



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Propuesta de Intervención Psicológica en el Diagnóstico de
Depresión, en Pacientes con Cáncer de Mama (CaMa)**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

Emilia Estrada Feria

Director: Lic. César Roberto Avendaño Amador

Dictaminadores: Dra. Rocío Tron Álvarez

Mtra. Patricia Suárez Castillo



Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

| | | |
|----|---|----|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| 2. | CÁNCER DE MAMA (CAMA)..... | 11 |
| | 2.1 DEFINICIÓN..... | 11 |
| | 2.1.1 CLASIFICACIÓN..... | 11 |
| | 2.1. 2 FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD..... | 13 |
| | 2.2 EPIDEMIOLOGÍA..... | 15 |
| | 2.2.1 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-041-SSA2-2002..... | 15 |
| | 2.3 ASPECTOS PSICOLOGICOS..... | 16 |
| | 2.3.1 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD..... | 16 |
| | 2.3.2 SALUD..... | 18 |
| | 2.3.3 PSICOLOGÍA DE LA SALUD..... | 18 |
| | 2.3.4 CALIDAD DE VIDA..... | 19 |
| 3. | DEPRESIÓN..... | 21 |
| | 3.1 DEFINICIÓN..... | 21 |
| | 3.2 EPIDEMIOLOGIA..... | 22 |
| | 3.3 EVALUACIÓN (EV)..... | 23 |
| | 3.3.1 ENTREVISTA DE EVALUACIÓN..... | 24 |
| | 3.3.2 ESCALAS..... | 29 |
| | 3.3.2.1 ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE, HDRS)..... | 29 |
| | 3.3.2.2 ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY- ASBERG (MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE, MADRS)..... | 31 |
| | 3.3.2.3 ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE..... | 32 |
| | 3.4 DIAGNÓSTICO (DX)..... | 34 |
| | 3.4.1 CRITERIOS DSM-IV..... | 34 |
| | 3.4.1.1 TRASTORNOS DEPRESIVOS..... | 34 |
| | 3.4.1.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR..... | 34 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 3.4.2 | CRITERIOS CIE-10..... | 38 |
| 4. | TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL..... | 48 |
| 4.1 | ANTECEDENTES..... | 54 |
| 4.1.1 | PRIMERA GENERACIÓN..... | 54 |
| 4.1.2 | SEGUNDA GENERACIÓN..... | 55 |
| 4.1.3 | TERCERA GENERACIÓN..... | 57 |
| 4.2 | TÉCNICAS..... | 65 |
| 4.2.1 | LA PERSPECTIVA CLÍNICA TRANSDIAGNÓSTICA..... | 65 |
| 4.2.2 | ACEPTACIÓN Y COMPROMIZO..... | 67 |
| 4.2.3 | ENTRENAMIENTO DE CONSCIENCIA PLENA..... | 70 |
| 4.2.4 | REGULACIÓN EMOCIONAL..... | 73 |
| 4.2.5 | VALIDACIÓN..... | 81 |
| 4.2.6 | DEBATE EMPÍRICO..... | 86 |
| 4.2.7 | TÉCNICA DEL DOBLE CRITERIO..... | 87 |
| 4.2.8 | DESDRAMATIZACIÓN=DESCATASTROFIZACIÓN..... | 88 |
| 4.2.9 | CONTINUOS COGNITIVOS..... | 89 |
| 4.2.10 | CONTRAPUNTOS O TÉCNICA DEL PUNTO- CONTRAPUNTO..... | 90 |
| 4.2.11 | REATRIBUCIÓN..... | 91 |
| 4.2.12 | PSICOEDUCACIÓN..... | 91 |
| 4.2.13 | ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD..... | 91 |
| 4.2.14 | DEFUSIÓN COGNITIVA..... | 98 |
| 4.2.15 | RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA..... | 101 |
| 4.2.16 | EXPOSICIÓN EN VIVO..... | 104 |
| 4.2.17 | SOLUCIÓN DE PROBLEMAS..... | 107 |
| 4.2.18 | ACTIVACIÓN CONDUCTUAL..... | 107 |
| 4.2.19 | CONTROL DE IMPULSOS..... | 109 |
| 4.2.20 | DETENCIÓN DE PENSAMIENTO..... | 111 |
| 4.2.21 | ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN..... | 112 |
| 4.2.22 | AUTO REFUERZO..... | 112 |
| 5. | INTERVENCIÓN..... | 113 |

| | | |
|----|-------------------|-----|
| 6. | CONCLUSIONES..... | 117 |
| 7. | BIBLIOGRAFÍA..... | 118 |
| 8. | ANEXOS..... | 121 |

*“...Hice un nudo en el pañuelo
pero me olvidé después
que no era la única vez,
y volví cantando...”*

María Elena Walsh

Agradecimientos

Al hombre sabio, al hombre noble, a mi maravilloso Padre Feliciano.

Para quién sé que está en mi corazón, a mi Madre Reynalda.

A mi alma gemela, mi hermano Arturo y su Yeny.

A la mujer fuerte, que siempre puede, mi hermana Lizette.

A los niños que son lo que les enseñamos, que sean amor, a mis hermosos sobrinos Carolina y Gerardo.

A quien transformar con música, en quién creo, sepa que puede contar conmigo no hasta dos o hasta diez sino contar conmigo, a mi compañero Alaín.

A mi amigui, a mi maestro, a quién le agradezco de corazón compartir esta aventura, a mi camarada César Avendaño.

A una persona especial, tan especial que mucho de este trabajo es reflejo de lo que me ha enseñado, a mi amiga, a mi maestra, a mi compañera y colega Sissi Escobar.

Cuidadora de almas y guía, mi Almita Hernández.

A quien me acogió, escucho, cuido con amor y siempre creyó en mí, Maestra Patricia Suárez.

A la Dra. Rocio Tron, por ser parte de esta aventurilla.

A una mujer tan fuerte que sigue de pie ante la adversidad, Sra. Beatriz Carmona.

A otra mujer fuerte y excepcional, maestra Irma Alarcón.

Al Dr. Leonardo Reynoso, por ser cómplice de mis metas.

A esas personitas maravillosas que se han atravesado en mi camino para quedarse a mis amigas hermosas, Nao-mi, Aura, Ingrid, Rosalba, Lizbeth, para enseñarme, para acompañarnos, porque en mis mejores

pero sobre todo en los malos momentos han estado y creído en mí. Al Sami tú puedes amigo. Al destello especial de Itzel.

A las mujeres con Depresión y Cáncer de Mama y sus familiares, porque esta lucha te hace humano, crecer, sacar lo mejor y lo peor. Mil gracias por confiar en mí y compartir conmigo lo más íntimo, su salud, sus miedos, sus alegrías.

“...Gracias a la vida que me ha dado tanto

Me dio el corazón que agita su marco

Cuando miro el fruto del cerebro humano,

Cuando miro al bueno tan lejos del malo,

Cuando miro al fondo de tus ojos claros...”

Violeta Parra

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo tiene como objetivo brindar una orientación y herramientas para los profesionistas dentro del área de la salud. Conformado por cuatro capítulos.

Dentro del capítulo II se describe al cáncer de Mama (CaMa) desde una perspectiva multidisciplinaria.

El cáncer es un término genérico utilizado para describir un grupo de más de cien enfermedades, que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos para describirlo son las Neoplasias y los tumores malignos. El cáncer se prolifera rápidamente de manera anormal e incontrolada de células dañadas que crecen más allá de su límite normal. Pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos por medio del sistema linfático en un proceso que da lugar a la invasión llamada metástasis (World Health Organization, OMS 2008).

El CaMa también llamado cáncer de seno, es el crecimiento desordenado de células en las glándulas mamarias que generalmente se detectan como un bulto en el seno. Este se origina en el tejido mamario y de igual manera que otros cánceres, puede invadir y crecer hasta los tejidos que rodean el seno. (Instituto Nacional de Cancerología de México, INCan, 2013).

El CaMa se clasifica dependiendo del lugar en que origino el crecimiento irregular de células, puede ser en los conductos o en los lobulillos y el grado de invasión.

Garduño en el 2010 nos señala que para clasificar el tipo de Ca es importante la ubicación del tumor.

Los factores asociados a la enfermedad como la edad, sexo, factores genéticos, antecedentes familiares, estilo de vida, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que el CaMa el cáncer más frecuente entre las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países que no lo están o se encuentran en vías de desarrollo, se está incrementando el número de casos en el mundo.

Así como la importancia de la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002.

Los modelos de creencia de la salud. La salud se define como el estado completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social del individuo y no es solamente la ausencia de enfermedad o afecciones. La salud es fundamental para la calidad y bienestar de las personas.

¿Qué es la psicología de la salud y que nos ofrece? Es un “conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente, el análisis y mejora del sistema sanitario y la elaboración de políticas de salud” (Matarazzo, 1982).

Así mismo cual es el papel del psicólogo clínico en el área de la enfermedad CaMa.

Dentro del capítulo III se describe a la depresión desde una visión multidisciplinaria, médica, psicológica, psiquiátrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la depresión es un trastorno mental con un ánimo depresivo, caracterizada por una pérdida de interés o placer, hay sentimientos de culpa, baja autoestima, desorden de los sueños, pérdida del apetito, poca energía y concentración en quienes la presentan (OMS, 2007).

La prevalencia e incapacidad de esta enfermedad.

La evaluación. Una de las labores más importantes y delicadas para el psicólogo clínico es lo que puede ser llamada “La conceptualización del terapeuta” Es una de las tareas de este durante el proceso de evaluación, que consiste en saber: 1. Que información obtener y 2. Cómo conseguirla. Posteriormente el terapeuta deberá integrarla y usarla para generar Hipótesis, y así configurar el problema del cliente. Si este paso no se hace de forma aceptable, lo más probable es que las inconsistencias lleven a un replanteamiento posterior con pérdida de tiempo y lo más importante, las posibles consecuencias que ello tenga en el paciente. Así como las escalas que se pueden implementar para evaluar Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), Escala de Depresión

de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS), Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde.

La importancia y eficacia del diagnóstico (Dx) El diagnóstico clínico es esencial en la asistencia clínica, la investigación y la salud pública. El establecimiento de un diagnóstico certero es la base para la elección del mejor tratamiento, para determinar el pronóstico y para que el paciente alcance una buena comprensión del tratamiento clínico cuál es su objetivo. (Phillips, First, & Pinicus, 2005).

Las características que nos ofrecen el DSM-IV y el CIE-10 para diagnosticar.

Dentro del capítulo IV se describe lo que es la terapia cognitivo conductual TTC, de primera segunda y tercera generación.

Todos tenemos estructuras cognitivas llamadas “Esquemas”, estas procesan la información que llega e interpreta nuestras experiencias con sentido. Los Síntomas psicopatológicos (emociones, cogniciones y conductas) emergen cuando los Esquemas patológicos son activados por eventos estresantes. Debido a que los Pensamientos Automáticos, Conductas y Emociones son recíprocamente causales, cualquier cambio en uno de ellos basta para modificar a los demás.

