una zona del tejido cerebral privada de sangre, mediante el reencaminamiento de una arteria saludable en el cuero cabelludo a la zona del tejido cerebral afectada por una arteria bloqueada. La cirugía se realiza aún ocasionalmente en pacientes con aneurismas, con algunos tipos de enfermedad de las arterias pequeñas, y con ciertas anomalías vasculares (Vital, 2006).

Un procedimiento quirúrgico útil para el tratamiento de las aneurismas cerebrales que ocasionan hemorragia subaracnoide es la técnica llamada "**clipping**". Esta técnica consiste en aislar con pinzas la aneurisma separándola del vaso sanguíneo, con lo que se reduce la posibilidad de que explote y sangre (Vital, 2006).

Una nueva terapia que está obteniendo amplia atención es la **técnica de bucle desmontable** para el tratamiento de las aneurismas intercraneanas de alto riesgo. Se inserta un pequeño bucle de platino a través de una arteria en el muslo y se pasa a través de las arterias hasta el lugar de la aneurisma. El bucle se suelta luego en la aneurisma donde evoca una respuesta inmunológica del cuerpo. El cuerpo produce un coágulo de sangre dentro de la aneurisma, fortaleciendo las paredes arteriales y reduciendo el riesgo de ruptura. Una vez que la aneurisma ha sido estabilizada, un neurocirujano puede cortar la aneurisma con menos riesgo de hemorragia y muerte para el paciente (Vital, 2006).

En caso de tratarse de una hemorragia, El tratamiento quirúrgico está indicado cuando la hemorragia es de mediano tamaño, cuando las personas tienen un descenso del nivel de conciencia o en la tomografía puede detectarse un aumento del tamaño del hematoma (Mediclopedia, 2006).

Cuando la hemorragia es de gran cantidad, con un hematoma de gran tamaño, la cirugía es desaconsejable ya que presenta un pronóstico muy incierto. Cuando los hematomas son de tamaño pequeño tienen una buena evolución por lo que no necesitan de la cirugía para ser resueltos (Mediclopedia, 2006).

Los médicos tienen una amplia gama de terapias entre las cuales pueden seleccionar al determinar el mejor plan terapéutico para un paciente que presenta un cuadro de accidente cerebro vascular. El tipo de terapia que un paciente debería recibir depende de la etapa de la enfermedad cerebro vascular. En general, hay tres etapas de tratamiento: (1) la prevención del accidente cerebro vascular; (2) la terapia provista inmediatamente después de la persona sufrir un accidente cerebro vascular; y (3) la rehabilitación del paciente después de sufrir el accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Rehabilitación.

Los sobrevivientes de un accidente cerebro vascular deben enfrentarse a una variedad de problemas mentales y físicos, según la gravedad del daño cerebral. Con rehabilitación, la mayoría de los sobrevivientes de un accidente cerebro vascular pueden mejorar su calidad de vida.

El objetivo de la rehabilitación del paciente después de ocurrir el accidente cerebro vascular consiste en ayudar a la persona a superar las incapacidades que resultan del daño producido por el accidente cerebro vascular, así como reducir su dependencia de las personas encargadas de su cuidado y mejorar su capacidad física. Las claves de una rehabilitación exitosa incluyen la actitud del sobreviviente, la destreza del equipo de rehabilitación, el apoyo y la cooperación de los familiares y amigos.

Los sobrevivientes de un accidente cerebro vascular necesitan una red de apoyo para hacer frente a su rehabilitación. Los grupos de apoyo para los sobrevivientes de un accidente cerebro vascular ofrecen excelentes oportunidades para hablar con expertos médicos y con otros sobrevivientes y sus familias. Estos clubes también son lugares donde los pacientes pueden aprender, intercambiar experiencias y brindarse apoyo mutuo (NINDS, 2003).

Según la gravedad del accidente cerebro vascular, existen diversas opciones de rehabilitación entre ellas:

- ‡ Una unidad de rehabilitación hospitalaria.
- ‡ Un hospital de rehabilitación.
- ‡ Tratamiento domiciliario.
- ‡ Tratamiento ambulatorio.
- ‡ Un establecimiento de atención a largo plazo que brinde tratamiento y servicios de enfermería especializada (Domínguez, et al 2003).

La rehabilitación después de un AVC debe comenzar tan pronto el paciente se estabilice y a menudo sigue después de haber regresado a su casa. La rehabilitación incluye muchos tipos de terapia: terapia física para fortalecer los músculos, mejorar el equilibrio y la coordinación; terapia del habla y del lenguaje; terapia ocupacional para mejorar la coordinación psico-motora y las habilidades necesarias para bañarse y cocinar. Un equipo de expertos de salud (médicos, enfermeras, terapeutas físicos, ocupacionales, del habla y del lenguaje, trabajadores sociales) coordina las actividades para el paciente y la familia (NIA, 2004; Rodríguez, 2006).

Rehabilitación del Paciente Después de Sufrir un Accidente Cerebro vascular	
Tipo	Meta
Terapia física (PT)	Volver a aprender a caminar, sentarse, acostarse, y cambiar de un tipo de movimiento a otro.
Terapia ocupacional (OT)	Volver a aprender a comer, beber, tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer, escribir, cuidado personal.
Terapia de dicción o del habla	Volver a aprender el lenguaje y las destrezas de comunicación.
Terapia psicológica/psiquiátrica	Aliviar algunos problemas mentales y emocionales relacionados.

Para la mayoría de los pacientes, la terapia física es la piedra angular del proceso de rehabilitación. Un terapeuta físico utiliza el adiestramiento, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un accidente cerebro vascular vuelva a aprender actividades motoras simples, tales como

caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse, y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro (Vital, 2006).

Otro tipo de terapia que incluye volver a aprender actividades del diario es la terapia ocupacional. La terapia ocupacional también incluye ejercicios y adiestramiento para ayudar a los pacientes a volver a aprender actividades cotidianas, tales como comer, beber y tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer y escribir, y el cuidado personal. El objetivo de la terapia ocupacional es ayudar al paciente volver se independiente o alcanzar el nivel más alto posible de independencia (Vital, 2006).

Los problemas del habla y del lenguaje surgen cuando se produce daño cerebral en los centros del lenguaje del cerebro. Debido a la gran capacidad que tiene el cerebro para aprender y cambiar (cualidad conocida como plasticidad cerebral), otras áreas del cerebro pueden adaptarse para asumir las funciones perdidas (Vital, 2006).

La terapia del habla ayuda a los pacientes que sufren un accidente cerebro vascular a volver a aprender el lenguaje y la dicción o aprender otras formas de comunicación. La terapia del habla es apropiada para los pacientes que no tienen déficit cognoscitivo o de pensamiento, pero que tienen problemas en comprender las palabras habladas o escritas o problemas en como formar frases. Un terapeuta del habla ayuda a los pacientes que sufren un accidente cerebro vascular a ayudarse a sí mismos trabajando por mejorar las destrezas del lenguaje, encontrar otras formas posibles de comunicación y adquirir otras aptitudes para hacerle frente a la frustración de no ser capaz de comunicarse plenamente. Con tiempo y paciencia, una persona que sobrevive a un accidente cerebro vascular debería poder recuperar algunas de las capacidades del lenguaje y del habla y, a veces, todas ellas (Vital, 2006).

Muchos de los pacientes requieren ayuda psicológica o psiquiátrica durante el proceso de rehabilitación. Los problemas psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad, la frustración y el coraje, son condiciones comunes después de ocurrir un accidente cerebro vascular. La terapia del habla, junto con medicación apropiada, puede ayudar a aliviar algunos de los problemas mentales y emocionales que resultan como consecuencia del accidente cerebro vascular. Muchas veces, también es beneficioso que los miembros de la familia del paciente reciban ayuda psicológica (Vital, 2006).

El progreso de la rehabilitación varía de acuerdo con la persona. Para algunas, la recuperación termina algunas semanas después del evento vascular, para otras, puede demorar meses o años. A veces el daño causado es tan serio que el paciente no responde a la rehabilitación y progresa muy poco o nada hacia la recuperación (NIA, 2004)

1.1.11 Terapia Psicológica

Las personas con enfermedades crónicas a menudo se encuentran con problemas psicológicos añadidos, tales como trastornos de ánimo y fatiga. Necesitan adoptar un enfoque activo de autocontrol, establecer una relación de cooperación con los profesionales sanitarios que les atienden y expandir su repertorio de habilidades para tratar su afección y sus consecuencias emocionales y sociales (Van der Ven, Weinger y Snoek, 2002).

La demencia vascular (DV) es reconocida como una de las causas frecuentes de deterioro cognitivo en ancianos. Pero bajo este diagnóstico se resumen varias enfermedades cerebrovasculares, entre ellas figuran: los infartos de localización estratégica, infartos lacunares subcorticales múltiples, la enfermedad de Binswanger y las lesiones hemorrágicas únicas o múltiples (Silveira y Redondo, 2003).

La DV es un cuadro demencial con una agrupación característica de síntomas y signos cognitivos que están enmarcados dentro de un curso evolutivo progresivo, fluctuante. Frank García (citado en Silveira y Redondo, 2003) lo define como un síndrome demencial causado en potencia por múltiples lesiones isquémicas o hemorrágicas del cerebro y en ausencia de cualquier otra alteración capaz de provocar por sí misma una demencia. Se refiere a un declive cognitivo adquirido debido a algún proceso orgánico que afecta al cerebro. No es una entidad nosológica sino un síndrome que puede relacionarse con varios factores vasculares y cambios fisiopatológicos cerebrales.

Otras definiciones posibles son, por ejemplo la de Reichman (2000). Para este autor es un síndrome clínico de deterioro funcional e intelectual resultante del efecto de una enfermedad cerebro-vascular. Por su parte, Arvanitakis y Hachinski (1999) definen a la demencia como una disfunción cognitiva resultante de una enfermedad cerebro vascular. O bien en 1997, Erkinjuntti la conceptualiza como un síndrome de deterioro conductual y cognitivo debido a factores vasculares que afectan el cerebro (Silveira y Redondo, 2003).

En ausencia de un tratamiento curativo se hace necesario un abordaje terapéutico multidimensional que incluya, además de las intervenciones farmacológicas,, intervenciones no farmacológicas dirigidas a optimizar la cognición, la conducta y la función de los sujetos con demencia, y que además atienda las necesidades de los cuidadores. Este tipo de intervenciones se viene aplicando desde hace décadas, aunque no siempre con una base sólida. De hecho, la mayoría de las intervenciones en el cuidado de los sujetos con demencia no están basadas en una técnica sistematizada o estructurada; la mayoría de los trabajadores que cuidan de estos enfermos no reconocen que los cuidados ambientales que ellos proporcionan, así como sus interacciones de hecho constituyan una intervención (Woods, citado en Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

El modelo en el que se basan las intervenciones psicosociales en las demencias es en la noción de “exceso de discapacidad”. Las personas pueden mostrar un mayor grado de discapacidad que aquél que correspondería por los cambios neuropatológicos del cerebro. Por ello, todas las intervenciones dirigidas al cuidado de personas con demencia están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

A pesar del trabajo que se está realizando en este campo y la actividad clínica habitual en la que se desarrollan diferentes programas de intervención (psicosociales, cognitivos, etc) existe poca evidencia sobre la eficacia real de los mismos. Se está realizando un esfuerzo importante para aplicar la metodología de los ensayos clínicos a las intervenciones psicosociales, pero se topa con importantes problemas metodológicos:

- a) La propia naturaleza de la enfermedad, progresiva y clínicamente heterogénea condiciona la aplicación de los diferentes programas y la evaluación de su eficacia.
- b) La dificultad de estandarizar y comparar resultados con protocolos de intervención grupal, que sean al mismo tiempo individualizados.
- c) La elección de parámetros de eficacia adecuados, capaces de medir el efecto de la intervención, no solo en el área cognitiva, sino también conductual y funcional. Son estos aspectos funcionales y el impacto sobre la calidad de vida del paciente y de los cuidadores, los que mejor pueden demostrar el beneficio real del tratamiento.
- d) Las dificultades en el diseño de estudios multicéntricos, aleatorizados con un grupo control y ciegos, con un número suficiente de pacientes que permita obtener conclusiones acerca de la eficacia del método empleado (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

Por este motivo, la mayor parte de los estudios que intentan evaluar las diferentes intervenciones propuestas están realizados con muestras pequeñas. Por otra parte, dada la heterogeneidad clínica y el amplio rango de gravedad de las demencias, se acepta la necesidad de intervenciones altamente individualizadas, diseñadas en función de las necesidades de los pacientes, argumento que apoya la necesidad de estudios de caso-único, sin que esta metodología deba ser rechazada a favor de los ensayos controlados (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

Son muchas las intervenciones psicosociales propuestas para los pacientes con demencia: unas enfocadas al entrenamiento de funciones cognitivas, otras al tratamiento de los problemas de conducta, otras dirigidas a disminuir la dependencia del paciente a través de técnicas de reestructuración ambiental y otras enfocadas al núcleo familiar. Está claro que la intervención en cualquiera de estas áreas puede influir sobre las otras, generalmente de forma positiva, pero también puede tener un efecto negativo, de ahí la importancia de fijar claramente los objetivos a conseguir con cada intervención y evaluar su repercusión en todas las áreas mencionadas. La investigación irá definiendo cuáles de estas intervenciones aportan más beneficios a los pacientes y a sus familias (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

Un abordaje de la demencia desde el punto de vista cognitivo, lo realiza la Neuropsicología, la cual es una rama del conocimiento científico y de la praxis clínica que surgió de la Neurología clásica y que se ha desarrollado con el aporte de las Neurociencias y de la Psicología contemporáneas. Su objetivo esencial es estudiar las relaciones existentes entre la actividad cerebral y las funciones psicológicas superiores (gnosias, praxias, lenguaje, memoria, etc.) (Cardamone, 2004).

Como aborda las funciones corticales superiores humanas, una de sus principales fuentes de conocimiento proviene del estudio minucioso de la desorganización de esas funciones complejas cuando el cerebro es afectado por lesiones orgánicas de distinta etiología (traumatismos encéfalo-craneanos, accidentes cerebro vasculares, etc.). La evaluación

adecuada de los cambios patológicos cerebrales, tanto desde el punto de vista anatómico como funcional, con los tests neuropsicológicos es posible precisar clínicamente tanto la naturaleza cualitativa del síndrome neuropsicológico producido por la lesión cerebral, como sus características cuantitativas, a saber: leve, moderado o grave, todo lo cual resulta imprescindible para, a posteriori, implementar la rehabilitación correspondiente (Cardamone, 2004).

Los tests neuropsicológicos son técnicas no invasivas ni traumáticas para el paciente. Funcionan según el modelo de entrevista clínica semi-estructurada, en el sentido en que el examinador puede, en virtud de las necesidades del caso, priorizar la indagación sobre algún aspecto de las funciones mentales del paciente (Cardamone, 2004).

Debe estimarse que la toma de una batería neuropsicológica completa demandará según las características del paciente, entre dos o tres sesiones clínicas de no más de 50 a 60 minutos cada una, y, lo que no es menos importante, nos permite tener una idea exacta del estado cognitivo del paciente, tanto en lo referido a los factores cognitivos alterados como a los conservados, lo que es absolutamente imprescindible para la organización de un programa de rehabilitación cognitiva personalizado que tienda a compensar los déficit del paciente afirmándose para ello en las funciones cerebrales superiores conservadas total o parcialmente a pesar de la noxa cerebral (Cardamone, 2004).

De este modo, a partir de la correlación entre la semiología clínica, el diagnóstico por neuroimagen y el diagnóstico neuropsicológico se logra un estudio minucioso del paciente y un diagnóstico diferencial que repercutirá en su beneficio en la implementación de un proyecto terapéutico que tienda a mejorar su estado y su calidad de vida (Cardamone, 2004).

Por ello, existe consenso entre todos los investigadores que se dedican al tema con respecto de la necesidad de contar con un diagnóstico neuropsicológico lo más preciso posible que permita estimular la recuperación espontánea de la función perturbada en la medida en que se produce en mayor o en menor grado y que, al mismo tiempo, posibilite orientar la rehabilitación neuropsicológica destacando los principales factores psicológicos alterados sobre los cuales resulta necesario poner un énfasis especial en la terapéutica (Cardamone, 2004).

Uno de los problemas centrales en las neurociencias clínicas se refiere a la dificultad para hallar procedimientos válidos y confiables de evaluación, diagnóstico y rehabilitación del daño cerebral. La evaluación y el diagnóstico del paciente con daño cerebral es un procedimiento demandante y costoso. Para poder localizar el daño, especificar las habilidades e inhabilidades del paciente, predecir el curso probable de su recuperación y especificar el programa óptimo de rehabilitación, es necesario considerar tanto la evidencia neurofisiológica (historia clínica neurológica, examen mental, estudios radiológicos) como los datos conductuales (Ostrosky-Solís, 1987).

La mayoría de las intervenciones terapéuticas dirigidas para rehabilitar al paciente de evento vascular están estructuradas en una de las siguientes 3 formas: La primera aproximación maximiza la estimulación intelectual y física del paciente en un ambiente

estructurado y controlado. La segunda aproximación, emplea programas cognitivos. Y la tercera estrategia de intervención, aplica técnicas psicoterapéuticas convencionales para mejorar la habilidad de los pacientes para enfrentar los impactos psicológicos posteriores al evento (Burish, 1983).

No hay una definición universal sobre la rehabilitación, algunos investigadores la definen en términos de un estado de salud física y otros en términos de mejoras conductuales tales como la reincorporación al trabajo o ajuste vocacional (Burish, 1983).

La terapia, sea cual fuere, debe de iniciarse inmediatamente después de hacerse el diagnóstico y después de que hayan manejado efectivamente los aspectos que amenazan la vida de los pacientes, manteniendo la rehabilitación a largo plazo. Cuando existe una lesión en el cerebro, los factores que integran la actividad psíquica no desaparecen, sino que pierden su carácter automatizado y se convierten en una serie de actos aislados. La reeducación ayuda a reorganizar las funciones que están dañadas y esto a su vez hace que se creen nuevos sistemas funcionales transfiriendo la función afectada al interior de los sistemas (Castillo de Rubén, 2002).

La secuencia y la frecuencia de la rehabilitación son factores importantes para maximizar el éxito funcional del paciente. Tradicionalmente los programas terapéuticos se realizan en sesiones de una hora u hora y media una vez por semana, sesiones de 40 minutos dos veces por semana y sesiones de una hora tres veces por semana. Generalmente se rehabilita únicamente la alteración principal como sería el lenguaje, sin embargo, subyacente a las alteraciones afásicas existen alteraciones en el razonamiento abstracto o alteraciones en la memoria que no se trabajan. Los ejercicios para la recuperación de funciones deben de hacerse todos los días, con el fin de acelerar la recuperación (Castillo de Rubén, 2002).

Una vez realizada la rehabilitación es necesario facilitar la transición del paciente nuevamente a su comunidad o ambiente cotidiano. La rehabilitación neuropsicológica tradicional se enfoca en un programa diseñado y elaborado para la recuperación de habilidades cognitivas en la clínica y luego generalizarlas hacia la comunidad; mientras en contraste, la rehabilitación natural abarca los mismos procesos afectados que interfieren en tareas específicas como ir al supermercado, y construye programas de compensación y restauración en esa misma actividad (Castillo de Rubén, 2002).

La más común de las intervenciones es la rehabilitación neuropsicológica que es una disciplina que se encarga de la recuperación de funciones cognoscitivas posterior al daño cerebral; y ha tenido un interés central desde las primeras observaciones a cerca de los déficits cognoscitivos y la posibilidad de recuperación de los pacientes con heridas cerebrales a partir de la primera guerra mundial (Castillo de Rubén, 2002; Moore y Mateen, 1989).

La programación para la rehabilitación neuropsicológica se ha basado en:

- 1.- Apoyar las áreas débiles (funciones alteradas)
- 2.- Apoyar las áreas fuertes (funciones conservadas).

3.- Trabajar el eslabón débil haciéndolo crecer apoyándose en los eslabones fuertes desde niveles muy sencillos a cada vez más complejos; primero con ayuda y apoyo del terapeuta, después trabajando de forma conjunta con el paciente y finalmente se logra que lo haga de manera individual cuando ha interiorizado el programa. Ésta última opción obtiene los mejores resultados y tiene sus fundamentos en el modelo de Vygotsky (citado en Castillo de Rubén, 2002) su teoría de zona de desarrollo próximo, la cual ha sido adaptada a la rehabilitación neuropsicológica con el término zona de recuperación. Si una actividad es demasiado fácil para la recuperación de la persona con daño cerebral puede volverse aburrida, si puede hacerse de manera independiente es posible que no contribuya a la recuperación, y si es demasiado difícil el paciente puede frustrarse. Una actividad que justamente facilita la recuperación es aquella que es un reto y que la persona pueda hacerla con algo de ayuda del terapeuta.

Las alteraciones cognitivas por un daño cerebral pueden afectar una gama de funciones que pueden integrarse en 4 grandes áreas:

1.- Funciones cognitivas

- a) Memoria (a corto o largo plazo)
- b) Percepción (visual y/o auditiva)
- c) Cálculo (operaciones matemáticas básicas y manejo numérico)
- d) Atención (cambios en las respuestas de orientación, disminución en las formas dirigidas de atención y velocidad de respuesta)
- e) Concentración (capacidad de mantenerse haciendo algo durante un período sostenido de tiempo)

2.-Funciones de comunicación y expresión:

- a) Lenguaje (dificultad en la expresión, repetición o comprensión)
- b) Conversación (dificultad para mantener un diálogo y expresar aquello que siente y piensa)
- c) Lectura
- d) Escritura
- e) Actividades plásticas
- f) Dibujo

3.- Funciones físicas

- a) Marchar
- b) Movimiento (elasticidad y flexibilidad)
- c) Coordinación motora gruesa y fina

4.-Actividades de la vida diaria, la capacidad de mantener una rutina y un orden en el proceder diario:

- a) Vestirse
- b) Bañarse
- c) Ir al supermercado
- d) Desenvolverse en la cocina (Castillo de Rubén, 2002):

La mejor manera de llevar a cabo la rehabilitación neuropsicológica de un paciente con una lesión cerebral adquirida es a través de un equipo multidisciplinario, en donde cada profesional trabaja para que el paciente reaprenda a reintegrarse a su vida cotidiana. El equipo multidisciplinario debe estar formado por especialistas profesionales de diferentes disciplinas: un neuropsicólogo (que realice las evaluaciones neuropsicológicas y los programas de tratamiento de cada paciente), un terapeuta físico (que ayude a mejorar las alteraciones en el movimiento), un terapeuta ocupacional (que reestructura y reintegra al paciente a su vida cotidiana), un terapeuta de memoria (que enseñe las estrategias requeridas para aprender a recordar), un terapeuta de lenguaje (que trabaje las alteraciones afásicas en los pacientes), un terapeuta de habilidades cognitivas (que rehabilite funciones como habilidades visoespaciales, razonamiento abstracto, cálculo, etc), un psicoterapeuta (que maneje el aspecto emocional) y una orientadora familiar (que ayude a la familia a adaptarse a su nueva situación de tener un paciente neurológico en casa) (Castillo de Rubén, 2002; Moore y Mateen, 1989).

El desarrollo reciente de la neuropsicología ha aportado conceptos teóricos y datos conductuales que permiten realizar valoraciones objetivas de la conducta. A diferencia de la neurología y psicología, la neuropsicología, se enfoca a la evaluación cualitativa de las funciones cerebrales superiores por medio del diagnóstico científicamente fundamentado. La evaluación neurológica puede clasificarse como pasiva, ya que en general no requiere de una conducta voluntaria sostenida, mientras que la evaluación neuropsicológica puede considerarse como un procedimiento activo, esto es requiere la implicación y respuestas voluntarias del paciente:

Entre los objetivos de la evaluación neuropsicológica cabe mencionar los siguientes:

- a) establecer la existencia de alteraciones cognoscitivas relacionadas con el daño
- b) establecer la magnitud relativa del daño
- c) establecer la habilidad del paciente para regresar a un estilo de vida previo
- d) especificar un programa óptimo de rehabilitación y las modificaciones que será necesario hacer en el medio del paciente para poder manejarlo (Crockett y colaboradores, 1981, citados en Ostrosky- Solís, 1987).

Por tanto, la evaluación neuropsicológica es necesaria para poder determinar si existen deficiencias cognoscitivas-conductuales y para enseñar al paciente a ajustarse a éstas, especificando cuáles son los cambios y ajustes sociales, educativos y ambientales que deberá efectuar el paciente, mediante un análisis cualitativo del síndrome observado (Ostrosky-Solís, 1987).

La evaluación neuropsicológica es una parte de la investigación clínica del paciente y tiene características propias. Difiere de los tests psicométricos especialmente en cuanto se centra en el examen evaluativo de los defectos, en vez de hacer una evaluación formal y cuantitativa de ellos. En esta exploración se analiza una serie de síntomas y signos, en vez de explorar procesos preconcebidos a fin de estudiarlos bajo condiciones estandarizadas o validadas. En 1966, Yates (citado en Ostrosky-Solís, 1987) señaló que muchas veces las pruebas psicométricas cuya noción de validez es primordial, solo identifican a aquellos sujetos con un daño cerebral obvio, pero no con daños sutiles, por lo que no tienen un propósito útil.

No existe una fórmula rápida y preestablecida para conducir un examen neuropsicológico. La gran variedad de condiciones neurológicas, capacidades del paciente y preguntas de evaluación requieren una aproximación flexible, abierta e imaginativa; adaptando el examen a las necesidades, habilidades y limitaciones del paciente y no de forma contraria (Ostrosky-Solís, 1987).

Una vez que el neuropsicólogo haya hecho una revisión de la historia clínica y médica del paciente, ello le preemitirá hacer especulaciones preliminares relacionadas con el pronóstico de recuperación y tomar decisiones acerca de áreas específicas que deberá evaluar (Ostrosky-Solís, 1987).

Las siguientes son algunos ejemplos de pruebas de diagnóstico neuropsicológico, cuya elección y extensión de las mismas, dependerá en cuestión de la cantidad del impedimento del paciente y de la naturaleza de este impedimento:

- ‡ Batería neuropsicológica de Halstead- Reitan, 1974
- ‡ Batería neuropsicológica de Luria-Nebraska, 1975
- ‡ Batería de pruebas para evaluar daño cerebral de H. Goodglass y E. Kaplan, 1979
- ‡ Esquema de diagnóstico neuropsicológico de Ardila-Ostrosky-Canseco, 1981
- ‡ Examen para el diagnóstico de afasia de Boston de Goodglass y Kaplan, 1972
- ‡ Prueba de Minnesota para el diagnóstico diferencial de afasia de Schuell, 1965

Finalmente la última etapa de la evaluación neuropsicológica consiste en integrar todos los datos: evaluación medico-neurológica, historia del problema, observaciones y pruebas formales e informales. Las conclusiones beberán partir del análisis comparativo de todos los resultados obtenidos. De esta manera, el diagnóstico, la descripción y la medición de las alteraciones conductuales y cognoscitivas forman la base para poder tomar decisiones a cerca del tratamiento, o sea, si es indicado iniciarlo, qué tipo de programa terapéutico será de beneficio y el pronóstico de resuperación que se puede esperar (Ostrosky-Solís, 1987).

Dentro de las intervenciones o tratamientos no farmacológicos más estudiados en el campo de la estimulación cognoscitiva, desde las aproximaciones más globales, se encuentran según refieren Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003:

- ‡ Programa de estimulación y actividad.
- ‡ Terapia de orientación a la realidad.
- ‡ Musicoterapia
- ‡ Actividad física
- ‡ Programa de psicoestimulación integral
- ‡ Reestructuración ambiental
- ‡ Técnicas de modificación de conducta
- ‡ Programas para familiares
- ‡ Entrenamiento en capacidades cognitivas específicas
- ‡ Nuevas intervenciones
 - a) Programas interactivos con ordenadores
 - b) Programa intergeneracional (metodología Montessori)

Además de las pérdidas a nivel cognoscitivo que conlleva un daño cerebral, sobrevivir a un accidente cerebro-vascular puede ser considerado como un evento de vida estresante mayor. Dificultades neurológicas y funcionales que esto conlleva, generalmente trae como consecuencia una pérdida en la independencia, una alienación social, depresión, un deterioro en la calidad de vida y mayores niveles de estrés. Las respuestas de enojo e irritación frente al estrés se asocian con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares (Baune y Aljeesh, 2006; Chang, 2002; Jaracz y Kozubski, 2006).

Además es frecuente hallar apatía o irritabilidad, depresión (lesiones anteriores en hemisferio izquierdo o posteriores en el derecho) o manía (lesiones anteriores en hemisferio derecho), alucinaciones y psicosis. Todas estas manifestaciones, aún siendo parte del proceso demencial, siempre es importante recordar que pueden ser controlados con farmacología adecuada (Silveira y Redondo, 2003).

De esta manera, el accidente cerebro vascular resulta ser dentro de las demencias un padecimiento que provoca una pérdida de funciones cognoscitivas, con síntomas también en la esfera conductual y psicológica, pérdida de autonomía y todo ello con una importante sobrecarga para la familia y el entorno social. El abordaje de este trastorno como ya se mencionó anteriormente, y de otras demencias afines requiere una estrategia multidimensional que pueda afrontar las diversas necesidades que plantea el paciente y su familia. Por lo que de manera conjunta al tratamiento farmacológico, se han sugerido intervenciones psicosociales dirigidas a optimizar la función del paciente y apoyar a la familia a su cuidado, técnicas muy diversas en cada uno de los ámbitos de intervención (cognitivo, conductual, ambiente-familiar) (Silveira y Redondo, 2003).

Es fundamental tener en cuenta que las demencias vasculares son evitables en la medida que se controlen los factores de riesgo cardio-vascular con afectación encefálica y el estilo de vida. (Silveira y Redondo, 2003).

Hay factores de riesgo que contribuyen al deterioro cognitivo-vascular, estos son:

Los no modificables, como el aumento de la edad, ser del sexo masculino (aunque hay un cambio debido al espacio social y laboral que se ha ganado la mujer) Otro factor es el bajo nivel educativo, origen geográfico, predisposición genética, stroke previo (Silveira y Redondo, 2003).

Los modificables son: la hipertensión, enfermedad coronaria o cardiaca, hiperlipidemia, consumo de tabaco, abuso de alcohol, diabetes mellitus, el aumento de homocisteína en sangre (esta última es fundamental en los análisis preventivos de salud). Por lo tanto cualquier persona en base a estos factores puede calcular el riesgo de padecer un ictus.

De esta manera, el abordaje terapéutico puede guiarse tomando los siguientes puntos: Establecer un diagnóstico confirmado de proceso demencial tomando en cuenta los trastornos psiquiátricos o de personalidad. Documentar el comportamiento del paciente: Descripción del mismo, frecuencia, localización, duración, posibles factores desencadenantes, consecuencias inmediatas, que ayudó y que fracasó, reconocer factores

contribuyentes como pueden ser: la ansiedad y depresión, dolor o molestia, tipo de medicamentos, hipoacusia, pérdida de la visión, limitaciones físicas, soledad, aislamiento, si hay delirium, tener en cuenta los factores ambientales (hospitalización, infra o sobre-estimulación) (Silveira y Redondo, 2003).

La rehabilitación posterior a un evento vascular es más que solamente un problema de interés médico. Se necesitan realizar ajustes sociales complejos y demandantes, así como vocacionales y psicológicos. Las variables biomédicos y psicológicas interactúan en diferentes niveles durante el proceso de recuperación. Los hallazgos sobre el tema indican que los avances en la recuperación pueden depender de la interpretación del paciente sobre su enfermedad y el éxito o fracaso de sus mecanismos psicológicos de enfrentamiento (Burish, 1983).

A pesar de que la rehabilitación generalmente se enfoca a los desórdenes cognitivos, -como hasta ahora se ha documentado en el presente escrito-, asociados a pacientes con daño neurológico, debe de reconocerse que los cambios psicosociales y funcionamiento emocional son comunes en estos pacientes. Estos cambios tienen tanto impacto como las funciones cognitivas dañadas en la integración a la vida comunitaria y al ámbito laboral. Desde el punto de vista psicosocial los efectos del daño cerebral se ven reflejadas en las habilidades interpersonales, en la comprensión social y conciencia del entorno social, la autoeficacia, la dependencia y adaptación a la discapacidad, donde el paciente pueda ser capaz de aceptar su estadio actual incluyendo el ámbito físico, cognitivo, independencia personal, relaciones interpersonales, recursos profesionales y personales y sus limitaciones (Moore y Mateen, 1989).

Los pacientes que han tenido un daño cerebral, frecuentemente se les describe como personas que exhiben un comportamiento social inapropiado, mostrándose irritables o con falta de inhibición. Algunos otros pueden mostrar depresión, ansiedad, negación de los déficits que presentan o un comportamiento introvertido. Es probable que algunos de los cambios emocionales y de comportamiento que se generan en estos pacientes estén relacionados con una personalidad y carácter premórbidos (Moore y Mateen, 1989).

1.1.11.1 Enfoque Cognitivo Conductual

El tipo de psicoterapia que compete al presente reporte es conocida como “terapia cognitivo-conductual” y se caracteriza por ser un sistema de terapia breve y muy efectiva para ayudar a las personas a modificar conductas, pensamientos y emociones no deseables, y a adquirir aquellos que si lo sean. La terapia cognitivo conductual postula que los problemas emocionales y de comportamiento tienen su raíz en un sistema de “creencias fundamentales” que son producto de nuestra educación, nuestra cultura y nuestras experiencias vitales. Cuando estas experiencias son principalmente negativas, se generan automáticamente pensamientos negativos. Estos pensamientos contienen alguna forma de distorsión cognitiva acerca de nosotros mismos y/o el mundo que nos rodea. El objetivo es ayudar a los pacientes a modificar sus emociones y a mejorar el comportamiento de afrontamiento ayudándoles a identificar sus creencias disfuncionales, a contrastar dichas creencias con la realidad y reemplazarlas por creencias apropiadas y realistas (Van der Ven, Weinger y Snoek, 2002).

Desde esta óptica se plantea que cuando suficiente información ha sido recolectada del paciente a cerca de sus problemas actuales, es posible hacer enlaces entre dicha información y la teoría psicológica. A esto se le conoce como formulación de caso o conceptualización. (Goldstein y Foa, 1980).

La formulación muestra como un problema en particular o síntoma emergen y como se mantiene, así como posibles estrategias de solución y prevención para su ocurrencia en el futuro. Además también permite entrever estrategias compensatorias mediante las cuales los individuos pueden desarrollar maneras de minimizar el impacto negativo de sus creencias y suposiciones en pro de su bienestar (Goldstein y Foa, 1980).

De esta manera se pueden distinguir los mediadores, que son las variables responsables de la ocurrencia del problema y los moderadores que son las variables que dan cuenta de la gravedad en el cual un elemento es expresado y la manera en que los enlaces entre las variables mediadoras se manifiesta (Goldstein y Foa, 1980).

La formulación vislumbra una línea de trabajo en la cual pueden ser entendidos los múltiples problemas, contextos y aspectos históricos de la vida del paciente. Se pueden diferenciar 2 niveles de formulación: la formulación del caso la cual muestra los orígenes del problema o eventos clave en el curso del problema y la formulación del problema (integra la aplicación de la teoría cognitivo conductual y los principios que dan cuenta de los principales factores que contribuyen a su ocurrencia, gravedad y naturaleza del problema o problemas que presenta el paciente; muestra los componentes cognitivos, conductuales y emocionales de una situación específica de los elementos de ese problema. Generalmente sugiere hipótesis en virtud de un hecho que se asocia con experiencias particulares, creencias o estrategias de afrontamiento) (Goldstein y Foa, 1980).

La formulación de caso sintetiza la información contenida en la formulación del problema, integrando la información histórica de los problemas, detalles en las estructuras cognitivas, la historia de vida del paciente y su actual situación de vida (Goldstein y Foa, 1980).

Con el objetivo de llevar a cabo un programa racional para la eliminación del hábito no deseado, es indispensable tener información precisa sobre el estímulo o cadenas de estímulos que desencadenaron el comportamiento que se desea eliminar (Goldstein y Foa, 1980).

La valoración cognitivo conductual, es un componente central en las terapias con dicho enfoque. El propósito primario es obtener información para posteriormente formular el caso o conceptualizarlo, y de esta manera facilitar la formulación de las maneras en que el paciente podrá ser capaz de alcanzar los objetivos del tratamiento. Existen diferentes métodos durante el proceso de valoración: la observación, los inventarios de auto aplicación, las entrevistas semiestructuradas y entrevistas clínicas o el llenado de agendas (Goldstein y Foa, 1980).

La valoración debe permitir obtener información sobre cómo el problema se desarrollo desde un principio, identificando el curso histórico del mismos, o experiencias de vida que

puedan ser relevantes para entender los problemas, de esta manera el problema debe ser valorado en detalle para dar información sobre como se generó y los factores que lo refuerzan. También es importante agregar la historia médica en el caso de que el problema esté relacionado con factores médicos y /o la historia familiar sobre los miembros que la conforman y que se ven afectados de tener a alguien en la familia con un problema médico (análisis funcional) (Goldstein y Foa, 1980).

Una vez que se ha recolectado la información del problema, su curso, evolución y procesos relacionados, a través del análisis funcional, se podrá elegir el tratamiento más adecuado para el paciente. El análisis funcional puede ser definido como la estrategia clásica para unir evaluación y tratamiento, esto es, para derivar el tratamiento adecuado a partir de los datos de la evaluación.