Los cambios en los Esquemas se espera que reduzcan el número, a oportunidad de que reaparezca, e intensidad de futuros episodios de malestar.

Una serie de técnicas derivadas de la tercera generación, su descripción, el proceso de aplicación, la utilidad y alternativas a esta.

En el capítulo V se encontrará con la propuesta de intervención que se realiza a partir de lo descrito en los anteriores capítulos. Para finalizar las conclusiones como resultado del proyecto de intervención en el diagnóstico (Dx) de depresión durante el tratamiento (Tx) de Cáncer de Mama CaMa.

2. CÁNCER DE MAMA (CaMa)

2.1 Definición

¿Qué es el cáncer de mama (CaMa)?

El cáncer es un término genérico utilizado para describir un grupo de más de cien enfermedades, que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos para describirlo son las Neoplasias y los tumores malignos. El cáncer se prolifera rápidamente de manera anormal e incontrolada de células dañadas que crecen más allá de su límite normal. Pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos por medio del sistema linfático en un proceso que da lugar a la invasión llamada metástasis (World Health Organization, OMS 2008).

El CaMa también llamado cáncer de seno, es el crecimiento desordenado de células en las glándulas mamarias que generalmente se detectan como un bulto en el seno. Este se origina en el tejido mamario y de igual manera que otros cánceres, puede invadir y crecer hasta los tejidos que rodean el seno. (Instituto Nacional de Cancerología de México, INCan, 2013).

Los métodos más utilizados para diagnosticar el CaMa es por medio de la mamografía, resonancia magnética, diversos tipos de biopsia y la prueba HER2.

El CaMa se clasifica dependiendo del lugar en que origino el crecimiento irregular de células, puede ser en los conductos o en los lobulillos y el grado de invasión.

2.1.1 Clasificación

Garduño en el 2010 nos señala que para clasificar el tipo de Ca es importante la ubicación del tumor:

- ✚ Carcinoma in situ. El carcinoma es también conocido como “tumor”, In situ que significa “en su sitio”, esto quiere decir que el cáncer está ubicado en los conductos de los lobulillos y no se ha extendido al tejido adiposo aledaño al seno ni a otros órganos del cuerpo.

- ✧ Carcinoma lobular. Se origina en los llamados lobulillos pero no atraviesa las paredes de éstos. Usualmente no se convierte en cáncer invasivo sin embargo, hay casos en los que sí puede desarrollarse.
- ✧ Carcinoma conductual. Es el tipo más común de cáncer invasivo de seno. En este caso las células cancerosas que se encuentran dentro de los conductos no se propagan a través de las paredes hacia el tejido adiposo del seno. Este tipo de cáncer se trata con cirugía o radiación, métodos que generalmente son favorables a la cura del padecimiento. Sin embargo, si no se tratan a tiempo pueden convertirse en invasivos.
- ✧ Carcinoma ductal infiltrante (o invasivo). Este tipo de cáncer tiene su origen en las glándulas que producen leche. En este proceso el cáncer puede extenderse hacia los canales linfáticos o los vasos sanguíneos del seno y distribuirse a otras partes del cuerpo. Este tipo de tumor es el más común en el CaMa.
 - ✧ Carcinoma lobular infiltrante (o invasivo). El origen de este tipo de cáncer se encuentra en las glándulas productoras de leche y puede extenderse a otras partes del cuerpo. Un 105 y 15% de los cánceres invasivos pertenecen a esta clasificación.
- ✧ Carcinoma medular. En este tipo de carcinomas las células cancerosas se encuentran agrupadas y en los bordes del tumor, hay células del sistema inmunitario que sirven para atacar y destruir las células anormales, así como a otros agentes extraños como bacterias o virus. El carcinoma medular es responsable de aproximadamente 5% de todos los cánceres de seno.
- ✧ Carcinoma coloide. Perteneció al tipo de cáncer ductal invasivo y el término médico que se les da es carcinoma mucinoso ya que está formado por las células que producen mucosidad. El pronóstico para este tipo de cáncer es favorable, ya que tiene menores probabilidades de propagación que el cáncer ductal invasivo o lobular invasivo.
- ✧ Carcinoma tubular. Es un tipo especial de carcinoma ductal infiltrante. Las mujeres diagnosticadas con este tipo de cáncer, tienen menos probabilidades de que se propague fuera del seno en comparación con el

cáncer ductal invasivo o el lobulillar invasivo. Este carcinoma es responsable de 2% de todos los casos de CaMa.

- ✧ Cáncer inflamatorio de mama. Este tipo de cáncer no es común y representa aproximadamente el 1% de los casos de CaMa. La piel afectada del seno se siente caliente, esta enrojecida y tiene la apariencia de una cáscara de naranja. Ahora se sabe que esos cambios no se deben a una simple inflamación, sino a las células cancerosas que bloquean los vasos linfáticos de la piel.

2.1. 2 Factores asociados a la enfermedad

En la actualidad se sabe con exactitud que origina el cáncer, sin embargo se ha considerado diversos factores asociados a esta enfermedad.

- ✧ Sexo: el CaMa ataca principalmente a mujeres y solo en 1% a hombres.
- ✧ Edad: el riesgo de padecer CaMa aumenta con la edad. Cerca de 18% de los casos de CaMa se diagnostican en las mujeres de 40 a 49 años de edad, mientras que alrededor de 77% de las mujeres con este tipo de cáncer son mayores de 50 años al momento del Dx. Con mucha menor frecuencia se presentan casos en mujeres entre 20 y 30 años.
- ✧ Factores genéticos: los que se heredan, se presentan cuando hay cambios en los genes del cáncer (BRCA o BRCA2). Éstos son dos genes, que hasta el momento los especialistas han identificado, tiene una relación muy estrecha con el padecimiento.
- ✧ Antecedentes familiares de CaMa: el riesgo de CaMa es más alto entre las mujeres cuyos familiares consanguíneos cercanos tienen esta enfermedad. Los genes de las células llevan la información hereditaria representada aproximadamente del 5% a 10% de todos los casos de CaMa. Algunos genes alterados relacionados con el CaMa son más comunes en ciertos grupos étnicos como la raza blanca. El riesgo de que aparezca un nuevo cáncer en otra parte del seno o en otro seno aumenta de tres a cuatro veces en una mujer que ya tiene cáncer en un seno.

- ✚ Períodos menstruales: el riesgo aumenta si los periodos menstruales comenzaron a una edad temprana (antes de los 12 años) o la menopausia se presenta tardíamente (después de los 50 años).
 - ✚ Mujeres que no han tenido hijos: el riesgo es literalmente mayor en mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años.
 - ✚ Uso de anticonceptivos orales: las mujeres que utilizan anticonceptivos orales tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer CaMa que las que no.
 - ✚ Alcohol: la ingesta de bebida alcohólicas están asociadas a un ligero aumento en posibilidad de padecer esta enfermedad.
 - ✚ Obesidad y dietas con alto contenido en grasas: la obesidad (exceso de peso) aumenta el riesgo, especialmente en las mujeres que han pasado por la menopausia. El exceso de tejido adiposo aumenta los niveles de estrógeno e incrementar la probabilidad de padecer CaMa (INCan, 20123)
- En general podemos agrupar a los pacientes según el pronóstico. Las decisiones terapéuticas se formulan, en parte, de acuerdo con categorías de estadificación pero, principalmente:
- ✚ Al tamaño del tumor.
 - ✚ Estado de los ganglios linfáticos.
 - ✚ Índices de los receptores de estrógeno y progesterona en el tejido tumoral.
 - ✚ El estado del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2/neu).
 - ✚ El estado menopáusico.
 - ✚ La salud en general de la paciente.

Sistema de clasificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC, 2002). También nos proporciona la clasificación por medio de etapas para definir que tanto ha progresado la enfermedad. Son cinco etapas enumerada de 0 a 5, en algunos caso se subdividen en A y B. Entre más confinado al sitio primario se clasificará en las primeras etapas, cuando se clasifica en las etapas más avanzadas se tratara de una cáncer posiblemente más grande con invasión de ganglios y otras estructuras.

El sistema de clasificación TNM (tumor, node, metastases, en inglés) refiere el tamaño del tumor primario, la invasión de tejidos y estructuras cercanas:

N: se refiere al grado en que se han afectado los ganglios linfáticos.

M: indica si ya existe metástasis a otros órganos.

(Woodward, Strom, Tucker, et al; (2003) citado en Garduño 2010).

2.2 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que el CaMa el cáncer más frecuente entre las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países que no lo están o se encuentran en vías de desarrollo, se está incrementando el número de casos en el mundo.

Una de cada diez mujeres sufrirá CaMa a lo largo de su vida. El cáncer mamario dejó de estar rodeado a los países desarrollados y a las mujeres con óptimos recursos económicos, inclusive ha desplazado el Ca cervicouterino en varias regiones de Latinoamérica, ocupando así la primera causa de muerte por neoplasias malignas entre mujeres.

En México, el CaMa representa un reto para la salud pública. Durante el 2010 cada dos horas murió una mujer a causa de esta terrible enfermedad, convirtiendo así en la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 25 años o más. La tasa de mortalidad del CaMa se ha ido incrementando dentro de los últimos años e incluso ha superado a la tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino. Esto representa en la actualidad un desafío para el sistema de salud pública en nuestro país. Estos datos nos invitan a reflexionar sobre la importancia que tiene la promoción y prevención, para la detección temprana del CaMa, este tema se aborda con mayor detalle en la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002.

2.2.1 Norma oficial mexicana NOM-041-SSA2-2002.

En el año 2003 durante el mes de Septiembre es publicada en nuestro País la NOM-041-SSSA2-2002 utilizada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, esta es

una herramienta legal de observancia obligatoria para todo el personal de salud, profesional y auxiliar de los sectores público, social y privado que brinde atención médica. Se hace referencia a las tres áreas de intervención para poder detectar el CaMa, la autoexploración mamaria, la exploración clínica de mamas y mastografía.

2.3 Aspectos psicológicos

2.3.1 Modelo de creencias de la salud

Existen diferentes modelos teóricos que han tratado de explicar la ocurrencia de la conducta protectora de salud y de la prevención de las enfermedades. Entre esos diversos modelos teóricos, el más destacado es el modelo de Creencias de Salud (MCS).

El modelo de Creencias de Salud, fue desarrollado en los años cincuenta por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de Salud Pública de los Estados Unidos Americanos, entre los que destacaban los psicólogos G.M. Hochbaum, S.S, Kegeles, H. Leventhal e I.M. Rosenstock y ellos formaban parte de *Public Health Service estadounidense*. Quienes intentaban dar respuesta a el porque las personas no participaban en los programas de detección y prevención de las enfermedades.

Años más tarde, Rosenstock se encargó de desarrollar y aumentar el Modelo de Creencias de Salud, el cual fue modificado tiempo después por Becker y Maiman para dejarlo como en la actualidad se conoce.

El MCS fue una de las primeras teorías que ha explicado el comportamiento de la salud, y ha sido este modelo el que más atención ha originado y el que hasta hoy en día ha generado un sin número de investigaciones, enfocadas en diversos temas del área de la salud como caries dental, VIH, tuberculosis, entre otros.

Sus componentes básicos provienen de las hipótesis propuestas por diferentes teorías y fue desarrollado por Kurt Lewin donde explica que la conducta de los individuos dependía de dos variables:

1. El valor que una persona le atribuye a una determinada meta o un resultado en particular.
2. La estimación que esa persona hace de la posibilidad de que una acción dada llegue a cumplir dicha meta.

Se ajustan estas variables precisamente al ámbito de la salud, esas variables quedaran de la siguiente manera:

- a) El deseo de la persona por evitar la enfermedad o recuperar su salud
- b) La creencia de que una conducta saludable especifica o una acción determinada pueda prevenir la enfermedad o recuperar su salud.

Rosenstock en 1974 explica que el MCS consta de cuatro dimensiones:

La susceptibilidad percibida: conocida también como la percepción de riesgo vulnerabilidad, términos que muestran la probabilidad subjetiva de contraer una enfermedad, para esto es fundamental que la persona conozca sobre el riesgo que existe al padecer un determinado padecimiento, lo cual se encuentra muy influenciado por diversos factores que la persona incrementa o disminuye de acuerdo a su percepción del riesgo sobre la enfermedad.

1. La severidad percibida: se refiere a la idea que tienen las personas del nivel de gravedad de contraer una determinada enfermedad, se dice que el individuo mide ese grado de severidad primordialmente en función de las repercusiones que se tienen tanto en el aspecto individual, como en lo físico, laboral, social, familiar, etc.
2. Los beneficios percibidos: para que la persona llegue a realizar una acción de prevención (y de esta manera evitar la amenaza de contraer alguna), es necesario que la persona sepa sobre los beneficios que se obtendrán y que sean aceptables y accesibles para ella.
3. Las barreras percibidas: se conocen como los inconvenientes u obstáculos que se encuentran como potencialmente negativos de que la persona lleve a cabo una determinada conducta de salud.

El MCS incorpora elementos indispensables como las medidas de acción o medidas externas, estas influyen en las medidas de prevención y pueden ser: la información que la persona haya recibido por parte del personal de salud sobre alguna determinada enfermedad, de los medios de

comunicación, de los amigos, familiares, campañas de prevención, folletos, internet, etc.

Además se han identificado diversas “variables demográficas” como la edad el sexo; “sociopsicológicas” como la ansiedad, personalidad, clase social, presión del grupo y compañeros de referencia; y “estructurales” como la educación, historia familiar, historia de aprendizaje, historia personal del CaMa. Estas variables se toman en cuenta como factores que llegan a afectar la percepción del individuo, influyendo así indirectamente en sus conductas y comportamientos de salud.

2.3.2 Salud

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social del individuo y no es solamente la ausencia de enfermedad o afecciones. La salud es fundamental para la calidad y bienestar de las personas.

2.3.3 Psicología de la salud

- ✍ “conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, en la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente, el análisis y mejora del sistema sanitario y la elaboración de políticas de salud” (Matarazzo, 1982).
- ✍ "La Psicología de la Salud es la especialidad en Psicología que interviene en todas las cuestiones que involucran las interacciones por sobre el binomio salud-enfermedad", (GRAU, J., 1997).
- ✍ "El Psicólogo es un profesional que debe trabajar para la promoción de la salud, superando la práctica de prevención“ (BOCK,A., 1995).

¿Qué hace el psicólogo de la salud?

- ✍ Identificación precoz de personas en situación de riesgo (bio-psi-social-cultural).
- ✍ Desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables.

- ✧ Investigación e Intervención (In) en factores que permitan una buena calidad de vida, para personas con enfermedades crónicas.
- ✧ La inclusión de la perspectiva comunitaria y de salud pública en los esfuerzos de la psicología de la salud.
- ✧ La necesidad urgente de enfocar los roles más de salud desde una perspectiva global.

Roles del psicólogo de la salud

- ✧ Diseñar, aplicar y evaluar intervenciones psicológicas a personas, familias, grupos o comunidades en condición de enfermedad física (de manifestación orgánica). Desde un modelo bio-psico-social, dentro de organizaciones sanitarias, servicios públicos.
- ✧ Diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.
- ✧ Programas de prevención y promoción de la salud.
- ✧ Investigación cualitativa y cuantitativa
- ✧ Ética en salud

La salud no se contempla como un objetivo en sí misma, sino como un recurso para la vida cotidiana, como una manera de vivir “calidad de vida”

2.3.4 Calidad de vida

El tema de calidad de vida se ha convertido, desde 1986 en un área de interés para los pacientes con cáncer y sus familias, para poder brindar los cuidados en general, con el objetivo de mantener y restaurar su calidad de vida después de un tratamiento antineoplástico, el cual solo está indicado si el beneficio que se busca justifica los costos tóxicos.

Históricamente la calidad de vida ha sido utilizada como una evaluación clínica en cáncer, empleando medidas para comparar tratamientos, identificar efectos colaterales y consecuencias del tratamiento, para conocer las necesidades de los pacientes, ya sea en el área médica, psicológica y tener una mayor adherencia en futuros tratamientos.

El cáncer en calidad de vida se ha definido como un sentido personal de bienestar abarcando perspectivas multidimensionales que generalmente

incluyen dimensiones o dominios físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Poder aproximarnos a la calidad de vida que tiene o aspira una paciente con CaMa, nos brinda un margen para adecuarnos a las medidas terapéuticas.

La calidad de vida continúa siendo el principal tema de manejo a largo plazo de los efectos del tratamiento del cáncer, las enfermedades mismas y cuidadas paliativos el paciente (Ferrel, 1997).

Cuando nos referimos a calidad de vida básicamente estamos valorando:

1. El estado de actividad física del paciente, incluyendo tiempos de actividad, reposo y el grado de cumplimiento de sus obligaciones domésticas, sociales y profesionales.
2. El estado psicológico del paciente, con especial referencia a la ansiedad y depresión.
3. La capacidad del paciente para mantener relaciones afectivas interpersonales en los diferentes ambientes: conyugal, familiar y social.
4. El propio juicio de sí mismo.

El objetivo general de la calidad de vida es integrar la experiencia subjetiva del paciente dentro de la evaluación del tratamiento. Por lo que la valoración de la calidad de vida es una necesidad ética, que engloba valores y percepciones.

3. DEPRESIÓN

3.1 Definición

¿Qué es la depresión?

Hablar de la depresión nos invita a tener una visión multidisciplinaria y específica, para poder comprenderla y tratarla. Es común que las personas crean estar deprimidas cuando solo pasan por un periodo de tristeza, se ha confundido la tristeza con la depresión. El presente capítulo tiene como finalidad conocer diferentes conceptualizaciones de la depresión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la depresión es un trastorno mental con un ánimo depresivo, caracterizada por una pérdida de interés o placer, hay sentimientos de culpa, baja autoestima, desorden de los sueños, pérdida del apetito, poca energía y concentración en quienes la presentan (OMS, 2007).

Por otra parte en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) explica que es un trastorno cuya característica principal es una alteración del humor y a su vez se divide en los siguientes trastornos: Trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología, con la finalidad de identificarla y diagnosticarla eficazmente.

En el enfoque conductual, describen la depresión como un sentimiento producido por la falta o reducción del reforzamiento positivo y/o castigo en las interacciones sociales. (Skinner, 1974; Fester, 1973 y Lewinsohn, 1974; 1975. Citados en Vargas-Mendoza 2009).

Beck (1983) en la teoría cognitivo conductual define la depresión como un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como la pérdida de espontaneidad, actitudes pesimistas, falta de sueño, pérdida de intereses, mal humor, disminución en la ingesta de alimentos, descuido del arreglo personal, aseos, pérdida o aumento del

sueño y usualmente se mantiene por cogniciones negativas de sí mismo, de su entorno y el futuro.

3.2 Epidemiología

Prevalencia de la depresión en México

- ✎ Alguna vez: 3.3%
- ✎ Últimos 12 meses: 1.5%
- ✎ Último mes: 0.6%
- ✎ Mujeres: 4.5%
- ✎ Hombres: 2.0%

La depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y en el 2020 será la segunda.

La mitad de los individuos que sufren depresión no buscan tratamiento. (Regier y col., 1988)

- ✎ La depresión no se diagnostica en el 50% de los pacientes que sí buscan ayuda. (Goldberg y Huxley, 1980. Freeling y col., 1985).
- ✎ Existen numerosos estudios que documentan la falta de reconocimiento de la depresión por parte de los médicos generales y de los de primer nivel.

✎

Aspectos Biológicos

- ✎ Genéticos
- ✎ Enfermedades medicas
- ✎ Fármacos
- ✎ Otros trastornos psiquiátricos
- ✎ Consumo de sustancias
- ✎ Alteraciones bioquímicas

Psicológicos

- ✎ Sucesos vitales y factores estresantes ambientales
- ✎ Factores de personalidad premórbido

- ✓ Los sucesos estresantes suelen preceder a los primeros episodios
- ✓ El estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral (neurotransmisores)
- ✓ Pérdida de un progenitor antes de los 11 años
- ✓ Pérdida de un cónyuge
- ✓ Psicopatología y dinámica familiar

3.3 Evaluación (Ev)

La importancia de la evaluación que es la base de todo programa terapéutico. La evaluación o “identificación de los problemas” continúa durante el proceso terapéutico. Una parte central de esta fase es conceptualizar los problemas del cliente.

Una de las labores más importantes y delicadas para el psicólogo clínico es lo que puede ser llamada “La conceptualización del terapeuta” Es una de las tareas de este durante el proceso de evaluación, que consiste en saber: 1. Que información obtener y 2. Cómo conseguirla. Posteriormente el terapeuta deberá integrarla y usarla para generar Hipótesis, y así configurar el problema del cliente. Si este paso no se hace de forma aceptable, lo más probable es que las inconsistencias lleven a un replanteamiento posterior con pérdida de tiempo y lo más importante, las posibles consecuencias que ello tenga en el paciente.

La necesidad de practicar una entrevista precisa y global para poder definir los problemas del cliente o paciente, de forma concreta.

Se describen los modelos de caso o conceptualización de problemas propuestos por Swensen, Seay, Lazarus y el modelo ABC. Estos modelos tienen el objetivo de aclarar la complejidad de los problemas expuestos por el cliente, tomando en cuenta que existirán en la gran mayoría de los casos elementos del problema que tengan que ver con el contexto, estén relacionados con eventos pasados y a la vez con cuestiones del presente. A ello habrá que agregar la existencia de conductas encubiertas que son difíciles de dilucidar por el terapeuta. Lo anteriormente enlistado es un grupo de ejemplos para concientizar al terapeuta en formación que la

conducta conflictiva de sus futuros clientes rara vez ocurre en un contexto aislado.

Tener claras las diferentes funciones del proceso de evaluación en la terapia es una forma de identificar y definir los problemas de los clientes para adoptar decisiones sobre el tratamiento terapéutico.