Las siguientes son categorías que comprende dicho análisis:

- 1.- Explicación del propósito de evaluación- presentando al paciente una explicación sobre la entrevista de evaluación.
- 2.- Identificación del rango de problemas- empleando indicaciones para ayudar al paciente a identificar todas las cuestiones relevantes, primarias y secundarias, con el fin de obtener una visión completa.
- 3.- Seleccionar y dar prioridad a cuestiones y problemas- utilizando indicaciones para ayudar al paciente a dar prioridad a determinados problemas y a seleccionar el área inicial en el que centrarse.
- 4.- Identificación de las conductas problema que se presentan- usando indicaciones para ayudar al paciente a identificar los seis componentes de la conducta(s) problema: afectivo, somático, conductual, cognitivo, contextual y de relación.
- 5.- Identificación de los antecedentes- empleando indicaciones para ayudar al paciente a identificar las fuentes de los antecedentes y su influencia sobre la conducta problema.
- 6.- Identificación de las consecuencias- empleando indicaciones para ayudar al paciente a identificar las fuentes de las consecuencias y su influencia sobre la conducta problema
- 7.- Identificación de las ganancias secundarias- usando indicaciones para ayudar al paciente a identificar las variables controladoras subyacentes que sirven como recompensas para mantener la conducta problema
- 8.- Identificación de soluciones anteriores- empleando indicaciones para ayudar al paciente a identificar soluciones o intentos previos para solucionar el problema y su efecto posterior sobre el problema.
- 9.- Identificación de las habilidades de afrontamiento del paciente- utilizando indicaciones para ayudar al paciente a identificar conductas presentes y pasadas adaptativas o de afrontamiento y cómo se podrían emplear dichas habilidades para trabajar con el problema actual.
- 10.- Identificación de las percepciones del paciente sobre el problema- utilizando indicaciones para ayudar al paciente a describir como entiende el problema.
- 11.- Identificación de la intensidad del problema- usando indicaciones y/o la auto observación por parte del paciente para identificar el impacto del problema sobre la vida del mismo, incluyendo: a) el grado de gravedad del problema b) la frecuencia o duración de las conductas problema.

Cabe agregar que el análisis que resulte y la selección de la conducta objetivo pueden cambiar con el tiempo. El terapeuta debería de ser flexible cuando se obtiene nueva información a través del proceso de evaluación continua que caracteriza a la terapia de la conducta (Caballo, 1995).

1.1.11.2 Ajuste emocional en pacientes con evento vascular desde el enfoque cognitivo-conductual.

Depresión

En el accidente cerebro vascular, las complicaciones médicas posteriores son importantes problemas de considerar debido a que afectan la calidad de vida de los pacientes, representando un problema de salud mayor. La pérdida de salud es un factor de riesgo asociado a depresión, específicamente en el anciano y en un importante porcentaje de casos los síntomas depresivos aparecen después de una enfermedad grave (Silveira y Redondo, 2003).

Dentro de esta línea de investigación se ha encontrado que de las enfermedades más frecuentes asociadas con la depresión en el anciano es el accidente cerebro vascular. Se calcula la incidencia de depresión post-ictus entre un 25-50% de casos, lo que da idea de la magnitud del problema y su repercusión sobre la rehabilitación funcional de estos pacientes (Agüera, Francés, Ganosos, Gil, Martín y Sánchez, 2004).

La depresión comórbida al evento ha mostrado que aumenta los niveles de disfuncionalidad y reduce la efectividad de la rehabilitación; siendo un diagnóstico temprano de la depresión importante para el curso y pronóstico del evento. La depresión se presenta más comúnmente posterior a los 6 a 24 meses ocurrido el evento. La incidencia y la prevalencia de la depresión, es más frecuente en mujeres y pacientes jóvenes, específicamente en aquellos que como secuela tuvieron disfasia o disartria (Benbir y Gözükmizi, 2006).

La depresión es el trastorno psiquiátrico habitualmente más encontrado en las personas mayores de 65 años, tanto por su frecuente presentación en la población anciana en general como en pacientes con demencia, no resulta fácil dar cifras reales sobre la magnitud del problema (Agüera et al., 2004).

Al inicio de este siglo, la OMS emitió un informe dedicado a la salud mental, centrado en la prevención de la patología psiquiátrica, destacando que la depresión, que actualmente es la quinta causa de discapacidad, será la segunda en el plazo de 20 años (Agüera et al., 2004).

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la

misma. Sin embargo, se calcula que menos de un 2% de pacientes, en atención primaria, consulta explícitamente por tristeza (Agüera et al., 2004).

A nivel fisiológico, cuando hablamos de depresión ésta se asocia a lesiones cerebrales que corresponden a la irrigación de la arteria cerebral posterior, la cual se puede considerar que será de menor duración, menor gravedad y mejor pronóstico que cuando se asocia a áreas frontales subcorticales donde el pronóstico se ensombrece y el cuadro es más severo y crónico. El daño en el hemisferio izquierdo se relaciona con la depresión, mientras las lesiones en el hemisferio derecho se ven relacionadas con aplanamiento emocional o indiferencia. La depresión puede estar relacionada con trastorno en la cara interna del lóbulo temporal o cuando existe daño del lóbulo frontal del hemisferio izquierdo y/o ganglios basales (Moore y Mateen, 1989; Secin y Rivera, 2003; Zarragoitia, 2003).

La relación entre enfermedad física y depresión se hace más evidente en los trastornos cardiovasculares, precisamente en el evento cerebro vascular, la asociación entre enfermedad física y depresión es más alta y su presencia se asocia con mayor compromiso encefálico. Los pacientes deprimidos presentan más micro-infartos en la sustancia blanca y núcleos basales y más infartos mayores. Los pacientes con estados depresivos de aparición tardía en la vida, tienen más lesiones cerebrales que los enfermos con depresiones a edades tempranas. Estos infartos tienen mayor prevalencia en la región prefrontal que tiene conexiones con la amígdala y otras estructuras cerebrales. Según Finset (citado en Silveira y Redondo, 2003), al parecer existe una mayor relación en casos de lesiones anteriores izquierdas y posteriores. Pero, la depresión no sólo aparece con el trastorno físico-vascular sino que también puede anteceder a la enfermedad e indica un peor pronóstico.

El término “depresión vascular” se introdujo, para designar esta asociación de depresión y ECV. Esta depresión suele ser más frecuente en hombres fumadores y con HTA y tienen índices altos de riesgo de ECV. Se la denomina también depresión de comienzo tardío, para diferenciarla de aquella que aparece más temprano en geriatría y que clínica y genéticamente es similar a la depresión en jóvenes (Silveira y Redondo, 2003).

La depresión es uno de los más frecuentes padecimientos psiquiátricos en pacientes con daño neurológico, particularmente por evento vascular, Parkinson y la enfermedad de Huntington, siendo multifactorial, independientemente del rango, localización o tipo de cambio, siendo los factores sociales y psicológicos muy importantes en el desarrollo de la depresión en personas con daños neurológicos. En éste ámbito lo más importante es hacer un diagnóstico diferencial, que permita diferenciar de una depresión primaria relacionada con desórdenes neurológicos de una depresión secundaria que resulte de incapacidades mentales o físicas o cambios en los roles de vida del paciente (Koszewska y Bzinkowska, 2005).

La depresión se asocia a una pobre recuperación funcional posterior a un evento isquémico, siendo más frecuente en el primer mes de evolución del paciente; la depresión posterior a este tiempo puede más bien deberse a una condición funcional del cerebro afectada en el paciente. A pesar de que existen algunos factores asociados a la depresión, poco se sabe sobre los factores relacionados con la depresión en un evento vascular, entre ellos el

insomnio y la fatiga (Jiménez-Martín, Rodríguez-Yáñez, Blanco, Leira, y Castillo, 2006; Sinyor, Amato y Kaloupek, 1986).

Además la depresión puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria. En el paciente con demencia existe una correlación positiva entre depresión y trastornos de conducta, tanto los derivados de déficits mnésicos, como pueden ser, por ejemplo, las preguntas repetitivas, como la aparición de conductas disruptivas, incluida la agresividad. La depresión en la demencia incrementa la incapacidad y el deterioro funcional, aumentando la mortalidad, y su curso tiende, en general, a ser más grave y con mayor tendencia a la cronicidad. Además suele exteriorizarse abandono, minusvalía, labilidad emocional, apatía, indiferencia (Agüera et al., 2004).

En síntesis, las consecuencias de la depresión son: aislamiento social, soledad, baja calidad de vida, incremento del uso de los servicios de salud, deterioro cognitivo, riesgo de cronicidad, mayor riesgo de evento vascular y de mortalidad. Riesgo de pérdida funcional y de incapacidad, alto riesgo de suicidio (Agüera et al., 2004).

El tratamiento para la depresión debe realizarse de manera integral, lo cual es indicativo del abordaje amplio de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales (Zarragoitia, 2003).

Los objetivos a alcanzar en el tratamiento de la depresión son:

- ‡ Decremento de los síntomas depresivos
- ‡ Reducción del riesgo de recaídas y recurrencias
- ‡ Incremento de la calidad de vida
- ‡ Disminución de los costos de los cuidados de salud y mortalidad

El modelo cognitivo-conductual señala que existen tres pensamientos inadecuados que las personas con depresión tienen comúnmente y se llama “tríada cognitiva” Estos son:

Tener una visión negativa de si mismo: Generalmente las personas deprimidas tienden a culparse de todo lo que sucede, a cuestionar su propia valía personal ante los errores (“No valgo”). En este caso se piensa que uno es un inútil, que es desgraciado y que carece de los atributos para lograr la alegría y la felicidad (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1983).

Interpretar las experiencias de manera negativa: Le parece que el mundo le exige demasiado y ve todo como obstáculos insuperables (Beck, et al., 1983).

Visión negativa acerca del futuro: Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Piensa que cualquier cosa que intente hacer fracasara (Beck, et al., 1983).

Estas tres ideas explican porque el paciente deprimido frecuentemente siente que depende de los demás, se siente inepto y poco valioso lo que hace que muy probablemente busque ayuda y seguridad en otros. Y dado que piensa que independientemente de lo que haga todo le va a salir mal, es muy probable que no haga nada, generándose apatía y falta de ganas para hacer las cosas debido a que con frecuencia piensa que va a fracasar. De esta manera los pensamientos de la tríada cognitiva están generando emociones negativas como la

inutilidad y también generan cambios en la conducta al tener poca motivación para hacer las cosas (Beck, et al., 1983).

Estos pensamientos son llamados pensamientos automáticos, los cuales nos ocasionan emociones intensas y negativas. Son cosas que nos decimos a nosotros mismos. Estos pensamientos son ilógicos ya que los mantenemos a pesar de que tenemos evidencia contraria que nos señala que no son ciertos (Beck, et al., 1983).

Es necesario que el paciente deprimido aprenda a identificar y modificar los pensamientos ilógicos, automáticos en donde se demanda, se culpa, se exige exageradamente a sí mismo, el mundo y el futuro. Un pensamiento maduro disminuirá la intensidad de la depresión, hasta hacerlo sentir una tristeza manejable o incluso otra emoción como la tranquilidad (Beck, et al., 1983).

Para llevar a cabo la codificación de pensamientos, la terapia cognitiva se basa en el uso de autoregistros de pensamiento, donde se le pide al paciente que anote en una hoja de registro la situación en la que uno se encuentra cuando experimenta una emoción negativa que desea controlar (cuando me siento muy triste), después se registra el pensamiento que pasa por su mente en ese momento y después se anota esa emoción y su intensidad (de 0% a 100%) y las cosas que hace o conductas desplegadas por ello (Beck, et al., 1983).

Después de haber identificado los pensamientos irracionales, ilógicos y automáticos es necesario que los modifique (Beck, et al., 1983).

La modificación de los pensamientos se hace de la siguiente manera:

- ‡ Se identifican los pensamientos
- ‡ Se analiza la evidencia o hechos concretos que apoyan a ese pensamiento o conclusión
- ‡ Se analiza la evidencia en contra de ese pensamiento conclusión
- ‡ Se generan pensamientos alternativos, lógicos
- ‡ Se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra pensando de forma racional.

El formato de la hoja de 7 columnas, desarrollada por Greenberger y Padesky (1995) puede ser un material de apoyo para modificar los pensamientos.

Combinado con ello el paciente puede hacer uso de autoverbalizaciones o autoinstrucciones útiles – aquellos que le funcionen- para sentirse mejor o menos deprimido. Estos son ejemplos algunos ejemplos:

- ‡ Se vuelve a valorar el estado emocional en el que uno se encuentra pensando de forma racional.
- ‡ Me gusta la gente
- ‡ Me siento bien
- ‡ Le gusto a la gente
- ‡ Me agrada hacer

- ‡ Soy una buena persona
- ‡ Tengo un buen autocontrol
- ‡ Tengo consideración con los demás
- ‡ Algún día recordare los malos días y sonreiré
- ‡ Mis experiencias me han preparado para el futuro
- ‡ He trabajado bastante y ahora me ocupo también de divertirme.

Como parte esencial del tratamiento es enseñar al paciente a reconocer los logros que vaya obteniendo en la terapia, mediante el reforzamiento positivo contingente a l logro; pueden ser autoverbalizaciones positivas, un premio, realizar actividades placenteras , tales como planear algo con lo que disfruta, salir a divertirse, asistir a una reunión social, etc (Beck, et al., 1983).

Es importante que dentro de la intervención cognitiva para la depresión se prepare al paciente para ella, mediante la explicación de la naturaleza y fundamento del tratamiento cognitivo, además de prepararlo para los posibles cambios que podría experimentar durante el tratamiento. Además las intervenciones deben de ser breves y muy estructuradas para aportar al paciente el máximo de estrategias que le favorezcan para observar un cambio en poco tiempo de su estado depresivo (Beck, et al., 1983).

Es deseable identificar los intentos o acciones que ha hecho la paciente para enfrentar la realidad que percibe y resolver sus problemas, ya que esto es importante para generar un esquema de intervención basado en los recursos que ella tenga y en el análisis de los que se le podrían brindar para desarrollar mejores estilos de afrontamiento y solución de problemas. Cabe resaltar que la eficacia de cualquier solución potencial varia de persona a persona y de lugar a lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los valores y objetivos de las otras personas significativas.

La solución de problemas se ha definido como el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema. La puesta en práctica de la solución, por otra parte, supone la ejecución en la realidad de la solución escogida (Beck, et al., 1983).

El termino “afrontamiento de solución de problemas” se refiere a la combinación de solución de problemas y la ejecución del afrontamiento con respecto a un problema determinado. La puesta en práctica de una solución depende, no solo de la capacidad para la solución de problemas, sino de otros factores, incluyendo las deficiencias en las habilidades de ejecución, las inhibiciones emocionales y los déficit en motivación. En otras palabras, las evaluaciones del proceso se deben centrar en las habilidades y en las capacidades que permiten a los individuos solucionar problemas de manera eficaz, mientras que las evaluaciones de la solución deberían centrarse bien en las soluciones de las que se informa (técnicas o respuestas de afrontamiento especificas) o bien en la ejecución del afrontamiento real. En la práctica clínica, es especialmente importante disponer de distintas estrategias de tratamiento para el individuo que es competente en el descubrimiento de una solución eficaz, pero flojo en llevarla a la practica (Beck, et al., 1983).

Proceso De Solución De Problemas

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. Según D'Zurrilla y Nezu, (citados en Caballo, 1995; Labrador, Cruzada y Muñoz1995) la solución de problemas eficaz requiere de cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Estos procesos incluyen:

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones y
5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

El objetivo de esta intervención es que el paciente pueda ser capaz de identificar la forma en como está construyendo su realidad, motivándolo a centrarse en los acontecimientos reales y en los significados que le atribuye, para que identifique los significados inadecuados que le ha dado a sus experiencias, dándole un nuevo significado de acuerdo a la realidad que le proporcione más satisfacciones y le permita lograr las metas que ella se proponga ejercicio de manera constante, sin dejar de lado los obstáculos que se pueda presentar durante el proceso de cambio cognitivo (Beck, et al., 1983).

Desde el ámbito meramente conductual, en la depresión se identifican conductas negativas, de evasión o respuestas de miedo que pueden representar un retroceso en el proceso de rehabilitación de estos pacientes o someterlos al riesgo de presentar complicaciones. La terapia conductual deriva de los principios básicos del condicionamiento clásico y operativo de la teoría del aprendizaje social y la indefensión aprendida, e incluye la terapia de aprendizaje social, la terapia de autocontrol, el aprendizaje de habilidades sociales, y la terapia estructurada de resolución de problemas. Las terapias de conducta emplean la educación, la práctica guiada, tareas para la casa y el refuerzo social; se intenta ignorar los comportamientos depresivos como la auto culpa, la pasividad y el negativismo, mientras se recompensan comportamientos distantes a la depresión como la actividad, experimentar placer y la resolución de problemas. El terapeuta deber proponer al paciente de inicio tareas pequeñas y concretas y poco a poco debe ir proponiendo tareas más ambiciosas. Este aprendizaje enseña al paciente a autorreforzarse, a tener un comportamiento más asertivo, y buscar reforzadores sociales, tales como los cumplidos o el contacto visual (Secin y Rivera, 2003).

La depresión es muy frecuente en la demencia vascular. El estado de ánimo depresivo puede modificarse con una adecuada terapia ocupacional y un buen tratamiento farmacológico. Cuando la depresión presenta un obstáculo para alcanzar las metas de la rehabilitación, la medicación debe ser considerada, monitoreando cercanamente sus efectos en otras capacidades cognitivas o conductuales, así como la adherencia a la misma (Moore y Mateen, 1989).

Ansiedad

Por otra parte, la depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad con quien comparte además numerosos síntomas. Alrededor del 50% de los pacientes con diagnóstico primario de ansiedad generalizada presentan síntomas depresivos y hasta el 80% de pacientes con diagnóstico primario del trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad (Agüera et al., 2004).

Ansiedad y depresión son condiciones frecuentemente comórbidas en el adulto y también en el paciente anciano. Ambas comparten un número considerable de síntomas como las alteraciones del sueño y apetito, molestias gastrointestinales o cardiopulmonares inespecíficas, irritabilidad, falta de energía, fatiga y dificultad de concentración. La depresión puede instaurarse de forma secundaria a un trastorno por angustia de larga evolución (Agüera et al., 2004).

La ansiedad y la depresión se asocian a daño en el hemisferio izquierdo mientras que la ansiedad sola con el daño del hemisferio derecho. La ansiedad aumenta con la edad y es mayor en pacientes institucionalizados. Se observan síntomas como intranquilidad e inquietud y muchas veces lo manifiestan por medio de preguntas reiterativas (Astrom, 1996).

La ansiedad se relaciona con dependencia en actividades diarias y reduce e interfiere la vida social. Típicamente se manifiesta como nerviosismo, inseguridad o miedo, lo que genera que las personas que la padecen se muestren tensas, hipervigilantes y con movimientos tiesos (Astrom, 1996; Moore y Mateen, 1989).

El deterioro cognitivo típico de grados incipientes y moderados de daño neurológico implica un control menos fino de las reacciones psicológicas. La incapacidad de refrenar o modular las respuestas ansiosas ante cualquier tipo de estresor, hace que se desencadenen situaciones de ansiedad que pueden llegar a ser sumamente graves. La presencia de ansiedad con sus cualidades más específicas, es característica de estadios precoces, en relación con la percepción subjetiva de los déficits y el consecuente deseo de sobreponerse a ellos, y también de estadios medios, manifestada como una dificultad de modulación de la respuesta ante circunstancias adversas, a veces mínimas. En los estadios avanzados, debería hablarse más de problemas conductuales que de ansiedad propiamente dicha (Agüera et al., 2004).

La ansiedad generalmente refleja la incapacidad o dificultad que presenta el paciente para enfrentar situaciones difíciles. El manejo de la ansiedad puede lograrse mediante la práctica del ejercicio físico, el entrenamiento en relajación, el entrenamiento en comportamientos asertivos, realizar autorregistros y hablar abiertamente con otros lo cual reduce la tensión. El apoyo social también puede ser útil, (Moore y Mateen, 1989)

La práctica del ejercicio físico se ha visto como un tratamiento efectivo para los pacientes que han sufrido un EVC, además de tener efectos de mejora a nivel cardiovascular, a nivel psicológico se asocian a un aumento a la sensación de bien estar y un decremento en la ansiedad y depresión. De ahí la importancia de monitorear su practica constante al menos

30 min. diarios, específicamente en pacientes que tienen complicaciones cardíacas o han sufrido un evento cerebro vascular (Burish, 1983).

En cuanto al tratamiento del estrés debe ser concebido de un modo multidimensional, con fines amplios. Para ello, deben considerarse la modificación de la personalidad, el alivio o supresión del síntoma, y las intervenciones sobre la comunidad, las instituciones y la red de apoyo social a favor del paciente. Las distintas técnicas antiestrés no son excluyentes, pueden utilizarse simultáneamente en los programas terapéuticos y se escogen de acuerdo a las necesidades de cada sujeto (Orlandini, 1999).

Entre los métodos de tratamiento frecuentemente usados para controlar el estrés están los siguientes:

1.- Medicamentos con efecto antiestrés:

- ‡ Los tranquilizadores.
- ‡ Los neurolépticos.
- ‡ Los antidepresivos.
- ‡ Los bloqueadores beta-adrenérgicos.
- ‡ Los analgésicos o antipiréticos.

2.-Métodos de relajación:

- ‡ La yoga.
- ‡ Entrenamiento progresivo de relajación de Jacobson.
- ‡ Entrenamiento autógeno de Shultz.
- ‡ Biofeedback.
- ‡ Desensibilización sistemática.

La importancia de las técnicas de relajación no reside en ellas mismas - al igual que ocurre con cualquier técnica - sino en la aplicación que se haga de ellas. No son fines en sí mismas, sino medios para alcanzar una serie de objetivos. El objetivo fundamental de estas técnicas es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que le están produciendo tensión o ansiedad (Orlandini, 1999).

Estas situaciones pueden ser:

Actividades rutinarias que el sujeto está llevando a cabo con más tensión de la necesaria para su correcta realización, y que le está provocando un elevado estado de activación o ansiedad generalizada y situaciones específicas ante las que el sujeto experimenta ansiedad o estrés (Orlandini, 1999).

Cabe señalar que las técnicas de relajación han mostrado ser útiles para contrarrestar los estados de enojo e irritabilidad que algunos pacientes presentan (Moore y Mateen, 1989).

Muchos pacientes con daño cerebral experimentan confusión y aturdimiento en concentrarse e sus reducidas o poco fiables capacidades o habilidades. Repentinamente pueden darse cuenta que no encuentran una palabra durante una conversación, son incapaces de recordar un punto específico de la conversación de un punto anterior que se

tocó minutos atrás, etc. Correlaciones realizadas en estudios recientes han demostrado que el apoyo social e interacciones sociales que presente el paciente pueden mediar en el enfrentamiento al evento vascular y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Jaracz y Kozubski, 2006; Moore y Mateen, 1989).

Que el paciente sea capaz de mejorar la relación con las personas con las que interacciona de modo que perciba su ambiente de un modo más favorable, logrando una eficacia para lograr objetivos de respuesta tales como deseos, sentimientos, actitudes, deseos o derechos, así como que pueda ser capaz de resolver los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. De ahí la importancia de llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales, específicamente, aquellas dirigidas a salvaguardar al paciente de los factores de riesgo y mantener conductas saludables. El modelamiento, el ensayo conductual, la retroalimentación, el reforzamiento y el juego de roles, destacan entre las técnicas más utilizadas para entrenar al paciente en habilidades sociales que le permitan ser asertivo y adaptarse a su medio social, disminuyendo la ansiedad o estrés o percepción de baja autoeficacia frente al medio social en el que se desenvuelve (Linehan, citado en Caballo, 1995).

La carencia por parte del organismo de las habilidades sociales necesarias da como resultado estrategias poco adaptativas, como estados emocionales negativos (p.ej. ansiedad) y cogniciones desadaptativas, en lugar de soluciones sociales a los problemas. Numerosos investigadores han señalado los déficits en la habilidad social como una base para las principales formas de psicopatología. Los procedimientos básicos empleados en el entrenamiento de habilidades sociales implican la identificación de áreas específicas de dificultad; el analizar la situación y explorar las conductas alternativas; el realizar tareas para casa y el discutir sobre las reacciones y los resultados de la nueva conducta del paciente de sesión a sesión. Cuando el paciente aprende a actuar de forma efectiva en una situación se repite el procedimiento con nuevas situaciones, hasta que se adquiere un repertorio de habilidades sociales. De esta manera el entrenamiento de habilidades sociales se compone de un conjunto de procedimientos de terapia de conducta que enseña a los individuos a comportarse adecuadamente en situaciones sociales, dando por supuesto que el actuar de forma apropiada, no agresiva, soluciona los problemas de las situaciones antes de que éstas se vuelvan excesivamente ansiógenas (Caballo, 1995).

El Cigarro y Alcohol

Las enfermedades cardíacas y cerebro vasculares, junto con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer pulmonar son las enfermedades que causan más de 40 mil muertes al año en México, pero no son las únicas enfermedades con las que se asocia el tabaquismo como factor de riesgo. Los riesgos de padecer cualquiera de estas enfermedades relacionadas con el consumo de cigarrillos se comportan, en general de manera acumulativa, esto es, el riesgo se va incrementando conforme aumentan los años y la intensidad de consumo. La salud general de los fumadores se ve comprometida y se observa una disminución en la esperanza de vida de los fumadores en relación con los no fumadores. En la actualidad se ha visto que el daño por fumar es multisistémico, es decir, compromete la salud de múltiples órganos y sistemas. Las enfermedades asociadas con el tabaquismo no solo ocurren en los sitios del cuerpo que tienen contacto directo con el humo

del tabaco, como son la boca, la garganta y los pulmones, sino también en los lugares a los que llegan los componentes y metabolitos del humo del tabaco, tales como el corazón, vasos sanguíneos, riñones y vejiga (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C., 2005).

En el caso de las enfermedades cardiovasculares, el tabaquismo se considera junto con la hipertensión arterial sistémica y la hiperlipidemia, uno de los principales factores de riesgo, incluso de mayor importancia dada su mayor prevalencia. Los mecanismos mediante los cuales el tabaquismo promueve las enfermedades cardiovasculares son diversos, entre los más importantes se encuentran el daño endotelial, aumento del tono adrenérgico ocasionando taquicardia, vasoconstricción, aumento en la contractilidad miocárdica y como consecuencia de lo anterior, hipertensión arterial (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C., 2005).

El riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares es menor en los exfumadores que en los fumadores. Al dejar de fumar, el riesgo disminuye rápidamente durante el primer año de abstinencia, continuando esta reducción gradual de manera sostenida, a los 15 años de haber dejado de fumar se llega al nivel de riesgo similar al de las personas que nunca fumaron. Sin embargo existen estudios que han mostrado que la reducción del riesgo ocurre después de 5 años de abstinencia. En quienes ya se ha establecido algún tipo de enfermedad cardiovascular, el dejar de fumar reduce el riesgo de infartos y de muerte (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C., 2005).

Se ha encontrado que existe una gran proporción de pacientes que fuman a pesar de haber sufrido padecimientos atribuibles a la conducta de fumar. Identificando procesos cognoscitivos, tales como la negación, que pueden ser usados por los fumadores para minimizar o racionalizar el factor de riesgo que el cigarro tiene sobre su salud, encontrando alguna justificación para mantener la conducta de fumar, aunado a la vulnerabilidad que manifiestan los pacientes sobre las expectativas de éxito para dejar de fumar. Estos dos aspectos deberían de ser considerados para prevenir una recurrencia en el evento vascular. Además se ha encontrado que los fumadores carecen de suficiente información sobre la relación entre el cigarro y los padecimientos y riesgos para la salud (Ulrich, Meyer, Hanke, Völzke y Shcumann, 2006)

Considerando lo anterior es importante que el paciente considere seriamente el dejar de fumar, para ello se sugiere que se defina una fecha para dejar de fumar, resaltando la capacidad que tiene para hacerlo, ofreciéndole información sobre las estrategias para dejar de fumar (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C., 2005).

A continuación se enlistan una serie de recomendaciones para dejar de fumar y continuar haciéndolo:

- ‡ Desechar todos los cigarros, limpiar los ceniceros, deshacerse de cerillos y encendedores.
- ‡ Pensar en cualquier imagen negativa a cerca del cigarro.
- ‡ Adoptar una actitud positiva, tratar de concebirse como exfumador.

- ‡ Cada vez que sienta deseos de fumar, inicie un sencillo ejercicio de relajación y/o de respiración. Este ejercicio puede ayudarle a reducir la ansiedad, el enojo, el deseo por fumar y la respiración mejorará.
- ‡ Después de comer dar paseos cortos o realizar alguna actividad diferente a cuando fumaba.
- ‡ Si lo desea, puede hacer pública su decisión de no fumar. Resaltando a las personas la importancia que tiene el lograr el objetivo y continuar sin fumar.
- ‡ Reunirse con amigos que no fumen.
- ‡ Asistir a lugares donde no permitan fumar.
- ‡ Realizar alguna manualidad como tejer, jugar con esferas antiestrés, arreglar el jardín, etc.
- ‡ Evitar temporalmente el consumo de café y alcohol, las cuales se asocian al consumo de tabaco.
- ‡ Procurar modificar los hábitos asociados a la conducta de fumar, reuniones sociales con fumadores, hablar por teléfono, hacer sobremesa. Probablemente, reubicar los muebles.
- ‡ Alimentarse con una dieta balanceada, evitando comida demasiado grasa.
- ‡ Mantener una higiene dental frecuente, así como visitas periódicas con el dentista
- ‡ Consumir líquidos.
- ‡ Cada vez que sienta deseos de fumar, puede utilizar algún sustituto oral como, un popote, ramas de canela, boquillas de sabores, etc. Ayudando al destete psicológico de la conducta de fumar.
- ‡ Consumir vitaminas C y E ya que son antioxidantes que ayudan a prevenir las enfermedades respiratorias
- ‡ Auto reforzamiento, disfrutando el dinero que ahorrará no fumando.

Es importante preguntar al paciente sobre las razones que tiene para dejar de fumar, una vez que lo intenta, las dificultades para dejar de hacerlo y los logros que ha logrado llevar a cabo o intentos previos para dejar de fumar. Proporcionar información de soporte sobre el tabaquismo y el éxito de dejarlo: la naturalezacurso de los síntomas y de la adicción al tabaco. Promoviendo generar que le paciente exprese abiertamente sus temores por dejar de fumar, experiencias difíciles y sensaciones ambivalentes, así como identificar posibles estados de ánimo displacenteros asociados a la abstinencia del cigarro, tales como ansiedad, depresión, desesperación, angustia, enojo, soledad, duelo asociación con situaciones específicas (trabajo, esparcimiento, sobremesa, fiestas y reuniones, etc.) (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C., 2005).

Una vez que se ha logrado el objetivo y habiendo identificado y controlado los motivos que desencadenan el deseo de fumar, se sugiere el siguiente listado para prevenir recaídas.

- ‡ Auto reforzamiento, disfrutando el dinero que ahorrará no fumando.
- ‡ Pensar si fumar nos va a solucionar el problema
- ‡ Recordar los motivos para continuar sin fumar y los beneficios de ello
- ‡ Platicar con un amigo o ex fumador
- ‡ Realizar ejercicios de respiración. Inhalar 4 tiempos y exhalar 6 tiempos.

- ‡ Beber agua, realizar ejercicio físico, cambiar hábitos de salud, laborales y recreativos
- ‡ Decir “no” cuando se le ofrecen cigarros.
- ‡ Aprender actividades cognitivo-conductuales para distraer la atención de la urgencia de fumar.

Se ha demostrado el papel del tabaquismo como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cerebro vascular tanto de tipo trombótico como de tipo hemorrágico, especialmente en personas menores de 65 años de edad. En las mujeres, el riesgo de padecer de un accidente cerebro vascular es mayor en las fumadoras con antecedentes de consumo de anticonceptivos orales (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C., 2005).

Existen ventajas a corto y largo plazo que el cuerpo recibe al dejar de fumar:

- 1.- A partir de los 20 min. que se fumó el último cigarro; la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la temperatura del cuerpo vuelven a sus valores normales.
- 2.- Luego de 8 horas de oxígeno alcanza los niveles adecuados para el cuerpo.
- 3.- Después de 72 horas se incrementa la capacidad pulmonar y se beneficia la función bronquial. Mejora el sentido del gusto y del olfato.
- 4.- Tres meses después disminuye la tos, el cansancio, la sensación de ahogo, fatiga y las infecciones respiratorias.
- 5.- Después de 9 meses se reduce notablemente la tos, la congestión y la sensación de falta de oxígeno.
- 6.- Después de 10 años sin fumar las probabilidades de desarrollar cáncer pulmonar, de vejiga, de laringe y enfermedades del corazón son las mismas que una persona que nunca ha fumado.

Beneficios adicionales:

- ‡ La ropa deja de oler a humo de tabaco
- ‡ Aumenta la capacidad para realizar actividades físicas
- ‡ Mejora la economía.

El modelo de etapas de cambio de J. Prochaska y Di Clemente (citado en Esteves, Goja, Blanco y González, 2004) es aplicable a todo cambio conductual y como tal al proceso de dejar de fumar. Para el terapeuta es importante conocer en qué etapa se encuentra el paciente, así como los datos de sus patologías, vida persona, familiar y laboral para poder brindar la ayuda apropiada. El objetivo inicial es ayudar a los fumadores a avanzar en la etapa evolutiva, con el objetivo final de la cesación completa. Para ello se sugiere que se haga un listado de beneficios y desventajas que ofrece el continuar fumando, un registro de cigarrillos, ensayos de cesación, realizar ejercicio, adoptar conductas alternativas (ingerir abundante líquido, masticar chicles, mantener las manos ocupadas, técnicas de relajación, etc),

En presencia de isquemia de corazón o de accidente cerebro vascular, una meta intermedia en la presión arterial sistólica menor a 160 mmHg podría ser aceptable. La intervención debe incluir una restricción en la sal junto con medicamentos antihipertensivos, los cuales dependerán de la existencia o no de padecimientos comórbidos (Gluszek, 2006).

Por otro lado, los mecanismos patogénicos del alcohol influyen en la presión sanguínea, específicamente en el sistema nervioso central, en la coagulación, en el sistema neuroendócrino, en el balance electrolítico y en el miocardio. Existiendo además un mayor riesgo de desarrollar hipertensión por ingesta de alcohol sin alimentos. Como se sabe la hipertensión es un factor de riesgo conocido en los eventos vasculares. De ahí la importancia de establecer una relación potencial entre el consumo de alcohol (y su influencia con la hipertensión) y el evento vascular. Se ha visto que pequeñas cantidades de alcohol previenen de un accidente cerebro vascular isquémico, mientras un consumo elevado es un riesgo de un accidente cerebro vascular u otros padecimientos (cirrosis hepática, pancreatitis, neoplasma y trauma) (Kosicka y Kara-Perz, 2006).

No es suficiente enfocarse sólo en las diferentes alteraciones y ofrecer al paciente una variedad de terapias. El aspecto esencial en la neurorehabilitación es la integración de las disciplinas y establecer una meta común consistente para llenar las necesidades del paciente. El equipo debe tener una buena estructura organizacional con una buena comunicación entre los integrantes a cerca del objetivo de tratamiento de cada uno de los pacientes. El objetivo final de la rehabilitación es dar las terapias específicas para cada una de las funciones cognitivas, y así, de forma integral, multidisciplinaria y profesional lograr que el paciente se reincorpore a la sociedad conociendo y aceptando su renovada forma de ser persona (Castillo de Rubén, 2002).

En cuanto al tratamiento la clave está en realizar un trabajo personalizado donde además del paciente, el trabajo con la familia es primordial. La familia de los individuos que han sufrido un daño cerebral frecuentemente experimenta un aislamiento social, pérdida de un apoyo emocional, independencia restrictiva y dificultades financieras, así como confusión, frustración, culpabilidad y depresión. Se sabe lo que el paciente debería hacer pero se pierde de vista si lo hace y aquí es donde los riesgos aumentan. Hacer hincapié en lo necesario del cambio de hábitos de vida -que está arraigado y reforzado por lo sociocultural- de los que la padecen así como de la población general (Moore y Mateen, 1989).

En la mayoría de estos pacientes el tipo de personalidad premórbida y los recursos internos de afrontamiento del estrés los hacen vulnerables, lo que deriva en un aumento de los factores de riesgo y dependencia. Ésta última se asocia a una percepción de poca capacidad para realizar o llevar a cabo ciertas tareas o actividades, estando fuera del control personal. Es aquí donde los recursos técnicos y metodológicos de la psicología son indispensables (Silveira y Redondo, 2003).

En la práctica de modificación de conducta no existe un catálogo de trastornos conductuales aunado con sus remedios, aunque hay algunos intentos de hacer clasificaciones gruesas de problemas conductuales por un lado, y de técnicos de tratamiento por otro (Harmony y Alcaraz 1987). Por lo que se recomienda que el paciente con evento vascular sea rehabilitado, de acuerdo a un programa que considere sus necesidades individuales.

Aquellos psicoterapeutas que trabajan con pacientes que tuvieron algún daño cerebral deberán estar preparados para un proceso terapéutico flexible e inusual. Deben de estar

preparados a tener diferentes grados de cooperación y ser capaces, de enfrentar potenciales dificultades, ya que muchos pacientes, debido a la inconsciencia o negación de sus déficit solamente acuden a terapia por que terceras personas los llevan y ven poca necesidad de enfocarse a identificar los sentimientos y comportamientos inadecuados que complican su estado actual. Además de que las dificultades de memoria y la reducción de las capacidades de procesamiento, pueden requerir que el tratamiento sea modificado o que solamente uno u otro objetivo sean discutidos en una sesión (Moore y Mateen 1989).

1.1.12 Investigaciones nuevas para el desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas.

Actualmente los investigadores buscan formas de prevenir la lesión secundaria del cerebro proporcionando diferentes tipos de neuroprotección para las células salvables que eviten la inflamación y bloqueen algunos de los productos químicos tóxicos creados por las células del cerebro que están muriendo, esperando producir agentes neuroprotectores para evitar el daño secundario al cerebro (Vital, 2006).

^Otra área de investigación incluye a los experimentos con vasodilatadores, medicamentos que amplían o dilatan los vasos sanguíneos y, por tanto, aumentan el flujo de sangre al cerebro. Los vasodilatadores han sido utilizados desde hace tiempo para tratar muchos problemas médicos, entre ellos, la enfermedad cardíaca. Los investigadores esperan que los vasodilatadores ayuden en la rehabilitación de las personas que sufren un accidente cerebro vascular aumentando el flujo de sangre al cerebro. Hasta la fecha, lamentablemente, han demostrado un éxito limitado, posiblemente debido a que no se han administrado lo suficientemente rápido después de la aparición de un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

La investigación básica también se ha concentrado en la genética del accidente cerebro vascular y los factores de riesgo del mismo. Un área de investigación en la que entra en juego la genética es la terapia de genes. La terapia de genes incluye colocar un gen para una proteína deseada en ciertas células del cuerpo. El gen insertado "programará" luego la célula para producir la proteína deseada. Si suficientes células en las áreas correctas producen suficiente proteína, entonces la proteína podría ser terapéutica (Vital, 2006).