3.3.1 Entrevista de evaluación

A manera de apoyo en la delicada tarea de definir junto con su paciente los problemas y decidir el tipo de tratamiento terapéutico, el psicólogo clínico cuenta con una diversidad de herramientas que incluyen entre otras cosas instrumentos y métodos útiles para identificar y definir la modalidad y parámetros de los problemas. A continuación se enumeran los de mayor uso:

1. Pruebas Estandarizadas.
2. Evaluación Psicofisiológica.
3. Listados de Autoinforme.
4. Observación de hecha por otras personas.
5. La Auto-Observación a través de Registros.
6. La Capacidad Imaginativa del cliente.
7. El Role-Play.
8. La Entrevista Indirecta. Un elemento nuevo para mi es que no solo estos métodos se utilizan en el inicio del tratamiento, sino que son utilizados en el transcurso de la terapia para que el terapeuta pueda saber sobre la evolución del cliente a lo largo de la terapia.

El énfasis que realizan en este capítulo sobre la importancia de poder complementar la valiosa información obtenida durante el proceso de entrevista tiene que ver con que la consideran limitada y si, lo es, inclusive pensando en psicoterapeutas muy experimentados nunca está de más poder obtener la mayor información posible sobre el problema del paciente.

1. La aceptación de que en el pasado del cliente, “en algunas ocasiones se encuentran experiencias relacionadas con el problema o conflicto emocional actual”.
2. Que al considerar una entrevista más informativa que terapéutica y para que así sea, con frecuencia suele estar dirigida por una persona diferente al terapeuta que le ha sido asignado al cliente.

Las preguntas guía sin duda son elementos estratégicos para poder indagar y definir el problema del cliente para generar hipótesis certeras y una buena intervención. El indagar en las áreas afectiva, somática, conductual, cognitiva, contextual y relacional en las diferentes esferas es una forma de poder clarificar y reflexionar tanto para el terapeuta como para el cliente.

Conceptualizar los problemas de los pacientes

El terapeuta puede traducir la afirmación vaga del cliente en una descripción más específica del problema mediante ciertas destrezas asociadas a la evaluación de los problemas.

La evaluación es un procedimiento y un instrumento que se emplea para recoger y procesar la información de la cual se deriva todo el programa terapéutico. La evaluación persigue 6 objetivos:

1. Obtener información sobre el problema
2. Identificar las variables determinantes asociadas a los problemas.
3. Determinar las expectativas/metás del cliente para los resultados de la terapia.
4. Obtener los datos de línea base con los que se comparan los resultados siguientes para evaluar el progreso del cliente y los efectos de las estrategias de tratamiento.
5. Educar y motivar al cliente compartiendo con él sus puntos de vista sobre el problema.
6. La información que se obtiene durante el proceso de evaluación deberá ayudarnos a responder la siguiente pregunta ¿Qué tratamiento, desarrollado por quién, es más conveniente para este individuo con este problema específico y bajo qué circunstancias?

Las tareas del terapeuta durante el proceso de evaluación consisten en saber qué información obtener y como conseguirla, integrarla de alguna forma significativa y utilizarla para generar presentimientos clínicos o hipótesis sobre los problemas del cliente a esto se le denomina “conceptualización”.

Modelo de conceptualización del problema de Swensen:

Conducta desviada (sintomatología; = Función del grado del estrés, conductas, resultados no deseados) hábitos y defensas desajustadas.

Este modelo proporciona al terapeuta formas de decidir el enfoque para el tratamiento que utilizara para asistir al paciente en particular. Seleccionar los enfoques de intervención vinculados a los problemas y objetivos identificados y que tienen más posibilidades de ser útiles al cliente para resolver sus problemas. Swensen afirma que “cualquier educación en el número de factores del numerador de la formula (estrés, hábitos y defensas desajustadas) deberían reducir el déficit psicológico del mismo modo que aumentarían en número de factores del dominador (apoyos, defensas y hábitos ajustados, capacidades)”.

Modelo de conceptualización del Problema de Seay:

Este modelo integra contenidos temáticos y técnicas terapéuticas. Se basa en temas vitales (y estilos de vida) importantes derivados de tres modalidades primarias del funcionamiento humano: cognición, afecto y conducta (CAC).

Describe las siguientes categorías para describir los problemas de los pacientes:

1. Principales contingencias ambientales (incluidos los sucesos del entorno, las consecuencias, la historia)
2. Temas cognitivos: consisten en conceptos falsos e irracionales de que dispone el cliente.
3. Temas efectivos: consisten en barreras o conflictos emocionales que interfieren o son contraproducentes.

4. Patrones de conducta: son las conductas abiertas observables. Pueden incluir conductas verbales y no verbales que muestra el paciente durante la terapia como el ritmo al hablar o la frecuencia de gestos así como patrones de conducta que muestra fuera del entorno terapéutico y a menudo en situaciones relacionadas con el problema, como ingesta excesiva, alcoholismo o adicción a drogas o las dificultades de aprendizaje.

Modelo de conceptualización de problemas de Lazarus: BASIC ID

Según Lazarus, está asociado a la terapia de conducta de amplio espectro y con el “eclecticismo técnico” las personas son: “seres que se mueven, sienten, imaginan, piensan y se relacionan”. Cada vez que surge el estrés o un desequilibrio psicológico, estas funciones quedan afectadas. En la evaluación y en la intervención deben explorarse siete modalidades BASIC ID.

B: conducta

A: afecto

S: sensación

I: capacidad imaginativa

C: cognición

I: relaciones interpersonales

D: Fármacos

La terapia cognitiva de la conducta incluye variedad de técnicas y estrategias que se basan en los principios de aprendizaje y que están diseñadas para producir modificaciones constructivas en las conductas humanas.

Las conductas conflictivas (desajustadas) se generan, se desarrollan y están sujetas a alteraciones o modificaciones del mismo modo que las conductas normales (ajustadas). Estas conductas sociales se originan y desarrollan a consecuencia de los acontecimientos o claves situacionales externas o por refuerzos externos o por procesos internos como la cognición, la mediación

y la resolución de problemas. Se sugiere una forma de analizar los problemas del cliente que defina los problemas actuales de conducta del cliente y algunas condiciones que contribuyen al problema. Este enfoque propone la definición “operativa” u “objetiva” de problema. Esta funciona como una medida o una escala conductual.

El modelo del ABC de la conducta

Una forma de identificar la relación entre la conducta problema y los acontecimientos ambientales es el modelo ABC. Este modelo sugiere que la conducta (B) está influida por los sucesos que la preceden, denominados “antecedentes” (A) y por algunos sucesos que las siguen “consecuencias” (C): un suceso antecedente (A) es una clave o señal que advierte a la persona como debe comportarse en una situación. Una consecuencia (C) se define como un acontecimiento que fortalece o debilita la conducta.

Conducta: incluye las cosas que hace y sobre las que piensa el cliente. Conducta manifiesta son las conductas observables o visibles como la conducta verbal (el habla) la conducta no verbal (asentir, sonreír) o la conducta motora (iniciar alguna acción como apostar, andar o beber). La conducta encubierta sucesos que normalmente son internos (ocurren dentro del cliente) y no son visibles para un observador.

Antecedentes: la conducta está determinada por la situación. Esto implica que ciertas conductas tienden a ocurrir solo en ciertas situaciones. Los antecedentes pueden provocar reacciones emocionales y psicológicas. También influyen sobre la conducta aumentando o disminuyendo la probabilidad de su ocurrencia. Los antecedentes que ocurren inmediatamente antes de la conducta problema se denomina “sucesos estímulo” e incluye cualquier acontecimiento o condición que favorece la conducta o reduce la probabilidad de su aparición bajo esas condiciones. Los antecedentes alejados temporalmente del problema reciben el nombre de sucesos mediadores. También diversas fuentes de antecedentes que disminuyen la probabilidad de aparición de algunos componentes en la ansiedad. La influencia que tienen los antecedentes sobre nuestra conducta

puede variar de una persona a otra dependiendo de nuestras historias de aprendizaje.

Consecuencias: las consecuencias de una conducta son acontecimientos que siguen a dicha conducta y ejercen alguna influencia sobre ella o están funcionalmente relacionadas con ella. Las consecuencias se describen como positivas o negativas. Las consecuencias positivas técnicamente refuerzos y las negativas castigos. Las consecuencias positivas (los acontecimientos reforzantes) mantienen o aumentan la conducta. Las personas tienden a repetir las conductas que producen efectos satisfactorios. Las consecuencias positivas también pueden mantener una conducta por refuerzo negativo, eliminar un suceso desagradable que sigue a la conducta, aumentando la probabilidad de que dicha conducta vuelva a ocurrir.

Las consecuencias negativas debilitan o eliminan la conducta. Una conducta se debilita o disminuye normalmente (al menos temporalmente) si va seguida por un estímulo o suceso desagradable (castigo), si se elimina o finaliza un suceso positivo o reforzante (coste de respuesta) o si la conducta ya no va seguida de los sucesos reforzantes (extinción operante).

Clasificación diagnóstica de problemas de los pacientes

Los problemas del cliente pueden organizarse en forma de taxonomía (clasificación) diagnóstica. El sistema de clasificación oficial que se emplea con mayor frecuencia se haya en el DSMIII-R. Se denomina multiaxial, porque consiste en una evaluación realizada en base a cinco códigos o ejes: Eje I. Síndromes clínicos. Estados no atribuibles al trastorno mental, que merecen atención o tratamiento o códigos adicionales.

Eje II. Trastornos de personalidad y trastornos específicos del desarrollo.

Eje III. Estados y trastornos somáticos.

Eje IV. Intensidad del estrés psicosocial.

Eje V. Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año.

3.3.2 Escalas

3.3.2.1 Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS).

Autor: M.Hamilton.

Referencia: *A rating scale for depression.* J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23: 56-62.

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo.

N.º de ítems: Existe una versión de 17 ítems, otra de 21 y otra de 24.

Administración: Heteroaplicada.

Descripción

- ✎ La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- ✎ Ha de ser administrada por un clínico.
- ✎ El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los 2 días previos.
- ✎ Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.
- ✎ A esta escala se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.
- ✎ Es la escala más utilizada en la actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de Montgomery-Asberg.

Corrección e interpretación

- ✎ Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño.
- ✎ La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes:
- ✎ 0-7: no depresión.

- ✧ 8-12: depresión menor.
- ✧ 13-17: menos que depresión mayor.
- ✧ 18-29: depresión mayor.
- ✧ 30-52: más que depresión mayor
- ✧ Otros puntos de corte utilizados son:
 - ✧ 0-7: no depresión.
 - ✧ 8-14: distimia.
 - ✧ > 15: depresión de moderada a grave.
- ✧ El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación _ 18.
- ✧ Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen:
 - ✧ melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13)
 - ✧ ansiedad (ítems 9-11)
 - ✧ sueño (ítems 4-6).
- ✧ No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices.
- ✧ Ver anexo 1

3.3.2.2 Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

Autores: S. A.Montgomery,M. A. Asberg.

Referencia: *A new depression scale designed to be sensitive to change.* Br J Psychiatry 1979; 134: 382-389.

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo.

N.º de ítems: 10.

Administración: Heteroaplicada.

Descripción

- ✧ La MADRS consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión.
- ✧ Administración por parte de un clínico.

- ✎ La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4 y 6). Para asignar la puntuación el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente.
- ✎ Presenta la ventaja frente a la HDRS de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes físicos.

Correlación e interpretación

- ✎ Proporciona una puntuación global que se obtiene sumando la puntuación asignada en cada uno de los 10 ítems.
- ✎ La puntuación total puede oscilar entre 0 y 60 puntos.
- ✎ Los puntos de corte recomendados son los siguientes:
 - ✎ 0-6: no depresión.
 - ✎ 7-19: depresión menor.
 - ✎ 20-34: depresión moderada.
 - ✎ 35-60: depresión grave.
- ✎ Otros puntos de corte utilizados en distintos ensayos clínicos son:
 - ✎ 0-12: no depresión.
 - ✎ 13-26: depresión leve.
 - ✎ 27-36: depresión moderada.
 - ✎ >37: depresión grave.
- ✎ Ver anexo 2

3.3.2.3 Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde

Autor: W. Zung.

Referencia: *A self-rating depression scale.* Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.

Evalúa: La gravedad del cuadro depresivo.

N.º de ítems: 20.

Administración: Autoaplicada.

Descripción

- ✎ Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados.
- ✎ Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:
- ✎ Factor depresivo.
- ✎ Factor biológico.
- ✎ Factor psicológico.
- ✎ Factor psicosocial: descrito por Conde y cols. y formado por los ítems 14, 18 y 19.
- ✎ Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas.
- ✎ El marco de referencia temporal es el momento actual.
- ✎ Para evitar el sesgo del «acostumbramiento» en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo.
- ✎ Junto con el BDI es la escala autoaplicada más utilizada en la depresión.
- ✎ Esta escala está adaptada y validada al español (Conde, 1967).

Corrección e interpretación

- ✎ Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems.
- ✎ Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta «muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente» vale 1 punto y la respuesta «casi siempre, siempre, casi todo el tiempo» vale 4 puntos.
- ✎ Los ítems en sentido negativo son los números 1, 3, 4, 7-10, 13, 15 y 19.
- ✎ Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta «muy poco tiempo,...» vale 4 puntos y la respuesta «casi siempre,...» vale 1 punto.

- ✚ Los ítems en sentido positivo son los número 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16-18 y 20.
- ✚ La puntuación total oscila entre 20 y 80, a mayor puntuación mayor gravedad del cuadro depresivo.
- ✚ Los puntos de corte propuestos (Bech, 1996) son:
 - ✚ 20-40: no depresión.
 - ✚ 41-47: menos que depresión mayor.
 - ✚ 48-55: depresión mayor.
 - ✚ 56-80: más que depresión mayor.
- ✚ Los puntos de corte propuestos en la validación española (Conde y cols., 1970-1974) son:
 - ✚ 20-35: depresión ausente.
 - ✚ 36-51: depresión subclínica y variantes normales.
 - ✚ 52-67: depresión media-severa.
 - ✚ 68-80: depresión grave (opcionalmente hospitalizable).
- ✚ También se puede transformar la puntuación bruta en un índice porcentual (Índice SDS = puntuación \times 100/80), en cuyo caso los puntos de corte utilizados son:
 - ✚ < 50 %: no depresión.
 - ✚ 50-59 %: depresión leve.
 - ✚ 60-69 %: depresión moderada.
 - ✚ >70 %: depresión grave.
- ✚ Ver anexo 3

3.4 Diagnóstico (Dx)

¿Para qué sirve el Diagnóstico?

El diagnóstico clínico es esencial en la asistencia clínica, la investigación y la salud pública. El establecimiento de un diagnóstico certero es la base para la elección del mejor tratamiento, para determinar el pronóstico y para que el paciente alcance una buena comprensión del tratamiento clínico cuál es su objetivo. (Phillips, First, & Pinicus, 2005).

3.4.1 Criterios DSM-IV

3.4.1.1 Trastornos depresivos

En el capítulo Trastornos del estado de ánimo dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, nos encontramos con el apartado de “Trastornos depresivos” en el cual se especifican los siguientes trastornos:

3.4.1.2 Trastorno depresivo mayor

Características diagnósticas:

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historio de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos (Criterios A y C). Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tiene en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debido a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado solo para los primeros episodios) o si es recidivante. Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con sistemas fluctuantes de dos episodios independientes.

El cuarto dígito es el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntoma psicótico o grave con síntomas psicóticos.

Procedimientos de tipificación:

Los códigos diagnósticos para el trastorno depresivo mayor se seleccionan de la forma siguiente:

1. Los primeros dos dígitos son F3

2. El tercer dígito puede ser 2 (si hay un único episodio depresivo mayor) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).
3. Se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito indica la gravedad actual del siguiente modo: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos graves con síntomas psicóticos. Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito indica el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor del siguiente modo: 4 para casos en remisión parcial o total. Si la gravedad del episodio actual o del estado de remisión actual del trastorno no se ha especificado, el cuarto dígito debe de ser el 9.

Relación con los criterios diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Al margen de las diferencias en la propia definición del episodio depresivo mayor, los criterios diagnósticos de investigación de CIE-10 proponen un umbral distinto para definir cuando el trastorno se considera un episodio aislado versus dos episodios separados recidivantes. Los criterios de diagnóstico de la investigación de la CIE-10 exigen la presencia de un periodo libre en cualquier síntoma significativo de alteración del estado del ánimo de por lo menos dos meses de entre estos episodios, mientras que los criterios del DSM-IV requieren un intervalo de como mínimo 2 meses consecutivos, en que no se cumpla la totalidad de criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.

Criterios de diagnóstico (Dx)

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. NOTA: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, se debe de especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

- ✓ Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos /grave con síntomas psicóticos.
- ✓ Crónico
- ✓ Con síntomas catatónicos
- ✓ Con síntomas melancólicos
- ✓ Con síntomas atípicos
- ✓ De inicio en el período posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- ✓ En remisión parcial o total
- ✓ Crónico
- ✓ Con síntomas catatónicos
- ✓ Con síntomas melancólicos
- ✓ Con síntomas atípicos
- ✓ De inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están super puestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto, un episodio hipomaniaco.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o los síntomas:

- ✓ Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.
- ✓ Crónico
- ✓ Con síntomas catatónicos
- ✓ Con síntomas melancólicos
- ✓ Con síntomas atípicos
- ✓ De inicio en el periodo posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio reciente:

- ✓ En remisión parcial o total
- ✓ Crónico
- ✓ Con síntomas catatónicos
- ✓ Con síntomas melancólicos
- ✓ Con síntomas atípicos
- ✓ De inicio en el posparto

Especificar:

- ✓ especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica)
- ✓ con patrón estacional

3.4.2 Criterios CIE-10

La organización Mundial de la Salud, publica el CIE-10 (decima revisión) su manual de Trastornos mentales y del comportamiento; descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

Las relaciones entre la etiología los síntomas, los procesos bioquímicos subyacentes, la respuesta al tratamiento y el pronóstico del trastorno del humor no son aún lo suficientemente conocidas como para permitir una clasificación universal, pero a pesar de todo es necesaria. La clasificación que sigue a continuación se basa en la esperanza de que sea,

al menos, aceptable, pues es el resultado de un amplio proceso de consultas.

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de uno del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

Las pautas generales de clasificación de los trastornos del humor (afectivos) han sido seleccionadas por razones prácticas, para permitir identificar con facilidad los trastornos clínicos más frecuentes. Así se han diferenciado los episodios únicos, de los trastornos bipolares y de otros trastornos que presentan múltiples episodios, ya que gran parte de los enfermos solo tienen un episodio. También se ha dado importancia a la gravedad por las implicaciones que tiene para el tratamiento y la asistencia. Hay que reconocer que los síntomas que aquí se llaman somáticos se podrían haber llamado también, melancólicos, vitales, biológicos, o endogenomorfos y que el fundamento científico de este síndrome es cuestionable. Es de esperar que su inclusión aquí dé lugar a una valoración crítica amplia de la utilidad de identificarla por separado. La clasificación está diseñada de tal forma que aquellos que lo deseen pueden recurrir a este síndrome somático pero también puede ser ignorado, sin por ello perder información.

El modo de distinguir los diferentes niveles de gravedad sigue siendo problemático; los tres niveles, leve, moderado y grave.

Los términos manía y depresión grave, se utilizan en esta clasificación para referirse a los extremos opuestos del espectro afectivo, "hipomanía" se utiliza para indicar un estado intermedio sin ideas delirantes, alucinaciones o interrupción de la actividad normal. Con frecuencia, pero exclusivamente se presentan en las etapas iniciales o finales de una manía.

F32 episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1), o grave (F32.2 y F32.3), por lo general el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse de disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y aun cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado del ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos la ansiedad, el mal estar y la agitación psicomotriz puede predominar sobre la depresión. La alteración del estado del ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas tales como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el Dx de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente, se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

F32.0 episodio depresivo leve

Pautas para el Dx:

El ánimo depresivo la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión y al menos, dos del resto de síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laborales y sociales, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve, y están presentes pocos síntomas somáticos o ninguno.

F32.01 Con síntomas somáticos

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes solo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el Dx:

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad, social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.10 sin síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo moderado y no están presentes síntomas somáticos.

F32.11 Con síntomas somáticos

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síntomas somáticos (si están presentes solo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre en un episodio depresivo grave.

Pautas para el Dx:

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve a moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicóticas, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el Dx con una duración menor de semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Utilice esta categoría para episodios aislados de trastorno depresivo grave. Si se hubieran presentado otros episodios utilice la categoría trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Incluye:

- ✎ Episodios depresivos aislados de depresión agitada
- ✎ Melancolía
- ✎ Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones, o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de lo que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias, o de olores a podrido o carne descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (F30.2)

Dx diferencial:

El estupor depresivo hay que diferenciarlo de la esquizofrenia catatónica (F20.2), del estupor disociativo (F44.2) y de las formas del estupor. Se debe utilizar esta categoría únicamente para los episodios aislados de depresión grave con síntomas psicóticos; para los episodios sucesivos se debe utilizar una de las subcategorías de trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Incluye: episodios aislado de:

- ✎ Depresión mayor con síntomas psicóticos
- ✎ Depresión psicótica
- ✎ Psicosis depresiva psicógena
- ✎ Psicosis depresiva reactiva

F32.8 otros episodios depresivos

Se deben incluir aquí los episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica del conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como tensión, preocupación, mal estar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

- ✎ Depresión atípica
- ✎ Episodios aislados de depresión “enmascarada” sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

- ✎ Depresión sin especificación
- ✎ Trastorno depresivo sin especificación

F33 Trastorno depresivo recurrente

Este trastorno se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1), grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado del ánimo o del aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

El riesgo de que un enfermo con un trastorno depresivo recurrente tenga un episodio de manía nunca desaparece totalmente, con independencia de

número de episodios depresivos que haya tenido. Si se presentara un episodio maniaco debe cambiarse el Dx a trastorno bipolar.