Los científicos han de encontrar formas de trasladar el AND (en inglés DNA) terapéutico a las células apropiadas y han de aprender a transmitir suficiente ADN (DNA) a un número suficiente de células de forma que los tejidos produzcan una cantidad terapéutica de proteína. La terapia de genes está en las etapas iniciales de desarrollo y hay muchos problemas que superar, incluidos los de aprender a penetrar la barrera sanguínea-cerebral sumamente impenetrable y cómo detener la reacción inmunológica del huésped al virus que transporta el gen a las células. Algunas de las proteínas utilizadas para la terapia en caso de accidente cerebro vascular podría incluir proteínas neuroprotectoras, proteínas antiinflamatorias y proteínas de reparación celular/AND (DNA), entre otras (Vital, 2006).

El NINDS (2003) apoya y realiza una amplia serie de estudios en animales, desde la investigación genética sobre zebrafish hasta la investigación de rehabilitación en simios. Gran parte de la investigación con animales del Instituto incluye a roedores, especialmente

ratones y ratas. Por ejemplo, un estudio sobre la hipertensión y el accidente cerebro vascular utiliza ratas que han sido criadas de forma que sean hipertensivas y por tanto susceptibles a sufrir un accidente cerebro vascular. Al estudiar el accidente cerebro vascular en las ratas, los científicos esperan obtener un mejor cuadro de lo que pudiera estar ocurriendo en los pacientes humanos. Los científicos también pueden utilizar modelos animales para someter a prueba intervenciones terapéuticas prometedoras. Si una terapia resulta beneficiosa para los animales, entonces los científicos pueden considerar someter a prueba la terapia en seres humanos.

Un área de investigación prometedora sobre los accidentes cerebro vasculares con animales incluye la hibernación. Una disminución espectacular del flujo de sangre al cerebro en los animales que hibernan es extensa—suficientemente extensa que mataría a un animal no hibernante. Durante la hibernación, el metabolismo de un animal se ve frenado, la temperatura del cuerpo desciende y las necesidades de energía y oxígeno de las células cerebrales disminuyen (Vital, 2006).

Si los científicos pueden descubrir cómo los animales hibernan sin experimentar daño cerebral, entonces quizás puedan descubrir formas de detener el daño cerebral asociado con el menor flujo de sangre en los pacientes que sufren accidentes cerebro vasculares. Otros estudios examinan el papel de la hipotermia, o reducción en la temperatura del cuerpo, sobre el metabolismo y la neuroprotección (Vital, 2006).

Tanto la hibernación como la hipotermia guardan relación con la hipoxia y el edema. La hipoxia, o anoxia, ocurre cuando no hay suficiente oxígeno para que las células cerebrales puedan funcionar como es debido. Puesto que las células cerebrales requieren grandes cantidades de oxígeno para atender sus necesidades energéticas, son especialmente vulnerables a la hipoxia. Ocurre edema cuando el equilibrio químico del tejido cerebral es perturbado y el agua o fluidos fluyen a las células cerebrales, haciendo que se hinchen y exploten, soltando su contenido tóxico a los tejidos circundantes. El edema es una causa de hinchazón del tejido cerebral en general y contribuye a la lesión secundaria asociada con un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

Los estudios de investigación básica y los estudios con animales mencionados anteriormente no incluyen a personas y caen dentro de la categoría de investigación pre-clínica. En la investigación clínica participan personas. Un área de investigación que ha hecho la transición de modelos animales a investigación clínica es el estudio de los mecanismos subyacentes en la plasticidad del cerebro y la reconexión neuronal que ocurre después de un accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

2 Tratamiento psicológico de pacientes con daño neurológico por evento cerebro vascular.

A continuación se presenta una propuesta de plan de tratamiento psicológica para pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular así como la aplicación y evaluación del mismo a un caso clínico.

Cabe señalar que el caso clínico expuesto a continuación está asentado en una formulación de problema más que en una formulación de caso, debido a que los objetivos explorados en el tratamiento que se sugiere en el mismo, propone hipótesis en virtud de un hecho que se asocia con experiencias particulares, creencias o estrategias de afrontamiento del paciente reportado, como lo definen Goldstein y Foa, (1980). Lo anterior puede justificarse debido a que:

1.- En la revisión literaria llevada a cabo, el abordaje terapéutico a nivel psicológico realizado con pacientes que sufrieron un accidente cerebro-vascular, es manejado de manera global e inclusiva dentro de trastornos que implican un daño cerebral (Parkinson, Alzheimer, demencia senil, epilepsia) y que tienen como común denominador generar una demencia, lo cual sucede con pacientes de evento vascular, pero no es exclusivo de dicha afección solamente-. Considerando que cada uno de estos trastornos conlleva características de naturaleza, etiología y complicaciones particulares, lo sugerido en estas revisiones no resulta generalizable. Cabe aclarar que generalmente los hallazgos en la literatura se enfocan al tratamiento de demencias en pacientes geriátricos, debido a que es una complicación que es más común encontrarla en esta población. Pero a partir de la revisión etiológica del evento vascular, nos encontramos que éste puede presentarse en cualquier rango de edad, incluso en recién nacidos.

2.- Por otro lado en los estudios revisados, se abordan de manera aislada los factores de riesgo que pueden coadyuvar a la manifestación de dichos padecimientos (manejo de la hipertensión y/o diabetes si fuere el caso, programas para dejar de fumar, psicoestimulación cognitiva, depresión y/o ansiedad) y por tanto proponen tratamientos dirigidos a un factor en particular solamente y no existe un abordaje multidisciplinario e integral de las diversas áreas afectadas en el paciente como consecuencia de un accidente cerebrovascular (cognitiva, físico-médica, emocional, social y personal) como idealmente se establece en la literatura.

A partir de lo anteriormente revisado, la propuesta de tratamiento sugerida en el presente reporte de actividades profesionales, tiene como objetivo plantear un abordaje psicológico que considere las principales áreas y afecciones del paciente con evento vascular, haciendo un intento por lograr una perspectiva integral de las mismas, sin dejar de lado ninguno de los factores de riesgo que pudieran en algún momento generar complicaciones o recurrencias en el paciente con dicho padecimiento. Todo ello se postula de acuerdo al esquema de diagnóstico y tratamiento que el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila “de la Facultad de Psicología (ver anexo 15) (sede de la residencia del alumno de medicina conductual durante los 2 años de estancia en la misma). Dicho esquema propone explorar, evaluar, e intervenir en diversas fases del problema, que corresponderían a los 3 niveles de atención en salud, de manera que pueda dotarse al

paciente de los recursos tanto a nivel de salud, habilidades sociales/personales, así como emocionales para entender y enfrentar su estado actual y por ende adaptarse y mejorar su calidad de vida.

Desde dicho parámetro, el programa de tratamiento propuesto, hace un intento por abarcar aquellos factores de riesgo, complicaciones y consecuencias que pudieran presentarse en la mayoría de los pacientes con evento vascular a pesar de que no todos ellos se manifiesten en la problemática de salud del paciente en cuestión, esto con el objetivo de que sea un instrumento que pueda en caso necesario modificarse para las necesidades propias del individuo en tratamiento y además pueda servir como un entrenamiento de prevención para evitar que el paciente pueda fomentar la práctica de alguno (s) de los factores de riesgo que podrían propiciar en un futuro una complicación o recurrencia en el padecimiento y tenga las herramientas necesarias para saber cómo enfrentar una situación en particular y mantener conductas saludables.

Por lo anterior podría parecer que el tratamiento se encuentra desarticulado y no encontrarse una formulación de caso como tal, ya que esta propuesta es un intento de generar una visión global de los factores y/o áreas esenciales que deseablemente deberían de ser rehabilitadas en un paciente con las características ya descritas por la literatura que se ven afectadas en personas que han sufrido un accidente cerebro vascular y de alguna manera integrar las diferentes revisiones o estudios a nivel literario e investigación sobre el tema, que como ya se mencionó, realizan la intervención terapéutica enfocándose en un solo factor de riesgo- que posiblemente pueda ser el que sea más relevante o de más peligro para el paciente en cuestión - dejando de lado todos los demás factores que tan bien podrían en algún momento en la vida del paciente presentarse y complicar su estado de salud y coedición psicológico, y que es necesario que también se mantengan bajo control y se tengan herramientas para lograrlo, confirmando que los pacientes tienen la autoeficacia para llevarlo a cabo y salvaguardar futuras recurrencias o complicaciones.

Quizá una manera de abordar este padecimiento, utópicamente, de una manera más completa, logrando un impacto mayor en la estabilidad y mejora de salud del paciente, sería contar con un especialista en cada área a trabajar, que simultáneamente pudieran abordar cada uno de los factores de riesgo y complicaciones que el padecimiento conlleva e impartir la sesión terapéutica que competa a su especialidad, de forma exhaustiva. Por ejemplo, un psicólogo en adicciones para el tratamiento en consumo de cigarro, alcohol o en su caso drogas, un nutriólogo que enseñe al paciente a llevar una dieta balanceada, baja en grasas y sales, un neurólogo que abarque el tópico de educación para la salud sobre el daño ¿neurrológico, un rehabilitador físico que se enfoque en las secuelas motoras generadas por el evento, un neuropsicólogo que haga la evaluación y rehabilitación de las áreas cognitivas afectadas, etc. Lo anterior evidentemente implicaría altos costos en gastos, tiempo y esfuerzo tanto por parte de los especialistas que pudieran realizar este trabajo, la estructura de las instituciones, como por parte del paciente y su familia para poder asistir y costear un tratamiento de esta índole. Dado las dificultades que esto conllevaría, el presente trabajo, específicamente la propuesta de tratamiento para pacientes con evento vascular, - más que ser un esquema para replica- tiene como objetivo principal hacer conciencia sobre la relevancia de los múltiples factores relacionados en un padecimiento de esta índole y que deseablemente deberían de ser considerados en algún punto del

tratamiento y la rehabilitación total del paciente, y que quizá la practica psicológica con las características del enfoque cognitivo conductual, podrían permitir en un solo tratamiento abarcarlos casi en su totalidad.

2.1 Objetivo general

Determinar las deficiencias y recursos con los que el paciente cuenta, a nivel cognoscitivo-conductual y emocional generadas por el daño neurológico sufrido por el paciente con la finalidad de enseñarle a ajustarse a ellas, especificando cuáles son los cambios y ajustes sociales, educativos y ambientales que deberá efectuar para mejorar su calidad de vida.

2.1.1 Criterios de inclusión

- Diagnóstico neurológico de daño neurológico por evento vascular
- Presentarse acompañado de un familiar o su cuidador primario para que el apoye en su tratamiento.
- Tener la capacidad de trasladarse al centro de servicios psicológicos

2.1.2 Criterios de exclusión

- Que el paciente padezca algún trastorno psicótico
- Que el paciente necesite estar hospitalizado
- Que el paciente presente afasia y/o disartria, que impida la comunicación y verbalización en las sesiones terapéuticas.

2.2 Procedimiento

2.2.1 EVALUACION (3 sesiones)

Objetivo general: El paciente será evaluado por medio de la entrevista clínica y/o batería neuropsicológica para detectar el grado de gravedad de los déficits y recursos cognoscitivos-conductuales y emocionales que presenta por el daño neurológico y así establecer un programa de rehabilitación tratamiento cognitivo –conductual y de esta manera hacer un pronóstico de recuperación y beneficio del tratamiento psicológico.

Sesión 1

Entrevista de impresión diagnóstica.

Objetivo de intervención: Se obtendrá información sobre el daño neurológico y el estado psicológico actual del paciente por medio de la entrevista que permitan identificar las características físicas, conductuales y sensoriales afectadas por el daño neurológico y que pudieran interferir en la evaluación formal.

Técnicas de intervención: Entrevista de exploración, historia clínica

Material: Hojas de papel, tabla para registro, bolígrafo

Procedimiento: Se realizarán preguntas que permitan obtener información sobre el estado actual de salud del paciente sobre la historia médica (fuente, grado localización de la lesión cerebral, la edad a la que ocurrió y a la que se evalúa la conducta del individuo, la duración de la condición patológica y la extensión, así como los tipos de intervención u

otras terapias complementarias que ha recibido, incluyendo los hallazgos de los estudios de laboratorio realizados hasta la fecha y los medicamentos administrados) y personal del paciente (obtener información sobre el funcionamiento cognoscitivo, conductual y emocional del paciente tanto en condiciones normales como patológicas, nivel educativo, nivel económico ocupación, historia familiar y redes sociales). Todo lo anterior permitirá verificar que el paciente tenga un diagnóstico médico especializado comprobable, verificar la asistencia regular a las visitas médicas, verificar el tratamiento farmacológico que se prescribe y su adherencia al mismo, así como los tratamientos de rehabilitación que lleva a cabo de acuerdo a las áreas afectadas.

Recomendaciones: Realizar la entrevista tanto al paciente como su cuidador primario para corroborar la información y complementarla. Solicitar copia fotostática sobre los estudios neurológicos realizados al paciente.

Sesión 2

Instrumentos de evaluación diagnóstica.

Objetivo de intervención: El paciente será evaluado por medio de una batería que permita detectar el grado del daño cerebral existente, identificando y localizando las áreas y funciones cerebrales lesionadas para llevar a cabo un plan de tratamiento de acuerdo al grado de déficits cognitivo-conductuales y emocionales hallados.

Técnicas de intervención:

- ‡ Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI, Ardila-Ostrosky-Roselli, 1997.
- ‡ Inventario de expresión del enojo, Spielberger 1988 (Adaptación y validez psicométrica por Ruiz-Badillo, y Reyes Lagunes, 2006).
- ‡ Inventario de Depresión, Reynoso - Seligson, 1995
- ‡ Escala de Ansiedad- tensión, Reynoso- Seligson, 1989.
- ‡ Inventario de depresión, Beck 1993 (Versión estandarizada por Jurado, Méndez y Villegas, 1998).
- ‡ Inventario de ansiedad, Beck 1990 (Versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Material: Instrumentos de evaluación, lápiz, goma de borrar y hojas de respuestas.

Procedimiento: Se pedirá al paciente su colaboración para aplicarle una batería de pruebas para conocer su estado neuropsicológico actual, explicándole la importancia de la ejecución de las mismas para establecer un parámetro realista sobre su estado actual de salud y psicológico y de esta manera hacer un plan de tratamiento que le permita lograr una mejora en su calidad de vida.

Recomendaciones: Adaptar la evaluación a las necesidades, habilidades y limitaciones del paciente, así como realizar una observación detallada de las respuestas generales del paciente a la prueba y a la situación de evaluación, mediante un registro tanto cuantitativo como cualitativo del nivel de capacidad de respuesta del paciente, reconocimiento de sus errores, respuestas emocionales a los ítems fáciles y difíciles y en general de las características de ejecución de la tarea.

Sesión 3

Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento.

Objetivo de intervención: El paciente y su cuidador primario serán informados sobre los resultados obtenidos en la evaluación psicológica el plan de tratamiento sugerido para la terapia psicológico fomentando la disposición del paciente para llevarlo a cabo.

Técnicas de intervención: Entrevista de diagnóstico, entrevista motivacional

Procedimiento: Se le explicará al paciente los resultados obtenidos en las evaluaciones y se le describirá el procedimiento deseable a llevar a cabo para cubrir el plan de tratamiento, la duración del mismo y la forma en que éste puede cubrir sus necesidades. El plan de tratamiento será entregado al paciente y a su cuidador primario de manera escrita, solicitando a través del mismo su firma de aceptación (Consentimiento informado).

Materiales: Pizarrón y gises / Rotafolio y marcadores

Recomendaciones: El alcance del plan de tratamiento, dependerá de las características del paciente evaluado, por lo cual se deberán considerar la edad, la educación, el nivel socio económico y habilidades premórbidas, en conjunto con los sistemas de apoyo del paciente, su medio y su realidad económica. Solo por medio de análisis detallado de las habilidades e déficits del paciente, de sus conductas adaptativas y de las demandas del trabajo y del medio al que se reincorporará, se podrán hacer recomendaciones que tengan un beneficio directo para el paciente. El diagnóstico, la descripción y la medición de las alteraciones conductuales y cognoscitivas forman la base para poder establecer las expectativas de recuperación, rehabilitación y beneficio para el paciente.

Solicitar registros sobre la toma de los medicamentos, de la presión arterial, del consumo de alimentos y conducta de fumar.

2.2.2 TRATAMIENTO

2.2.2.1 Primer nivel de atención -Educación para la salud – (7 sesiones).

Objetivo general: Se informará al paciente sobre el padecimiento neurológico que presenta, resaltando las conductas de salud (alimentación baja en sales y grasas, adherencia al medicamento, ejercicio físico, manejo del estrés, auto monitoreo de la presión arterial, no fumar, control de diabetes en caso de tenerla) y cambios de hábitos / estilo de vida deseables para minimizar los factores de riesgo que puedan generar nuevamente un evento vascular, así como mantener y/o mejorar el estado actual de salud.

Sesión 1

Sobre el daño neurológico

Objetivo de intervención: Ampliar el conocimiento del paciente de su padecimiento (daño neurológico), que le permitan entender los mecanismos fisiológicos involucrados, síntomas, complicaciones y cuidados necesarios para lograr una condición estable de su salud.

Técnicas de intervención: Exposición guiada, preguntas de exploración.

Material: Láminas con dibujos explicativos y documento informativo, reestructuración cognoscitiva

Procedimiento: Se pedirán al paciente los registros solicitados anteriormente, dándole una explicación general sobre su padecimiento (definición, síntomas, etiología, complicaciones

y tratamiento) y describiendo uno a uno los factores de riesgo relacionados con el daño neurológico que presenta, así como la importancia de controlarlos para mantener una estabilidad en su estado de salud actual. Se indagará sobre la información que el paciente y familiares (cuidador primario) tienen sobre el tema para de esta manera completar, ampliar o reforzar sus conocimientos o en su caso modificar creencias irracionales sobre el daño neurológico.

Recomendaciones: Se puede ampliar el número de sesiones en caso de que el tiempo sea insuficiente y/o por las características del paciente no hubiese sido posible informar sobre los aspectos más relevantes del trastorno al paciente.

Solicitar nuevamente los registros de presión arterial, alimentos, medicamentos y conducta de fumar al paciente

Nota: Si el paciente padeciera de manera simultánea diabetes, dentro de este apartado se llevará a cabo una sesión de educación para la salud donde se haga una exposición guiada sobre la temática en cuestión.

Sesión 2

Adherencia al medicamento.

Objetivo de intervención: El paciente será informado sobre la importancia de tomar los medicamentos preescritos por el médico, conociendo el efecto que cada uno de ellos tiene sobre su organismo, así como las conductas de riesgo en la toma de medicamentos, tales como sobredosis, olvido en administración o ingesta, los horarios de administración, identificando los obstáculos que ha enfrentado para no llevar una adecuada adherencia médica y generar alternativas de solución

Técnicas de intervención: Exposición guiada, preguntas de exploración y generación de alternativas de solución y toma de decisiones.

Materiales: Hojas de papel y lápices

Procedimiento: Se recordará brevemente al paciente la importancia de la toma de medicamentos en el control de su salud para evitar un nuevo evento vascular, revisando la dosis, el horario de ingesta y el efecto de cada uno de ellos. Se le pedirá que recuerde cuales han sido los obstáculos que han dificultado su ingesta de la manera prescrita (olvidos, no traer el medicamento cuando es la hora indicada, falta de recursos económicos, etc.). Entonces se le pedirá que genere alternativas para dar remedio a este tipo de situaciones. En caso de que el paciente refiera no percatarse de alguna entonces el terapeuta le ayudará a crearlas.

Recomendaciones: El paciente continuará con sus registros de alimentación, auto monitoreo de la presión arterial, toma de medicamentos y conducta de fumar. Poner en práctica las opciones seleccionadas para tomar sus medicamentos.

Sesión 3

Automonitoreo de la presión arterial.

Objetivo de intervención: El paciente adquirirá la habilidad para medir su presión arterial

Técnicas de intervención: Modelamiento y moldeamiento/generación de alternativas y toma de decisiones, tarjeta parámetros deseables y no deseables de la presión arterial

Material: Baumanómetro y hojas de registro

Procedimiento: El terapeuta dará una breve explicación sobre la importancia del automonitoreo y los rangos deseables de medición que debe mantener, simulando ejecutar la medición de la presión arterial para que el paciente lo replique, retroalimentando la ejecución y haciendo las correcciones pertinentes. Finalmente reforzará la ejecución correcta. En caso de que el paciente por sus características neurológicas, sea incapaz de llevar a cabo esta tarea por sí mismo, se le pedirá que genere alternativas para poder asegurar el monitoreo de su presión arterial, ya sea acudiendo algún centro de salud, o solicitando el apoyo a algún familiar o persona cercana.

Recomendaciones: En caso de ser el cuidador primario o algún familiar el encargado de monitorear la presión arterial del paciente, se solicitará la presencia del mismo en esta sesión para asegurar una correcta medición e información sobre auto monitoreo. Continuar con la práctica del auto monitoreo para mantener la presión en niveles normales, así como los registros diarios de alimentación, la toma de medicamentos y la conducta de fumar. Subdividir la sesión en 2 en caso de que el tiempo sea insuficiente para abordar en su totalidad el objetivo planteado explorando en la primera sesión el entrenamiento para el auto monitoreo y en la segunda el modelo de solución de problemas ante los obstáculos que se enfrenta el paciente para tomarse la presión.

Nota: En caso de que el paciente padezca de diabetes, dentro de este apartado se agregarían 2 sesiones donde se entrene al paciente y a su cuidador primario a monitorear sus niveles de glicemia y/o a la administración de la insulina según sea el tipo de diabetes.

Sesión 4

Alimentación hipo sódica e hipocalórica (Discriminación de los alimentos permitidos de los no permitidos).

Objetivo de intervención: El paciente será entrenado para diferenciar los alimentos permitidos en su dieta de los que no lo son, identificando los estímulos o los factores relacionados que impiden una sana alimentación.

Material: Láminas con dibujos de alimentos, rota folios y pegamento.

Técnicas de intervención: Modelamiento, moldeamiento y retroalimentación positiva.

Procedimiento: Se le mostrará al paciente mediante las láminas de los alimentos los alimentos que puede ingerir en su dieta de los que no debe ingerir, llevando a cabo una clasificación de los mismos en los rotos folios. Posteriormente se le pedirá al paciente que sea él quien lleve a cabo dicha clasificación, pegando en un rota folio los alimentos permitidos y en el otro los que no lo son. Así como generar alternativas de solución ante los factores que pudieran obstaculizar la ingesta de una dieta sana.

Recomendaciones: Continuar el registro de la presión arterial, toma de medicamentos, alimentos y conducta de fumar. Preguntar al médico el tipo, duración y frecuencia de ejercicio que recomienda al paciente.

La presente sesión puede subdividirse en 2 sesiones : una que abarque la clasificación e identificación de los alimentos a ingerir y otra que aborde los problemas a los que se enfrenta el paciente para llevarlo a cabo, en caso de que una sesión resulte insuficiente en tiempo para abordar el objetivo de intervención.

Sesión 5
Ejercicio físico.

Objetivo de intervención: El paciente adquirirá la habilidad de realizar una rutina de ejercicio para el control de su presión arterial

Técnicas de intervención: Modelo de solución de problemas, organización y planeación de actividades.

Procedimiento: El terapeuta recordará brevemente la importancia del ejercicio en el control de la presión arterial. Se pedirá al paciente que enumere las características del tipo, duración y frecuencia recomendado por su médico. A partir de esto se pedirá al paciente que genere alternativas para llevar a la práctica su rutina de ejercicio (ir a un parque a caminar, asistir a un gimnasio, reunirse con amistades o familiares para hacer ejercicio, hacer ejercicio en casa, etc.) cuidando aspectos físicos tales como el tipo de indumentaria y equipo necesarios para practicar dicho ejercicio, así como una medición de la presión arterial después de realizar el ejercicio para corroborar que no existió un esfuerzo en exceso. Se pedirá al paciente que la opción seleccionada la ponga en práctica y que las dificultades que presente las notifique la siguiente sesión al terapeuta.

Recomendaciones: El paciente pondrá en práctica la estrategia seleccionada. Continuar el registro de la presión arterial, toma de medicamentos, alimentos, conducta de fumar y que incluya el registro de ejercicio.

Sesión 6 y 7
Conducta de fumar y consumo de alcohol.

Objetivo de intervención: El paciente será entrenado en la técnica de autocontrol para minimizar y de preferencia eliminar la presencia de los factores de riesgo de la conducta de fumar y/o consumo de alcohol .

Técnicas de intervención: exposición, preguntas dirigidas, autocontrol (autorregistro, autoevaluación y reforzamiento) y contrato conductual.

Procedimiento: En las sesiones anteriores, se habrá solicitado al paciente un autorregistro de la conducta de fumar, evaluando los antecedentes situacionales, consecuencias, y el efecto obtenido asociados a la conducta problema de fumar.

La primera sesión será destinada a explicar los procesos fisiológicos que subyacen al consumo de estas sustancias, los efectos inmediatos y a largo plazo, explicando brevemente la técnica de autocontrol. En la sesión siguiente se establecerá un contrato conductual con el paciente que junto con una autoevaluación de la conducta, permitirá establecer las metas del programa de autocontrol y los reforzamientos del mismo.

Recomendaciones: Monitorear en las sesiones consecutivas el desvanecimiento y/o extinción de la conducta de manera gráfica, apoyándose del reforzamiento y vigilancia del programa establecido por parte del cuidador primario.

Continuar con los registros de automonitoreo (presión arterial, toma de medicamentos, alimentos conducta de fumar y ejercicio).

Sesión 8

Seguimiento de terapias complementarias y estudios periódicos y/o citas médicas.

Objetivo de intervención: Se llevará a cabo un seguimiento de las terapias complementarias que lleva el paciente (física, ocupacional y /o del lenguaje) y la programación de los estudios de laboratorio para el monitoreo de su estado de salud, identificando los factores que pudieran estar obstaculizando la adherencia y el cumplimiento de los mismos.

Técnicas de intervención: Entrevista exploratoria y preguntas de exploración / organización y planeación de actividades

Material: Registro de actividades – Calendario de estudios médicos

Procedimiento: Se le preguntará al paciente y a su familiar sobre las terapias que lleva a cabo de manera complementaria para su recuperación, haciendo un plan de actividades en donde se establezcan los días y horarios que cada una de ellas requiere que se cubran de manera que el paciente pueda organizar otras actividades, incluyendo horas de descanso y recreación, en los horarios libres, además se hará un calendario sobre los estudios periódicos y/o citas médicas que el paciente deba realizarse y que estén programados de modo que lo ponga en un lugar visible que le permita recordar sus citas. Se explorarán los obstáculos enfrentados por el paciente que hayan generado la inasistencia o impuntualidad a sus terapias complementarias y la realización de sus estudios de laboratorio.

Recomendaciones: El terapeuta estará al tanto de las fechas en que el paciente esté programado para los estudios de laboratorio y/o citas médicas solicitando al mismo un comprobante o una copia de los resultados obtenidos para archivar a su expediente y estar actualizado sobre las mejorías del paciente en otras áreas. Continuar con los registros de automonitoreo (presión arterial, toma de medicamentos, alimentos conducta de fumar y ejercicio)

2.2.2.2 Segundo nivel de atención -Entrenamiento social para el cuidado de la salud- (2 sesiones).

Objetivo general: El paciente será entrenado en habilidades sociales que le permitan lograr una óptima comunicación con el equipo de salud que lo atiende, fomentando la adherencia médica, así como para establecer, fomentar y/o mantener redes de apoyo social y familiar.

Sesión.1

Entrenamiento en habilidades de comunicación paciente-servicio médico.

Objetivo de intervención: Una vez concluida la educación para la salud, el paciente será entrenado en habilidades de comunicación con su médico y/o terapeutas, identificando aquellos elementos que todavía desconoce y /o tiene duda y se le enseñará a elaborar preguntas para su médico que le auxilien para tener una información más completa sobre su padecimiento y los cuidados recomendados.

Técnicas de intervención: Ensayos conductuales, reforzamiento positivo, modelamiento, moldeamiento, juego de roles.

Materiales: Hojas de papel, lápiz

Procedimiento: Se cuestionará al paciente sobre su tratamiento médico y/o de rehabilitación en general, y las preguntas que él no pueda responder las escribirá en una hoja de papel o el familiar las puede anotar. Se pedirá al paciente que simule como si estuviera en la consulta médica y que formule al médico sus preguntas. Si el terapeuta observa que la ejecución no es satisfactoria, adoptará el papel del paciente y ejecutará la conducta para que el paciente la replique. Ya en esta ejecución le puede hacer indicaciones para mejorarla y finalmente reforzar positivamente al paciente cuando haya logrado el objetivo. Y se le motiva para que lo lleve a cabo en la próxima, visita médica.

Recomendaciones: En caso de que el terapeuta detecte dificultades en la relación entre el paciente y el médico puede destinar una sesión más para entrenarlo en las habilidades en las cuales tiene déficits que estén obstaculizando una comunicación adecuada.

Continuar con los registros de automonitoreo (presión arterial, toma de medicamentos, alimentos conducta de fumar y ejercicio); así como estar monitoreando los avances en las terapias complementarias y cumplimiento de las citas médicas y resultados de los estudios de laboratorio.

Sesión 2

Entrenamiento en habilidades para el establecimiento del apoyo social.

Objetivo de intervención: Que el paciente a partir de la identificación de sus propios déficits, pueda solicitar ayuda para realizar actividades que no le sea posible llevar a cabo y que puedan poner en riesgo su vida y la de otras personas, así como a identificar aquellas situaciones que pueden fomentar que lleve a cabo conductas de riesgo y pueda asertivamente establecer límites y llevar a cabo lo establecido en el apartado de Educación para la Salud.

Técnicas de intervención: Modelamiento, Moldeamiento. Juego de roles y ensayos conductuales/ modelo de solución de conflictos (SOCS).

Materiales: Hojas de papel y lápices

Procedimiento: Se identificarán uno a uno los déficits del paciente que le impidan realizar ciertas actividades cotidianas de las cuales requiera apoyo (caminar, sentarse, cuidado personal, comer, beber, tragar, cocinar, leer escribir, aprender el lenguaje, destrezas de comunicación) y el grado en que puede llevarlas a cabo por sí mismo de manera que se le muestre ante dichas situaciones la forma más adecuada de solicitar ayuda a los demás, pidiéndole posteriormente al paciente que replique la conducta la cual será reforzada si la realiza. Además se explorarán aquellas situaciones sociales que puedan o hayan implicado una dificultad para mantener conductas saludables, para que al paciente se le entrene de manera asertiva a establecer límites a las personas que le rodean, que promuevan el seguimiento de las prescripciones médicas y evitar así las conductas de riesgo. Lo anterior permitirá la identificación de posibles cogniciones desadaptativas que estén influyendo en una conducta socialmente inadecuada, que posteriormente serán revisadas en la sesión dedicada a la reestructuración cognoscitiva.

Recomendaciones: Establecer junto con el cuidador primario cambios ambientales necesarios en el lugar donde el paciente reside de manera que puedan quedar fuera del alcance de factores que pudieran generar algún accidente o desastre.

Se sugiere la inserción de actividades sociales y ocupacionales para el paciente que permitan ampliar su apoyo social y reincorporarse a la vida laboral si fuera posible (En reserva a lo que las terapias complementarias indiquen).

Realizar registros de presión arterial, alimentos, toma de medicamento, ejercicio físico, conducta de fumar y agregar el registro de cadena cognitivo-conductual; monitorear el seguimiento de las terapias complementarias.

2.2.2.3 Tercer nivel de atención -El afrontamiento a la enfermedad- (6 sesiones).

Objetivo general: El paciente adquirirá estrategias para el manejo de sus estados emocionales con la finalidad de mantener conductas saludables y los niveles de presión arterial estables.

Sesión 1

Identificación de estados emocionales

Objetivo de intervención: El paciente identificará la relación entre estados emocionales disfuncionales y sus niveles de presión arterial

Técnicas de intervención: Exposición guiada, preguntas de exploración cadena cognitivo conductual

Materiales: Pizarrón, gises.

Procedimiento: Se pedirá al paciente que entregue sus hojas de registro. Se analizará el registro en base a la frecuencia de cada uno de los pensamientos registrados, las emociones descritas y conductas. Estas se asociarán a las mediciones de presión arterial. El terapeuta puede dar una breve explicación sobre el efecto fisiológico de las emociones en el aumento o disminución de la presión arterial describiéndolo en el pizarrón. El paciente podrá recordar este punto visto durante la fase de educación para la salud y en caso de que no sea así el terapeuta lo auxiliará con preguntas guiadas sobre este tema. Se mostrará al paciente, con la hoja de registro, la manera en como están influyendo sus pensamientos en sus estados emocionales.

Recomendaciones: Realizar registros de presión arterial, alimentos, toma de medicamento, ejercicio físico, conducta de fumar, cadena cognitivo-conductual, así como el seguimiento de las terapias complementarias.

Sesión 2

Modificación de creencias erróneas.

Objetivo de intervención: El paciente adquirirá estrategias para combatir las creencias erróneas y actitudes contraproducentes que presenta frente a la incapacidad de su estado de salud actual a partir del daño neurológico que sufrió, por creencias correctas y productivas que le permitan mantener conductas saludables y funcionales en el control de su enfermedad y en la adaptación de su nuevo estilo de vida.

Técnicas de intervención: Exposición, reestructuración cognitiva (evidencia a favor y en contra) , diálogo socrático.

Material: Folletos, pizarrón, gises, hojas de registro.

Procedimiento: El terapeuta identificará las creencias irracionales que se hayan presentado durante las sesiones anteriores y las conjuntará en esta sesión. Se

resolverán dudas que tenga el paciente sobre su padecimiento y que estén o pudieran estar en un futuro obstaculizando el seguimiento óptimo de las indicaciones médicas y su readaptación social y ocupacional.

Recomendaciones: Registrar estados emocionales, pensamientos y conductas además del registro de presión arterial, medicamentos, alimentación, conducta de fumar y ejercicio, así como seguimiento de terapias complementarias.

Agregar el registro de evidencia a favor y en contra.

Sesión 3 y 4

Entrenamiento en el modelo de solución de problemas.

Objetivo de intervención: El paciente aplicará el modelo de solución de problemas para resolver conflictos que estén implicados en sus reacciones emocionales, toma de decisiones para el futuro incierto a partir del daño neurológico que sufrió y le permitan adaptarse y enfrentarse a las situaciones cotidianas que vive.

Técnicas de intervención: Modelo de solución de problemas

Materiales: Láminas, pizarrón, gises.

Procedimiento: Se identificarán aquellos conflictos antes los cuales el paciente se esté enfrentando debido al cambio de estilo de vida que implica su estado de salud actual. Se le pedirá al paciente que defina el problema que presenta y se generando de alternativas de solución, evaluación de las alternativas (balance decisional), selección de una de ellas (toma de decisiones), simulación y puesta en práctica. Para complementar la explicación se utilizará el formato de solución de problemas. El paciente registra la descripción de cada uno de estos rubros en función del conflicto que haya descrito. Y el terapeuta estará supervisando la elaboración del registro.

Recomendaciones: Llevar a cabo la alternativa seleccionada y registrar los resultados. Continuar con el auto monitoreo de la presión arterial, los registros de la alimentación, ejercicio físico, conducta de fumar y seguimiento de terapias complementarias.

En caso necesario, subdividir el entrenamiento en solución de conflictos en el número de sesiones suficientes para abordar todo el proceso.

Sesión 5 y 6

Relajación (Manejo de la ansiedad)

Objetivo de intervención: Que el paciente pueda controlar o minimizar los síntomas de ansiedad que presenta.

Técnicas de intervención: Respiración diafragmática, Relajación autógena, Modelamiento y moldeamiento.

Materiales: Baumanómetro, Tarjeta de estrés

Procedimiento:

En la primera sesión destinada a entrenar en la respiración diafragmática, se dará una breve explicación sobre el aparato respiratorio (identificación de los principales órganos y su función), como antecedente para introducir dicha técnica, realizando una serie total de ocho respiraciones con una retención mínima de 10 segundos por cada inhalación.

En la segunda sesión se introducirá brevemente un esquema de reconocimiento muscular, para llevar a cabo la técnica de relajación autógena, mediante la imaginación y la evocación de calor y/o aumento de la temperatura. En cada sesión se monitoreará la presión arterial, pulso, nivel de estrés (tarjeta de estrés) antes y después de cada ejercicio realizado

Recomendaciones: Practicar los ejercicios revisados en cada sesión al menos una vez al día y en situaciones en las que el paciente presente ansiedad, registrando si le fuera posible los signos vitales, además continuar con el registro de los alimentos, medicamentos, ejercicio, conducta de fumar, presión arterial y seguimiento de terapias complementarias.

2.2.3 POST EVALUACIÓN (2 sesiones)

Objetivo general: A través de los instrumentos de medición, registros y entrevista, establecer un parámetro comparativo sobre las mejoras generadas en el paciente como efecto al tratamiento, que indiquen la pertinencia del término de la terapia y un mantenimiento exitoso de los cambios generados.

1ª y 2ª Sesión

Objetivo de intervención: El paciente con diagnóstico de daño neurológico será evaluado una vez concluido el tratamiento con la finalidad de verificar los conocimientos y habilidades adquiridos para comprobar la efectividad del tratamiento.

Técnica de intervención: Aplicación de batería neuropsicológica y entrevista de evaluación.

Material: Hojas de respuesta, lápiz y goma

Procedimiento: Se proporcionan los cuestionarios que contestó el paciente antes de iniciar el tratamiento y se le pedirá que los conteste nuevamente. Se indagará sobre los avances y mejoras que el paciente de manera verbal pueda manifestar que el tratamiento le ha permitido lograr, identificando si existen dudas respecto al tratamiento impartido y/o inquietudes del paciente que requieran ser revaloradas y tratadas. Una vez calificados los instrumentos de medición se le informará al paciente sobre los resultados encontrados y se hará una comparación sobre las mejores y cambios encontrados en los mismos en relación a la primera aplicación que se llevó a cabo, así como de los cambios y mejoras que muestran los registros llevados a cabo a lo largo del tratamiento, resaltando los recursos con los que el paciente ahora cuenta para hacer frente a su situación de salud y los aspectos que todavía faltan por trabajar.

Recomendaciones: Continuar con el monitoreo de las terapias complementarias y los avances / mejoras alcanzados en los mismos como punto de referencia para evaluar la efectividad del presente tratamiento. Seguir con los registros de alimentos, medicamentos, ejercicio físico y presión arterial.

Esta etapa puede llevarse a cabo en dos sesiones, una donde se haga la aplicación de la batería y entrevista de evaluación y otra en donde se retroalimente al paciente sobre los resultados obtenidos.

2.2.4 ALTA (1 sesión)

Objetivo de intervención: Se llevará a cabo una evaluación global del tratamiento, que permita corroborar la pertinencia de que el paciente pueda ser dado de alta a partir de la adquisición de los conocimientos y habilidades que obtuvo durante el tratamiento que le permitan lograr un enfrentamiento funcional ante los requerimientos y limitaciones de su estado de salud actual y estilo de vida que asegure el mantenimiento de conductas de salud y la minimización de factores de riesgo.

Técnicas de intervención: Entrevista de evaluación y retroalimentación bidireccional.

Procedimiento: Se evaluará el objetivo general de tratamiento de acuerdo al logro de objetivos alcanzados en las diferentes áreas que fueron abordadas durante el programa de tratamiento, que dotaron de recursos (habilidades y conocimientos) al paciente para hacer frente al motivo de consulta que de inicio lo motivó a solicitar la terapia psicológica y que sean herramientas que le permitan en la actualidad mantener una estabilidad en su salud y calidad de vida de manera más autónoma.

Recomendaciones: Continuar con el auto monitoreo de la presión arterial, los registros de la alimentación, ejercicio físico y seguimiento de avances en terapias complementarias.

Sería recomendable que durante esta sesión este presente el cuidador primario del paciente de manera que se pueda confirmar cada uno de los logros y cambios alcanzados.

2.2.5 SEGUIMIENTO (3 sesiones)

Objetivo de intervención: Monitorear el cambio y mantenimiento de las conductas saludables para evitar factores de riesgo que puedan generar inestabilidad en la salud del paciente.

Técnica: Entrevista clínica y motivacional

Material: Hojas de papel y lápices,

Procedimiento: Se revisarán los registros del paciente y se le pedirá que indique si ha tenido dificultades para continuar con los cuidados de su salud. En caso de existir una recaída se explica al paciente que este episodio forma parte del proceso de cambio y es una oportunidad para aprender sobre las circunstancias que intervinieron en este evento. Se explica que se proporcionarán sesiones de reforzamiento específicas para manejar y superar la recaída. En caso de que el paciente haya mantenido el control de los factores de riesgo, se refuerza positivamente y se cita en el lapso de tiempo estipulado.

Recomendaciones: Realizar los registros de presión arterial, alimentación y ejercicio físico. Así como continuar con el seguimiento y avance en las terapias complementarias y los hallazgos de los estudios médicos realizados por el paciente

Nota: En caso que el proceso intelectual superior de la memoria esté afectada y ello impida que el paciente retenga la información revisada en la sesión terapéutica, se le pedirá que haga apuntes durante la sesión para su uso personal, o bien se le permitirá audio grabar la sesión para que pueda revisarla posteriormente y poner en práctica lo aprendido en la misma. Además en cada sesión se procurará entregar de manera gráfica y escrita la información revisada.

III Caso clínico

Datos Generales:

Nombre: C. P. T.

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Nivel educativo: Preparatoria

Empleo: Empleada de intendencia en un hospital (antes del EVC). Comerciante (actualmente) La paciente se dedicaba al comercio antes de su último trabajo, vendiendo hierbas con una permanencia en el mismo de 20 años)

Lugar de nacimiento: Distrito Federal

Motivo de consulta: Canalizada por el Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia (INNN), debido a un infarto cerebral parieto-frontal derecho para recibir terapia psicológica.

3.1 Entrevista de exploración.

La paciente se presenta a la entrevista en regulares condiciones de higiene y aliño, caminando por su propio pie en compañía de su esposo. Menciona que el motivo por el cual asiste al Centro se debe a que fue canalizada por el Instituto de Neurología para recibir apoyo psicológico debido a un evento cerebro vascular (EVC) que sufrió el 08 enero del 2006.

Como antecedentes del EVC, la paciente y el esposo de la paciente mencionan que un día antes del EVC, la paciente estuvo limpiando la pileta de la casa, la cual aunque se encontraba sucia, no existía urgencia de limpiarla lo cual le generó un desgaste físico. Por otro lado la paciente recuerda haber tenido 2 días antes un “piquete” en el pecho.

El día que la paciente sufrió el EVC estuvo haciendo actividades de quehacer en su casa. El esposo de la paciente refiere que la paciente de manera repentina, presentó dificultad para comunicarse, voz distorsionada y falta de coordinación de los movimientos, ante lo cual la llevó a una clínica de maternidad cercana al lugar donde residen, demorando un lapso de tiempo de 10 a 20 min. en llegar a la misma. En dicha clínica le hicieron una valoración y determinaron que había sufrido un EVC, por los síntomas que presentaba; la canalizaron vía intravenosa, y dado que la paciente por su empleo contaba con seguro medico (IMSS) fue trasladada en ambulancia a la Clínica que le correspondía, ubicada en San Ángel, demorando en llegar aproximadamente entre unos 10 a 20 min. Permaneció ahí, durante 3 días en terapia intensiva con oxígeno y suero, y a partir de una tomografía, se determinó que el daño que había sufrido en el cerebro, se ubicaba en la parte parieto-frontal derecho, posteriormente fue trasladada al piso de Neurología de dicha clínica, permaneciendo 2 días más internada y remitiéndosele a la Clínica 32 en Rehabilitación. En dicha clínica fue valorada, entregándosele una guía por escrito de ejercicios de gesticulación para que de manera autodidacta la llevara a cabo, dándole de alta ese mismo día.

Una vez que fue dada de alta de la Clínica del IMSS, los médicos autorizaron la reincorporación a su trabajo, ante lo cual la paciente acudió al mismo, pero ya no fue aceptada debido a los limitantes de su condición física. En el trabajo se comprometen a guardarle su plaza hasta que la paciente se recuperara totalmente. La paciente posteriormente de 2 a 3 meses, decide junto con su familia ya no regresar a trabajar por temor a que la paciente tuviera un accidente de trabajo, que complicara más su estado de salud.

Como secuelas al EVC, la paciente presentó hemiparesia en el lado izquierdo del cuerpo, incluyendo la cara y deterioro en la memoria a corto plazo, presentando olvidos, que posteriormente con el transcurso de los días comenzaba a recordar. La paciente no llevo a cabo en esa fecha ninguna otra terapia de rehabilitación como apoyo a su recuperación, el cuidado de la misma lo hizo su familia, específicamente su hija de 30 años, quien le ayudaba en su arreglo e higiene personal. La paciente menciona que a pesar de presentar parálisis de un lado del cuerpo, se esforzaba para moverse y alcanzar las cosas,” arrastrándose”. De esta manera pasados aproximadamente 4 meses la paciente recupera la movilidad del lado del cuerpo afectado y es capaz de tener una marcha y equilibrio normales.

Posteriormente por referencia de un primo del esposo acude al Instituto de Neurología, y ahí se le solicitan una serie de estudios que reportan los siguientes resultados:

- † Ecocardiografía Bidimensional y Doppler (realizado en el Hospital Médica Sur con fecha de 17/08/2005) En donde se encontraron los hallazgos a continuación mencionados: Cavidades derechas e izquierdas dentro de límites normales, grosor de paredes de ventrículo izquierdo (VI) y derecho normales, movilidad segmentaria de paredes de VI normal en todas sus paredes, función ventricular izquierda sistólica del VI normal, válvulas sigmoideas: aórtica de características normales; pulmonar de características normales; válvulas atrioventriculares: mitral y tricuspídea con movilidad de las válvulas normal, sin alteraciones estructurales; pericardio de grosor características normales, no hay derrame pericardio, grandes vasos: aórtico y pulmonar
- † EEC e Informe Holter (realizado en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez con fecha de 18/01/2006), observándose un ritmo sinusal de base con frecuencia cardiaca máxima de 113 y mínima de 58. Presentó 1 extrasístole ventricular. La paciente activó en una ocasión el marcador de eventos encontrándose en ritmo sinusal. No se encontraron otras alteraciones del ritmo.

A partir de los estudios realizados y la valoración médica realizadas tanto en el servicio de neuropsiquiatría y el servicio vascular en el INP, se le prescribieron los siguientes medicamentos: Lexapro 0-0-1, Disprina 500mg 0-0-1/2 y gotas Criadex 2-2-4. En cuanto a la adherencia médica, y debido a pensamientos de temor a generar alguna adicción, suspendió el antidepresivo a los 3 meses de estarlo tomando, regresando síntomas tales como llanto constante y desmotivación. Además por el déficit de memoria que presentó como secuela, llegaba a olvidar el medicamento. Actualmente se encuentra tomando los mismos medicamentos, retomando el que suspendió y minimizándose los síntomas

depresivos ya mencionados. La paciente además menciona que por referencia del Neurólogo no era necesario darle un tratamiento hormonal para tratar la menopausia, la cual se presentó posterior al EVC – la paciente menciona que antes del EVC, tenía ciclos menstruales regulares cada 28 días con una duración de promedio de su menstruación de 3 días –

La paciente refiere una situación estresante que aconteció a principios de año, que pudiera estar relacionada con la aparición del EVC, donde comenta que su sobrina política de parte del hermano de su esposo, le robó sus tarjetas de crédito en dos ocasiones, utilizando 16 mil pesos de crédito de las mismas, ante lo cual la denunció y la detuvieron el 5 de enero del 06 y posteriormente fue encarcelada por 6 meses en el Reclusorio Femenil. Tanto la paciente como su cuidador primario afirman que su sobrina negó el hecho descrito así como la posibilidad de negociar y pagar lo que había tomado. Pero a pesar de ello el acto delictivo fue comprobado ya que la hija de la paciente acudió a una tienda donde se realizaron pagos con dichas tarjetas, según la referencia del estado de cuenta de las mismas, y el vendedor de la tienda, a través de fotos reconoció a la sobrina como la persona que realizó la compra, la cual rebasaba la cantidad de compras promedio que se realizaban en la misma tienda de manera cotidiana – el vendedor mencionó que la señora iba acompañada de un hombre (el cual fue identificado como el amante de la sobrina), al cual le dijo – según lo refiere el vendedor- que esa compra era un regalo que ella (la sobrina) le hacía a éste (al amante) - Dicha situación generó en la paciente emociones de angustia y culpa debido a los hijos de 9, 7 y 3 años que se quedaron en tutela del esposo de la sobrina que fue encarcelada y aunque quería retractarse de la denuncia, su esposo consideró que sería una manera en que su sobrina tuviera una lección y se responsabilizara por las consecuencias de sus actos, justificando que no era la primera ocasión en que esto sucedía, desde hace 2 años.

Ante esta situación la paciente y su esposo mencionan que como consecuencia tuvieron poco apoyo de parte de la familia de su esposo, específicamente con su suegra, la cual no estaba de acuerdo con el procedimiento legal que ellos habían llevado a cabo en relación al percance de su sobrina. Su suegra ya estaba enferma por hernias que presentaba, y se le había prohibido la ingesta de cierto tipo de alimentos, pero mencionan que a partir del encarcelamiento de su sobrina, la señora dejó el seguimiento de su alimentación, muriendo de peritonitis el 22 de enero a los 80 años de edad.

Por otro lado la paciente no presenta factores de riesgo hereditarios que pudieran haber estado relacionados con el EVC que se le presentó, aunque se identifican algunos factores relacionados con el estilo de vida: La paciente antes del EVC realizaba un consumo de tabaco aproximado a 3 cigarrillos diarios, y en la actualidad todavía fuma 1 cigarro diario por la noche. Además presenta un déficit en el control emocional, solución de conflictos y planeación. Por su parte presenta conductas saludables tales como hábitos alimenticios balanceados e ingesta de los mismos en horarios regulares. La paciente anteriormente al EVC realizaba aeróbicos y corría, actualmente por prescripción médica le es recomendado solamente caminar 30 min. diarios, lo cual menciona llevar a cabo con constancia y sin problema alguno. Además cuenta con

La paciente manifiesta una percepción de baja auto eficacia, específicamente a nivel laboral, ya que a partir del EVC, perdió su trabajo de intendencia en el hospital, junto con el

seguro médico que éste le proporcionaba y con ello la posibilidad de ahorrar para comprar una casa y /o apoyo en la manutención de los gastos de su familia, que le daba cierta independencia económica. Actualmente ayuda a su hija en la venta de pizzas en la cooperativa de una escuela, dedicándose de manera prioritaria al quehacer de su casa y apoyo en el cuidado de sus nietos, pero a pesar de ello se siente inútil, sobreprotegida y deprimida. Según refiere el cuidador primario tiene cambios de carácter constantes, siendo incongruente lo que predica de lo que hace.

A nivel familiar la paciente menciona que a los 8 meses de edad fue abandonada por su madre y nunca volvió a saber de ella o de la familia materna. Se crió con la abuela paterna con quien tuvo una relación muy conflictiva y además fue víctima de intento de abuso sexual en su adolescencia por el esposo de la abuela.

A nivel de su familia nuclear tanto la paciente como su esposo resaltan la preocupación que a ambos les provoca la relación de pareja que su hija de 26 años mantiene, debido a la existencia de maltrato psicológico y físico por parte de su esposo - el cual es descrito por el esposo de la paciente, como una persona autoritaria, celoso y macho, así como con problemas de alcohol - hacia ella y a hacia sus hijos. Actualmente el esposo de la hija de la paciente está encarcelado debido a que cometió robo en el Hospital en el que trabajaba, el cual era el mismo en el que la paciente antes del EVC laboraba. La presente situación descrita según refiere el esposo de la paciente, le recuerda vivencias pasadas, donde por la pobreza en la que vivía estuvo rodeado de violencia, y además menciona que antes del EVC de su esposa, llegaba a consumir con regularidad alcohol (5 veces al mes en promedio) para relajarse, lo cual a nivel social posteriormente le afectó, debido a que dejó de consumir y a la par se alejó de las amistades con las que lo hacía. El esposo se define así mismo como una persona trabajadora, alegre, social y desinteresado y refiere una firme convicción sobre no volver a consumir alcohol.

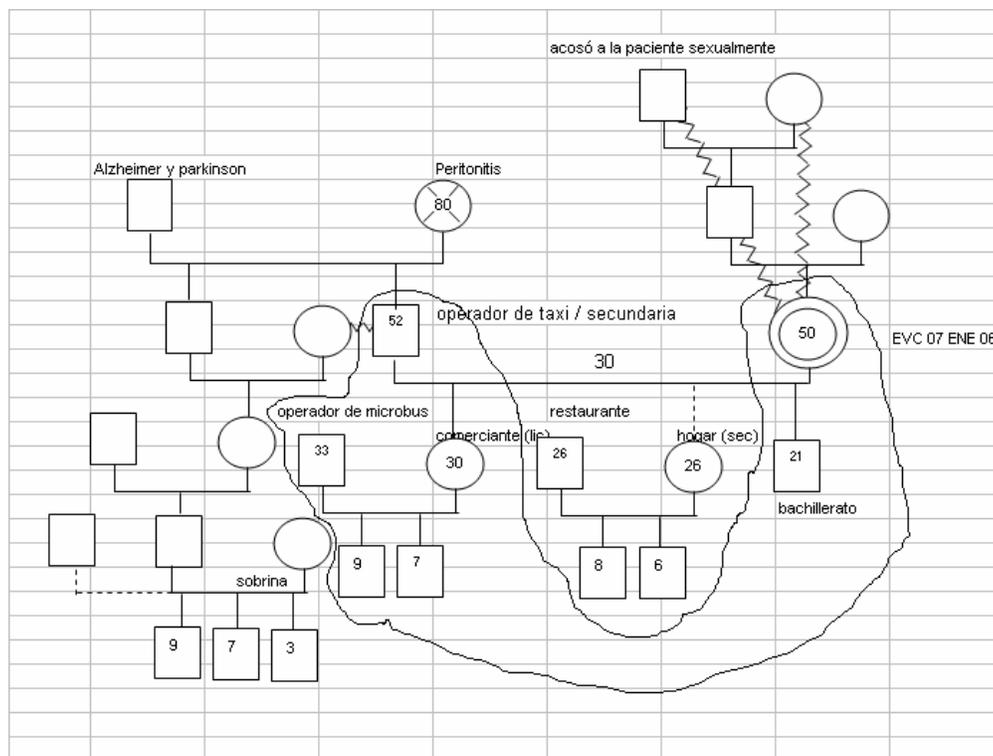
Por otra parte mencionan que anteriormente vivían con la familia de parte del esposo, pero debido a que su padre quien padece actualmente de Alzheimer y Parkinson, hostigaba a su hija de 30 años, decidieron rentar un lugar donde residir, y donde actualmente viven con su hija de 30 años, esposo e hijos, y su hijo de 21 años (ver familiograma en la siguiente hoja).

A nivel sexual ambos miembros de la pareja, refieren que aproximadamente desde hace 4 o 5 años suspendieron las relaciones sexuales, debido a una disminución en el apetito sexual del esposo de la paciente y temor del mismo – posterior al EVC de su esposa- a que la excitación que conlleva el acto sexual, pudiera desencadenar una recurrencia de un infarto cerebral en su esposa. En relación a este tópico, hace un año, un médico del IMSS, le prohibió a la paciente tener vida sexual con su esposo por el infarto. Ante eso la paciente se percibe poco atractiva, siendo un aspecto que ella quisiera retomar. En cuanto al área social, ésta no se encuentra afectada, por el contrario, el apoyo social aumentó durante el EVC que sufrió la paciente, recibiendo muestras de apoyo y cariño que fortalecieron sus relaciones sociales.

A nivel personal la paciente se describe como una persona trabajadora, solitaria y con tendencia a preocuparse con anticipación, así como a llevar a cabo muchas actividades en el día que le generan debilidad y agotamiento. Su familia, específicamente su esposo le

sugieren que no haga todas sus actividades a la vez, ante lo cual la paciente reacciona con enojo.

Familiograma



3.2 Diagnóstico psicológico.

La paciente presenta una baja percepción de auto eficacia a partir del EVC, lo cual se relaciona con un déficit en la planeación y solución de problemas, así como un inadecuado manejo del estrés y control emocional.

3.3 Plan de tratamiento.

El tratamiento se enfocó en fomentar y mantener conductas saludables para la prevención de una recurrencia en el EVC, así como en brindar apoyo emocional al paciente de manera que a partir de los recursos con los que cuenta pueda reincorporarse a su vida cotidiana, enfrentando de manera funcional las problemáticas que presenta, logrando un óptimo manejo de sus emociones.

Sesión 1

11 de mayo del 2006

Descripción del problema: La paciente fue canalizada por el INNN para recibir terapia psicológica debido a un EVC.

Objetivo específico: Obtener la historia clínica y médica de la paciente verificando que existe un diagnóstico neurológico comprobable, así como los factores de riesgo a los que está expuesta la paciente.

Técnicas de intervención y materiales.- Entrevista de exploración para impresión diagnóstica, Historia clínica

Procedimiento: Se realizó un interrogatorio enfocado en la obtención de información sobre la historia y evolución del actual padecimiento de salud de la paciente, identificando los factores de riesgo relacionados al mismo, así como el estado actual de salud y psicológico de la paciente.

Resultados: La paciente presenta factores de riesgo relacionados con su estilo de vida tales como la conducta de fumar y dificultad para manejar su estrés y en general para un adecuado control emocional, así como un déficit en la planeación de actividades y solución de problemas, todos ellos como antecedentes a la presentación del EVC. No se encontraron factores de riesgo de índole hereditaria, y se resalta una pronta e inmediata atención a la sintomatología presentada durante el EVC, lo cual permitió que la paciente pudiera tener un mejor pronóstico de recuperación. Además se encontró que la paciente tiene dificultad en adherirse al tratamiento médico por el temor que le provocan ciertas creencias al respecto (el que puedan generarle adicción) ha suspendido el medicamento anteriormente y presentado recaídas. No ha recibido terapias complementarias para su rehabilitación, pero a pesar de ello se encuentra en condiciones físicas de independencia y solamente refiere presentar problemas de memoria. (Para mayor información revisar la historia clínica y médica antes descrita)

Observaciones y recomendaciones: La primera sesión estaba programada para el 04 de mayo, pero debido a que la paciente se presentó retrasada, por un embotellamiento, se reprogramó para la fecha arriba mencionada. Y solamente se realizó una presentación con la misma. Dado que en dicha ocasión llegó sola, se le pidió que la próxima sesión fuera acompañada de un familiar (cuidador primario). En la fecha reprogramada la paciente llegó

acompañada de su esposo y mencionaron que a falta de la compañía de su esposo, una de sus hijas la acompañaría cuando fuera necesario.

Se pidió una fotocopia de los estudios realizados a la paciente que corroboraran la información obtenida durante esta sesión y además se le solicita que la próxima sesión tenga disposición de tiempo para llevar a cabo una evaluación psicológica.

Sesión 2

18 de Mayo del 2006

Descripción del problema: La paciente presenta déficit en la adherencia al medicamento, dificultad en la función cognoscitiva de la memoria, así como un poco control emocional relacionado con dificultad para solucionar problemas y planeación, lo cual le genera una baja percepción de auto eficacia a partir del EVC que sufrió.

Objetivo específico: Realizar una evaluación psicológica que permita identificar los recursos y déficits con los que cuenta la paciente para orientar el tratamiento psicológico en función de la mejora de los aspectos antes mencionados en el apartado de la descripción del problema.

Técnicas de intervención y materiales: Batería psicológica

Procedimiento: Se le explicó a la paciente la importancia de aplicar la batería psicológica para poder llevar a cabo el tratamiento, indicándole de manera clara y concisa las instrucciones para responder cada una de las pruebas aplicadas, corroborando que la paciente había comprendido las instrucciones de resolución de las mismas, así como respondiendo y aclarando dudas en caso necesario

Resultados: La paciente se mostró cooperativa durante la aplicación de las pruebas, y aparentemente sin ninguna dificultad para responderlas.

En la tabla siguiente se presentan los resultados obtenidos durante la evaluación:

INSTRUMENTO	INTERPRETACION DE RESULTADOS
Evaluación Neuropsicológica Breve en Español NEUROPSI Ardila-Ostrosky-Roselli, 1995	La paciente presenta déficit en el área de detección visual, en la memoria de evocación y codificación, así como en la lectura. Las funciones cognoscitivas de atención y concentración, orientación, lenguaje y funciones ejecutivas conceptuales y motoras están dentro de la norma. Según la puntuación total obtenida de 91.1, la alteración que presenta la paciente es moderada de acuerdo a su edad y grado de estudios.
Inventario de expresión del enojo Spielberger, 1988 (Adaptación y validez psicométrica por Ruiz-Badillo y Reyes Lagunes, 2006)	La paciente presenta un enojo rasgo temperamento y reacción muy altos, así como un enojo manifiesto y contenido moderados. El Control del enojo contenido por su parte es mínimo y de manera normal se encuentran el control del enojo manifiesto, la escala sintiendo enojo y el sentimiento de expresión del enojo.

Inventario de Depresión (Reynoso – Seligson, 1995)	80 puntos
Escala de Ansiedad- tensión (Reynoso- Seligson, 1989)	13 síntomas de un total de 23
Inventario de Depresión de Beck 1993 (Versión estandarizada por Jurado, Méndez y Villegas, 1998)	Moderado
Inventario de Ansiedad Beck 1990(Versión estandarizada por Robles Varela, Jurado y Páez, 2001)	Moderado

Observaciones y recomendaciones: Durante la aplicación el cuidador primario espero a la paciente en la sala de espera. La aplicación de las pruebas duró aproximadamente 1 hora y media. La paciente refirió dolor de cabeza al finalizar la evaluación y mencionó que no había desayunado.

Sesión 3 y 4

25 de mayo 06 y 01 de junio 06

Descripción del problema: Los hallazgos de las pruebas mostraron que la paciente presentaba un nivel moderado de ansiedad y depresión, así como un déficit en el control de su enojo, además de un notable deterioro cognoscitivo en la memoria, lectura y detección visual.

Objetivo específico: Informar a la paciente y al cuidador primario sobre los hallazgos encontrados en la aplicación de las pruebas, y su relevancia para establecer un parámetro realista sobre los recursos y déficits que presenta la paciente y de esta manera proponer un plan de tratamiento a seguir, resaltando la pertinencia de los objetivos de cada una de las sesiones terapéuticas a llevar a cabo.

Técnicas de intervención y materiales: Entrevista de diagnóstico y motivacional. Retroalimentación.

Procedimiento: Se explicó tanto al paciente como al cuidador primario cada uno de los hallazgos encontrados en las pruebas y relacionándolos con aspectos explorados en sesiones anteriores (preconsulta y entrevista de exploración) y además se revisó el plan de tratamiento sugerido para llevar a cabo con la paciente, explicando las fases del tratamiento, y cada una de las sesiones propuestas en el mismo -sus objetivos, técnicas, material y procedimiento- resolviendo dudas y ampliando sobre el objetivo de cada una de ellas.

Resultados: La paciente y su cuidador primario estuvieron de acuerdo con los resultados encontrados así como en el plan de tratamiento sugerido para lograr un control de aquellos factores de riesgo que podrían afectar el estado de salud de la paciente, así como de los aspectos emocionales relacionados con los mismos, ante lo cual se pidió que firmaran de consentimiento dicho plan al calce del mismo, entregando fotocopia del mismo a la paciente

Observaciones y recomendaciones: Por cuestiones de tiempo la presente sesión se llevó a cabo en 2 sesiones: durante la primera se llevó a cabo la retroalimentación de resultados de la evaluación y durante la segunda el establecimiento y consentimiento del plan de tratamiento.

Se pidió al paciente traer el registro semanal de: presión arterial, ingesta de alimentos, toma de medicamentos, síntomas de ansiedad, conducta de fumar y control de peso.

Además se solicitó al paciente y cuidador primario se informaran sobre el tema de EVC para la sesión de educación para la salud sobre el daño neurológico.

Sesión 5

15 de junio 06

Descripción del problema: La paciente presenta factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y el EVC que sufrió.

Objetivo específico: Informar a la paciente y cuidador primario sobre el proceso fisiológico que se genera a partir de un daño neurológico, su definición, síntomas, etiología, complicaciones, diagnóstico y tratamiento, así como los factores de riesgo relacionados y las conductas de salud deseables para mantener una estabilidad física y psicológica y principalmente para prevenir la recurrencia del EVC.

Técnicas de intervención y materiales: Folleto informativo, láminas con dibujos explicativos, educación para la salud.

Procedimiento: A partir de la información recabada por la paciente y el cuidador primario sobre el evento cerebro vascular, solicitada la sesión anterior, se les solicitó que expusieran los datos encontrados y las dudas al respecto del tema, y de esta manera se procedió a ampliar y aclarar aquellos aspectos más relevantes sobre el daño neurológico. De manera conjunta se revisaron los registros solicitados en la sesión anterior relacionándolos con los factores de riesgo de estilo de vida que pueden propiciar un EVC: Posteriormente una vez confirmada la comprensión de dicha información, se realizó una evaluación de 10 preguntas a la paciente para verificar si lo revisado en la presente sesión había sido entendido (ver anexo 25).

Resultados: Ambos, paciente y cuidador primario, se mostraron cooperativos e interesados sobre informarse en relación al EVC, y se relacionaron los hallazgos encontrados en la literatura con la situación particular que vivió la paciente cuando se le presentó el EVC. A través del cuestionario aplicado se constató que la paciente había comprendido los aspectos básicos sobre la temática. Y finalmente se entregó un folleto informativo (anexo 24) que plasmaba la información más relevante sobre el daño neurológico provocado por un EVC.

En cuanto a los registros, se observó que la paciente fuma 1 cigarrillo antes de dormirse diariamente, un promedio de presión arterial de 110/70, una alimentación sana y balanceada en horarios de ingesta regulares, toma de medicamentos aparentemente sin dificultad alguna, respetando horarios y dosis indicadas, una estatura de 1.45 y un peso de 50 kg – refiriendo que antes del EVC la paciente pesaba 10 Kg. más que el peso actual y su ingesta de comida era menor a la actual - , así como la presencia de síntomas de ansiedad tales como nerviosismo, temblor de manos y sofoco, relacionados con dificultad para solucionar problemas así como el próximo festejo de su matrimonio por la iglesia.

Observaciones y recomendaciones: La paciente canceló la cita del 08 de junio y se reprogramó para el 15 de junio por razones de índole personal (la paciente y su esposo se casarían el 10 de junio por la iglesia posterior a 30 años de haber estado casados por el civil y estaban realizando los preparativos para la misma).
Se le pidió a la paciente que continuará con los registros solicitados en la sesión anterior.

Sesión 6

22 de junio 06

Descripción del problema: La paciente a los 3 meses del tratamiento médico, suspendió la ingesta del antidepresivo por temor a que éste le pudiera generar una adicción, por lo que la adherencia médica se vio afectada, generando una recaída y retornando los síntomas de depresión, tales como llanto fácil y desesperanza.

Objetivo específico: Que la paciente sea informada sobre los beneficios que genera en su estado de salud y emocional la toma de los medicamentos preescritos, señalando las características principales de cada uno, su efecto en el proceso fisiológico, reacciones secundarias y las conductas de riesgo en la toma de medicamentos, debido al no cumplimiento en las dosis y horarios recomendados.

Técnicas de intervención y materiales: Exposición guiada, preguntas de exploración y generación de alternativas de solución y toma de decisiones, reestructuración cognoscitiva.

Procedimiento: Se revisaron de manera conjunta con la paciente y su cuidador primario las prescripciones médicas que le fueron entregadas – dosis y horarios de ingesta- resaltando la función de cada uno de los medicamentos en el organismo, así como los beneficios generados por cada uno en contraposición a los efectos secundarios presentados, identificando aquellas obstáculos que interfieren en la adherencia médica.

Resultados: La paciente reconoció la importancia de tomar los medicamentos y el beneficio de tomar los antidepresivos y ansiolíticos como un tratamiento auxiliar para estabilizar su estado emocional y complementario a la adquisición de habilidades y /o técnicas para controlar su manejo de estrés y/o emocional (factor de riesgo de EVC) ; y en el caso de el medicamento cardioprotector para evitar una recurrencia en el EVC.

En cuanto a la información recabada en los registros de tarea, los datos se mantuvieron como en la sesión pasada, a excepción de los síntomas de ansiedad, los cuales no fueron reportados por la paciente durante esa semana. Por su parte en el registro de medicamentos se presenta la modificación realizada en dosis y tipo de medicamento sugerida por el neurólogo en la última cita.

Observaciones y recomendaciones: El neurólogo disminuyó la dosis de uno de los medicamentos y sustituyó un medicamento por otro nuevo:

Lexapro 0-0-1/2

Otedram 3mg ½- 0- ¼ en lugar del Criadex

Y la Disprina continuó en igual dosis y horario.

La paciente consideró necesario realizar una cita con el neurólogo debido a que el nuevo medicamento le genera somnolencia en las mañanas y ante lo cual durante los primeros días prefirió no tomar la dosis indicada en la noche, Posterior a la presente sesión, reconoció la importancia de no suspender o disminuir las dosis de los medicamentos y por ello decidió que hasta no ver al neurólogo continuaría con la dosis indicada hasta que éste pudiera

recomendarle lo contrario y confirmarle o no si dicho efecto es secundario al medicamento y /o pasajero.

Sesión 7

29 de junio 06

Descripción del problema: Aunque la paciente no presenta los siguientes factores de riesgo: ingesta de alimentos balanceados y horarios regulares, presión arterial alta, ejercicio y seguimiento de terapias complementarias, se realiza esta sesión con el objetivo reforzar su cumplimiento y continuar con el mantenimiento de conductas de salud relacionadas.

Objetivo específico: La paciente identificará los factores de riesgo a los que se expone en su vida cotidiana para comprender el efecto que tienen sus conductas sobre su salud.

Técnicas de intervención y materiales: Baumanómetro y hojas de registro. Tabla de rangos de presión arterial. Modelamiento y moldeamiento. Reforzamiento.

Procedimiento: Se mostró a la paciente la manera de monitorear su presión arterial y los rangos deseables para asegurar una normalidad en la misma, pidiéndole a la paciente posteriormente que se le mostró la técnica de medición que lo hiciera ella, resaltando los aspectos más importantes para tener una medición confiable. Por otro lado se exploraron las conductas de salud de alimentación (evitar el consumo de sales y grasas) y ejercicio realizadas por la paciente, así como el seguimiento de las citas médicas periódicas que realiza para evaluar su estado de salud, las cuales están programadas para el 10 de octubre (médico vascular) y 12 de octubre (médico psiquiatra).

Resultados: La paciente maneja rangos de presión arterial entre 110/70, mediciones que ha realizado diariamente desde la semana pasada con ayuda de una vecina que es enfermera, en un horario establecido y en condiciones similares en cada toma. Por otro lado según lo registrado su alimentación y consumo de líquidos es adecuado, combinando los grupos básicos de alimentos y respetando horarios regulares, sin exceder en el consumo de sales y grasas, y además mantiene una constancia en el ejercicio realizado y sugerido por el médico (caminata 30 min diarios), acudiendo de manera puntual a sus citas médicas.

Observaciones y recomendaciones: Dado que la presión arterial de la paciente se mantiene en rangos normales, se sugirió el monitoreo de la misma cada tercer día o mínimo 1 vez a la semana. Se recomendó mantener la ingesta de alimentos hasta ahora realizada, así como el continuar con su caminata diaria y cumplimiento y asistencia a las citas médicas programadas.

Realizar registros de conductas antes solicitadas para verificar el mantenimiento de las conductas sanas y analizar el curso de los factores de riesgo (alimentación, toma de medicamentos, ansiedad y conducta de fumar).

Sesión 8

10 de agosto 05

Descripción del problema: La paciente fuma un cigarrillo antes de acostarse diariamente.

Objetivo específico: Que la paciente sea entrenada en la técnica de autocontrol para erradicar la conducta de fumar la cual se relaciona como un factor de riesgo para la recurrencia de un EVC.

Técnicas de intervención y materiales: Registro de actividades, técnica de autocontrol, autorregistros y autoevaluación

Procedimiento: Se revisó el registro de actividades realizado en casa por la paciente y sobre su consumo de cigarrillos, encontrando que la paciente fuma alrededor de las 7pm de la noche, posterior a haber ingerido algún alimento o antes de irse a acostar, reportando una sensación de tranquilidad posterior al consumo del mismo. Menciona que en algunas ocasiones ha podido eliminar el consumo del cigarrillo en las condiciones antes mencionadas sin presentar ansiedad o deseo de fumar; identifica que cuando lleva a cabo la conducta de fumar también lo hacen a su alrededor sus familiares. Ante esto se le pidió a la paciente que lleve a cabo actividades que compitan con la conducta de fumar, al momento en que surja el deseo de realizarla, así como solicitar a sus familiares que no fumen frente a ella y/o bien no fumar a pesar de que ellos lo realicen.

Resultados: La paciente identificó los estímulos relacionados con la conducta de fumar así como las ganancias secundarias de dicha conducta (mejor digestión, relajación y aceptación social), y consideró dado su antecedente de EVC, la importancia de eliminar el consumo del cigarrillo, ante lo cual se estableció que cada semana iría disminuyendo al menos 1 cigarro del total de los cigarros consumidos en la semana (siete) de manera que de forma paulatina pudiera erradicar su consumo. Bajo este criterio aproximadamente en 7 semanas la paciente habría eliminado la conducta de fumar.

Observaciones y recomendaciones: Dado que se revisaron que en los registros de alimentación, toma de medicamentos, registro de presión arterial no existen dificultades para que la paciente lleve a cabo conductas saludables, se suspendió su registro. A pesar de ello se recomienda monitorear dichas conductas corroborando los datos con el cuidador primario. Así como dar seguimiento al desvanecimiento de la conducta de fumar, reforzando a la paciente por sus avances.

Se solicitó a la paciente que llevara un registro de la cadena cognitivo-conductual, identificando aquellas situaciones que pueden generarle algún malestar y/o inestabilidad emocional.

Sesión 9

17 de agosto 05

Descripción del problema: La paciente presenta déficit para establecer una comunicación paciente- médico en relación preguntarle el tipo de ejercicio que puede realizar y comunicarle sobre los efectos secundarios que le genera el medicamento. Además en relación a su familia, presenta dificultad para solicitar a los miembros de su familia que no fumen frente a ella o bien que ella no acepte fumar con ellos a pesar de que éstos lo realizan.

Objetivo específico: Que la paciente sea capaz de formular preguntas a su médico en relación a las inquietudes antes mencionadas: solicitar información sobre la dosis que le fue preescrita y su relación con los efectos secundarios que presenta (somnia durante la mañana), así como preguntar si puede realizar un ejercicio físico aeróbico. En el caso de su familia que la paciente pueda de manera asertiva decir “no” al consumo del cigarro y solicitar apoyo de parte de ellos para que procuren no fumar frente a ella, comunicándoles la importancia de generar conductas de salud que eviten una recurrencia de un EVC.

Técnicas de intervención y materiales: Modelamiento, moldeamiento, juego de roles y ensayos conductuales

Procedimiento: Se explorará en primera instancia los recursos que tiene la paciente para entablar una comunicación paciente-médico y establecer límites con sus familiares, solicitando a la paciente que muestre la manera en que llevaría a cabo dichas conductas, posteriormente, mediante el modelamiento se le mostrará como llevar a cabo dichas conductas y se le pedirá al paciente que lo replique, observando su ejecución y moldeando aquellas conductas que no realice satisfactoriamente, así como reforzando positivamente los logros realizados.

Resultados: La paciente fue capaz de formular y realizar preguntas dirigidas a su médico, aclarando sus inquietudes, así como solicitar apoyo y establecer límites de manera asertiva con sus familiares en relación a la conducta de fumar, como factor de riesgo para la recurrencia de un EVC.

Observaciones y recomendaciones: Se le pidió a la paciente que llevara a cabo las preguntas formuladas para su médico en la próxima visita médica y solicitara a sus familiares que no fumen delante de ella y/o negarse a fumar con ellos.