El trastorno depresivo recurrente puede subdividirse como se indica a continuación, especificando primero el tipo de episodio actual, y después (si se dispone de suficiente información) el tipo que predomina en todos los episodios.

Incluye: Episodios recurrentes de:

- ✓ Reacción depresiva
- ✓ Depresión psicógena
- ✓ Depresión reactiva
- ✓ Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1)

Episodios recurrentes de:

- ✓ Depresión endógena
- ✓ Depresión mayor
- ✓ Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo)
- ✓ Depresión psicótica psicógena o reactiva
- ✓ Depresión psicótica
- ✓ Depresión vital (F33.2 o F33.3)

Excluye:

- ✓ Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1)

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Pautas para el Dx:

- a) Debe satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo leve (F32.0)
- b) Por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y entre ellos debe de haber un intervalo libre de alteración significativa del humor de varios meses de duración.

De lo contrario debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1)

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.00 Sin síntomas somáticos (ver F32.00)

F33.01 Con síntomas somáticos (ver F32.01)

Puede especificarse si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.1 trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

Pautas para el Dx:

- a) Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe de satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1)
- b) Además por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario debe recurrir a otros trastornos del estado del humor (afectivos) recurrentes (F38.1)

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

F33.10 sin síntomas somáticos (ver F32.10)

F33.11 Con síntomas somáticos (ver F32.11)

Puede especificarse si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

Pautas para el Dx:

- a) Deben satisfacerse todas las pautas del trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo graves sin síntomas psicóticos (F32.2)

- b) Dos episodios deben haber durado por lo menos dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Puede especificarse si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.3 trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

Pautas para el Dx:

- a) Satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- b) Dos episodios por lo menos debieron durar un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Si fuera necesario las alucinaciones o ideas delirantes pueden distinguirse entre congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Puede especificarse si es preciso, el tipo predominante de los episodios previos (leve, moderado, grave, incierto).

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Pautas para el Dx:

- a) Satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.-) pero el estado actual no satisface las pautas para episodio depresivo de cualquier gravedad o para cualquier otro trastorno de F30-39.
- b) Dos episodios por lo menos debieron durar un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

De lo contrario debe recurrirse a otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes (F38.1).

Esta categoría puede utilizar si también el enfermo está recibiendo tratamiento (Tx) para disminuir el riesgo de nuevos episodios.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

Incluye:

- Depresión monopolar sin especificación.

4. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Todos tenemos estructuras cognitivas llamadas “Esquemas”, estas procesan la información que llega e interpreta nuestras experiencias con sentido. Los Síntomas psicopatológicos (emociones, cogniciones y conductas) emergen cuando los Esquemas patológicos son activados por eventos estresantes.

Beck desarrollo un tipo de terapia donde da tratamiento a la psicopatología interviniendo y modificando los Pensamientos Automáticos, Conductas y Esquemas que causan emociones displacenteras y cambiando las relaciones entre ellas. Algunos tipos de intervención también apuntan hacia los eventos y situaciones que gatillan los Esquemas que causan los Síntomas.

Debido a que los Pensamientos Automáticos, Conductas y Emociones son recíprocamente causales, cualquier cambio en uno de ellos basta para modificar a los demás.

Los cambios en los Esquemas se espera que reduzcan el número, el chance de que reaparezca, e intensidad de futuros episodios de malestar.

Acerca de las evidencias empíricas sobre la efectividad de la terapia Cognitivo Conductual, en sus resultados aparece la evidencia de que proporciona mejor protección a las recaídas que la farmacoterapia.

Desgraciadamente se conoce poco acerca de los mecanismos de acción de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Un aspecto que se presenta como evidencia sólida a diferencia de débil evidencia de que el cambio a nivel cognitivo en los pacientes generado por la TCC es que factores comunes a otras terapias como la relación terapéutica produce mucho del cambio in las psicoterapias en general.

A nivel de la práctica clínica la teoría desarrollada por Beck es útil no solo para realizar la formulación de un Síntoma particular o trastorno, también puede ser utilizado para todos los Síntomas de ese paciente, todos sus trastornos y problemas. En otras palabras, es estratégico usar la teoría CC como base para la Formulación de Caso.

Algunos puntos a tomar en cuenta:

- ✚ Los Síntomas nacen de la interconexión entre Emociones, Conductas y Pensamientos Automáticos.
- ✚ La activación de los Esquemas detona las Emociones, Pensamientos Automáticos y Conductas, y los cambios en estos elementos del Síntoma causa que se cambien los Esquemas en algún grado.

Esta idea es extremadamente útil, sin embargo no es sencillo dilucidar la noción de que un cambio en los pensamientos automáticos puede llevar a que el Esquema cambie, de hecho es difícil frecuentemente distinguir entre un Pensamiento Automático de los Esquemas. Un ejemplo es: “No valgo la pena”. Incluso, muchas de las intervenciones de la TCC que están diseñados para tratar los Esquemas, hacen blanco en las conductas mal adaptativas y en los Pensamientos Automáticos que están atados a esos Esquemas.

Las Implicaciones Clínicas: La propuesta que el cambio en las conductas y en los Pensamientos Automáticos pueden llevar a que los Esquemas cambien tiene importantes implicaciones, una de ellas es que los terapeutas pueden fortalecer el poder de sus intervenciones usando las Hipótesis del Esquema acerca del caso para guiar las decisiones clínicas.

Las implicaciones Clínicas:

- ✚ La activación de los Esquemas hace que aparezca un Síntoma, un grupo de Síntomas o el Trastorno.

La activación del o de los Esquemas origina los Trastornos que están hechos de Síntomas, que a su vez están hechos de Cogniciones, Pensamientos Automáticos y de Conductas.

Las Implicaciones Clínicas: En este caso la intervención ocurre a nivel del Síntoma. Cuando el terapeuta está utilizando el modelo de Beck, el formato del Registro de los Pensamientos es usado para evaluar e intervenir en la búsqueda de cambiar los Pensamientos Automáticos, Conductas y Emociones que ocurren o son activados en alguna situación en particular.

Otra implicación clínica es que cuando un paciente busca ayuda con una reacción emocional en una situación particular, el terapeuta puede iniciar el proceso de evaluación con la Hipótesis de que los Esquemas que se encuentran en la base de este malestar serán parecidos a los Esquemas que se encuentran de base en otros Síntomas, problemas y Trastornos que el paciente curse. Ejemplo: si el paciente tiene un Trastorno de Ansiedad, es probable que el paciente tenga Esquemas del tipo “Yo soy vulnerable” y “el mundo es peligroso”. Así cuando el paciente “X” venga muy ansioso debido a un evento estresógeno, el terapeuta puede hipotetisar que los Esquemas de “Soy vulnerable” y el “mundo es peligroso” se activaron. También el terapeuta puede trabajar en otra dirección, esto es, que la conceptualización acerca de los Esquemas que se encuentran de base en el malestar emocional del paciente en una situación particular, puede caber en la conceptualización acerca de los Esquemas que se encuentran de base en el Trastorno. El terapeuta puede construir el tipo de Trastorno-nivel de formulación, e incluso una formulación de caso, desde la formulación de evento. (pg. 24). Otra implicación clínica es que el terapeuta puede ayudar a su paciente a abrirse camino hacia los “grandes problemas” si dirige el proceso terapéutico en ese momento hacia “problemas más pequeños” que son el resultado de los mismos Esquemas de los “grandes problemas”.

El utilizar el modelo de Beck para conceptualizar todo un caso, ayuda al terapeuta a ver la relación entre los síntomas que tiene el paciente y sus

problemas, en lugar de ver a los pacientes como una simple lista del DSM-IV.

- ✧ Esquemas patológicos acerca del sí mismo, los otros, el mundo y el futuro están como base de la Sintomatología Patológica.

Beck propuso que en la base de los Síntomas Psicopatológicos se encuentra una triada cognitiva: el Yo del paciente, su mundo personal y su futuro.

- ✧ Los Esquemas son detonados por eventos que se combinan o dan soporte al Esquema.

Los Síntomas emergen cuando los Esquemas son detonados por lo externo como no se elegido para una promoción o internos como el incremento de la frecuencia cardiaca. Las Implicaciones Clínicas: Que la información acerca de lo que detona el síntoma traiga pistas acerca de la naturaleza de los Esquemas problemáticos del paciente. Otro aspecto que puede aparecer en la clínica es que el terapeuta puede ayudar a sus pacientes a reponerse de situaciones donde los mismos pacientes se colocan. El mero cambio de una escena puede reducir la activación de los Esquemas problemáticos o incrementar la activación de Esquemas adaptativos. Muchas personas son felices y exitosas debido en parte a que tienen la habilidad de buscar contextos en donde ellos se sienten bien y funcional bien. Lo anterior también lo pueden enseñar los terapeutas.

Los Esquemas distorsionan múltiples aspectos del Pensamiento y de la Conducta. Ello puede llegar a incluir la Percepción, la Imaginación, Memoria, Juicio y la capacidad de tomar decisiones. Implicaciones Clínicas: el terapeuta no debe de aceptar ciegamente las interpretaciones que hace el paciente de sus experiencias. En cambio es esencial encontrar que sucedió exactamente.

La forma impulsiva de los Esquemas puede producir evidencia que confirma los Esquemas. Cuando los pacientes o nosotros experimentamos una situación que activa nuestros esquemas para producir pensamientos irracionales y emociones negativas, ocasionalmente tenemos el impulso de comportarnos de forma desadaptada. Ejemplo: una maestra que tenía Esquemas en los cuales: “Yo no soy muy inteligente” y “Los otros me rechazarán por ser una estúpida”. Ella intentaba mitigar sus temores usando palabras rimbombantes en un intento de convencer de que ella era más bien erudita y bien educada. Pero el resultado de esta estrategia fue que ella sonaba pedante e intelectualmente no sofisticada. Su estrategia compensatoria le llevó a ponerse justo donde teme más: que otros perdieran el respeto y cuestionaran su inteligencia y la rechazaran. (pg. 30). La teoría de Beck sugiere que si el paciente puede cambiar su conducta para probar sus creencias irracionales y así desconfirmarlas, podrá no solo resolver el problema que tiene actualmente, sino experimentará una modificación positiva que podría aplicar en otras situaciones complicadas y eventos difíciles.

- ✚ La Topografía de los Síntomas refleja el contenido de los Esquemas. En donde los síntomas que se ven a simple vista, se espera que reflejen el contenido de los mecanismos que están ocultos. Las Implicaciones Clínicas: que el contenido de los pensamientos automáticos, conductas y emociones proveen información acerca de lo que contienen los Esquemas. Esta información es muy importante y útil pues los Esquemas no son directamente observables.
- ✚ Los Esquemas son aprendidos a través de experiencias infantiles.
- ✚ Un ejemplo puede ser el niño que regularmente es físicamente abusado por sus padres, es probable que desarrolle Esquemas de que los otros lo maltratarán o lastimarán. Personas que décadas después desarrollan algún Trastorno de Ansiedad, frecuentemente tuvieron una niñez donde tuvieron que desarrollar Esquemas del Yo como vulnerable y del mundo como incontrolable.