Se revisó el registro de la cadena cognitivo-conductual y se encontraron cogniciones desadaptativas en relación al apoyo que la paciente recibe de su familia, los cuales serán revisados la siguiente sesión.

La paciente eliminó el consumo de un cigarrillo de la semana, del total de 7 cigarrillos que consume semanalmente. Eligió el día jueves para empezar con su programa de desvanecimiento de la conducta, dado que éste día se encuentra prácticamente fuera de casa y considera que hay menos estímulos que propicien la conducta de fumar.

Sesión 10

24 de agosto 05

Descripción del problema: La paciente presenta dificultad para aceptar el apoyo que le da su familia, debido a pensamientos irracionales de sobregeneralización, personalización, lectura de mente y catastrofización, que le generan una percepción personal de poca auto eficacia (inseguridad, incapacidad, e inutilidad personal y temor a realizar actividades cotidianas) mencionado literalmente sentirse “reprimida” por sus familiares, reaccionando ante esto de manera evasiva por temor a que los demás se enojen o sin tener control de su enojo, debido a poca tolerancia a la frustración.

Objetivo específico: La paciente adquirirá estrategias para combatir las creencias erróneas que presenta frente a la incapacidad de su estado de salud actual por creencias racionales que le permitan mantener conductas saludables en primera instancia y una mejor relación con su familia.

Técnicas de intervención y materiales: Reestructuración cognoscitiva, registro de evidencia a favor y en contra, diálogo socrático.

Procedimiento: Se identificaron las creencias irracionales de la paciente tanto en los registros realizados como en otras sesiones, y mediante hechos que pudieran generar evidencia a favor y en contra de las situaciones donde la paciente se sintió con poca percepción de auto eficacia, ésta pudo ser capaz de generar pensamientos alternativos y realistas que le permitieron controlar su estado emocional y por ende favorecer su conducta y/o reacción ante dichas situaciones.

Resultados: La paciente reconoció la importancia del apoyo social que recibe por parte de sus familiares como un factor que permite que se minimicen los factores de riesgo de su salud y como una muestra de cariño por parte de los mismos. Además identificó los avances que de manera personal la paciente ha realizado que pueden fortalecer su independencia y mejorar su percepción de auto eficacia. En cuanto a la manera de enfrentar dichas situaciones identificó que generalmente reacciona de manera evasiva, lo cual se relaciona al temor que tiene a que la rechacen.

Observaciones y recomendaciones: Aplicar en situaciones cotidianas la reestructuración cognoscitiva.

Que la paciente mantenga la abstinencia de fumar al menos una vez a la semana.

Sesión 11

31 de agosto 05

Descripción del problema: Se encontraron que los pensamientos irracionales que presenta la paciente están asociados a experiencias traumáticas que la paciente vivió de un abuso sexual por parte del esposo de su abuela paterna, y al núcleo familiar donde se desarrolló en la infancia, el cual se caracterizó por ser rígido en las normas y reglas establecidas por la abuela paterna, quien se hizo cargo de ella posterior a que a los 8 meses de edad la abandonó su madre y se eliminó el contacto con su familia materna.

Objetivo específico: Que la paciente sea capaz de ver la relación entre sus pensamientos automáticos y las reglas y/o creencias centrales con las que enfrenta su vida diaria, las cuales la predisponen a tener un conducta evasiva ante los problemas por temor a que los demás se enojen con ella o no le crean, que refuerzan su percepción de poca percepción de auto eficacia y la represión que la paciente siente.

Técnicas de intervención y materiales: Reestructuración cognoscitiva mediante el registro de creencias centrales

Procedimiento: Se le pidió a la paciente que describiera la situación referente al abuso que sufrió y el contexto donde creció durante su infancia, haciéndolo mediante el esquema de la cadena cognitivo – conductual, mostrándole de esta manera la similitud entre sus pensamientos irracionales actuales ante problemáticas cotidianas y sus pensamientos ante aquellos acontecimientos de su vida pasados, identificando de esta manera las reglas y creencias de la paciente en relación con la autoridad y en general con su familia, que le generan un estado emocional de malestar.

Resultados: La paciente pudo identificar la relación entre las reglas y creencias que se consolidaron en su infancia asociadas a eventos traumáticos de la misma, que le predisponen a reaccionar en la actualidad de manera similar, generando que por temor al rechazo, a la crítica o a propiciar el enojo de otras personas prefiere quedarse callada y evadir la situación, a pesar de que esto le genere enojo, ansiedad o tristeza. A partir de lo revisado en las anteriores sesiones pudo reconocer las ventajas de exteriorizar sus pensamientos de una manera asertiva sin anticiparse a un resultado catastrófico por relacionarlo con algo similar que ya había vivido y de esta manera también podía lograr un mejor manejo de su emoción, canalizándola de un modo saludable. Finalmente dentro de los sucesos que vivió en su infancia, resaltó aspectos relevantes que actualmente son recursos que le permiten desenvolverse funcionalmente en su vida, tales como creencias y

reglas donde se le inculcaba la responsabilidad como un valor importante, la higiene y las labores domésticas.

Observaciones y recomendaciones: Se le pidió a la paciente que continuara identificando sus pensamientos irracionales, reglas y creencias centrales, tratándolos de asociar a esquemas cognitivos que presenta o a sucesos negativos que ha vivido, generando pensamientos alternativos que le permitan tener una visión más objetiva de los hechos y por ende un mejor manejo de sus emociones y conductas.

La paciente eliminó el consumo del cigarro durante 2 días a la semana (jueves y viernes), de igual manera eligió el día en que considera que dado que está fuera de casa es menor la probabilidad de que fume.

Sesión 12

07 de septiembre 06

Descripción del Problema: La paciente presenta dificultad para vislumbrar opciones y alternativas de solución ante situaciones cotidianas, lo cual genera que evada la situación o bien que reaccione de manera impulsiva.

Objetivo específico: La paciente aplicará el modelo de solución de problemas, de manera que pueda ser capaz de tomar decisiones adecuadas y llevarlas a cabo en su vida diaria.

Técnicas de intervención y materiales: Modelo de solución de problemas

Procedimiento: Se le pidió a la paciente que eligiera una situación de su vida cotidiana que se le dificultó o ha dificultado resolver – la paciente eligió “el no tener trabajo”, definiendo de manera clara el problema al que se enfrenta y las posibles soluciones ante el mismo, llevando a cabo un balance decisional y finalmente una elección de la decisión a llevar a cabo.

Resultados: La paciente pudo llevar a cabo el modelo de solución de problemas, generando diversas alternativas de solución, y eligiendo aquella opción más conveniente para sus necesidades personales y sociales. Específicamente en el ejemplo citado sobre no tener trabajo, visualizó diferentes opciones de trabajo disponibles cerca de su domicilio, realizando un balance sobre las ventajas y/o desventajas que cada opción le ofrecía. Finalmente contempló que la opción que le convenía más en cuanto a la actividad realizada – la cual ya conoce - , el horario para desempeñarlo de medio tiempo en la tarde, era el trabajo que estaba por resolverse a su hija sobre la atención de una cooperativa en otra escuela en la que actualmente ella labora.

Observaciones y recomendaciones: Se le pidió a la paciente que aplicará el modelo de solución de problemas en diversas situaciones donde necesitara resolver un problema, como lo había realizado en la presente sesión. Así como informarse sobre la resolución del trabajo que su hija le ofreció para laborar en una cooperativa de la escuela.

La paciente mantuvo la abstinencia a fumar durante jueves y viernes de esta semana, fumando solamente 5 cigarros semanales en total.

Sesión 13

14 de septiembre 06

Descripción del problema: La paciente presenta déficit en el control de su enojo (enojo rasgo reacción), así como en generar actividades competitivas a la conducta de fumar.

Objetivo específico: Que la paciente de manera conjunta a las técnicas hasta ahora revisadas, pueda procurarse a sí misma una estabilidad emocional, mediante la práctica de la respiración diafragmática y la relajación autógena, específicamente ante situaciones donde se sienta enojada y como una actividad compensatoria a la conducta de fumar.

Técnicas de intervención y materiales: Baumanómetro e instrucciones dirigidas.

Procedimiento: Brevemente se le explicó a la paciente la anatomía y fisiología del aparato respiratorio, enseñándole a llevar a cabo respiraciones profundas, con una retención del aire de 10 segundos. Posterior a 8 respiraciones realizadas, se prosiguió al reconocimiento corporal, mediante la imaginación y evocación de calor y aumento de temperatura. Se midieron el pulso y la presión arterial antes y después del ejercicio realizado, así como la medición del nivel de estrés.

Resultados: La paciente reportó sentirse muy tranquila y no sentir dificultad para llevar a cabo las instrucciones dadas. Inició con una presión y pulso de: 107/64 y 68 finalizó con una presión de y un pulso de 89/60 y 64 respectivamente.

Observaciones y recomendaciones: Que la paciente lleve a cabo la técnica antes descrita durante 2 veces al día, monitoreando sus signos vitales y aplicándola en situaciones donde se sienta enojada (junto con la reestructuración cognoscitiva) y como una actividad compensatoria a la erradicación del consumo del cigarro.

Por otra parte la paciente mencionó que en relación al aspecto laboral, será la encargada a partir de la próxima semana de atender la cooperativa que le ofrecen a su hija operar en la escuela y dado que es una actividad que ya venía realizando de manera conjunta con su hija en otra escuela, la paciente se percibe con buena auto eficacia para llevar a cabo dicho trabajo.

Además la paciente decidió eliminar el consumo del cigarro al menos 3 veces a la semana (jueves, viernes y sábado), lo que daría un total de solamente cuatro días de consumo o de 4 cigarrillos a la semana, considerando que fuma solamente uno diario. La paciente refirió que dado que a partir del jueves ya no fuma, su necesidad para hacerlo cuando ya es sábado se minimiza a diferencia de otros días de la semana (habitación a la falta del estímulo). Y también consideró la posibilidad de guardar la cajetilla de cigarros fuera del alcance de su vista, para que esto no fuera motivo para fumar o bien el tener solamente el número exacto de cigarros que va a fumar en total en la semana y los restantes dárselos a algún familiar, de manera que respete los días de abstinencia y solamente pueda consumir un número determinado que deberá racionarlo a lo largo de la semana.

Sesión 14

21 de septiembre 06

Descripción del problema: La paciente antes de iniciar el tratamiento presentaba ansiedad y depresión moderada, así como una reacción y temperamento de enojo rasgo elevada, así como un enojo manifiesto y contenido moderado, además de un déficit neurológico leve, específicamente en el área de memoria y lectura.

Objetivo específico: Identificar mediante la aplicación de la batería psicológica aplicada al inicio del tratamiento, los cambios que el tratamiento psicológico generó en la paciente.

Técnicas de intervención y materiales: Postevaluación

Procedimiento: Se le proporcionaron al paciente los mismos inventarios aplicados antes del inicio del tratamiento, pidiéndole que los contestara nuevamente, indicándole de manera clara la forma de contestarlos y resolviendo sus dudas. Además se indagó de manera subjetiva las mejoras que la paciente ha podido identificar como efecto del tratamiento psicológico recibido y si cubrió sus expectativas.

Resultados: La paciente se mostró cooperativa para resolver los instrumentos de evaluación, comprendiendo la relevancia de su aplicación para llevar a cabo una comparación sobre los hallazgos encontrados en los mismos antes y después del tratamiento. La paciente informó sentirse más tranquila, con un mejor manejo de sus emociones, específicamente el enojo, que propician una relación armoniosa con su familia, mencionando que sus expectativas sobre el tratamiento fueron cubiertas.

Observaciones y recomendaciones: El consumo del cigarro de la paciente se mantuvo de 5 cigarros totales.

La paciente mencionó sentirse contenta y útil debido a que esta semana inició sus labores en la cooperativa, mostrando una mejora en su percepción de auto eficacia.

Sesión 15

28 septiembre 06

Descripción del problema: La paciente sufrió un EVC que le generó la necesidad de buscar apoyo psicológico – emocional debido a que presentaba una percepción de poca auto eficacia que le generaba un déficit en el manejo emocional y solución de problemas.

Objetivo específico: Retroalimentar al paciente sobre los resultados en los instrumentos de medición y llevar a cabo una evaluación global del tratamiento con la finalidad de dar de alta al paciente, identificando los cambios generados en las áreas afectadas debido al EVC y los recursos adquiridos que le permitieron hacer frente a su estado de salud posterior a dicho EVC.

Técnicas de intervención y materiales: Retroalimentación de resultados, Entrevista de evaluación, reporte de alta.

Procedimiento: En primera instancia se le informó al paciente sobre los resultados que arrojaron los instrumentos de medición. Se evaluó el alcance de los objetivos planteados durante el tratamiento y su impacto en diversas áreas de la vida de la paciente, identificando las mejoras generadas a partir del tratamiento comparándolo con los déficits que la paciente presentaba al inicio del mismo.

Resultados: Se encontró que la ansiedad y la depresión disminuyeron a un rango mínimo. Además de que en cuanto al manejo de enojo, la paciente tuvo un control del enojo

contenido y del enojo manifiesto por debajo de la media. Y en cuanto al aspecto neurológico, específicamente en la detección visual, en la evocación por categorías y en la fluidez se encontraron de igual forma por debajo de la media, manteniéndose las demás escalas dentro de un rango promedio. En cuanto al puntaje total de la prueba, la paciente obtuvo un puntaje de 101.1 lo cual indica que la alteración neurológica que presenta es leve, de acuerdo a su grado de escolaridad y edad.

Además los registros muestran que la paciente mantuvo una presión arterial promedio 110/70, una alimentación balanceada y un ejercicio diario, así como una estabilidad en la adherencia médica.

La paciente mejoró su percepción de auto eficacia, mediante la modificación de creencias erróneas sobre su padecimiento, presentando actualmente una mayor información sobre el mismo que le permite identificar los factores de riesgo que debe evitar y generar conductas saludables y fomentar apoyo social que le permita una estabilidad física y emocional.

Observaciones y recomendaciones: La paciente no consideró necesario llevar a cabo seguimientos debido su a actual estabilidad emocional adquirida en el proceso del tratamiento, pero se mostró de acuerdo en comunicarse con el terapeuta en caso de que así lo requiriera (recaída u otra situación particular).

El consumo del cigarro de la paciente se redujo a 4 cigarros totales.

Dado que la paciente se encuentra trabajando en las tardes y apoya a su hija en la mañana vendiendo pizzas en otra cooperativa escolar, a la paciente no le fue posible programar seguimientos al tratamiento por cuestiones de horario, pero se acordó que en caso de ser necesario (por alguna duda o recaída) se comunicaría para concertar una cita, así como la posibilidad alternativa de llevar a cabo dichos seguimientos vía telefónica y así monitorear el desvanecimiento del consumo de cigarros y su extinción, la asistencia a sus citas médicas y la consulta al médico sobre sus inquietudes y dudas, así como el mantenimiento de sus hábitos alimenticios, actividad física y control emocional.

Se recomienda al menos hacer un seguimiento telefónico para corroborar el mantenimiento de la mejora de la paciente.

3.4 Efectos clínicos o ajuste psicológico.

La paciente cuenta con información más completa y verídica de su padecimiento ya que antes desconocía con detalle los factores de riesgo, haciendo hincapié, en aquellos factores plausibles de modificarse como los clasifica Vital (2006) que pueden generar hasta un 25% de recurrencia en presentar nuevamente un EVC, motivando la ejecución de conductas recomendables para el cuidado de su salud. Donde se resalta que parte fundamental del tratamiento de la isquemia cerebral requiere de cambios significativos en el estilo de vida.

Reconoce la importancia del monitoreo constante de su presión arterial, a pesar de que ella no padece hipertensión y mantiene rangos normales de 110/70. Recordando que una presión sistólica de 120 mm de Hg por encima de una presión diastólica de 80 mm de Hg se considera generalmente normal (Guadalajara, 1996; Navarro et al., 1995; Vital, 2006).

La paciente mantuvo una toma de sus medicamentos en las dosis y horarios preescritos, conociendo más sobre los beneficios que éstos generan en su estado de salud y emocional, adquiriendo técnicas de comunicación médico-paciente para formular preguntas y aclarar

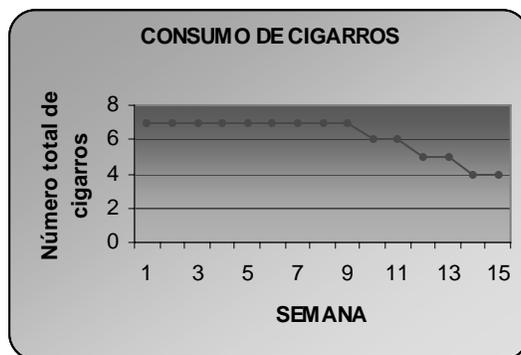
algunos aspectos que pudieran generarle duda sobre el tratamiento médico durante las citas periódicas a las que asiste de manera puntual con el médico psiquiatra y médico vascular que la atienden. Cabe señalar que la terapia con medicamentos o fármacos es el tratamiento más común para el accidente cerebro vascular, de ahí la importancia de monitorear la adherencia al mismo (Domínguez et al., 2006; Vital, 2006).

Y dado que también es posible que un riesgo mayor de accidente cerebro vascular dentro de una familia se deba a factores ambientales, tales como un estilo de vida sedentario común o malos hábitos de alimentación, en vez de a factores hereditarios, se fomentó una dieta balanceada baja en grasas y sales, estableciendo horarios de ingesta de alimentos, con rangos no mayores a 6 horas de diferencia entre una y otra comida, consumiendo en cantidades proporcionales en cada comida, todos los grupos de alimentos, y manteniendo un consumo de líquidos de 2 litros al día en promedio.

Por su parte, la paciente durante el tratamiento mantuvo una constancia diaria de realizar al menos 30 min. de caminata y reconociendo la importancia que el ejercicio tiene sobre su salud, se mostró motivada a consultar al médico en su próxima cita para preguntarle si podía retomar los aeróbicos, los cuales llevaba a cabo antes del EVC.

Así mismo, la paciente aunque antes del EVC fumaba alrededor de 3 cigarrillos diarios, durante el tratamiento fue desvaneciendo dicha conducta de manera paulatina, eliminando 1 cigarrillo a la semana del total que consumía (1 diario), apoyándose de actividades alternativas, tales como la técnica de respiración diafragmática y relajación autógena, así como el entrenamiento en asertividad para decir “no” al consumo del cigarro a pesar de que sus familiares lo llevaran a cabo y/o solicitando que no fumaran cerca de ella, fortaleciendo el apoyo familiar que éstos le brindan. Lo anterior es de suma importancia ya que el consumo de cigarrillos es el factor de riesgo modificable más poderoso que contribuye a la enfermedad cerebro vascular. El consumo de cigarrillos casi duplica el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebro vascular isquémico, independiente de otros factores de riesgo, y aumenta el riesgo de una persona de hemorragia subaracnoide hasta en un 3.5 por ciento (Navarro, Necoechea., Hernández y Lepe, 1995; Vital, 2006).

En la gráfica que a continuación se presenta se puede ir viendo el desvanecimiento de la conducta de fumar:



Como ya se había revisado anteriormente, algunas de las incapacidades que pueden resultar de un accidente cerebro vascular son de índole emocional, los pacientes pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Una incapacidad común que ocurre en muchos pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular es la depresión. La depresión puede ser más que una tristeza general resultante del incidente de accidente cerebro vascular. Es un problema de comportamiento clínico que puede dificultar la recuperación y la rehabilitación. Y esto aunado con aquellos trabajos que suponen una gran demanda física o intelectual, excesiva responsabilidad o un alto grado de tensión, aumentan la probabilidad de que se presenten síntomas coronarios (INNN, 2006; Vital, 2006).

Por ello en cuanto al manejo de estrés, la paciente reconoció la necesidad de planificar sus actividades, priorizar y llevar a cabo metas realistas que pudiera realizar diariamente, de tal manera que no quedara exhausta o se sobre activara, lo cual podía inestabilizar su salud. Y junto con lo anterior logró mediante la técnica de reestructuración cognoscitiva y solución de problemas, estilos de enfrentamiento más adecuados frente a sus actividades diarias que le permitieron una mejora en su percepción de auto eficacia, aunado a que se reincorporó a la actividad laboral, atendiendo una cooperativa escolar.

A nivel sexual tanto la paciente como su esposo, consideraron la necesidad de buscar una segunda opinión médica respecto si es recomendable el reanudar o no las relaciones entre ellos, sin que ello pueda generar una recurrencia en el EVC.

Finalmente como recomendaciones se sugiere que la paciente reporte la valoración médica en las siguientes citas que tiene concertadas con su médico psiquiatra y vascular en las fechas de 10 y 12 octubre respectivamente: así como informar si el médico acordó que la paciente pudiera retomar sus aeróbicos. Mantener una dieta balanceada, baja en sales y grasas, continuar con su ejercicio diario, ir desvaneciendo el consumo de cigarrillos hasta erradicarlo, y practicar la técnica de respiración y relajación autógena al menos 1 vez diariamente.

3.5 Limitaciones y sugerencias.

En ocasiones por el grado de escolaridad de paciente y cuidador primario y/o grado del daño neurológico u otras secuelas generadas por el sufrimiento de un EVC, se limita la confiabilidad de los datos obtenidos durante la entrevista sobre la historia médica y clínica obtenidos durante la entrevista, por lo que en este caso, hubiera sido deseable concertar una cita con el médico u otros especialistas que de manera simultánea estén atendiendo la recuperación de la paciente, para corroborar la información recibida por la paciente y cuidador primario y establecer limitaciones y alcances reales sobre el tratamiento, apoyando de manera paralela los avances en cada tipo de terapia o rehabilitación.

Por otra parte hubiera sido recomendable el propiciar grupos de discusión en algunas sesiones destinadas a educación para la salud y comunicación médico-paciente donde se pudieran invitar a especialistas sobre el tema que pudieran abordar la problemática del EVC

desde un enfoque multidisciplinario. Lo anterior conllevaría una planeación en tiempo, espacios y presupuesto que pudieran hacer factible llevarlo a cabo.

Es un hecho que los sobrevivientes de un accidente cerebro vascular deben enfrentarse a una variedad de problemas mentales y físicos, según la gravedad del daño cerebral. Con rehabilitación, la mayoría de los sobrevivientes de un accidente cerebro vascular pueden mejorar su calidad de vida. De ahí la importancia de lograr una intervención multidisciplinaria (Rodríguez, 2006)

En cuanto a los seguimientos, la recomendación sería programarlos en períodos a largo plazo, donde fuera posible llevar a cabo un seguimiento longitudinal para la prevención de recaídas y la recurrencia del EVC, así como del mantenimiento de conductas saludables, si se toma en cuenta que el accidente cerebro vascular recurrente es un importante elemento que contribuye a la incapacitación y a la muerte, complicando más las secuelas del primer EVC sufrido; siendo que una tercera parte de los accidentes cerebro vasculares recurrentes ocurrirá dentro de los primeros 2 años después de haberse presentado el primer accidente cerebro vascular (Vital, 2006).

IV Sede de residencia

4.1 Características de la sede.

4.1.1 Historia de su formación.

El 27 de febrero de 1973 se crea la Facultad de Psicología, después de haber estado adscrita como escuela a la Facultad de Filosofía y Letras desde el año 1945. A partir de ello se impulsa la estructuración de un nuevo currículum que unifica los aspectos teóricos y prácticos en la formación del psicólogo (Varios autores, 1983).

Durante la década de los setentas en la Facultad de Psicología se comenzó a gestar el proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria para atender a las necesidades y demanda del programa de formación de psicólogos en el área clínica de posgrado y así vincular conocimientos teóricos con la práctica supervisada (Riojano, 2002; Varios autores, 1983)

Siendo Director de la Facultad el Dr. Luis Lara Tapia se elabora un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria. En la elaboración del proyecto del centro participaron el Dr. Darvelio Castaño Azmitia y la Dra. Bertha Blum, quienes fungían como secretarios de la División y del Departamento de Clínica respectivamente. Sin embargo, no hubo una respuesta favorable inmediata de las autoridades que permitiera la creación de dicho centro (García, 2003; Varios autores, 1983)

Este proyecto tuvo su origen en las necesidades que generaba el nuevo programa de psicólogos clínicos a nivel maestría y doctorado, pues requería de un espacio en el que se conjugaran los aspectos académicos y de docencia teórica con la práctica clínica y que al mismo tiempo cumpliera una función social. En ese momento los centros de salud disponibles cerraban su acceso a los estudiantes y la mayoría de los maestros centraban sus cursos únicamente en aspectos de carácter teórico. La creación de este centro de servicio psicológico a la comunidad satisfacía la necesidad de capacitar a los psicólogos clínicos en diversos aspectos: asistencia individual, familiar, de pareja, de grupo, etc. y permitía superar la antigua separación entre la teoría y la práctica (García, 2003).

En el terreno de la investigación, el servicio a la comunidad aportaría los elementos necesarios para llevar a cabo proyectos de investigación generados por el departamento de Psicología Clínica y los alumnos podrían realizar así sus tesis profesionales ya fuera de acuerdo con sus intereses personales o bien participando de los proyectos de investigación del propio centro (García 2003).

En 1977, se comenzaron a desarrollar iniciativas más concretas en el sentido de la creación de centros de atención a la comunidad. Inicia, específicamente durante: el período en el que fue Directora de la Facultad la Dra. Graciela Rodríguez de Arizmendi y jefe de la División de Estudios Superiores el Dr. Raymundo Macías Aviles (García, 2003).

A la par que se realizan convenios con varias instituciones, tales como:

- ‡ Centro de Psicología Humana.
- ‡ Instituto de Psiquiatría.
- ‡ Centros de Integración Juvenil.
- ‡ Departamento de Integración Familiar.

El objetivo de estos centros era establecer un contacto más estrecho con la comunidad, cubriendo el servicio de varias áreas: educativa, clínica, social de trabajos y rehabilitación. Por otra parte, en estos centros los estudiantes podían realizar su servicio social bajo supervisión directa de los maestros responsables del trabajo en las instituciones con las cuales se realizaron convenios (Lorentzen, 1986).

Nacen así dos centros de servicio a la comunidad dependientes exclusivamente de la facultad:

1. El Centro de Servicios Comunitarios, coordinado por el Dr. Julián Mc. Gregor, en el que los estudiantes realizan su servicio social y las prácticas de diversas materias.
2. El Centro de Servicios Psicológicos (CSP), coordinado por la Lic. Josette Benavides Tourres, que ofrece su servicio tanto a los estudiantes como a su familia nuclear. Es también un centro para el desarrollo de la docencia y la investigación a nivel de estudios superiores. Originalmente, surge adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquiere su autonomía en 1983.

Los principales objetivos que estuvieron en la base de su creación fueron los siguientes:

- a.- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- b.- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada con el fin de superar la antigua escisión entre la teoría y la práctica.
- c.- Desarrollar programas de investigación.
- d.- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

Como ya se ha señalado anteriormente, estas ideas habían sido expresadas con mayor o menor decisión por varios maestros de la facultad. A esto deben agregarse las propias necesidades de espacio creadas por el creciente aumento de la población estudiantil, que dieron lugar a la ampliación de servicios, a la creación de nuevos departamentos y al incremento del presupuesto de la facultad (Lorentzen, 1986).

Es así como el CSP queda ubicado en el edificio destinado a la División de Estudios de Posgrado, en el sótano del edificio "C" de la Facultad de Psicología (Lorentzen, 1986).

El proyecto original del CSP surgió de un plan piloto dirigido a la población estudiantil de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear con el propósito de ampliarlo más adelante a toda la población universitaria y a la comunidad en general (García, 2003)

En 1980 se nombró a la Lic. Josette Benavides Tourres como coordinadora del CSP y de manera conjunta con el Dr. Lichtszajn, jefe del departamento de Psicología Clínica de Estudios de posgrado, el cual recibe el proyecto con la estructura física con la finalidad de ponerlo en práctica; ambos hicieron un viaje a la Universidad de Austin Texas para conocer el funcionamiento del Centro de Servicios Psicológicos de esta universidad. Es a partir de entonces que se empieza a dar forma al proyecto. Se elaboró por escrito la estructura y funciones del CSP. Entre ambos se concretó la organización del proyecto original y se supervisó el acondicionamiento de las instalaciones, se equiparon las salas de observación con los recursos más modernos de grabación, filmación e intercomunicación. Además se invitó a profesores a participar con la finalidad de que pudieran vincular la docencia (cátedras en su mayoría teóricas) con una actividad práctica terapéutica, eligiendo cada uno el tipo de terapia que más se adecuara a sus intereses. Sin embargo, de 44 profesores solo se interesaron 7 en formar parte del proyecto. Se creó un seminario de entrenamiento terapéutico con el personal asignado al CSP y se invitó también a los estudiantes de la maestría; participar en el seminario, con duración de un año. De los estudiantes entrevistados, se eligieron diez de los cuáles al final recibieron el entrenamiento cuatro, aunque ninguno de ellos pudo trabajar en el CSP debido a problemas de presupuesto (García, 2003; Lorentzen, 1986).

Finalmente el CSP se inauguró oficialmente el día 8 de mayo de 1981 e inició labores en agosto del mismo año. Originalmente fue adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquirió su autonomía en 1983 (García, 2003).

Actualmente el CSP lleva a cabo sus actividades en sótano del Edificio D de Posgrado de la Facultad de Psicología, tiempo en el cual han sido coordinadoras: la Lic. Leticia Echeverría, la Lic. Ma. Luz Fernández, la Lic. Noemí Barragán y a partir del 16 de junio del 2005 la Lic. Rebeca Sánchez Monroy, actual coordinadora del mismo.

4.1.2 Ubicación.

El CSP, ofrece sus servicios terapéuticos en el sótano del Edificio “D” de Posgrado Sótano de la Facultad de Psicología, ubicado en Av. Universidad No 3004 Delegación Coyoacán, Colonia Copilco-Universidad.

Sus horarios de atención son de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.

4.1.3 Nivel de atención.

Se otorgan servicios de segundo nivel, es decir de diagnóstico y tratamiento psicológico, con una gran demanda del mismo, que proviene generalmente de población de los ámbitos universitarios.

4.1.4 Servicios de la sede e instalaciones.

- a. Los servicios y programas que brinda el Centro, así como los terapeutas que llevan a cabo dichos programas son los siguientes, por orden alfabético son:

Duelo

Lic. Beatriz Globinsky

Lic. Silvia Hernández

Modificación de conducta infantil

Mtra. Andrómeda Valencia

Psicoanálisis aplicado

Lic. Martha Licona

Psicoterapia de grupo

Lic. Maria Eugenia Díaz

Lic. Martha López

Psicoterapia narrativa

Dr. Gilberto Limón

Lic. Argentina Ordóñez

Lic. Raquel Villegas

Residencia Terapia Familiar

Residencia Terapia Adolescencia

Residencia Terapia Infantil

Residencia Medicina Conductual (Programa de Enfermos Crónico- Degenerativos)

Cabe mencionar que como parte del Programa de Enfermos Crónico Degenerativos se desarrollaron talleres grupales de ansiedad, autoestima, control del enojo, adolescentes y depresión, los cuales fueron llevados a cabo por los estudiantes que realizaban tesis, prácticas-profesionales y servicio social.

Retroalimentación biológica

Dra. Irma Zaldívar

Lic. Consuelo Hernández

Lic. Gloria Martínez

Tratamiento individual adolescentes

Dra. Emilia Lucio

Mtra. Lourdes Maya

Trastornos alimenticios

Lic. Graciela Zierold

Tratamiento individual

Mtra. Nancy Tame

Tratamiento individual (cognitivo-conductual)

Dra. Laura Hernández

Tratamiento individual (paciente limítrofe)

Dra. Elke Kort

Tratamiento individual psicodinámico

Dra. Paciencia Ontañón

Tratamiento individual racional emotiva

Mtra. Irasema Rea

Víctimas de abuso sexual

Mtra. Georgina González

b. Las instalaciones con las que cuenta el CSP para llevar a cabo sus actividades son:

- ‡ La sala de terapeutas
- ‡ Una sala para residentes, prácticas profesionales y servicio social
- ‡ Recepción y sala de espera
- ‡ La coordinación
- ‡ El archivo clínico
- ‡ Cuatro cámaras de Gessell
- ‡ Dos baños
- ‡ Cocina
- ‡ Cuarto de Intendencia
- ‡ Cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico

4.2 Ubicación del residente de medicina conductual en la sede.

4.2.1 Servicio al que se encontró adscrito.

Durante la asignación a la sede "Centro de Servicios Psicológicos", se desempeñaron actividades en el programa de "Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos", como residente del primer y segundo año.

4.2.2 Recursos humanos.

El centro cuenta con personal adscrito, voluntarios, personal académico comisionado y residencias.

Los recursos humanos con los que cuenta el "Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos" sede donde realicé mi residencia son los siguientes:

- ‡ 1 responsable del programa;
- ‡ residentes de segundo año;
- ‡ residentes de primer año;
- ‡ tesistas de licenciatura;
- ‡ 2 estudiantes de prácticas profesionales;
- ‡ 1 prestadores de servicio social (Ver anexo 2)

4.2.3 Líneas de autoridad.

Con respecto a las líneas de autoridad, en primera instancia se encuentra la Secretaría Académica, la que dirige a su vez a la coordinación de los centros de servicio a la comunidad universitaria y al sector social, de la cual depende el Centro de Servicios Psicológicos. En el Centro la coordinadora es la principal autoridad, seguida de la responsable del programa "Atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos" (Ver anexo 3).

4.2.4 Supervisor in situ.

La responsable del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos, es la Psicóloga Rebeca Sánchez Monroy quien realiza las funciones de supervisión y coordinación del programa, basándose en el Modelo de Supervisión y Entrenamiento de Cascada que consiste en que los alumnos de mayor nivel académico supervisan y entrenan a los de menor nivel académico, aprovechando los recursos en cuanto a conocimientos se refiere para nutrir este proceso, además de desarrollar habilidades de docencia en los integrantes.

4.3 El Programa de atención psicológica a enfermos crónico – degenerativos.

El Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos cubre 4 importantes rubros:

- a. **En servicio:** proporcionar atención psicológica, a través de diagnóstico y tratamiento a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, que acuden al Centro de Servicios Psicológicos.
- b. **En docencia:** entrenar a estudiantes de posgrado con residencia en medicina conductual, a los de licenciatura que realizan trabajo de tesis, y a los prestadores de servicio social.
- c. **En investigación:** generar proyectos de investigación con marco cognoscitivo y conductual para evaluar la efectividad, eficacia y eficiencia de los procedimientos terapéuticos.
- d. **En prevención:** propiciar conductas de salud deseables para mantener una óptima calidad de vida minimizando aquellos factores de riesgo que incidan en los padecimientos físicos y psicológicos más frecuentes.

4.3.1 En servicio.

4.3.1.1 Preconsultas y canalizaciones.

El usuario que solicita el servicio terapéutico por primera vez llena una solicitud (ver anexo 4) personalmente, acompañado de una identificación oficial con fotografía que es extendida en la recepción del Centro de Servicios Psicológicos (CSP), de lunes a viernes en 2 horarios: 8:30 a 9:30 a.m. y 16:00 a 17:00 p.m. con un límite de entrega de 10 solicitudes por turno. De esta manera se permite que tenga acceso a una primera entrevista de exploración que tiene una duración aproximada de 30 min., la cual se realiza en cubículos de consulta individual.

De manera conjunta a la entrega de la solicitud, se hace del conocimiento del usuario un documento en donde se especifican cuales son los derechos y responsabilidades del solicitante de los servicios del CSP y si está de acuerdo asienta con su firma este reconocimiento (ver anexo 5). Resaltando que toda la información recabada por el personal del CSP en relación con los procesos terapéuticos es absoluta y estrictamente de índole confidencial. Por último se pedía que se contestara un cuestionario sobre síntomas físicos, para poder detectar la existencia de un padecimiento médico (ver anexo 6).

Si por algún motivo el usuario no pudiera esperar a que le realicen la entrevista se le reprograma en una fecha y horario en el que por conformidad del terapeuta y del mismo usuario puedan llevar a cabo dicha entrevista. Además existe la posibilidad de realizar alguna intervención en crisis aun cuando no sea horario de preconsulta si el estado psicológico en el que se presentara el paciente que solicita el servicio por primera ocasión, lo ameritara.

El personal encargado de la recepción captura en una base de datos la información desplegada en las solicitudes que son entregadas diariamente y de la misma manera la coordinadora, en una bitácora, realiza un registro de las solicitudes recibidas, indicando la fecha, folio y terapeuta asignado (para posterior firma del mismo terapeuta al momento de entregarle la solicitud).

Una vez realizada la entrevista, se procede a llenar un formato de preconsulta (ver anexo 7) con los datos obtenidos sobre el motivo de consulta del usuario que permita tener una impresión diagnóstica del caso y de esta manera poder canalizar las solicitudes de servicio a los diferentes programas existentes en el CSP de acuerdo al motivo de consulta, dando prioridad a la población universitaria y académica de la UNAM. Posteriormente las solicitudes serán asignadas por la Coordinación a los diferentes programas del CSP, donde es función de cada programa encargarse de citar a los pacientes para entrevista y tratamiento en sus horarios de trabajo.

En caso de que el cupo de los diferentes programas se encuentre saturado, y solamente si se trata de usuarios que no pertenecen a la UNAM (público en general) se ofrecen opciones de canalización externa a diversas instituciones que puedan atender la demanda solicitada (previamente avalado por la autorización de la coordinadora del CSP). Para ello existe un directorio en el cual se puede consultar un listado de instituciones, donde se especifican los siguientes datos sobre las mismas: dirección, teléfono, horarios de atención, enfoque psicológico y/o principales problemáticas que tratan y costo por servicio psicológico. A partir de ello y considerando el motivo de consulta de cada uno de los usuarios se elige una o más opciones de canalización que puedan satisfacer su demanda, entregándose un formato de referencia y contrarreferencia (ver anexo 8 y 9) que formalice el proceso de canalización. El formato de referencia contiene los datos de la institución a donde se envía al usuario, referido por el CSP, y firmado de conformidad por el usuario, y por su parte, el formato de contrarreferencia permite asegurar que el usuario recibe el servicio solicitado en la institución o lugar canalizado, ya que este formato es devuelto al CSP una vez que el usuario ha sido aceptado en dicha institución para recibir tratamiento. Este proceso de canalización externa es asentado en una libreta en donde se registra el día de la entrega de la canalización, el nombre del paciente y su firma de aceptación, su teléfono y el terapeuta responsable que realizó la entrevista. De preferencia en el mismo día en que se realiza la preconsulta se canaliza al paciente de manera externa en caso de que el cupo del CSP esté saturado, si ello no se pudiera realizar de manera inmediata se le contactará al paciente vía telefónica para informarle los días y horarios en los que podrá pasar a recoger su canalización, si el paciente no tuviera un número telefónico para contactársele, se le enviará un telegrama.

Es importante mencionar que antes de que la coordinadora actual fungiera en dicho puesto, el formato que se utilizaba para asentar la canalización de los pacientes entrevistados en preconsulta era distinto, y era denominado como Informe de canalización interna/externa (ver anexo 10), donde solamente el terapeuta que realizaba la entrevista asentaba los datos donde había sido canalizada el paciente, pero no existía documento que avalara la conformidad y/o aceptación del usuario ante la opción de canalización ofrecida.

Por su parte, si en algunas ocasiones, si se considerase necesario, posterior a la preconsulta se puede programar al usuario para realizarle una evaluación mediante la aplicación de pruebas psicológicas que permita realizar un diagnóstico diferencial y de esta manera llevar a cabo el proceso de canalización. Si este fuera el caso, se citará al paciente para darle una retroalimentación de los resultados obtenidos en la evaluación y justificar la canalización referida.

También existe la posibilidad de que durante la preconsulta, el motivo de consulta del paciente pueda ser resuelto a partir de una intervención dirigida a orientar la resolución de su problemática, sin necesidad de sugerirse el inicio de un tratamiento psicológico. Cuando éste es el caso, en lugar de llenar el formato de preconsulta, se llenará un formato de entrevista de orientación (Ver anexo 11).

En general la atención ofrecida para los solicitantes tiene un costo relativamente bajo, en el caso de las entrevistas de primera vez (preconsultas) el costo es de 50 pesos y en el caso de tratamiento el costo es de mínimo 50 a máximo 150 pesos, según sea el programa asignado. El pago por la atención en preconsultas se realiza al final de la entrevista y una vez que se entrega el recibo de pago en la recepción se devuelve al usuario la credencial con la cual se identificó, para asegurar dicho pago. A diferencia de cuando se lleva a cabo el tratamiento se solicita al usuario que realice el pago antes de entrar a la sesión terapéutica, registrando en una bitácora en la recepción su nombre y firma, el nombre del terapeuta responsable de su tratamiento la hora entrada y salida y el número de folio del recibo de pago. Además deberá de presentar su carnet de citas (ver anexo 12) para la atención psicológica donde se confirme la fecha y hora de cita con el terapeuta asignado.

Los datos del proceso anterior, se registran diariamente en una base de datos electrónica y en 2 libretas, donde por turno y fecha, se especifican los siguientes datos: número de folio de la solicitud, nombre del paciente, terapeuta que realizó la entrevista de primera vez, lugar al que fue canalizado (interna o externamente), motivo de consulta y teléfono del usuario. Cada semana se entregan las solicitudes y preconsultas realizadas, junto con una impresión diagnóstica de los datos antes mencionados (en original y copia) que especifiquen la situación de cada una de ellas a la persona que funge como personal administrativo cuyo puesto se denominado “Profesionista Titulado” para que haga una captura en una base de datos general que contiene tanto los datos de la solicitud como los de la canalización y dicha persona se encarga de entregarlos a la coordinación para que la responsable de la misma finalmente realice una repartición de las solicitudes y /o casos a los terapeutas y programas asignados en la canalización interna y seguimiento a las canalizaciones externas.

Aquellas solicitudes en donde se entregaron canalizaciones externas, son resguardadas en el archivo clínico. Aquellas canalizaciones externas que no fueron entregadas de manera inmediata, posterior a la realización de la preconsulta son entregadas de lunes a viernes en un horario de 9 a.m. a 2 de la tarde contactando previamente al usuario vía telefónica para informarle sobre la situación de su solicitud y la entrega de la canalización.

Trimestralmente se llevan a cabo seguimientos vía telefónica sobre las canalizaciones (internas y externas) ofrecidas a los pacientes indagándose sobre la siguiente información:

satisfacción de la preconsulta realizada y los motivos en caso de no estar satisfecho, si ya lo contactó el terapeuta asignado para su tratamiento y el nombre del mismo, si ya tuvo una primera sesión con el terapeuta asignado y en caso de que no cuáles han sido los motivos, la satisfacción con el tratamiento que está recibiendo y comentarios al respecto y el tiempo que demoró que se le entregara la canalización una vez realizada la preconsulta. Estos seguimientos son llevados a cabo por los estudiantes de prácticas profesionales, tesistas o servicio social y con dicha información se llevan a cabo reportes que permitan asegurar que los pacientes están recibiendo la atención psicológica, así como si se están cubriendo o no las expectativas de los mismos y el desempeño del terapeuta asignado está siendo satisfactorio para el paciente.

La finalidad de los seguimientos es constatar el que el paciente haya recibido buena atención durante la preconsulta y que esté siendo atendido ya sea de manera interna o externa.

Durante el período de junio a diciembre del 05, que comprende el primer informe realizado por el cambio de coordinación que presentado en el CSP, por poner un ejemplo se encontró como resultados más relevantes del seguimiento que:

- ‡ El 95.5 % de los pacientes hallados en el seguimiento manifestaron haberse sentido satisfechos con la preconsulta.
- ‡ El 48% de los pacientes fueron canalizados de manera interna y el 52% de manera externa.
- ‡ El 80% de los pacientes hallados en el seguimiento reportó haberse sentido satisfecho con su canalización externa.

Todo el procedimiento anteriormente descrito sobre las preconsultas, fue realizado por el equipo de medicina conductual, integrado por los residentes de nivel 1 y 2, los residentes del primer semestre de la carrera, prácticas profesionales y servicio social. Posteriormente se integraron los residentes de la Residencia en Terapia Familiar los cuales mediante la programación de horarios y asignación de fechas se presentaban al menos una vez a la semana para apoyar la realización de las entrevistas de primera vez. Integrándose simultáneamente el programa de modificación de la conducta infantil, a cargo de la Mtra. Andrómeda Valencia. Posteriormente a partir del período semestral, 2006/1 se integraron al equipo diagnóstico de preconsultas las Residencias de Adolescentes, Terapia Infantil y Adicciones.

Además se inició el funcionamiento del archivo clínico con el uso del expediente clínico psicológico/ administrativo y sus formatos correspondientes para todos los integrantes del Centro de Servicios Psicológicos y no solamente para el Programa de Enfermos Crónico Degenerativos y Residencia en Medicina Conductual, programa que inicialmente utilizaba el formato denominado Ficha de Admisión Interna (ver anexo 13) , para la creación del expediente de los pacientes atendidos en el dicho programa- Por ello fue necesario unificar los criterios para realizar entrevistas de primera vez, y de esta manera se creó un nuevo formato para la realización de preconsultas (Ver anexo 14), ofreciendo cursos de capacitación sobre el llenado de dicho formato, y prescindiendo del formato de cuestionario de síntomas.

4.3.1.2 Esquema de diagnóstico y tratamiento.

Si la canalización interna, debido a la pertinencia del motivo de consulta, fuera referida al Programa de Enfermos Crónico- Degenerativos, donde se encuentran los residentes de la Maestría de Medicina Conductual se lleva a cabo el siguiente procedimiento que va desde que se entrega la solicitud derivada por la coordinación del Centro hasta el alta a un paciente (Ver anexo 15).

Admisión.

Una vez que el paciente completó con sus datos personales la solicitud de atención psicológica que el Centro proporciona, ésta es canalizada por la Coordinación y de ahí es referida al Programa, si cubre las características requeridas por el mismo. Se registra en una libreta exclusiva del programa de sede que incluye: fecha de elaboración de la solicitud, nombre del paciente, teléfono, terapeuta y co-terapeuta asignado, fechas de alta, baja o canalización; el residente responsable analiza las solicitudes y asigna el caso a uno de los terapeutas del programa. El terapeuta responsable del caso analiza los datos de la solicitud para estructurar posibles hipótesis en torno a la problemática del paciente que sirvan de guía para la evaluación del paciente.

Evaluación.

El objetivo principal de la fase de la evaluación es llevar a cabo la conceptualización o formulación del caso, es decir, delimitar el problema y explicar el mecanismo responsable del mismo, como se manifiesta y se ha mantenido, describiendo los factores principales que contribuyen a la ocurrencia, severidad y naturaleza de los problemas. Además incluye información de la experiencia previa de la enfermedad y la descripción individualizada de cada conflicto en la lista de problemas integrada por elementos de la historia de vida del paciente y su contexto.

Cabe destacar que en el caso de las enfermedades crónicas es necesario integrar el conocimiento de los problemas psicológicos y médicos. Y a partir de esta formulación se pueden elaborar hipótesis de como interactúan los factores detectados. La conceptualización de un problema permite al terapeuta entender por qué está ocurriendo el problema, cómo fue iniciado, como se ha mantenido, las posibles estrategias de su mejoría o solución y las formas en las que es posible prevenir

La observación, los cuestionarios de autoreporte, las entrevistas semi-estructuradas, las entrevistas clínicas y los autorregistros, son métodos utilizados para llevar a cabo el proceso de evaluación. En el caso del Programa de Medicina Conductual se utilizan con mayor frecuencia las entrevistas y los registros.

a) Entrevista exploratoria.

La entrevista exploratoria permite obtener una impresión diagnóstica del caso, abordando el motivo de consulta de la solicitud, así como las características principales del problema que refiere en términos conductuales (frecuencia, topografía, intensidad, descripción de la primera vez que presentó el problema y sub-secuentes). Se exploran los intentos de solución realizados por el paciente y los resultados obtenidos. Se investigan las áreas

personales que han sido afectadas por la problemática expuesta, indicando si hubiera existido durante la entrevista algún problema presentado y las estrategias de solución llevadas a cabo para manejarlo. De esta manera se está en condiciones de realizar una conclusión de la problemática expuesta, enfatizando la relación entre los problemas psicológicos y el estado de salud actual del paciente.

b) Registros.

La aplicación de instrumentos no es un proceso fundamental en el Programa dadas las características de la terapia cognitivo-conductual en la que se pone énfasis en los síntomas que, a consideración de la percepción del paciente, más afectan su grado de funcionalidad. Por tal motivo se utilizan con mayor frecuencia los registros de frecuencia, intensidad y duración de los síntomas (registro de síntomas de ansiedad, registro de síntomas de malestares gástricos, auto registro de sueño, auto registro de dolor de cabeza) auto registros descriptivos de estados emocionales disfuncionales a partir de cogniciones, sentimientos y o conductas, tales como el registro de la cadena cognitivo- conductual, dónde está la evidencia, cadena cognitivo-conductual del estrés, registro de pensamientos disfuncionales, auto registro de pensamientos, registro de pensamientos negativos y registro de creencias centrales.

También se llevan a cabo registros de aspectos mas específicos como registro semanal de actividades, el registro del control de peso, auto registro de alimentos, registro de tensión arterial y pulso, registro semanal de medicamento, proceso de SOCS, registro de relajación que además nos auxilian en la evaluación continua a lo largo del tratamiento(Ver anexo 16 para consultar registros).

c) Instrumentos de medición.

Sin embargo, existen casos en los cuales resulta relevante la aplicación de instrumentos. Por ejemplo cuando existe sospecha de trastorno psicopatológico grave en el paciente, tal como un trastorno psicótico o episodio depresivo que pudiera conducir a un intento de suicidio.

Si además los instrumentos nos pueden auxiliar en la obtención de la topografía de la conducta problema, entonces se llega a hacer un análisis más cualitativo que cuantitativo de las respuestas de los pacientes con los cuestionarios.

La batería de pruebas que generalmente son utilizadas en el CSP para evaluar a los usuarios, salvo su pertinencia en cada caso particular se compone de:

- ‡ Escala de estado rasgo de la expresión del enojo para adolescentes mexicanos de Spielberger 1988- Traducción - Vázquez 1999
- ‡ Inventario de depresión, Beck 1993 (Beck, Depresión Inventory, BDI) (Versión estandarizada por Jurado, Méndez y Villegas, 1998)
- ‡ Inventario de ansiedad, Beck 1990 (Beck Anxiety Inventory, BAI) (Versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001)
- ‡ Inventario de solución de problemas
- ‡ Cuestionario de habilidades sociales, Goldstein, Sprafkin y Gershaw

- † Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 MMPI-2 (S.R. Hathaway y J. C. Mckinley) Traducción y adaptación al español por Emilia Lucio Gómez Maqueo e Isabel Reyes Lagunes, México: Manual Moderno
- † WAIS Español: escala de inteligencia Wechsler para adultos, Wechsler, David.

Cuando la información ha sido recolectada sobre el problema del paciente, se puede asociar esta información con una teoría psicológica para poder elaborar un plan de tratamiento estructurado de manera individual. El plan de tratamiento permitirá focalizar el problema, llevar a cabo un análisis funcional de la conducta problema y sugerir estrategias de solución y motivación al planteamiento, y de esta manera será posible calcular un número de sesiones aproximadas que permita cubrir los objetivos tratamiento y las expectativas del usuario. Todo lo anterior es expuesto al paciente en una sesión posterior al término de la evaluación, dándole una retroalimentación de los resultados y delimitando la problemática que presenta y cómo ésta se manifiesta en las áreas de su vida, enfatizando la importancia que tiene el aprendizaje en la problemática y la forma en que se puede modificar en base a un tratamiento estructurado

En caso de que la problemática requiera de otro tipo de atención especializada que sea un requisito previo o simultáneo al tratamiento, por ejemplo el servicio psiquiátrico u otro programa del Centro de Servicios Psicológicos, se lleva a cabo una canalización mediante el formato de referencia y contrarreferencia manteniéndose la supervisión de los resultados que se están obteniendo del tratamiento producto de tal canalización.

Cuando el programa no cubra las necesidades del paciente se llevará a cabo una canalización externa manteniendo contacto con el paciente hasta asegurarnos que se encuentra atendido por el servicio recomendado.

Inicio del tratamiento.

Como guía para el desarrollo de las sesiones terapéuticas, se han considerado tres niveles de intervención, los cuales no necesariamente deben ser cubiertos por cada uno de los pacientes que acuden a solicitar el servicio psicológico; la estrategia terapéutica elegida dependerá de la problemática en cuestión que los pacientes presenten y sus necesidades específicas.

Aunque los tratamientos son individualizados, en el programa se ha considerado la intervención por niveles con una estructura que funciona como parámetro para el desarrollo de las sesiones, misma que a continuación se expone de acuerdo con sus objetivos (ver anexo 17).

a) Primer nivel.

El trabajo del psicólogo en Medicina Conductual durante el desarrollo de las sesiones en este primer nivel consiste en proporcionar información clara y precisa acerca de la relación entre los padecimientos físicos y/ o psicológicos, su tratamiento, del proceso que los

vincula, señalando la estrecha relación entre los problemas que expone, las emociones que genera y las repercusiones en su estado de salud física.

Lo anterior se denomina como educación para la salud, la cual es un elemento fundamental en el tratamiento de las enfermedades físicas, ya que puede existir un déficit en cuanto a la información del padecimiento y ocasionar en el paciente la sensación de poco o nulo control sobre su padecimiento porque desconoce los factores que están influyendo en el desarrollo del mismo. En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos podemos mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social (Yurelis, 2001).

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea (Yurelis, 2001).

En el momento actual este tema tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues ese incumplimiento no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescripto produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social (Yurelis, 2001).

En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Yurelis, 2001).

Con esta intervención se pretende organizar y dar nueva secuencia a ideas o conocimientos para propiciar la adherencia al tratamiento y fomentando conductas saludables que reduzcan conductas de riesgo, a partir del cambio de hábitos en el estilo de vida. Lo anterior hace más probable la posibilidad de incidir en el estado de salud del paciente, mejorando su percepción de autocontrol y auto-eficacia, determinando si la persona iniciará esfuerzos dirigidos hacia el enfrentamiento y solución de problemas, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo, además de motivarla al trabajo terapéutico y de esta manera se puedan prevenir complicaciones agudas y crónicas mejorando la calidad de vida del paciente (Bandura, citado en Caballo, 1995).

Las técnicas psicológicas utilizadas en este nivel son la exposición a través de materiales visuales o gráficos, y la biblioterapia, recomendando algunas lecturas al paciente, relacionado con el tema de salud a tratar o bien mediante la elaboración de folletos informativos sobre el padecimiento del paciente.

Es la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atenciones básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción y prevención y procedimientos simples de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar por establecimientos de baja complejidad como consultorios, los centros de salud,

clínicas de atención primaria a la salud o unidades de medicina familiar, policlínicas, etc.. Cuenta con profesionistas de especialidades básicas como médico familiar o general y sus modalidades de atención son: ambulatoria, de consulta externa, urgencia y eventualmente observación de patologías de baja severidad (Tomasina, León y Mieres, 2005).

La meta del primer nivel de atención consiste en atender la mayoría de los problemas de salud más frecuentes. La Atención Primaria en Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria puede resolver un 80 por ciento de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social.

b) Segundo nivel.

Este segundo nivel está representado por los hospitales generales, denominados así, ya que cuentan con las áreas fundamentales de trabajo, a saber: cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y psiquiatría, en donde se ofrece internamiento y consulta. Idealmente los establecimientos se deben de localizar a menos de 6 horas del lugar de trabajo o residencia para asegurar la accesibilidad geográfica. En cuanto a la resolución de problemas ambientales, a este nivel se le ubican los laboratorios de higiene, bromatología, unidades de salubridad, saneamiento y limpieza. Es también un espacio importante para la formación y especialización del personal de salud (Tomasina et al., 2005).

En este segundo nivel se hace énfasis en aspectos sociales que pueden ser de utilidad para el cuidado de la salud. Durante las sesiones se apoya al paciente para que cree o movilice la red natural de apoyo social, la cual puede estar constituida por familiares y amigos. Además se habilita al paciente para identificar, buscar y contactar con instituciones, organizaciones o grupos que le brinden dicho apoyo. Las redes sociales no constituyen únicamente una influencia importante sobre la conducta en el contexto natural, sino que el desarrollo de dichas redes es también, en parte, una función de cómo estructuramos el diseño físico y social del ambiente (O'Donnell y Tharp, 1982, citados en Caballo, 1995).

La intervención incluye el entrenamiento en habilidades sociales, dirigidas a aspectos específicos que requiere el paciente, por ejemplo mejorar la comunicación con el personal médico que lo asiste, solicitar ayuda, delegar responsabilidades en el núcleo familiar, etc. Las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo, y se pueden definir como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para mantener reforzamiento del ambiente (Jeffrey, 1998).

Las técnicas comúnmente utilizadas para entrenar al paciente en el cuidado de la salud son el modelamiento, el moldeamiento, el juego de roles, la simulación, la retroalimentación y la terapia racional emotiva.

c) Tercer nivel.

Este nivel se encuentra representado por las unidades hospitalarias altamente tecnologizadas, con altos costos, operadas por superespecialistas. Se reserva la atención de problemas poco frecuentes, patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (Tomasina et al., 2005).

Los aspectos relevantes de la intervención en este nivel están dirigidos a enseñar a los pacientes el manejo de las diversas reacciones emocionales que presentan durante la enfermedad crónica, como pueden ser ansiedad, depresión, miedo, angustia e ira, las cuales pueden incrementar su vulnerabilidad para desarrollar complicaciones como resultado del diagnóstico de una enfermedad crónica y/o durante el curso de la enfermedad. A través del trabajo se busca la conservación de un auto imagen satisfactoria, la modificación de creencias poco adaptativas sobre la enfermedad. Por otro lado, también se proporciona apoyo al paciente para hacer frente al dolor y pérdida de ciertas habilidades como consecuencia de la enfermedad, utilizando las técnicas de solución de problemas y toma de decisiones. Proporcionando una guía para elaborar metas realistas para dotar de un nuevo sentido a la vida con enfermedad crónica. En el aspecto social se refuerza el entrenamiento en habilidades sociales para conservar o aumentar la red de apoyo social. En sí, el objetivo es brindar al paciente la oportunidad de estructurar su comprensión de la enfermedad y de construir representaciones más adecuadas de la misma, creando estrategias eficaces de afrontamiento y una evaluación estable de todo el proceso. De esta manera el paciente será capaz de mejorar la relación con las personas con las que interacciona de modo que perciba su ambiente de un modo más favorable, logrando una eficacia para lograr objetivos de respuesta tales como deseos, sentimientos, actitudes, deseos o derechos, así como que pueda ser capaz de resolver los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Buena-Casal, Caballo, y Sierra, 1996; Linehan, citado en Caballo, 1995).

Algunas otras técnicas utilizadas en este nivel son: el entrenamiento en el manejo de la ansiedad, entrenamiento en habilidades sociales, la desensibilización sistemática, entrenamiento en solución de problemas, el manejo de contingencias, la terapia racional emotiva, la retroalimentación biológica, el condicionamiento encubierto, y el autocontrol.

(Consultar glosario para mayor información sobre las técnicas mencionadas en los 3 niveles de atención).

Cabe agregar que para que un sistema de salud sea exitoso, debe tener una adecuada referencia de los pacientes desde el primer nivel de atención hacia los niveles más complejos y una adecuada contraferencia del primer nivel a los niveles menos complejos, lo cual podrá ser reflejado en beneficios tanto para el paciente como para las instituciones (Tomasina et al., 2005).

Postevaluación y alta.

Una vez que se han logrado los objetivos del tratamiento se evalúa nuevamente al paciente para conocer la efectividad del tratamiento. Si la postevaluación es satisfactoria entonces se da de alta al paciente, lo que indica que ha completado exitosamente el tratamiento.

Los resultados alcanzados en el tratamiento se asientan en un reporte de alta (ver anexo 18) indicando las mejoras que se lograron en cada una de las áreas afectadas en un principio por la problemática.

Existe también la posibilidad de que el paciente, en cualquier momento del tratamiento debido a la mejoría que presenta, a pesar de no haber cubierto todos los objetivos establecidos en el plan de tratamiento, quiera dar por terminada la atención psicológica por decisión propia y voluntaria, si esto ocurriese se llenará un formato de alta voluntaria (ver anexo 19) donde se especificaran las razones por las cuales el paciente concluye la terapia psicológica antes de tiempo. Esto permite que en el futuro el paciente pueda retomar su terapia si así lo decide o le es posible, rescatando de nuevo mediante el folio de su solicitud el expediente ya conformado de su caso.

Seguimiento.

El objetivo principal de esta etapa es monitorear mediante la programación de sesiones periódicas de supervisión el mantenimiento de las mejoras y/o cambios generados a partir de la intervención terapéutica, lo cual requiere de un grupo de habilidades y estrategias diferentes a las que se necesitaron para conseguir el el cambio inicial y mantenerlo, ayudando al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída. Aunque cabe agregar que las recaídas son normales cuando una persona intenta cambiar un patrón de larga duración y ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída (Prochaska-DiClemente, 1982, citado en Millar & Rollnick, 1999).

Cabe resaltar que durante el proceso en que se recibe la solicitud hasta el alta del paciente y en caso de que el paciente por algún motivo no asistiera a las sesiones programadas, el terapeuta tiene la responsabilidad de contactarlo vía telefónica para informarse sobre el motivo por el cual no asistió (rescates telefónicos) donde se indaguen las razones que justifiquen la inasistencia del paciente.

Puede ser que el paciente, por motivos fuera de su alcance para llevar a cabo el tratamiento psicológico le impidan concluirlo y el motivo de consulta todavía esté presente, se lleva a cabo el llenado de un formato de baja voluntaria (ver anexo 20). Por su parte, si el paciente no asistiera en 3 ocasiones consecutivas sin una justificación o sin previa cancelación a la cita, se elaborará un reporte de baja (anexo 21) del caso exponiendo las razones por las cuales no se concluyó el tratamiento y asentando las fechas en las que se realizaron los rescates.

Es de suma importancia identificar por parte del supervisor del terapeuta responsable del caso, si hubo alguna responsabilidad del mismo que contribuyera al abandono del tratamiento realizando una retroalimentación correctiva.

La situación final del caso debe ser registrada en la libreta del Programa, indicando si se dio de alta, baja o se canalizó el paciente y la fecha del mismo procedimiento.

4.3.1.3 Expediente Clínico.

La información recabada durante todo el proceso de tratamiento queda asentada e integrada en un expediente clínico, en el cual se archivan de forma ordenada y secuenciada una serie de formatos como a continuación se describe:

Hoja frontal.- Contiene los datos de identificación y ubicación del usuario, así como los datos más relevantes del tratamiento.

Nota Psicológica y de Evolución.- A lo largo del tratamiento, en cada sesión se registran los objetivos, técnicas, procedimientos, resultados y recomendaciones (tareas para el paciente) en el citado formato la cual es indispensable tener actualizada con la finalidad de verificar que el curso del tratamiento es satisfactorio y para tener una supervisión adecuada y completa del caso tratado.

Programa de Tratamiento.- Es el documento guía del proceso de tratamiento, pues en dicho formato se especifican datos de identificación, y de diagnóstico médico y psicológico, el objetivo del tratamiento, la modalidad y las áreas de trabajo.

Modalidad de Tratamiento.- Diseñado para anotar los instrumentos utilizados, sus resultados cuantitativos y aspectos cualitativos, así como propuestas de técnicas a utilizar.

Preconsulta.- Sintetiza la información recabada en la entrevista de primera vez realizada al paciente, tal como la descripción del problema (frecuencia, duración e intensidad], la estrategia de solución del paciente ante el mismo y las áreas afectadas (Anexo 14)

Registros anecdóticos.- En ocasiones en que el terapeuta asista el caso clínico con apoyo de un co-terapeuta, éste último podrá llevar a cabo registros donde literalmente pueda asentar por escrito lo que tanto terapeuta como paciente verbalizaron en la sesión clínica, teniendo datos más fidedignos sobre la sesión en proceso, lo cual permitirá contrarrestar el fenómeno de memoria donde lo primero y lo último son lo que mejor se recuerda.

Registros varios.- En la parte última del expediente serán archivadas las tareas asignadas a los pacientes, que generalmente consistirán en el llenado de auto registros según la problemática a tratar durante el plan de tratamiento lo justifique.

En el anexo 22 pueden consultarse los formatos antes referidos que componen el expediente clínico.

4.3.2 En docencia.

Mediante el modelo de entrenamiento de supervisión en cascada se pretende que los integrantes del Programa adquieran habilidades y destrezas clínicas dentro del campo cognitivo-conductual. Como ya se había mencionado el citado modelo lleva a cabo una supervisión y entrenamiento de acuerdo al nivel académico, esto es, los residentes de mayor nivel académico supervisan y entrenan a los de menor nivel académico, y así sucesivamente de manera decreciente, aprovechando los recursos en cuanto a conocimientos se refiere para nutrir este proceso, además de desarrollar habilidades de docencia en los integrantes.

El criterio de supervisión se basa en los 10 siguientes puntos:

Supervisión del expediente.- el contenido del expediente (solicitud, preconsulta, modalidad y programa de tratamiento, notas, tablas y registros) funciona como documento didáctico para enseñar a otros de manera estructurada y organizada, facilitando tomar decisiones terapéuticas y distinguir entre interpretaciones y los hechos del caso.

Exposición breve del caso.- se refiere a la contextualización del caso mediante la descripción de la ficha de identificación o datos demográficos del paciente, identificando el motivo de consulta que permita focalizar el problema o el por qué solicita el paciente el servicio psicológico, estableciéndose mediante una entrevista exploratoria una impresión diagnóstica del caso, su evaluación y una línea base. Así como el reporte de los resultados de las actividades terapéuticas que han sido llevadas a cabo, mediante cambios comparativos en frecuencia, duración e intensidad de la problemática presentada, su evolución en cada sesión y el estado actual del caso.

Exposición de dudas.- apoyar al supervisado en la focalización y organización del caso, mediante la devolución de la información y / o retroalimentación de forma concreta.

Aclaración del caso.- Realizar preguntas que clarifiquen el caso y verificar que el supervisado cuenta con la información y habilidades terapéuticas necesarias.

Retroalimentación.- Realizar en primera instancia una retroalimentación que refuerce los aciertos logrados hasta el momento por el supervisado con respecto al caso asignado y en seguida una retroalimentación correctiva, que señale los errores o déficits en conocimientos/ habilidades clínicas del supervisado, tales como la denominación conceptual de los procedimientos o técnicas utilizadas, asegurándose de revisar las tareas asignadas.

Esquema de acción.- plantear el objetivo de la sesión diferenciándolo del objetivo del caso, identificando problemas relacionados con el progreso del caso y problemas de sesión debido a características del terapeuta (estado anímico, empatía, retroalimentación realizada) y del paciente (adherencia al medicamento, estado de ánimo, nivel de comprensión y/o abstracción, personalidad).

Entrenamiento y simulación de procedimientos.- mediante el uso de técnicas tales como juego de roles, modelamiento o instigación mostrar el enfrentamiento funcional ante la problemática.

Asignación de lecturas/ bibliografía.- que permitan resolver dudas específicas y ampliar la información de un tema en particular.

Detección del impacto de la sesión y del paciente en el supervisado.- identificar la manera en que la sesión llevada a cabo fue percibida por el supervisado y su evaluación e interpretación al respecto, lo cual puede estar relacionado con el nivel de conocimiento que tenga sobre los procedimientos aplicados, o factores de personalidad o medio ambiente, pidiendo autorización para poder incidir, sin abarcar más allá de lo que el caso amerite. Lo anterior está relacionado con el esquema de acción del supervisado que le permita visualizar y llevar a cabo alternativas de solución.

Programación del estudio de caso.- consiste en la realización de una ficha de admisión, donde se lleve a cabo un análisis del caso que permita resolver las hipótesis planteadas sobre el mismo. A la par puede realizarse una observación del supervisado durante la sesión, para supervisar sus procedimientos clínicos.

Conforme a dicho esquema de entrenamiento las principales actividades desempeñadas por los residentes en el primer y segundo año fueron:

Residente Nivel R-1

- ‡ Entrevistas de primera vez (preconsultas).
- ‡ Atención a pacientes derivados al programa.
- ‡ Asistencia a sesiones de entrenamiento (cámara de Gessell)
- ‡ Asistencia a supervisión clínica individual una vez a la semana como mínimo por parte de los residentes de segundo año.
- ‡ Supervisión de las actividades realizadas por co-terapeutas
- ‡ Dar supervisión y llevar a cabo una evaluación del rendimiento de estudiantes que realizan prácticas profesionales, tesis y/o servicio social, así como entrenar en entrevista y diagnóstico a los residentes del primer semestre de la maestría de Medicina Conductual.
- ‡ Participación en el entrenamiento y supervisión a los estudiantes del PAEA para la materia de Modificación de la Conducta, apoyando en la creación de un programa de tratamiento para llevar a cabo una intervención terapéutica con población infantil con problemas de conducta. Bajo mi supervisión estuvieron 5 estudiantes del programa de PAEA
- ‡ Participación e impartición de sesiones clínicas y exposición de casos clínicos semanales (ver anexo 23).
- ‡ Diseño y aplicación de programas de intervención en crisis
- ‡ Desarrollo de programas de prevención, evaluación, diagnóstico e intervención para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas
- ‡ Elaboración y presentación de carteles para informar a la comunidad universitaria y promover conductas saludables (cáncer, depresión, ansiedad, etc.)

- ‡ Intervenciones en comunidad, dentro de las jornadas de salud para personas de la tercera edad en la delegación Coyoacán y en escuelas primarias (Santa Fé) donde se participó realizando entrevistas de orientación cuyo propósito fue canalizar a diferentes instituciones de salud para acceso a atención médica para problemas de salud física.
- ‡ Participación en los encuentros de los centros de servicio social de la comunidad llevados a cabo anualmente en la Facultad de Psicología.
- ‡ Apoyo en la aplicación de los exámenes para los aspirantes de la maestría en el auditorio de la Facultad de Medicina.
- ‡ Asistencia a cursos, talleres y conferencias para apoyar la formación académica

Durante el segundo año de residencia además de las actividades realizadas durante el primer año se agregaron las siguientes actividades:

Residente Nivel R- 2

- ‡ Coordinación de actividades del programa y de los integrantes del mismo.
- ‡ Recepción, análisis, registro y asignación de las solicitudes recibidas en preconsulta y las canalizadas al programa sede en una base de datos electrónica y por escrito.
- ‡ Elaboración de impresión diagnóstica así como diagnóstico de preconsultas para llevar a cabo el proceso de canalización interna y externa en el Centro de Servicios Psicológicos.
- ‡ Supervisión de sesiones terapéuticas en cámaras de Gessell.
- ‡ Asignación de pacientes a cada uno de los integrantes del programa, supervisando el seguimiento del tratamiento de los mismos y su situación actual.
- ‡ Dar supervisión y llevar a cabo una evaluación del rendimiento académico de los residentes del primer año R-1, prácticas profesionales, tesis y servicio social. En total durante los 2 años de residencia estuvieron bajo mi supervisión 9 estudiantes : 3 de prácticas profesionales y 6 residentes de la maestría de Medicina Conductual
- ‡ Asignar la realización de evaluaciones psicológicas a los integrantes del programa que funcionen como criterio para llevar a cabo la canalización de los pacientes que acuden a solicitar el servicio psicológico.
- ‡ Supervisar los horarios de entrada y salida, así como días de asistencia de los integrantes del programa, cumpliendo con los parámetros acordados según con su situación particular (tesis, prácticas profesionales, servicio social)
- ‡ Elaboración de un informe anual que contiene los datos más relevantes sobre la población atendida en el programa y sus necesidades principales
- ‡ Llevar a cabo la logística para el apoyo a la realización de preconsultas por parte de la Residencia de Terapia Familiar.
- ‡ Supervisar que existan los recursos materiales suficientes para llevar a cabo el trabajo clínico de los integrantes del programa sede, tales como papelería, mobiliario, equipo audiovisual, disposición de cubículos y cámaras, informando a la coordinadora del centro sobre ello en caso necesario.
- ‡ Recibir supervisión de casos por parte de la responsable del programa.
- ‡ Elaboración de examen de competencias.

4.3.3 y 4.3.4 Investigación y prevención.

Durante la residencia se realizó difusión de folletos informativos, elaboración de talleres y carteles, asistencia a comunidades tales como escuelas o ferias de salud, para contrarrestar la incidencia de los factores de riesgo relacionados con padecimientos tales como depresión, ansiedad, cáncer de mama, etc.

La investigación y la prevención fueron aspectos que en los procesos terapéuticos antes descritos se encuentran presentes, ya que cualquier intervención psicológica hace necesario llevar a cabo una investigación previa que permita establecer un plan de acción, considerando la influencia de cada uno de los factores de riesgo presentes en la problemática que presentan los pacientes, en los cuales el tratamiento se enfocará, para prevenirlos y así reducir los riesgos de complicación de los pacientes. De esta manera cada uno de los casos clínico que se llevaron a cabo fueron una oportunidad que para realizar una evaluación del programa de tratamiento desplegado, haciendo mejoras y cambios al mismo para una exitosa funcionalidad y así poder hacer una réplica en pacientes con un perfil psicológico y físico similar que resultara con mayores alcances que los obtenidos en los anteriores planes de tratamiento.

4.4. Características de los pacientes atendidos.

4.4.1 En el programa de atención psicológica a enfermos crónico-degenerativos.

A continuación se enlistan las características de los pacientes atendidos durante los dos años de residencia en la sede del Centro de Servicios Psicológicos por el programa de atención psicológica a enfermos crónico-degenerativos, resaltando los datos que presentaron mayor demanda.