- ✧ Los Esquemas no cambian fácilmente a raíz de que se muestre información que no los confirma.

Una razón es que los mismos Esquemas desvían e impiden que la información de la memoria llegue sin sesgo o bien interpretan los eventos ambiguos como malos. Otra situación que se da es que los individuos con depresión busquen información que confirme sus Esquemas negativos.

La resistencia que muestran los Esquemas al cambio tiene múltiples implicaciones para el psicoterapeuta

Los Esquemas en cierta forma pueden ser como los Prejuicios que son fuertes creencias que tendemos retener aunque podamos ver evidencia que no las confirma. Este ejemplo es útil decirlo a los pacientes para ayudarlos a romper con la tendencia de ignorar la evidencia que no confirma sus esquemas.

El cambio en el Esquema requiere “Activación del Esquema”. Un ejemplo de ello es el tratamiento de los temores patológicos, donde se activa la red más grande que activa a este junto con información que desconfirma los elementos centrales que generan el temor patológico. Una vía que Beck propone para la activación de los Esquemas es a través de que el paciente mencione o escriba la (s) situaciones concretas donde emerja el Esquema, porque no solo con los pensamientos automáticos de tipo negativo. Cuando no se piden situaciones específicas no existirá la carga emocional y los pensamientos tenderán a ser vagos. Las técnicas que se pueden usar son exposiciones en vivo o imaginarias, la silla vacía y otras técnicas gestálticas. Otros métodos que ayudan son aquellos donde el paciente recrea eventos en donde aprendieron esos esquemas. Con esta técnica se retrabajaría sobre los eventos y lo que significan para el paciente. Debido a que la activación de los Esquemas es tan importante para el cambio, el terapeuta

tendrá que poner una atención especial a cuando se activa algún esquema y así poder aprovecharlo para el cambio.

En Terapia: cuando uno crea que se están activando los esquemas siempre querrá uno saber más de ellos, aún y cuando aparentemente se desvíen de la problemática emocional principal, debido a que la topografía de una puede ser similar a la otra, es decir diferentes malestares emocionales pueden estar soportados por los mismos esquemas o bien pueden brindar soluciones de cómo manejar otro malestar emocional.

Los esquemas son aprendidos en la infancia, activados por la combinación de eventos y los síntomas son el reflejo del contenido de los esquemas.

✚ Para cambiar un Esquema se requiere la Activación del Esquema.

La terapia que es efectiva, involucra la activación de las emociones. Por ejemplo: la activación de la red de estímulo que propician miedo y la presentación que desacredita los elementos claves de la red, son los ingredientes para el tratamiento conductual de los miedos patológicos.

Implicaciones Clínicas: Una forma en que el terapeuta se puede apoyar en la activación de los Esquemas es vía la tabla de Pensamiento, específicamente en el apartado de "situación". Cuando el trabajo terapéutico se focaliza en una situación concreta, las cargas emocionales son evocadas y el trabajo terapéutico es mucho más productivo. Otras estrategias pueden ser usadas para activar el Esquema como exposición en vivo o imaginaria, la silla vacía y otras intervenciones de corte gestáltico.

4.1 Antecedentes

4.1.1 Primera generación

La primera generación de terapia de conducta se sitúa, sin ir más lejos, en la década de 1950, cuando aparece su nombre y de hecho vino a fundar una nueva época de la psicología clínica. Por un lado, supuso una rebelión frente a la psicología clínica establecida, dominada principalmente por el psicoanálisis, y, por otro, supuso la instauración de una terapia psicológica sustentada en principios científicos, dados sobre todo por la

psicología del aprendizaje. La terapia de conducta así surgida tenía una especial vocación ambientalista o contextual y a la vez ideográfica, atendida a los casos individuales.

Como quiera que en la psicología del aprendizaje había dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano, la terapia de conducta tiene dos raíces, si es que no dos troncos (a juzgar por las diferentes ramificaciones). En la línea del condicionamiento clásico, que responde al esquema Estímulo-Respuesta (E-R), se desarrollarían las conocidas técnicas de desensibilización sistemática (J. Wolpe) y de exposición (H. J. Eysenck). Estas técnicas resultaron especialmente apropiadas para los problemas clínicos relacionados con el miedo, la ansiedad y las obsesiones (la depresión no era por entonces un trastorno importante), es decir, para el campo de las 'neurosis', los problemas que más frecuentemente atendía la psicoterapia tradicional de 'pacientes ambulatorios'. Sin duda, la terapia de conducta supuso una rebelión y una revolución en el campo de la psicoterapia.

En la línea del condicionamiento operante, que en términos de Estímulo-Respuesta sería R-E (en atención a que el estímulo causalmente más relevante es el que sigue a la respuesta o conducta), se desarrollarían las igualmente bien conocidas técnicas operantes. Estas técnicas fueron particularmente aplicadas en contextos institucionales, a problemas de 'pacientes internos', siendo más anecdótica su aplicación a la problemática tradicional de la psicoterapia. Esta línea, más que como terapia o modificación de conducta, se identificaría como 'análisis aplicado de la conducta'. Así, pues, habría dos tendencias en la ahora llamada 'primera generación' de la terapia de conducta: la terapia de conducta y el análisis aplicado, cada una con sus sociedades, revistas y demás señas de identidad.

4.1.2 segunda generación

La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970, con la terapia cognitivo-conductual. Como se recordará, en esta época se empieza a hablar de terapia (o modificación) de conducta cognitiva, de terapia cognitiva de la conducta, de terapia conductual-cognitiva o, en fin, de terapia cognitivo-conductual, una variedad de fórmulas indicativa de la propia confusión que estaba teniendo lugar. En un principio, se trataba de dos terapias disidentes del psicoanálisis, como lo eran en su origen la terapia racional-emotiva de A. Ellis y la terapia cognitiva de la depresión de A. T. Beck, que se avendrían con la terapia de conducta en curso. Estas terapias empezaron por ganar prestigio al evaluar sus resultados como demandaba la terapia de conducta. Después, cuando se dio el giro cognitivo de la psicología, estas terapias influyeron en la terapia de conducta, legitimando su propio giro cognitivo.

La ciencia psicológica básica ya no sería sólo la psicología del aprendizaje sino también el procesamiento de la información. No se dejaría de apreciar que el esquema E-R del conductismo pavloviano-watsoniano (y en realidad el esquema también de Wolpe y Eysenck) se aviene perfectamente con el esquema Input-Output (I-O) del cognitivismo. La psicología cognitiva se puso a estudiar el guion entre el Estímulo y la Respuesta, relación entendida ahora a través de la metáfora del procesamiento de la información (de ahí I-O). Siendo así las cosas, cabría decir, según el efecto crítico que se quisiera producir, o bien que el conductismo watsoniano estaba abocado al cognitivismo o bien que el cognitivismo es en realidad el heredero del conductismo watsoniano (véase Pérez Álvarez, 2004, pp. 28-31).

La cuestión es que la terapia de conducta se hizo cognitivo-conductual, lo que, sin perjuicio de su éxito, llevó a desvirtuar su sentido contextual e ideográfico, aquél que ponía el acento en las causas ambientales o contextuales y en el caso individual. La terapia cognitivo conductual entiende que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son las causas de los problemas emocionales y conductuales y, aún más,

que cada trastorno tiene su condición por no decir déficit o disfunción 'cognitiva específica'. Por lo que respecta a su éxito, éste se reconocería en el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces. Sin duda, la terapia cognitivo-conductual es la terapia psicológica más representada en el movimiento de los tratamientos psicológicos que han probado su eficacia incluyendo la comparación con la medicación (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo, 2003).

Este éxito habría sido en buena medida a costa de adoptar el modelo médico de psicoterapia o modelo del déficit, en todo caso, un modelo internalista, mecanicista y así nosológico (nomotético), en vez de contextualista, holista y de caso individual (ideográfico) como parece más propio de la perspectiva conductual y en general de la tradición de la psicología clínica. Por otro lado, la eficacia de la terapia cognitivo-conductual presenta dos problemas: por un lado puede estar limitada debido a su propia tendencia a estandarizar los casos y por otro tal eficacia puede que se deba más bien a lo que tiene de conductual de manera que quizá estaría desenfocada. En la base de estos problemas estaría el modelo médico de psicoterapia que sigue (véase para el modelo médico de psicoterapia versus contextual, Wampold, 2001; González Pardo y Pérez Álvarez, en prensa).

Por su parte, el análisis aplicado de la conducta seguiría su camino, si bien ésta no era su ola. Buena parte de este camino consistiría en análisis experimental, en particular, de la conducta verbal.

4.1.3 Tercera generación

La tercera generación de la terapia de conducta se sitúa a partir de la década de 1990, aunque no sería dada de alta hasta 2004, como se ha dicho. La emergencia de esta nueva generación se debe tanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, como a las limitaciones de la terapia cognitivoconductual, a pesar de sus reconocidas aportaciones,

sin olvidar, en todo caso, lo que tenga de 'lanzamiento' en el sentido apuntado.

Desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical

En cuanto al desarrollo del análisis de la conducta y del conductismo radical, es importante señalar que no sólo no menguaron como pudieran pensar quienes no ven más que sus propios escaparates sino que avanzaron en su camino, afianzando los pasos y ampliando horizontes. Referido, en particular, al análisis de la conducta, se señalaría aquí la abundante e importante investigación en conducta verbal, a partir de la obra fundamental de Skinner, *Conducta verbal*, de 1957 (Skinner, 1957/1981), (véanse, por ejemplo, Hayes, 1989; Hayes y Chase, 1991). A lo que parece, el tiempo daría la razón a Skinner frente a Chomsky (Andresen, 2000). Se ha de reconocer que en los inicios de la terapia de conducta ('primera generación') el análisis de la conducta verbal todavía no estaba presto para su aplicación en contextos clínicos. Siendo que la conducta más frecuente en terapia es la conducta verbal (hablar y escuchar), se entiende que el análisis de la conducta quedara prácticamente limitado a contextos institucionales (como se ha dicho).

Por su parte, la 'terapia de conducta tradicional' se conformaría con procedimientos de exposición al amparo del condicionamiento (sin perjuicio de su compaginación con el condicionamiento operante, por ejemplo, en la 'teoría de los dos factores').