	Enero a diciembre del 2004	Enero a diciembre del 2005
Sexo	Total 194 131 Mujeres 47 Hombres 16 No contestaron	Total 273 91 mujeres 179 hombres 13 No contestaron
Edad (rango)	10-19= 35 20-29= 85 30-39 =30 40-49 = 20 50-59 =11 60 o mas = 2 no contestaron = 11	10-19 = 52 20- 29 =94 30-39 = 42 40-49 = 18 50-59 =9 60 o más = 29 no contestaron =33
Estado Civil	Solteros = 130 Casado = 41 Unión libre = 5 Divorciados = 3	Soltero = 195 Casado = 38 Unión libre = 8 Divorciado =11

	Viudo = 1 No contestaron =14	Viudo= 0 No contestaron = 18
Población	Estudiante de la U.N.A.M = 84 Público en general = 84 Personal admón. De la UNAM = 13 No contesto = 13	Estudiante de la U.N.A.M = 79 Público en general = 162 Personal admón. De la UNAM = 17 No contesto = 24
Situación	Tratamiento = 52 Alta = 47 Baja = 71 Canalización = 10 Reingreso = 0 Seguimiento = 14 Evaluación = 3	Tratamiento = 155 Alta = 12 Baja = 58 Canalización = 26 Reingreso = 1 Seguimiento = 3 Evaluación = 3
Ocupación	Estudiantes = 80 Empleado = 28 Hogar = 20 No contestó = 17 Estudia y trabaja =13 Profesionista =13 Sin trabajo = 10 Comerciante = 7 Oficio técnico = 4 Hogar y estudia = 2	Estudiantes = 140 Empleado = 29 Hogar = 15 No contestó = 18 Estudia y trabaja =22 Profesionista =13 Sin trabajo = 16 Comerciante = 8 Oficio técnico = 5 Hogar y estudia = 1
Nivel máximo de estudios	Sin estudios = 14 Jardín de niños = 0 Primaria = 8 Secundaria = 16 Preparatoria = 42 Técnico comerciante = 49 Licenciatura = 99 Posgrado = 0	Sin estudios = 9 Jardín de niños = 42 Primaria = 24 Secundaria = 51 Preparatoria = 104 Técnico comerciante = 5 Licenciatura = 6 Posgrado = 0
Procedencia	Álvaro Obregón = 13 Azcapotzalco = 4 Benito Juárez = 11 Coyoacán = 22 Cuajimalpa = 2 Cuauhtémoc =15 Gustavo A. Madero=10 Iztacalco = 5 Iztapalapa = 16 Magdalena Contreras=8 Miguel Hidalgo = 4 Milpa Alta = 2	Álvaro Obregón = 35 Azcapotzalco = 3 Benito Juárez = 9 Coyoacán = 35 Cuajimalpa = 2 Cuauhtémoc =12 Gustavo A. Madero = 12 Iztacalco = 10 Iztapalapa = 25 Magdalena Contreras = 14 Miguel Hidalgo = 5 Milpa Alta = 0

	<p>Tláhuac = 4 Tlalpan = 28 Venustiano Carranza= 5 Xochimilco = 10 Estado de México = 27 No contestaron = 18</p>	<p>Tláhuac = 6 Tlalpan = 21 Venustiano Carranza = 7 Xochimilco = 15 Estado de México = 16 No contestaron = 20</p>
AREAS AFECTADAS		
Amistades	<p>Nada afectada = 28 Poco afectada = 19 Afectada = 32 Muy afectada =43 Severamente afectada = 45 No contesto = 27</p>	<p>Nada afectada = 51 Poco afectada = 27 Afectada = 43 Muy afectada =43 Severamente afectada = 43 No contesto = 60</p>
Laborales	<p>Nada afectada = 35 Poco afectada = 12 Afectada = 24 Muy afectada =37 Severamente afectada = 47 No contesto = 39</p>	<p>Nada afectada = 43 Poco afectada = 66 Afectada = 25 Muy afectada =46 Severamente afectada = 68 No contexto = 75</p>
Familiar	<p>Nada afectada = 12 Poco afectada = 14 Afectada = 36 Muy afectada = 49 Severamente afectada = 63 No contexto = 20</p>	<p>Nada afectada = 86 Poco afectada = 15 Afectada = 46 Muy afectada =47 Severamente afectada = 69 No contexto = 65</p>
Académica	<p>Nada afectada = 36 Poco afectada = 9 Afectada = 17 Muy afectada = 33 Severamente afectada = 57 No contexto = 42</p>	<p>Nada afectada = 26 Poco afectada = 7 Afectada = 29 Muy afectada =56 Severamente afectada = 83 No contexto = 68</p>
Sexual	<p>Nada afectada = 54 Poco afectada = 17 Afectada = 30 Muy afectada =17 Severamente afectada = 38 No contexto = 38</p>	<p>Nada afectada = 79 Poco afectada = 15 Afectada = 19 Muy afectada =22 Severamente afectada = 43 No contexto = 90</p>
Salud	<p>Nada afectada = 26 Poco afectada = 10 Afectada = 22 Muy afectada =42 Severamente afectada = 68 No contexto = 26</p>	<p>Nada afectada = 29 Poco afectada = 22 Afectada = 25 Muy afectada =49 Severamente afectada = 84 No contexto = 60</p>

Diagnóstico médico	Alergias 2 Ansiedad 6 Colitis 2 Depresión 6 Diabetes tipo II 3 Distimia 4 Epilepsia 6 Eventos vasculares 2 Gastritis 3 Hipertensión 2 Lupus 2 Obesidad 2 Otros 12 Sin diagnóstico 138 Trastornos Psiquiátricos 4	Ansiedad 2 Colitis 2 Depresión 5 Diabetes 1 Epilepsia 1 Eventos vasculares 1 Fobia 1 Froteurismo 2 Gastritis 6 Hipoacucia 3 Lupus 2 Otros 12 Sin diagnóstico 224 Trastornos psiquiátricos 9
Diagnóstico psicológico	Ansiedad 25 Autoeficacia 11 Depresión 16 Duelo 5 Enojo 37 Habilidades sociales 17 Otros 35 Pensamientos irracionales 4 Sin diagnóstico 17 Solución de problemas 27	Ansiedad 53 Autoeficacia 8 Baja autoeficacia 8 Depresión 24 Duelo 8 Enojo 5 Estrés 14 Fobia 4 Habilidades sociales 18 Sin diagnóstico médico 13 Solución de problemas 30 Trastorno psiquiátrico 16

4.4.2 Por el residente de medicina conductual.

A partir de la población de pacientes antes descrita, atendida en el Programa de Enfermos Crónico Degenerativos, de manera individual atendí los siguientes casos, cuyas características principales se enlistan en la siguiente tabla.

Número de pacientes atendidos	Primer año de Residencia 2004	Segundo año de Residencia 2005
Preconsultas	19/08/04 – 30/11/04 74	17/01/05 – 28/02/06 53
En tratamiento	24	8
Altas	16 2 voluntarias	1

Bajas	8 por inasistencia o dificultad de horario	2 por inasistencia
Datos Socioeconómicos	<p>Población 15 Estudiantes de la UNAM 2 Administrativos de la UNAM 7 Público en general</p> <p>Sexo 14 mujeres 10 hombres</p> <p>Edad 6 (0 a 19 as.) 10 (20 a 29 as.) 4 (30 a 39 as.) 1 (40 a 49 as.) 3 (50 a 59 as.)</p> <p>Estado civil 20 solteros 4 casados</p> <p>Escolaridad 3 primaria 12 secundaria 2 preparatoria 6 técnica o comercial 1 licenciatura</p> <p>Ocupación 1 oficio 1 profesionista 2 sin trabajo 4 empleado 7 estudia y trabaja 9 estudiante</p> <p>Delegación 1 Álvaro obregón 1 Benito Juárez 1 Cuajimalpa 1 Miguel Hidalgo 2 Coyoacán 2 Cuauhtémoc</p>	<p>Población 4 Público en general 3 Estudiantes de la UNAM 1 Administrativo de la UNAM</p> <p>Sexo 8 mujeres 0 masculino</p> <p>Edad 1 (10 a 19 as.) 4 (20 a 29 as.) 1 (40-49 as.) 1 (50-59 as.) 1 (60 o más as.)</p> <p>Estado civil 1 casado 7 soltero</p> <p>Escolaridad 5 preparatoria 1 secundaria 1 primaria 1 técnico-comercial</p> <p>Ocupación 1 estudiante 1 profesionista 2 sin trabajo 4 estudia y trabaja</p> <p>Delegación 1 Coyoacán 1 Cuajimalpa 1 Cuauhtemoc 1 Iztapalapa 2 Álvaro obregón 2 Xochimilco</p>

	<p>2 Gustavo A. Madero 2 Magdalena Contreras 3 Iztapalapa</p> <p>Área afectada (En orden jerárquico por grado de afectación)</p> <p>1° Salud 2° Académica 3° Familiar 4° Amistad 5° Laboral 6° Sexual</p> <p>Diagnóstico psicológico</p> <p>2 manejo de ansiedad 1 baja percepción de apoyo social 2 déficit en asertividad 1 déficit en autocontrol 3 baja percepción de autoeficacia 3 déficit en el control emocional 1 déficit en la adherencia médica 1 crisis pánico 2 depresión 2 déficit en el control del enojo 3 déficit en habilidades sociales 1 orientación vocacional 1 pensamientos irracionales 1 déficit en solución de problemas.</p> <p>Diagnóstico médico 1 colitis 1 déficit lingüístico 1 diabetes 1 displasia congénita</p>	<p>Área afectada (En orden jerárquico por grado de afectación)</p> <p>1° Salud 2° Familiar 3° Laboral 4° Académica 5° Amistad 6° Sexual</p> <p>Diagnóstico psicológico</p> <p>2 déficit en solución de problemas 1 déficit en establecimiento de límites 1 depresión 1 Intento suicida 2 baja percepción de autoeficacia</p> <p>Diagnóstico médico 2 trastorno gastrointestinal 1 cáncer tiroides 5 sin diagnóstico médico</p>
--	---	---

	<p>bilateral 1 distimia 1 epilepsia 1 evento vascular 1 fiebre reumática 1 hipertensión 1 hipoglucemia 1 obesidad 1 sinusitis 1 trastorno adaptativo con animo depresivo 10 sin diagnóstico médico</p>	
--	--	--

Discusión y conclusiones.

El presente reporte tuvo como objetivo mostrar una perspectiva integral sobre las habilidades, destrezas y competencias profesionales adquiridas durante los 2 años y medio de duración que tuvo la Maestría en Medicina Conductual, todo ello matizado por el escenario académico y de residencia en el que se llevo a cabo la formación y práctica profesional.

De esta manera se puede resaltar que como residente de la Maestría en Medicina Conductual pude desarrollar habilidades clínicas, personales y sociales para poder intervenir en padecimientos varios de índole física que afectan de manera distinta los aspectos psicológico-emocionales y sociales de las personas que se les diagnostican dichos padecimientos, resaltando de manera prioritaria el trabajo visto desde una perspectiva multidisciplinaria (psiquiatras, neurólogos, médicos internistas, ginecólogos, nutriólogos, entre otros), permitiendo en primer un lugar un diagnóstico diferencial que permitiera identificar en el rol de psicólogo la injerencia de las técnicas apropiadas para una mejora y beneficios más completos a los pacientes atendidos y sus familiares, mejorando su calidad de vida frente a la necesidad de adaptarse a los cambios generados por el padecimiento que presentaban y prevenir y solucionar problemas o complicaciones prioritarios mediante la aplicación individual de las técnicas cognitivo-conductuales tanto a nivel individual como grupal, valorando los alcances y limitaciones disciplinarias y personales.

Lo referido en el párrafo anterior, fue posible llevarlo a cabo mediante la formación teórico-práctica recibida, donde se pudieron adquirir habilidades de evaluación y diagnóstico de problemas socialmente relevantes en el área de la salud, haciendo uso de instrumentos de medición para cada caso y elaborando planes de tratamiento individualizados para cada paciente con el apoyo de la tutoría y supervisión recibida, aspecto relevante que orientó de manera más concisa el modo de intervenir y abordar una problemática en particular, todo ello además, fundamentado en el marco teórico revisado en las clases durante los primeros semestres de la maestría. La estructura del programa permitió el desarrollo de las actividades, de forma secuenciada, propiciando así el aprendizaje de los procedimientos y aplicación de técnicas específicas, haciendo posible la planeación de las estrategias de intervención para resolver los problemas expuestos por los pacientes y así ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.

De esta manera se cumplieron los principales objetivos – anteriormente mencionados- que persigue el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, “ Dr. Guillermo Dávila”; sede donde llevé a cabo los 2 años de la residencia y de esta manera fue posible generar un trabajo de docencia-servicio e investigación de manera estructurada y sistematizada, que permitieron poner en práctica los conocimientos adquiridos y desarrollar las competencias necesarias para resolver problemas en el área de la salud.

Cabe señalar, que el ambiente en el que se llevó a cabo el trabajo clínico durante la residencia en la Maestría de Medicina Conductual, facilitó de gran manera el logro de los objetivos planteados y el monitoreo o seguimiento del tratamiento, ya que en el Centro de Servicios Psicológicos cuenta con numerosos espacios físicos y mobiliario necesario para

llevar a cabo el tratamiento psicológico: cubículos para consulta, sillas, mesas, aparatos de video grabación, cámaras de gessell, centro de documentación cercano y consulta de pruebas psicológicas en la biblioteca de licenciatura, aspectos que permitieron junto con la constante supervisión recibida un trabajo digno y enriquecedor con las revisiones de material bibliográfico especializado en salud.

Referencias

- Agüera, O.L., Francés, R. I., Gayoso, O. M.J., Gil, G. P., Martín, C. M. y Sánchez, P. M. (2004). *Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y Ansiedad*. España: Wyeth Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.segg.es/segg-guiadepresion-01.pdf>
- Alcaraz, V. M. (1987). *Daño cerebral: diagnóstico y tratamiento. Evaluación del daño cerebral: aspectos neuropsicológicos*. (Cap. 9). México: Editorial Trillas.
- Anastasi, A. y Urbina S. (1998). *Tests psicológicos*. Séptima Edición. México: Editorial Prentice Hall.
- APA (Publication Manual of the American Psychological Association). (2002). (R. J. Alatorre, Trad.). *Criterios para la elaboración de documentos psicológicos*. México: U.N.A.M. Facultad de Psicología.
- Astrom, M. (1996). *Generalized anxiety disorder in stroke patients. A 3-year longitudinal study. Department of Psychiatry, Umea, Sweden: University Hospital, 27:270-275*. Recuperado el 28 de noviembre del 2006 de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=8571422&query_hl=4&itool=pubmed_docsum
- Baune, B.T. y Aljeesh, Y. (2006). *The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hipertensión in Gaza Strip. Annals of General Psychiatry V* Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/5/1/6>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Biblioteca de Psicología Decleé de Brouwer.
- Benbir, G y Gözükmizi, E. (2006). Akut Serebrovasküler Hastalık Sonrasi Erken Dönemde *Depresión. New/Yeni Symposium Journal*. Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de <http://www.yenisymposium.net>
- Benbir, G y Gözükmizi, E. (2006). Akut Serebrovasküler Hastalık Sonrasi Erken Dönemde *Depresión. New/Yeni Symposium Journal*. Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de <http://www.yenisymposium.net>
- Bouchard M.A, Granger, L. y Ladouceur, R. (1987). *Principios y Aplicaciones de las Terapias de la Conducta*. Madrid: Editorial Debate
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E., y Sierra, J. C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid. Siglo XXI
- Burish, B. (1983). *Coping with chronic disease. Research and Applications*. México: Academic Press.

- Caballo F. V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Editorial siglo XXI.
- Cardamone, R. (2004). *Bases teóricas y clínicas del diagnóstico y la rehabilitación neuropsicológica*. Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-38-1-bases-teoricas-y-clinicas-del-diagnostico-y-la-rehabilitacio.html>
- Castillo de Rubén, A. (2002). *Rehabilitación neuropsicológica en el siglo XXI*. Revista Mexicana de Neurociencias. 3(4):223-230. Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.reaprende.centroderehabilitacionneuropsicologicamexicod.f./reaprende.pdf>
- Chang, P. (2002). *Anger in Young Men and Subsequent Premature Cardiovascular Disease: The Precursors Study*. Archives of Internal Medicine 162:901-906. Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.siicsalud.com/tit/welcome6072.html>
- Cohen, J. R. y Swerdlik, E. M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición*. Cuarta Edición. México: Editorial Mc. Graw Hill.
- Corte, F. G. (2001). *Deterioro cognoscitivo de origen vascular*. Recuperado el 28 de abril del 2006 de <http://www.geragogia.net/editoriale.html>
- Domínguez, M. A., Gutiérrez, V. I. y Acevedo M. J. (2003). *Protocolo del manejo de evento vascular cerebral isquémico agudo*. México: Hospital Manuel Gea González. Recuperado el 13 de abril del 2006 de <http://www.facmed.U.N.A.M..mx/gea/dirense/guiascl/img/Protocolo%20EVC.pdf>
- Esteves, Goya, Blanco y González (2004). *Servicios de Salud con Humo de Tabaco. Organización Panamericana de la Salud y Proyecto Ambientes Libres de Humo de Tabaco*. Montevideo. Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.ops.org/tabaco.pdf>.
- Fernández, B.R. y Carrables, J.A. (1983). *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T. y Moreno, L. (2003). *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Psychocognitive stimulation in dementias*. An. Sist. Sanit. Navar. XXVI 3 Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.estimulaci%20%80%A6n%20psicocogni%20%80%A6>
- García, F. R (2003). *Reporte de experiencia laboral para obtener el grado de maestría en psicología*. Tesis de Maestría. México: U.N.A.M. Facultad de Psicología.
- Gluszek, J (2006). *Hipertension in the elderly*. Polish Journal of Neurology and Neurosurgery. I Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de http://www.new.termedia.pl/magazine.php?magazine_id=8&article_id=5596&magazine_subpage=ABSTRACT

- Goldfried, M.R. y Davison G. C. (1981). *Técnicas Terapéuticas Conductuales*. Argentina: Editorial Paidós.
- Goldstein, F. y Edna B. (Ed.) (1980). *Handboook of Behavioral Interventions. A Clinical Guide*. USA: Wiley Interscience Publication
- Greenberger, D y Padesky, Ch. (1995). *El control de tu estado de ánimo*. España:Editorial Paidós.
- Guadalajara, Boo, J. F. (1996). *Programa de Actualización Continua para Médicos Generales. Cardiología*. 1
- Harmony, T. y Alcaraz, V. M. (1987). *Daño cerebral: diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Trillas
- INNN (Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia), (2006). *Protocolo de manejo del evento vascular cerebral isquémico agudo* Recuperado el 28 de abril del 2006 de <http://www.facmed.U.N.A.M..mx/gea/dirense/guiascli/img/Protocolo%20EVC.pdf>
- Jaracz, K. y Kozubski, W. (2006). *The role of social support in the quality of life alter stroke. A review of selected experimental research*. Polish Journal of Neurology and Neurosurgery 40, 2. Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de [theorieshttp://www.new.termidia.pl/magazine.php?magazine_id=15&article_id=5823&magazine_subpage=ABSTRACT](http://www.new.termidia.pl/magazine.php?magazine_id=15&article_id=5823&magazine_subpage=ABSTRACT)
- Jeffrey A. K. (1998). *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones*. Desclée de Brouwer: Biblioteca de Psicología.
- Jiménez-Martín, I., Rodríguez-Yáñez, M., Blanco, M., Leira, R., y Castillo, J.(2006). *Depression in acute phase of ischemic stroke: frequency and associated factors*. Annals of General Psychiatry V Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/5/S1/S94>
- Jurado, S., Villegas, Ma. E., Méndez, L, Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela R. (1998). *La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México*. Salud Mental. XXI.
- Kanfer, H. E. y Phillips, S. J. *Principios de Aprendizaje de la Terapia del Comportamiento* (1980). México: Editorial Trillas
- Kosicka, T. y Kara-Perz, H. (2006). *Alcohol influence on blood pressure and stroke incident*. Polish Journal of Neurology and Neurosurgery. I Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de http://www.new.termidia.pl/magazine.php?magazine_id=8&article_id=5597&magazine_subpage=ABSTRACT
- Koszewska, I. e Bzinkowska, D. (2005). *Depression in neurological disease. Diagnostic and therapeutic problem*. Polish Journal of Neurology and Neurosurgery. IX Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de

http://www.new.termedia.pl/magazine.php?magazine_id=8&article_id=4004&magazine_subpage=ABSTRACT

- Labrador J. F., Cruzada J.A. y Muñoz, M. (1995). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Editorial Pirámide
- Lorentzen, G. I. (1986). *Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el centro de servicios psicológicos de la facultad de psicología de la universidad nacional autónoma de México, durante el primer año de servicio (comprendido del 1º de agosto de 1981 al 1º de agosto de 1982)*. Tesis de Maestría. México: U.N.A.M.
- Mediclopedia. (2006). *Diccionario ilustrado de términos médicos. Neurología. Enfermedades neurológicas*. Recuperado 03 de mayo del 2006 de <http://195.235.180.11/Neurologia/Enfermedades/AVC/isquemia.htm>
- Moore, S. McKay y A. Matteen, C. (1989). *Introduction to Cognitive Rehabilitation Theory and Practice*. New York: Guilford Press.
- Navarro, R. J., Necochea, A. C., Hernández, H. y Lepe, M. L. (1995). *I Consenso nacional de hipertensión arterial*. Revista mexicana de cardiología. VI.
- Instituto nacional sobre el envejecimiento (NIA) (2004). *Los accidentes vasculo-cerebrales (AVC) conocidos como trombosis, embolia y derrame cerebral: prevención y tratamiento*. Estados Unidos: Departamento de salud y servicios humanos. Recuperado el 28 de abril del 2006 de <http://www.nia.nih.gov>
- National institute of neurological disorders and stroke and National institutes of health (NINDS y NIH), (2003) *Conozca qué son los ataques o derrames cerebrales. Conozca las señales*. Recuperado el 05 de agosto del 2005, de http://www.ninds.nih.gov/disorder/spanish/ataque_cerebral.htm#que#que
- Orlandini, A. (1999). *El estrés. Qué es y cómo evitarlo*. Segunda Edición. México: F.C.E. Cap. 2, 3, 4, 5 y 11).
- Ostrosky-Solís, F. (1987). Evaluación del daño cerebral: aspectos neurológicos. (Cap. 9). En Harmony, T. y Alcaraz, V. M. (Coord.) *Daño cerebral: diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Trillas.
- Ostrosky, F. Ardila A. y Rosselli, M. (1997). *Evaluación neuropsicológica breve en español. NEUROPSI*. México: Laboratorios Bayer.
- Ostrosky-Solís F. Ardila A. y Rosselli, M. (1999). *NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in spanish with norms by age and educational level*. International journal of neuropsychology. 5.
- Ostrosky-Solís, F. y Lozano, G. A. (2003). *Rehabilitación de la memoria en condiciones normales y patológicas*. Avances en psicología clínica latinoamericana XXI

- Pérez C. M. (2005). *Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio*. Recuperado 15 de Marzo de 2005, de http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/filosofia_ysalud/losparadigmasmedicosfactoresdesuconservacion.htm/
- Reynales-Shigematsu. L. M., Jiménez, J. A., Juárez-Márquez, S. A., Castros-Río, A. y Hernández-Avila, M. (2006). *Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el IMSS*. Salud pública de México. Recuperado el 07 de octubre del 2006 de http://www.insp.mx/salud/48/48s1_5.pdf
- Reynoso, E.L. y Seligson, N. I (2005). *Psicología de la salud. Un enfoque conductual*. (Cap. 2, 3 y anexos). México: Editorial Manual Moderno.
- Riojano G. L. (2002). *Reporte de experiencia laboral para obtener el grado de maestría en psicología*. Tesis de Maestría. México: U.N.A.M. Facultad de Psicología.
- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. (Cap. 12) Madrid: Editorial CEPE.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). *Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas*. Revista mexicana de psicología. XVIII.
- Rodríguez, M. M. (2006). *Eventos vasculares cerebrales*. México: Hospital Ángeles Villahermosa. Recuperado el 28 de abril del 2006 de http://www.mediks.com/saludyvida/articulo.php?id=3348&llave_seccion=19
- Secretaría de salud (2004). *Principales causas de mortalidad general en México*. Recuperado el 09 de mayo de 2006 de <http://www.ssa.gob.mx>
- Rojas, Y. (2004). *Por un corazón saludable*. Recuperado el 07 de octubre del 2006 de <http://www.invdes.com.mx/forma01.cfm?id=669&publicant=Sep%202004>
- Ruiz-Badillo, A. y Reyes Lagunes, I. (2006). *Adaptación y validez psicométrica de una medida preexistente de enojo en personas con hipertensión arterial esencial*. Revista de psicología social y personalidad. (En Prensa).
- Secin, D. R. y Rivera, M. B. (2003). *Depresión en el hospital general. Programa de actualización continua en psiquiatría*. VI Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de http://www.pfizer.com.mx/ccFile_139.pdf
- Silveira, S. y Redondo, F. (2003). *Evaluación Neuropsicológica del Deterioro Cognitivo de Origen Vascular*. Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/EvaluacionNeuropsicologicadelDeterioroCognitivo deOrigenVascular>
- Sinyor, D., Amato, P., Kaloupek, D. (1986). *Post-stroke depression: relationship to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome*. XVII:1102-1107. Recuperado el 28 de noviembre del 2006 de

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Retrieve&dopt=AbstractPlus&list_uids=3810708&query_hl=1&itool=pubmed_docsu

Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, A.C. (2005). *Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. Un consenso Nacional de Expertos. Neumología y Cirugía de Tórax.* 64 II Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.medigraphic.com/nts052a.pdf>

T.H.I. (Texas Heart Institute), (2004). *Leading with the heart. Tipos de accidentes cerebrovasculares.* Englewood. National Stroke Association. Recuperado el 28 de abril del 2006 de <http://www.texasheartinstitute.org/>

Tomasina, F. León, I. y Mieres, G. (2005). *Atención médica. Niveles de atención.* México. Departamento de medicina preventiva y social. Recuperado el 07 de octubre del 2006 de http://www.cbasicofmed.edu.uy/material_bajar/Atenci%F3nM%E9dicaNivelesAtenci%F3n05.pdf

Ulrich, J., Meyer, C., Hanke, M., Völzke, H. y Schumann, A. (2006). *Relation between awareness of circulatory disorders and smoking in general population health examination.* BMC Public Health. X. Recuperado el 16 de noviembre del 2006 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/48>

Van der Ven, N., Weinger, K. y Snoek, F. (2002). *Terapia cognitivo conductual. Cómo mejorar el autocontrol de la diabetes.* Diabetes Voice 47 III. Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de http://www.idf.org/issue_2002-09.pdf

Varios autores (ED. Fernando García C.). (1983). *Una década de la Facultad de Psicología (1973-1983)* México: U.N.A.M.

Vital M. (2006). *Accidente cerebrovascular: Esperanza en la investigación.* E. U. Oficina de Comunicaciones y Enlace Público. Recuperado el 23 de abril del 2006, de http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/brochure_order_form.htm?url=/health_and_medical/pubs/accidente_cerebrovascular.html

Yurelis G, A (2001). *La adherencia terapéutica.* Revista cubana med gen integr 17 Recuperado el 06 de octubre del 2006 de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.htm

Zarragoitia, A. I. (2003). *La depresión en la tercera edad.* Revista electrónica de Geriatría y Gerontología. V II Recuperado el 15 de noviembre del 2006 de <http://www.geriatrianet.com>

Glosario

Auto-Control: aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo.

Balance decisional: evaluación sobre las ventajas y desventajas que presentan diferentes alternativas de solución ante una problemática con el objetivo de tomar una decisión de acuerdo a las necesidades y recursos del individuo.

Biblioterapia: empleo de materiales escritos (manuales de autoayuda) para ayudar a los pacientes a modificar su conducta, sus pensamientos o sus sentimientos.

Biofeedback: técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas, que opera a través de la retroalimentación constante que recibe el sujeto sobre la función que se desea someter a control voluntario.

Desensibilización sistemática: intervención terapéutica desarrollada para eliminar la conducta de miedo o los síndromes de evitación, generando una respuesta contraria a la ansiedad (generalmente relajación progresiva), mediante aproximaciones sucesivas al estímulo ansiógeno.

Exposición: Es una técnica de enseñanza indispensable, a través de ella se transmite información vital para el paciente. La exposición debe tener las siguientes características debe ser breve, clara y sin el uso de tecnicismos, facilitando la memorización de la información

Entrenamiento en habilidades sociales: es la adquisición de un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esa conducta en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Juego de roles: Consiste en recrear una situación que es problema para el paciente dentro de la sesión terapéutica, para que desempeñe de manera adecuada un rol determinado.

Manejo de contingencias: estrategia de tratamiento cuyo objetivo es incrementar la cantidad y frecuencia de las conductas adaptativas, así como disminuir las que no son.

Modelamiento: El modelado es un procedimiento en el que se presenta a un individuo una muestra de un comportamiento determinado para inducirle a que realice una conducta similar. En este caso, el terapeuta es el modelo a reproducir por el paciente.

Moldeamiento: Es un método que se utiliza para establecer una conducta nueva mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones a esa conducta y la extinción de tales aproximaciones a medida que se va configurando el comportamiento final deseado

Relajación: técnica utilizada para controlar y/o modificar el patrón de activación fisiológica que se genera ante los síntomas que genera la ansiedad. Dentro de los diferentes procedimientos de relajación se encuentran los siguientes.

La *relajación progresiva de Jacobson* utiliza como principal mecanismo de aprendizaje la discriminación perceptiva de los niveles de tensión electromiográfica en cada grupo muscular a través de los ejercicios sistemáticos de tensión-distensión. Por otra parte se encuentra la *relajación autógena de Schultz*, cuyo mecanismo se encuentra relacionado con la representación mental de las consecuencias motoras de la respuesta - sensaciones de peso y calor - que dispararían las eferencias somáticas y viscerales correspondientes. En el caso de las técnicas de relajación basadas en la respiración, el principal mecanismo estaría basado en interacciones cardiorrespiratorias del control del vago mediante una *respiración diafragmática*.

Reestructuración cognoscitiva: técnica que se enfoca en la modificación de las creencias distorsionadas del paciente para lograr a su vez una mejora en su control emocional y una conducta adaptativa.

Retroalimentación correctiva: proporciona información específica al sujeto esencial para el desarrollo y mejora de una habilidad, donde se le indica al paciente los puntos positivos de la ejecución de la conducta deseada y los puntos a mejorar para que en los ensayos conductuales los errores se corrijan progresivamente.

Simulación: Consiste en la descripción de la ejecución de la conducta a realizar. Por ejemplo, "cuando esté con el médico voy a cuidar que no esté distraído, le hablaré en un voz alta, sin gritarle, le voy a mirar a los ojos y le preguntaré cuales son los alimentos que no debo de comer".

Solución de problemas: técnica que consiste en que el paciente pueda genera una estrategia para identificar y resolver problemas cotidianos que estén causando respuestas no apropiadas, mediante la generación de posibles soluciones o alternativas al problema, un balance decisional que evalúa las ventajas y desventajas de cada opción de solución para finalmente tomar una decisión y llevarla a cabo.

Terapia racional emotiva: terapia cognitivo-conductual que se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo y de su interpretación de la realidad. Su meta principal es que el paciente identifique pensamientos irracionales o disfuncionales para ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, o establecer relaciones con otras personas.

Listado de anexos

1. Principales causas de mortalidad 2004. Nacional.
2. Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos
3. Líneas de autoridad
4. Ficha de admisión o solicitud
5. Derechos y responsabilidades de los asistentes
6. Cuestionario de síntomas
7. Preconsulta
8. Referencia
9. Contrarreferencia
10. Informe de canalización interna - externa
11. Entrevista de orientación
12. Carnet
13. Ficha de admisión interna de medicina conductual
14. Nuevo formato de preconsulta
15. Esquema de diagnóstico y tratamiento
16. Registros
 - ‡ registro de síntomas de ansiedad
 - ‡ registro de síntomas de malestares gástricos,
 - ‡ auto registro de sueño,
 - ‡ auto registro de dolor de cabeza
 - ‡ registro de la cadena cognitivo- conductual
 - ‡ dónde está la evidencia
 - ‡ cadena cognitivo-conductual del estrés
 - ‡ registro de pensamientos disfuncionales
 - ‡ auto registro de pensamientos
 - ‡ registro de pensamientos negativos
 - ‡ registro semanal de actividades
 - ‡ registro de tensión arterial y pulso
 - ‡ registro semanal de medicamento
 - ‡ registro de relajación
 - ‡ auto registro de alimentos
 - ‡ registro de control de peso
 - ‡ registro de creencias centrales
 - ‡ proceso de SOCS
17. Niveles de atención
18. Reporte de alta
19. Alta voluntaria
20. Baja voluntaria
21. Reporte de baja
22. Formatos del expediente clínico
 - ‡ Hoja frontal
 - ‡ Nota psicológica o de evolución
 - ‡ Programa de tratamiento
 - ‡ Modalidad de tratamiento
23. Puntos a considerar para la presentación de sesiones y casos clínicos.
24. Folleto informativo para educación de la salud
25. Cuestionario de evaluación sobre el daño neurológico

Principales causas de mortalidad general, 2004.					
Nacional					
Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
	A00-Y98	Total	472 273	448.3	100.0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	62201	59.0	13.2
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	50461	47.9	10.7
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	26975	25.6	5.7
4	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	26867	25.5	5.7
5	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18806	17.9	4.0
6	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	16 501	15.7	3.5
7	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14 312	13.6	3.0
8	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	14215	13.5	3.0
9	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	12203	11.6	2.6
10	N00-N19	Nefritis y nefrosis	10774	10.2	2.3
11	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	9252	8.8	2.0
12	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	8321	7.9	1.8
13	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6839	6.5	1.4
14	C16	Tumor maligno del estómago	5245	5.0	1.1
15	C22	Tumor maligno del hígado	4818	4.6	1.0
16	B20-B24	VIH/SIDA	4719	4.5	1.0
17	C61	Tumor maligno de la próstata	4515	4.3	1.0
18	C53	Tumor maligno del cuello del útero	4245	4.0	0.9
19	C50	Tumor maligno de la mama	4205	4.0	0.9
20	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	4180	4.0	0.9
	R00-R99	Causas mal definidas	9 456	9.0	2.0
		Las demás	153 188	145.4	32.4

^{1/} Tasa por 100,000 habitantes

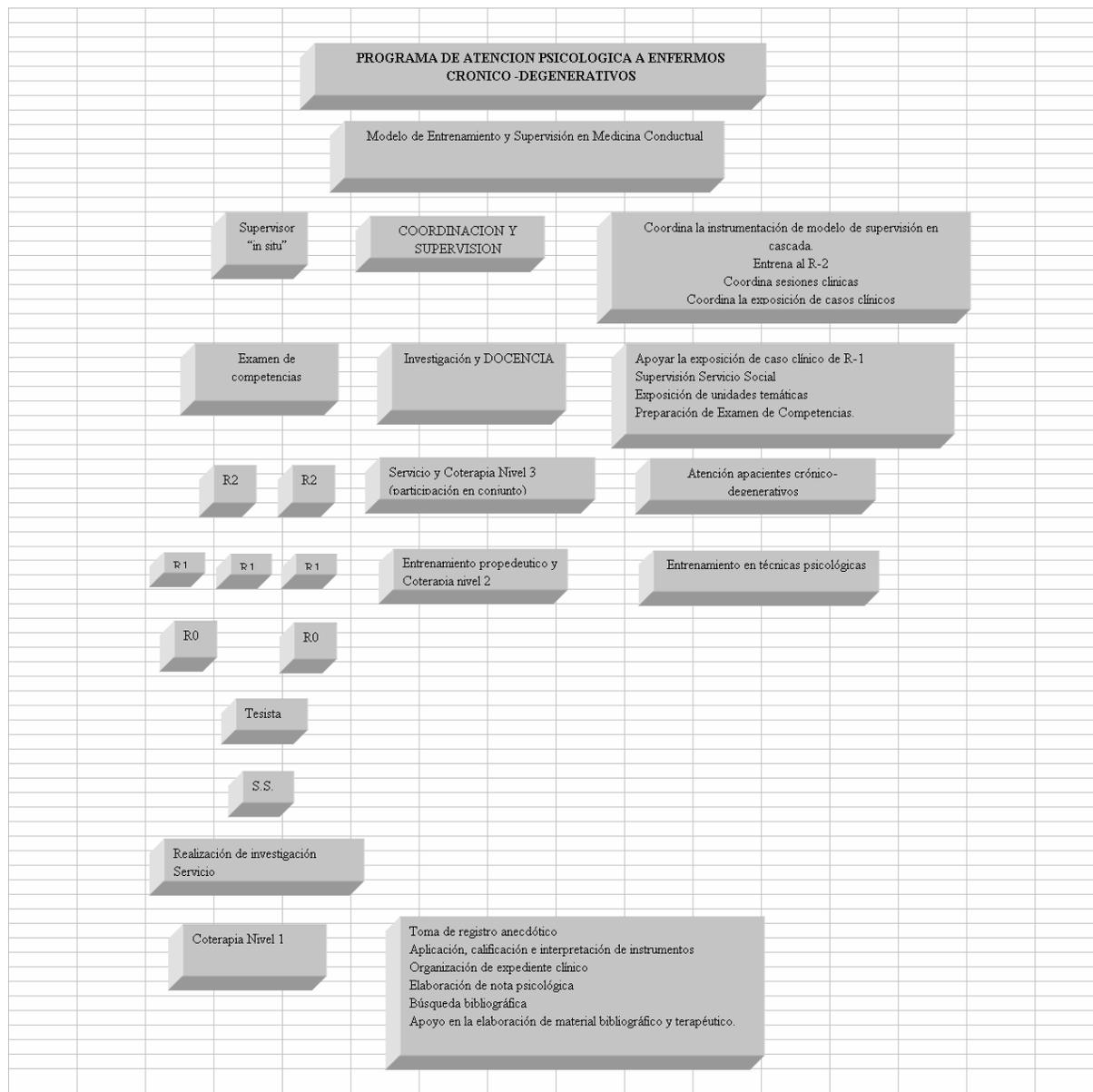
Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero, pero si las defunciones de edad y sexo no especificado, por ello la suma de los distintos grupos de edad (cuadros siguientes) no coincidirá con las cifras de este cuadro.

^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

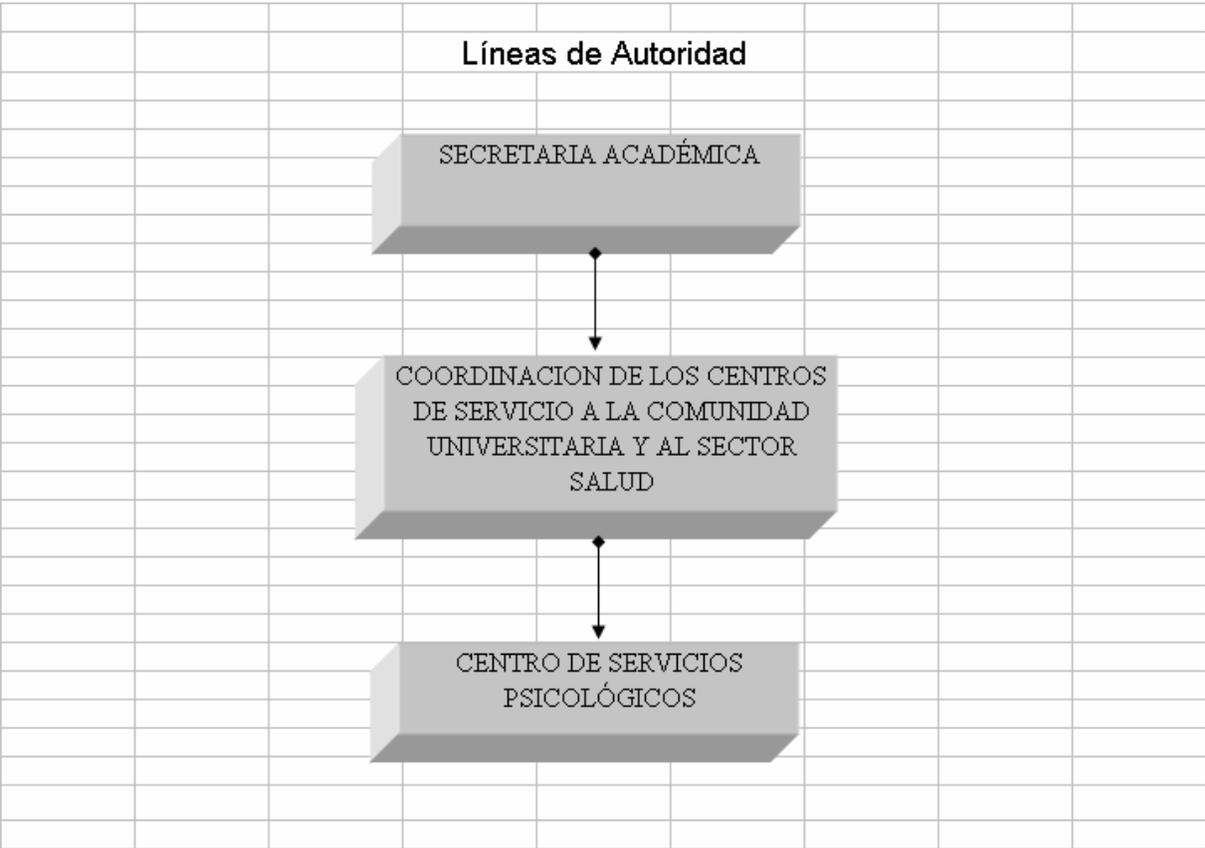
Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.

ANEXO 1



ANEXO 2



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
DR. GUILLERMO DÁVILA
FICHA DE ADMISIÓN

Fecha: _____

Es personal Administrativo de la U.N.A.M. __ Estudiante de la U.N.A.M. __ Público en general __
 Es personal Académico de la U.N.A.M. __ Estudiante de otra institución, cuál? _____

Nombre: _____

	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
--	------------------	------------------	--------

Dirección: _____

Calle	Número	Colonia
-------	--------	---------

Delegación: _____ C.P. _____ Teléfono: _____

Sexo: (M) (F) Edad: _____

Edo. Civil: _____

Con quien vive: PADRE () MADRE () PAREJA () HIJOS () OTROS ()

Estudia: (SI) (NO) Nivel máximo de estudios: _____

Carrera: _____

Semestre: _____

Trabaja: (SI) (NO) Donde trabaja: _____

En qué consiste su trabajo? _____

Cuánto gana? _____ Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Quién o quiénes ayudan al ingreso familiar? _____

Si no trabaja, de quién o quiénes depende económicamente? _____

En qué trabajan, y cuánto ganan? _____

Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Si es menor de edad nombre del responsable: _____

Motivo de consulta: _____

Desde cuándo le pasa esto? _____

Explique un poco más lo que le pasa, y por qué acude al Centro _____

ANEXO 4

Ha recibido anteriormente, algún tipo de ayuda o tratamiento para resolver su(s) problema (s)?
SI () NO ()

En caso afirmativo especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió: _____

Esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? SI () NO ()
Toma actualmente algún medicamento? SI () NO ()

Si su respuesta, fue SI, especifique cuál, por qué, desde cuando, y quien se lo recetó? _____

Padece o ha padecido alguna enfermedad que considere significativa en su vida? _____
En caso afirmativo especifique cuál _____

Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas:
(Indíquenos con una "X" en que grado: Escala: 1 = Nada IO - Mucho)

Amistades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laborales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Académicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NOTA IMPORTANTE:

El CSP ofrece sus servicios de acuerdo a la disponibilidad de horario y espacio del personal que labora en este Centro. Agradecemos de antemano su comprensión.

Nota: al terminar continúe al reverso

Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad
04510, Del Coyoacán, México, D.F.

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"**

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS ASISTENTES

Usted está por iniciar una terapia en el Centro de Servicios Psicológicos, es importante que conozca y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. El o la terapeuta realizará una entrevista y al finalizar determinará la frecuencia, el número total de sesiones, el tipo de servicio (terapia individual, grupal, etc.), y la cuota de recuperación de cada sesión.
2. Es necesario que Usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación ya que si no avisa tendrá que pagar la sesión a la que no haya asistido, (el teléfono del Centro es 5622-2309). Es importante que tome en cuenta que tres inasistencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio.
3. En algunas ocasiones, las sesiones de terapia pueden ser grabadas en audio o video y en otras solo observadas (atrás del espejo). Estas grabaciones sólo serán observadas por el equipo de terapeutas o alumnos avanzados de la carrera de Psicología supervisados por los terapeutas del Centro a fin de monitorear la calidad y consistencia del tratamiento.
4. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo no podrá ser publicada. Esta información quedará bajo resguardo del Centro de Servicios Psicológicos.
5. Las actividades del Centro de Servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
6. Durante el tratamiento se puede refusing a contestar cualquier pregunta, o negarse a participar en procedimientos específicos que se le soliciten o incluso, dejar la terapia. En cualquier caso Usted podrá solicitar una alternativa de terapia o tratamiento.
7. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formas especiales o sugerencias dirigidas a la Coordinación del mismo.
8. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comunique con Usted. Esto tiene como propósito hacer un seguimiento de la misma.

NOMBRE _____ FIRMA _____

FECHA _____
(Día, mes y año)

TERAPEUTA RESPONSABLE _____

ANEXO 5

Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad
04510, Del Coyoacán, México, D.F.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILERMO DAVILA"

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

Nombre: _____
Edad: _____
Escolaridad: _____

A continuación se le presentan una lista de síntomas: Si usted ha padecido alguno de éstos en los últimos 3 meses márkuelos con una X; y especifique el grado de severidad con que los ha experimentado de acuerdo a la siguiente escala:

0=Ligero
1=Moderado
2=Fuerte
3=Severo

Taquicardia	(0)	(1)	(2)	(3)
Dolor de pecho	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de sofocamiento	(0)	(1)	(2)	(3)
Necesidad de aire	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de ahogo	(0)	(1)	(2)	(3)
Mareos	(0)	(1)	(2)	(3)
Sensación de irrealidad	(0)	(1)	(2)	(3)
Aturdimiento	(0)	(1)	(2)	(3)
Visión borrosa (oscurecimiento)	(0)	(1)	(2)	(3)
Zumbido de oídos	(0)	(1)	(2)	(3)
Hormigueo o adormecimiento en manos o en cara	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en pies o dedos	(0)	(1)	(2)	(3)
Manos o pies fríos	(0)	(1)	(2)	(3)
Náusea	(0)	(1)	(2)	(3)
Calambres en el estómago	(0)	(1)	(2)	(3)

ANEXO 6

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
Residencia en Medicina Conductual

Pre-consulta (PC)

FOLIO: _____

FECHA: _____

CUOTA DE RECUPERACIÓN:

Paciente de 1ª Vez
Paciente de reingreso

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE LA PRIMERA VEZ: _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA PRESENTADO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE CADA UNA DE ELLAS: _____

EN CADA OCASIÓN ¿QUÉ SE HIZO PARA RESOLVERLO?: _____

ANEXO 7

ACTUALMENTE ¿CÓMO SE PRESENTA EL PROBLEMA?: _____

CONCLUSIONES DE LA PROBLEMÁTICA EXPUESTA : _____

MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO: _____

Tipo de canalización interna externa

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESION: _____

SOLUCIONES ADOPTADAS: _____

ENTREVISTADOR RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"

REFERENCIA

FECHA: _____
EXPEDIENTE No. _____

NOMBRE DEL/LA USUARIO/A: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

TELEFONO: _____

PERSONA QUE ACOMPAÑA AL/A USUARIO/A: _____

INSTITUCIÓN DE REFERENCIA: _____

NOMBRE DE QUIEN LO REFIERE: _____

REFERIDO A: (INSTITUCIÓN): _____

TEL. _____ COL: _____

CALLE: _____ No. _____ DEL. _____

MOTIVO DE REFERENCIA: _____

MANEJO: _____

OBSERVACIONES:
ATENDIÓ

RESPONSABLE

NOMBRE

NOMBRE

FIRMA

FIRMA

NOMBRE Y FIRMA
DEL/A USUARIO/A

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CONFIDENCIAL

ANEXO 8

COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD
UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTROS DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"

CONTRA REFERENCIA

FECHA: _____
EXPEDIENTE No. _____

NOMBRE DEL/LA USUARIO/A: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

TELÉFONO: _____ OBSERVACIONES _____

DOMICILIO: _____

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:

TIPO DE ATENCIÓN: _____

RESUMEN DE MANEJO: _____

SUGERENCIAS: _____

ATENDIÓ _____

RESPONSABLE _____

NOMBRE _____

NOMBRE _____

FIRMA _____

FIRMA _____

NOMBRE Y FIRMA
DEL/LA USUARIO/A

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CONFIDENCIAL

ANEXO 9

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"Dr. Guillermo Dávila"

Facultad de Psicología
UNAM

Informe de canalización interna/externa (IC)

Canalización interna () Paciente de 1ª. Vez () Folio: _____
Canalización externa () Paciente de reingreso() Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Edad: _____ Sexo: H M Edo. Civil: _____

Resumen del caso: _____

Motivo de canalización: _____

Datos de la Institución o Programa al que se canaliza
Nombre de la Institución: _____
Nombre del responsable: _____
Ubicación: _____
Teléfono: _____
Fecha de ingreso al servicio: _____

GRUPO DIAGNÓSTICO

Terapeuta responsable: _____
Co-terapeuta: _____
Supervisor: _____
Programa al que pertenecen: _____

ANEXO 10

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Entrevista de Orientación

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

OBJETIVO DE INTERVENCIÓN:

PROCEDIMIENTO:

RESULTADOS:

TERAPEUTA RESPONSABLE

PACIENTE

ANEXO 11

ACUDA PUNTUAL
A SU CITA



NO OLVIDE SU
CARNET

Este material fue impreso en el Departamento de Publicaciones
de la Facultad de Psicología de la UNAM, en abril de 2002.

CENTRO DE SERVICIOS
PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

CARNET DE CITAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

Tel. 56 22 23 09

NOMBRE: _____

EXPEDIENTE: _____

TERAPEUTA: _____

CITAS

FECHA	HORA	ASISTENCIA/OBSERVACIONES

FECHA	HORA	ASISTENCIA/OBSERVACIONES

ANEXO 12

No. Expediente: _____

Fecha: _____

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL
FICHA DE ADMISIÓN INTERNA

Es personal Administrativo de la U.N.A.M. _____ Estudiante de la U.N.A.M. _____
Público en general _____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Dirección: _____
Calle Número Colonia

Delegación C.P. Teléfono

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

Estudia: (SI) (NO) Escolaridad: _____
Carrera: _____
Semestre: _____

Trabaja: (SI) (NO) Donde trabaja: _____

Si es menor de edad nombre del responsable: _____

Motivo de consulta: (si falta espacio utilice el reverso de la hoja)

Horario de preferencia: matutino vespertino

Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas:

(Indíquenos con una X en qué grado. Escala: 1=nada 10 = mucho)

Amistades	1	3	5	7	10
Laborales	1	3	5	7	10
Familiares	1	3	5	7	10
Académicas	1	3	5	7	10
Sexuales	1	3	5	7	10
Salud	1	3	5	7	10

ANEXO 13

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

Residencia en Medicina Conductual

Pre-consulta (PC)

FOLIO: _____

FECHA: _____

CUOTA DE RECUPERACIÓN:

Paciente de 1ª Vez
Paciente de reingreso

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTE CEDENTES DEL PROBLEMA

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE LA PRIMERA VEZ: _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA PRESENTADO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE CADA UNA DE ELLAS: _____

EN CADA OCASIÓN ¿QUÉ SE HIZO PARA RESOLVERLO?: _____

ANEXO 14

¿DE QUE MANERA HA AFECTADO ESTE PROBLEMA SU VIDA (ÁREAS)? _____

ACTUALMENTE ¿CÓMO SE PRESENTA EL PROBLEMA?: _____

CONCLUSIONES DE LA PROBLEMÁTICA EXPUESTA : _____

MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO: _____

Tipo de canalización interna externa

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESION: _____

SOLUCIONES ADOPTADAS: _____

ENTREVISTADOR RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

ESQUEMA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Programa de Atención de Enfermos Crónico- Degenerativos

Intervención en crisis

Admisión
 1.- Recepción de solicitud
 2.- Análisis de solicitud
 3.- Derivación al programa "Atención psicológica a enfermedades crónico-degenerativas"
 4.- Registro del caso

Evaluación
 1.- Entrevista de impresión diagnóstica. Descripción del programa psicológico
 2.- Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación dx.
 3.- Elaboración del reporte de evaluación Dx.
 4.- Elaboración del plan de tx.
 5.- Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento

Inicio de Tratamiento
Primer Nivel
 Educación para la Salud
 a) Información sobre el padecimiento físico y/o intervención médica y/o psicológica
 b) Adherencia al tx.
 Conductas de salud
 Cambios en el estilo de vida
 Conductas reductoras de riesgo
 Cambio de hábitos

1) Exposición
 2) Biblioterapia

Segundo Nivel
 Entrenamiento social para el cuidado de la salud
 a) Entrenamiento en habilidades de comunicación paciente- servicio médico
 b) B) Entrenamiento en habilidades para el establecimiento del apoyo social

Técnicas de entrenamiento:
 Modelamiento
 Moldeamiento
 Juego de Roles
 Simulación
 Retroalimentación

Tercer Nivel
 El afrontamiento a la Enfermedad
 Incapacidad y muerte (Modelo de Autorregulación)
 a) Reacciones emocionales
 b) Desequilibrio emocional, ansiedad, depresión, miedo angustia e ira
 -Búsqueda y conservación de una autoimagen satisfactoria
 -Creencias sobre la enfermedad
 c) Reacciones adaptativas
 -Hacer frente al dolor e incapacidad
 -Preservar relaciones familiares y sociales
 -Solución de problemas y toma de decisiones para un futuro incierto

Manejo de ansiedad
 HAS
 Manejo de Contingencias
 SOCS
 Biofeedback
 Balance decisional
 Auto-Control
 Desensibilización Sistemática

Pre-Alta
 Post-Evaluación
 Instrumentos generales y específicos
 Satisfacción al Tx.

Alta

Seguimiento

Líneas de Investigación
 1.- Evaluación de la efectividad del tx.
 a. del proceso
 b. del producto
 2.- Psicometría, Validez, confiabilidad y normas de las escalas que miden enojo, socs, depresión y ansiedad en sujetos con enfermedad crónico-degenerativa
 3.- El perfil psicológico de sujetos con enfermedades crónico - degenerativas que soliciten atención en CSP

ANEXO 15

ANEXOS 16

REGISTROS

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

ANSIEDAD
(0 – 10)

Hora Conducta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Nerviosa							
Opresión Pecho							
Temblor de Manos							
Sofoco							
Pesadez de Cabeza							
Aislamiento							

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Molestares Gástricos

Hora Malestar	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Ardor Dolor	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
Hambre	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
Inflamación	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
Flatulencias	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Nombre Paciente: _____ **Fecha:** _____

Autoregistro de Sueño.							
0 ----- 5 ----- 10							
Malestar	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
	I:	I:	I:	I:	I:	I:	I:
	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
	I:	I:	I:	I:	I:	I:	I:
	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
	I:	I:	I:	I:	I:	I:	I:
	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
	I:	I:	I:	I:	I:	I:	I:
	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Autoregistro de Dolor de Cabeza.							
0 ----- 5 ----- 10							
Malestar	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
	I:	I:	I:	I:	I:	I:	I:
	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
	I:	I:	I:	I:	I:	I:	I:
	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	H:	H:	H:	H:	H:	H:	H:
	I:	I:	I:	I:	I:	I:	I:
	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Residencia en Medicina Conductual**

Nombre: _____

COGNITIVO CONDUCTUAL

Fecha: _____

Fecha/Hora	Situación	¿Qué pienso?	¿Qué siento?	Síntoma	¿Qué hago?

¿Dónde está la evidencia?

SITUACIÓN	EMOCIÓN %	PENSAMIENTO O IMAGEN %	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO %	EMOCIÓN %

Registro de Pensamientos Disfuncionales

Fecha/Hora	Situación	Pensamiento Automático	Emoción	Respuesta Adaptativa	Resultado



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
Centro de Servicios Psicológicos
Residencia en Medicina Conductual
Cadena Cognitivo-Conductual del Estrés



Nombre: _____

Fecha: _____

FUENTE DE ESTRÉS:			
FACTORES DE ESTRÉS		Frecuencia	Intensidad 0 _____ 5 _____ 10
Cognitivos	_____		

Conductuales	_____		

Emociones	_____		

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Autoregistro de Pensamientos.							
Pensamiento	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Pensamientos Negativos

Hora Duración Cognición	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Culpable	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:
Atrapada en Círculo	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:
No voy a poder	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:
No puedo hacer las cosas que quisiera	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:	H: D:

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Auto registro de Tensión Arterial y Pulso

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	T/A: P:						
Tarde	T/A: P:						
Noche	T/A: P:						

**Centro de servicios psicológicos
Facultad de psicología
UNAM
Residencia en Medicina Conductual
Registro de Medicamentos**

Pastillas	Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	Mañana							
	Tarde							
	Noche							

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Residencia en Medicina Conductual**

Registro de Relajación

Nombre: _____
Terapeuta _____

Sesión	Presión arterial	Tasa Cardíaca	Temp . Mano s	Tasa Resp.	Tiempo Total	Presión arterial	Tasa Cardíaca	Temp. Manos	Tasa Resp.	Auto reporte

Observaciones:

**Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual**

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____

Edad: _____ **Peso:** _____ **Talla:** _____ **Sexo:** _____

Autoregistro de Alimentos

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora Desayuno							
Hora Comida							
Hora Cena							

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REGISTRO DEL CONTROL DE PESO

Nombre: _____

Edad: _____

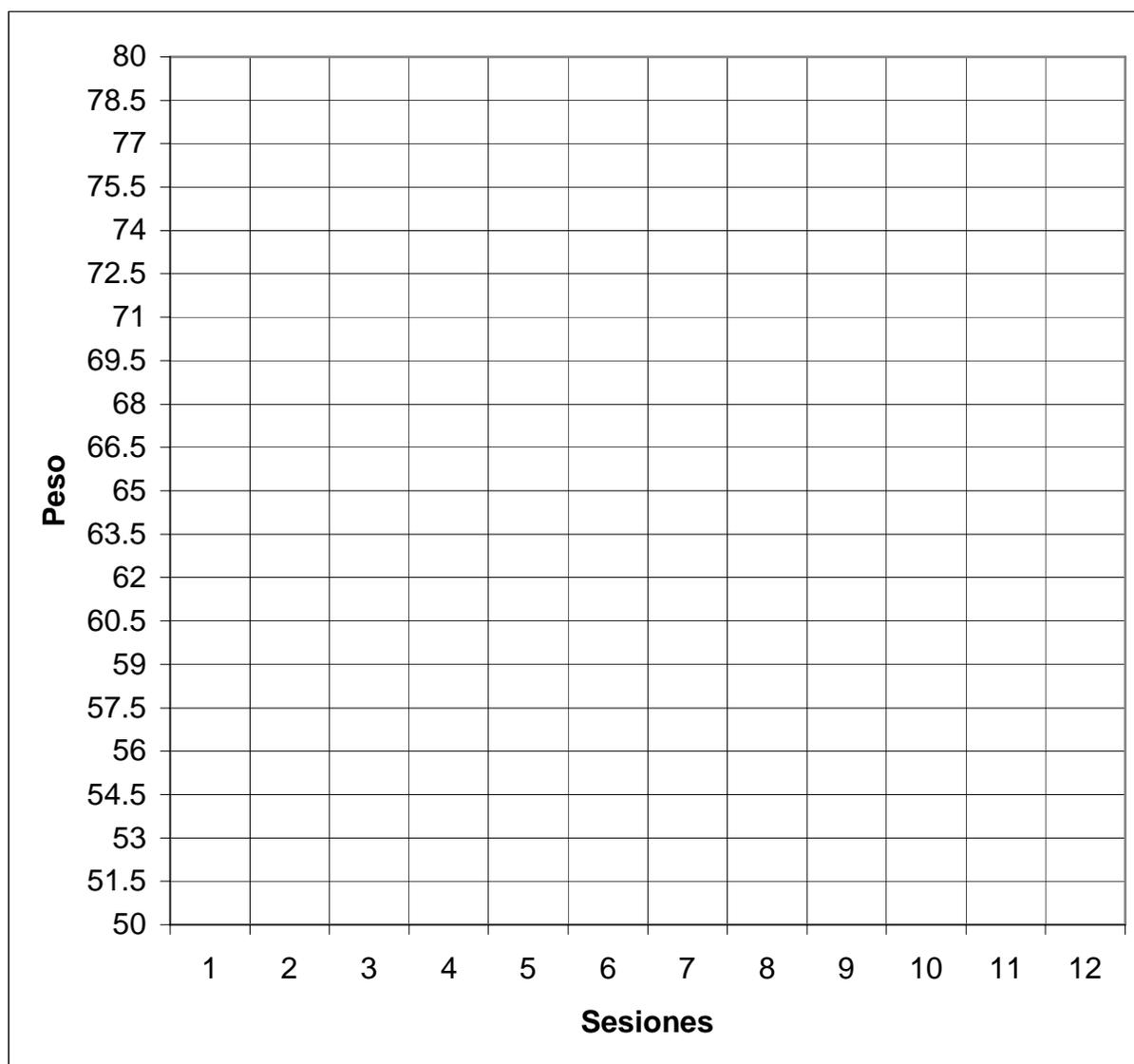
Sexo: _____

Estatura: _____

Complexión: _____

Peso actual: _____

Peso ideal: _____



REGISTRO DE CREENCIAS CENTRALES

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA:

DATOS RELEVANTES DE LA INFANCIA ¿Qué experiencias contribuyeron al desarrollo y al sostenimiento de la creencia central?		
CREENCIAS CENTRALES ¿Cuál es la creencia más importante que tiene acerca de su persona?		
PRESUNCIONES/CREENCIAS/REGLAS CONDICIONALES ¿Qué presunción positiva lo ayudó a soportar su creencia central? ¿Qué es la contraparte negativa de esta presunción?		
ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS ¿Qué comportamientos lo ayudan a sobrellevar la creencia?		
Situación 1 ¿Cuál fue la situación problemática?	Situación 2	Situación 3
Pensamiento Automático ¿Qué pasó por su mente?	Pensamiento Automático	Pensamiento Automático
Significado del P.A. ¿Qué significa para ud. ese pensamiento automático?	Significado del P.A.	Significado del P.A.
Emoción ¿Qué emoción se asocia con el P.A.?	Emoción	Emoción
Comportamiento ¿Qué hizo entonces el paciente?	Comportamiento	Comportamiento

SITUACIÓN PROBLEMA



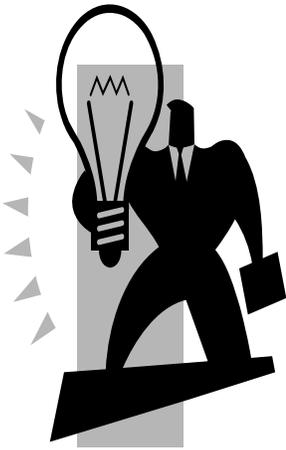
- ¿Cuál es la situación que me molesta? _____
- ¿Quiénes están involucrados? _____
- ¿Dónde ocurre? _____
- ¿Cuándo ocurre? _____
- ¿Cómo ocurre? _____
- ¿Con qué frecuencia ocurre? _____

OPCIONES DE SOLUCIÓN

Todas las que se nos ocurran. No importa si parecen tontas, sabias, etc.

Lo importante es tener mucho de donde escoger

- a.
- b.
- c.
- d.



CONSECUENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS

Ahora, de cada opción hay que pensar que sería lo positivo o lo negativo...

Opción a.

- + _____
- _____

Opción b.

- + _____
- _____

Opción c.

- + _____
- _____

Opción d.

- + _____
- _____





SIMULACION

Ensayo

¿Cuál es la mejor opción? _____
¿Qué se necesita para hacerlo? _____

AHORA... ¡VAMOS A ENSAYARLO!

¡¡LLEVARLO A CABO!!

¿Funcionó adecuadamente? SI NO
Si no, ¿Porqué no funcionó? _____
¿Qué necesito para mejorar? _____



CUANDO HAYA FUNCIONADO...

¡¡¡MUCHAS FELICIDADES!!!

Has llevado a cabo correctamente el SOCS

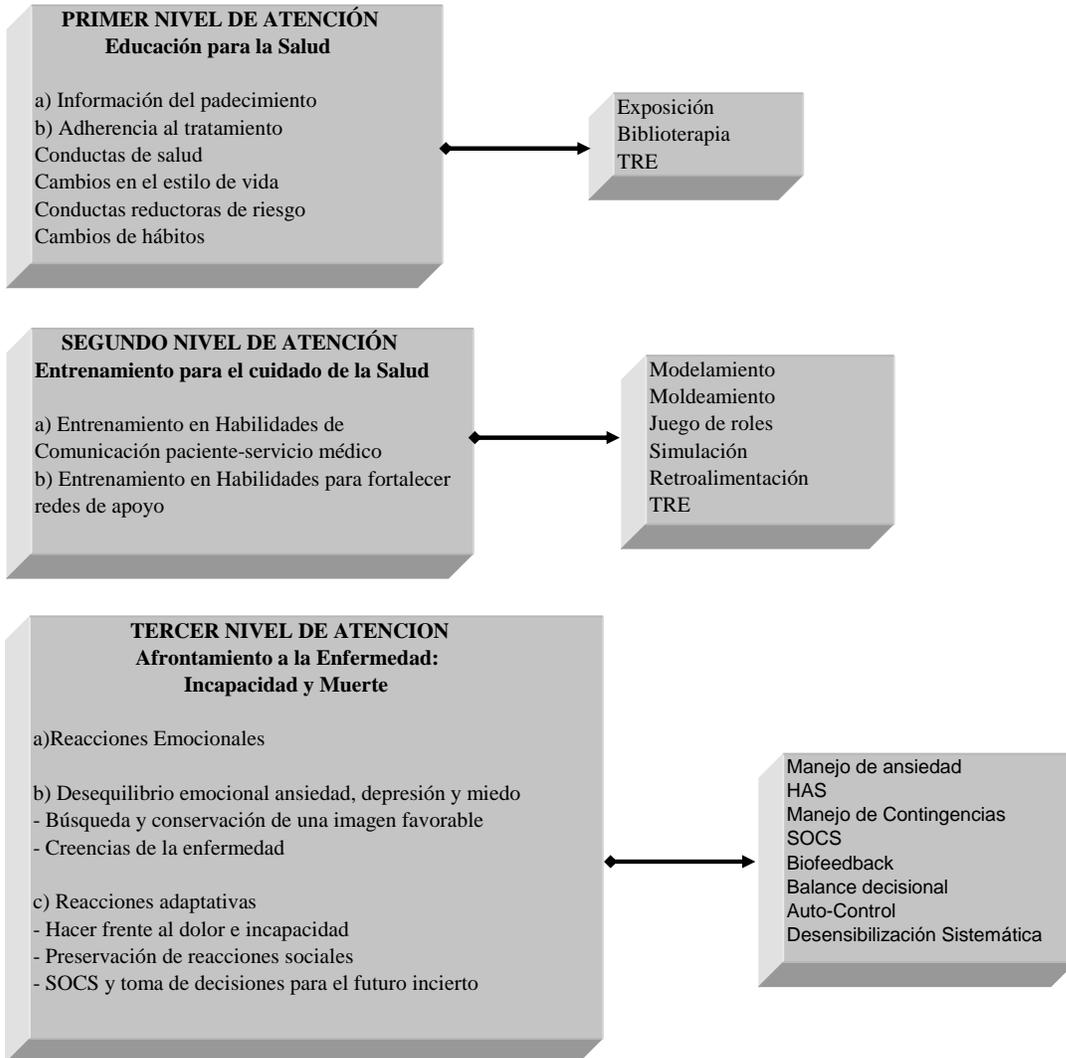
¡¡¡Puedes seguir utilizándolo en otras situaciones!!!



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

SOCS

NIVELES DE ATENCION



ANEXO 17

Centro de Estudios Psicológicos FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL.

Reporte De Alta.

Expediente: _____
Fecha: _____
Semana: _____
Cuenta: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: _____

MODALIDAD DEL TRATAMIENTO: _____

LOGRO DE OBJETIVOS EN:

1) CONDUCTA PROBLEMA: _____

2) MEDICO: _____

3) FAMILIAR: _____

4) LABORAL: _____

5) SOCIAL: _____

6) ACADÉMICA: _____

7) SEXUAL: _____

OBSERVACIONES Y / O SUGERENCIAS TERAPÉUTICAS

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO - TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

ANEXO 18

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Reporte de Alta Voluntaria

EXPEDIENTE :

FECHA:

No. SESIONES:

PAGO:

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Edo. Civil:

Motivo de alta voluntaria:

Atentamente:

TERAPEUTA RESPONSABLE:

CO-TERAPEUTA:

SUPERVISOR:

ANEXO 19

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Baja Voluntaria

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Motivo de consulta: _____

Motivo de Baja: _____

Fechas de Rescates:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Firmo de conformidad mi baja y acepto las repercusiones correspondientes

Firma

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

ANEXO 20

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Reporte de Baja

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Motivo de consulta: _____

Objetivo de Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Motivo de Baja: _____

Fechas de Rescates:

1) _____ 2) _____ 3) _____

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

ANEXO21

ANEXOS 22

FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLINICO

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Hoja Frontal

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO: _____

Nombre del usuario: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____

Col. _____ Del. _____

C.P. _____

Tel. domicilio: _____ Tel. trabajo: _____ Recados: _____

Responsable: _____ Teléfono: _____

Dx Médico: _____

Dx Psicológico: _____

Ubicación: _____

Fecha de ingreso a Psicología: _____ Fecha de alta en Psicología _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Resultados obtenidos: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNAM

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

PAGO:

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Objetivo del Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Áreas de trabajo: _____

1. Conducta objetivo. Definida ¿cómo?

- a) Excesos cognitivo-conductuales _____

- b) Déficits cognitivo-conductuales _____

- c) Recursos y destrezas cognitivo-conductuales _____

2. Métodos de recolección de información (entrevistas, cuestionarios, escalas, registros, etc.)

- a) Manifestaciones abiertas de la conducta del paciente _____

- b) Manifestaciones cognoscitivas de la conducta _____

- c) Conductas que el paciente monitoreará y registrará _____

- d) Indicadores fisiológicos _____

- e) Conductas que el personal médico monitoreará y registrará _____

- f) Conductas que la familia del paciente monitoreará y registrará _____

- g) Conductas que otros pacientes monitorearán y registrarán _____

- h) Cambios duraderos en el medio ambiente _____

3. Análisis funcional de la conducta

- a) Eventos (manifiestos y/o encubiertos) que preceden a la conducta _____

- b) Eventos (manifiestos o encubiertos) que siguen a la conducta _____

- c) Ganancias secundarias por emitir la conducta _____

4. Motivación para el cambio

- a) ¿Qué será diferente cuando el problema se elimine?
 - para el paciente _____

 - para la familia _____

 - para el personal médico _____

- b) Eventos (reforzadores) potenciales que apoyen el cambio de la conducta
 - le agrada al paciente _____

 - le desagrada al paciente _____

 - le es indiferente al paciente _____

5. Otras personas significativas para el paciente _____

6. Factores que mantienen el problema _____

7. Modalidad de tratamiento _____

8. Programa de intervención

a) Objetivo general de tratamiento _____

b) Objetivos específicos y actividades por área

- Área familiar

Actividades _____

- Área laboral:

Actividades _____

- Área social

Actividades _____

- Área sexual

Actividades _____

- Área Académica

Actividades _____

-
-
- Área institucional

Actividades _____

9. Evaluación del Programa de Intervención

- a) Monitoreo del programa de tratamiento _____

- b) Programación del mantenimiento del cambio de conducta _____

- c) Resultados obtenidos _____

- d) Satisfacción al tratamiento _____

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma del co-terapeuta

Nombre y firma del supervisor

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
HORA: _____
PAGO: _____

Modalidad De Tratamiento

INSTRUMENTO	CALIFICACION	INTERPRETACION	TECNICA
MODALIDAD DE TRATAMIENTO: _____			

Puntos a considerar para presentación de:

Sesiones Clínicas

- ‡ Signos y síntomas del padecimiento
- ‡ Estudios de laboratorio y gabinete o pruebas para diagnóstico diferencial
- ‡ Componentes psicológicos
- ‡ Tratamiento médico y nombre de los medicamentos más usuales, prescripción y para qué se dan; si hay cirugía como se llama y en qué consiste.
- ‡ Tratamiento psicológico para un padecimiento físico que conlleva a un trastorno psicológico (ponerlo por sesiones)
- ‡ Trabajo pre-post operatorio y recuperación
- ‡ Referencias
- ‡ Resumen de la presentación impresa y en disco

Casos Clínicos

- ‡ Solicitud del caso
- ‡ Exposición de preconsulta
- ‡ Ficha de canalización
- ‡ Programa de tratamiento
- ‡ Avance terapéutico



GUIA GENERAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EVC

- Modifique su estilo de vida para reducir riesgos:
- Controle la presión arterial elevada.
- Evite o limite los alimentos ricos en colesterol.
- No fume.
- No beba alcohol en exceso.
- Haga ejercicio regularmente.
- Mantenga su peso dentro de los límites recomendados.
- Mujeres: evite usar pastillas anticonceptivas si tiene más de 30 años de edad.
- Trate de resolver las situaciones crónicas de estrés.
- Mantenga el régimen de medicamentos preescritos siguiendo las recomendaciones del médico.
- Controle las enfermedades existentes (cardíaca, diabetes) siguiendo las recomendaciones del médico.



Centro de Servicios Psicológicos " Dr.
Guillermo Dávila " Facultad de
Psicología, UNAM

Av. Universidad No 3004 Delegación
Coyoacán, Colonia Copilco-Universidad.

Teléfono: 56 22 23 09
Horarios de atención : Lunes a Viernes de
8:00 a 20:00 hrs.



EVENTO VASCULAR

Centro de Servicios Psicológicos " Dr.
Guillermo Dávila " Facultad de
Psicología, UNAM



ANEXO 24

El término en inglés para referirse a un evento vascular es stroke". En español, muchas personas comúnmente utilizan los términos "accidente vascular", "ataque cerebrovascular", "ataque cerebral", "apoplejía" o "derrame cerebral" para nombrarlo

EVENTO VASCULAR CEREBRAL (EVC)

La Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es una alteración neurológica, que se caracteriza por su aparición brusca, generalmente sin aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas e incluso la muerte. Destaca como la causa más común de incapacidad en adultos y es la tercera causa de muerte en nuestro país. Es una de las causas principales de incapacidad en los adultos y son también un factor importante de demencia en la vejez.

DEFINICION Y CLASIFICACIÓN

Un accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente (trombótico o embólico) o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales (hemorrágico).



Los accidentes cerebrovasculares isquémicos trombótico y embólico, juntos representan aproximadamente el 80 por ciento de todos los ataques cerebrales.

SINTOMAS

La presentación súbita de varios de estos síntomas pueden indicar que ha ocurrido un accidente cerebrovascular y que se necesita inmediatamente atención médica

- Confusión, dificultad para hablar o entender
- Dificultad para ver con uno o con los dos ojos
- Dificultad para caminar, mareo, pérdida del equilibrio o de la coordinación

- Dolor de cabeza severo, sin causa conocida
- Súbito adormecimiento o debilidad en la cara, el brazo o la pierna (especialmente en un lado del cuerpo)
- Pérdida del conocimiento, desmayo o coma

EL evento vascular cerebral se define como una emergencia médica y el tiempo entre la presentación y duración de los síntomas y la atención médica de los mismos es vital para determinar el pronóstico de recuperación de la persona que lo sufrió y las complicaciones posteriores.



FACTORES DE RIESGO

Existe varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de tener un EVC tales como la hipertensión, la enfermedad cardíaca, la diabetes, el estrés y el consumo de cigarrillos. Otros factores incluyen el elevado consumo de alcohol, niveles altos de colesterol en la sangre, consumo de drogas ilícitas y condiciones genéticas o congénitas, especialmente anomalías vasculares o lesiones en la cabeza y cuello.

Es más frecuente que se presente un EVC a partir de los 55 años en adelante, y es predominante en el sexo masculino y en la raza afroamericana. En el caso de las mujeres es más probable que se presente durante el embarazo, el parto o la menopausia. En el caso de los niños, se puede presentar por deficiencia de vitamina K, sacudidas violentas o infecciones intracraneales.

COMPLICACIONES



Aunque los ataques cerebrales son una enfermedad del cerebro, pueden afectar todo el cuerpo. Los efectos de un ataque cerebral pueden variar desde leves hasta severos, y pueden incluir parálisis en un lado del cuerpo (el lado opuesto al lado del cerebro que fue dañado) problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje, juicio y memoria, así como dificultades en el habla, problemas de visión, y problemas en la coordinación motora. Los pacientes también pueden sentir dolor y adormecimiento después de un accidente cerebrovascular.

DIAGNOSTICO

Para ayudar a diagnosticar la causa de un accidente cerebrovascular con rapidez y exactitud, el primer paso en el diagnóstico es un breve examen, donde se hace una valoración clínica, la cual consiste en la exploración y un interrogatorio.



A la par se realizan pruebas de sangre, un electrocardiograma y exploraciones con técnicas diagnósticas de imágenes, tales como la tomografía computarizada, la resonancia magnética, el ultrasonido Doppler, la arteriografía.

TRATAMIENTO

La terapia con medicamentos o fármacos es el tratamiento más común para el accidente cerebrovascular.

La cirugía puede utilizarse para prevenir un accidente cerebrovascular, o para tratarlo una vez que ya se presentó.



REHABILITACION

La rehabilitación después de un EVC debe comenzar tan pronto el paciente se estabilice y a menudo sigue después de haber regresado a su casa. La rehabilitación incluye muchos tipos de terapia:

Terapia física para volver a aprender a caminar, sentarse, acostarse, y cambiar de un tipo de movimiento a otro.

Terapia ocupacional para volver a aprender a comer, beber, tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer, escribir, cuidado personal.

Terapia de dicción o del habla para aprender de nuevo el lenguaje y las destrezas de comunicación.

Terapia psicológica/psiquiátrica, para aliviar algunos problemas mentales y emocionales relacionados

Cuestionario de evaluación sobre el daño neurológico

1.- ¿Qué es un evento vascular?

2.- ¿Cuántos y cuales son los tipos de eventos vasculares que existen?

3.- Nombre algunos de los factores de riesgo que pueden hacer más probable que se presente un evento vascular

4.- ¿Cuáles son los síntomas que se presentan cuando se sufre un evento vascular?

5.- Las complicaciones o secuelas que pueden presentarse posterior a un evento vascular son:

6.- Nombre algunas herramientas o estudios que utiliza el médico para diagnosticar un evento vascular

7.- El tratamiento médico que se le otorga a una persona que sufrió un evento vascular consiste en:

8.- Nombre las diferentes terapias de rehabilitación que se recomienda que los pacientes que sufrieron un evento vascular lleven a cabo:

ANEXO 25