Se entiende asimismo que la terapia de conducta tomara la deriva de la psicología cognitiva en la ahora identificada como 'segunda generación'. Referido al desarrollo del conductismo radical, parece ser todavía necesario advertir su diferencia fundamental con respecto al resto de conductismos cuyo interés por la conducta es meramente metodológico, como método para estudiar otra cosa (la mente, la cognición, el procesamiento de la información). Frente a este conductismo metodológico', como lo llamaría

Skinner, en el que curiosamente se podría incluir la psicología cognitiva, el conductismo radical toma la conducta como tema por derecho propio del campo psicológico, sin excluir nada (así de radical) porque fuera inobservable, como parecen serlo los 'eventos privados' al conductismo metodológico. El conductismo radical no excluye los 'eventos privados' por inobservables, entre otras cosas porque son observables, con la particularidad de que lo son para una única persona, una consideración que es, por cierto, fundamental en terapia (para el sentido de 'radical' del conductismo radical véase, por ejemplo, Pérez Álvarez, 2004, pp. 43-46). El conductismo radical cuenta hoy con un importante desarrollo en el 'contextualismo funcional' (Hayes, 1993; véase también Jacobson, 1997) o 'teoría del marco relacional' (Hayes, 2004), La 'teoría del marco relacional' se auto-presenta a sí misma como post-skinneriana (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), pero todavía estaría por ver si realmente va más allá de Skinner.

El caso es que la tercera generación viene a ser el desarrollo del análisis funcional, el cual estaba en los comienzos de la terapia de conducta subdesarrollado en lo que concierne a la conducta más frecuente y relevante en la situación clínica.

De hecho, este desarrollo del análisis funcional se identificaría como 'análisis de la conducta clínica' (Dougher, 2000) para subrayar precisamente su interés en la clínica de los 'pacientes ambulatorios', aquellos que habían quedado en su momento fuera del análisis de la conducta y sobre los que se habría hecho fuerte la terapia de conducta tradicional' que luego derivaría en la terapia cognitivo-conductual.

Se podría decir que el análisis de la conducta clínica viene a suponer una refundación de la terapia de conducta, si no fuera que la historia posterior de ésta (en particular la 'segunda generación') no fue en balde. De todos modos, con ser el análisis de la conducta clínica el meollo de esta refundación o, al menos, renovación de la terapia de conducta, la bandera de esta nueva navegación tomaría la denominación más efectista de 'tercera generación'.

Límites de la terapia de conducta cognitivo-conductual

En cuanto a los límites de la terapia cognitivo-conductual que pueden estar influyendo en la emergencia de esta tercera generación, ya se han señalado anteriormente.

Como se recordará, se referían, por un lado, a la desvirtuación del sentido contextual e ideográfico original de la terapia de conducta y, por otro, a ciertos problemas relacionados con la eficacia. En concreto, estos problemas tendrían que ver con la estandarización de los tratamientos en perjuicio de aplicaciones más flexibles y ajustadas al caso y no al cuadro ni al protocolo y con cierto empacho cognitivo en detrimento de lo que en realidad resulta 'digerible' que no sería sino propiamente la conducta (verbal y no verbal). Estos problemas se van a retomar a continuación, aunque más desde el lado de las aportaciones que supondría la tercera generación que desde el lado de los reproches que cabría hacer a la segunda.

Aportaciones de la tercera generación

En realidad, las aportaciones que pudiera suponer la tercera generación se habrían de ver en las terapias concretas que la constituyen y que, por lo que aquí se refiere, se encontrarían en los artículos del presente monográfico. No obstante, se van a señalar ciertas aportaciones de alcance general. Las aportaciones que se destacan aquí se podrían situar en el marco general de un replanteamiento contextual de la psicología clínica (incluyendo la psicopatología, la evaluación y el tratamiento).

El replanteamiento contextual es importante en el estado actual de la psicología clínica, dominada como los está por el 'modelo médico' adoptado quizá en muchos casos de una forma inadvertida y un tanto ingenua. El modelo médico, que también se podría identificar como 'modelo del déficit', supone que hay un déficit o disfunción psicológica en la base de los 'trastornos mentales' de manera que éstos requerirían de una técnica

específica que reparara tal condición. En este sentido, el psicólogo clínico vendría a ser una suerte de 'imitador de psiquiatra' el cual lo sería a su vez de 'médico internista' desvirtuando en este caso buena parte de la psiquiatría (y probablemente la parte buena) y desvirtuando en aquel la psicología clínica que de suyo habría de tener una mirada contextual. De ahí que se hable de replanteamiento contextual, más que meramente de planteamiento, dado que al menos la terapia de conducta en su primera generación tenía una vocación contextual. Como quiera que sea, el 'modelo médico' versus el 'modelo contextual' es actualmente el 'gran debate de la psicoterapia' (Wampold, 2001) y donde de hecho se debate el ser o no ser de la psicología clínica (González Pardo y Pérez Álvarez, en prensa).

Este replanteamiento contextual tendría una tarea de primer orden en la desmedicalización de los problemas psicológicos. Las razones para tal propuesta se fundan en una discusión acerca de la naturaleza de los 'trastornos mentales', donde se muestra de acuerdo con una amplia literatura que, sin dejar de ser hechos reales, lo cierto es que los 'trastornos mentales' son hechos reales a la manera médico-psiquiátrica por conveniencias, sobre todo, para la industria farmacéutica y a fortiori para los clínicos e incluso para los propios pacientes oportunamente informados y formateados como 'pacientes' de una supuesta enfermedad (González Pardo y Pérez Álvarez, en prensa). Por lo que aquí respecta, se ha de señalar la desmedicalización de la depresión propuesta por Jacobson y Gortner (2000), precisamente a partir de una de las terapias que constituyen la 'terapia de conducta de tercera generación' como es la 'terapia de activación conductual' (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).

Esta desmedicalización o, quizá mejor en términos positivos, replanteamiento contextual, no es algo utópico, por cuanto que existe, sino más bienacrónico, en la medida en que va en contra de los tiempos que corren (caracterizados por la medicalización y psicopatologización de los problemas de la vida). La cuestión es que la 'terapia de conducta de tercera generación' apunta en esta dirección desmedicalizadora y contextual, junto con otras terapias psicológicas, ciertamente.

La aportación de la tercera generación concierne a la psicopatología, ofreciendo en este caso alternativas a las categorías al uso como, por ejemplo, el trastorno de evitación experiencial (Wilson y Luciano, 2002, capítulo 3), a la evaluación, reofreciendo el análisis funcional ahora apto también para los eventos privados (Dougher, 2000) y por supuesto al tratamiento. En el tratamiento es donde estarían las aportaciones más significativas, inseparables en todo caso de las anteriormente señaladas. Aun antes de enumerar las terapias que constituyen esta generación se va a enunciar siquiera a título indicativo la aportación terapéutica que bien podría resumir todo un cambio de lógica en la psicología clínica y ni que decir tiene de la psiquiatría. Formulada en términos de principio terapéutico, sería así: Se trata del abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida.

Frente al ensañamiento contra los síntomas que caracteriza a la psiquiatría biológica y en buena medida también a la terapia cognitivo-conductual, se propone la aceptación y a la vez la reconstrucción del horizonte de la vida, sea por ejemplo en términos de orientación a valores como hace la Terapia de Aceptación y Compromiso (Wilson y Luciano, 2001) o de activación conductual como hace precisamente la Terapia de Activación Conductual (Jacobson et al., 2001). Se trata de un principio terapéutico fácil de enunciar pero difícil de llevar a cabo, de ahí la complejidad de estas terapias, las cuales requieren tener las ideas claras en varios sentidos (filosófico, conceptual y práctico). Esta aportación no se puede decir que sea nueva de todo punto sino que, por el contrario se puede reconocer de una u otra manera en diversas psicoterapias tradicionales (Pérez Álvarez, 2001). De todos modos, la cuestión aquí no está tanto en la originalidad como en la sabiduría que supone su existencia en otras orientaciones terapéuticas. Lo nuevo aquí, en la tercera generación, es que este principio se ha estudiado sistemáticamente y, por lo demás, que viene a ser un retorno a las raíces contextuales de la propia terapia de conducta

(Jacobson et al., 2001). La originalidad, si acaso, estaría en volver a los orígenes.

Terapias de conducta de tercera generación

La tercera generación abarca una serie de terapias que empezaron a ser notables a principios de la década de 1990, aunque ya habían nacido en la anterior. Las primeras que tuvieron 'nombre propio' fueron la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991), la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993).

Estas terapias ya fueron reconocidas en sus comienzos como psicoterapias conductistas radicales (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Pérez Álvarez, 1996a). Así mismo, empezaron a establecer el punto de vista contextual de la terapia de conducta frente al punto de vista cognitivo (Hayes, Follette y Follette, 1995; Pérez Álvarez, 1996b). Se ha de recordar que estas terapias y en particular las dos primeras constituyen buena parte del ya citado 'Análisis de la Conducta Clínica'

(Dougher, 2000), ahora subsumido quizá inmerecidamente en el marco más general de 'tercera generación'.

En esta misma onda aparece la Terapia Conductual Integral de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996). Aquí se habría de destacar la figura de Neil S. Jacobson, como autor principal no sólo de esta terapia sino también de la siguiente que se va a citar.

Se trata de la Terapia de Activación Conductual (Jacobson et al., 2001). Es interesante reparar en que esta terapia surge de estudios consistentes en el desmantelamiento de componentes de la terapia cognitiva de la depresión de Beck, los cuales fueron mostrando que el componente realmente decisivo es el conductual (Jacobson, Dodson, Truax, Addis, Koerner, Gollan, Gortner y Prince 1996; Gortner, Gollan, Dodson y Jacobson, 1998). A partir de estos hallazgos, el componente conductual fue tomado como terapia por sí misma, dando lugar a la citada Terapia de Activación Conductual. Posteriormente se

llevaron nuevos estudios empíricos donde se compara la Terapia de Activación Conductual con la terapia cognitiva y con la medicación, confirmando no sólo su eficacia sino también algunas ventajas sobre estas otras terapias (Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil, 2003; Kanter, Callahan, Landes, Bush y Brown, 2004; Martell, Addis y Dimidjian, 2004). Asimismo, se desarrollaron nuevas formas de aplicación (Addis y Martell, 2006; Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003; Lejuez, Hopko y Hopko, 2001; Martell, Addis y Jacobson, 2001).

Dada la mucha importancia que tienen esta terapia en el desarrollo de la 'tercera generación' y lo poco destacada que está en este sentido por el autor que ha lanzado esta nueva generación (no se dejaría de ver que tal lanzamiento está al servicio sobre todo de la Terapia de Aceptación y Compromiso), permítase que se enumeren los puntos novedosos de la Terapia de Activación Conductual, siquiera sirvan para percibir tal importancia.

¿Qué es nuevo en la Terapia de Activación Conductual?:

- ✧ Énfasis en el contexto ambiental de la vida de los clientes.
- ✧ Insistente aliento al cliente para comprometerse en actividades que puedan entrar en contacto con reforzadores naturales.
- ✧ Modificación del ambiente, no del pensamiento.
- ✧ Focalización en el patrón de evitación conductual.
- ✧ Entendimiento contextual e ideográfico de la conducta humana, sin suponer de entrada ningún déficit de conducta o de pensamiento. Antes bien, se trata de evaluar las fuentes de reforzamiento que el cliente no está contactando y de activar conductas antidepresivas que puedan resultar reforzadas.
- ✧ Énfasis en las contingencias naturales más que en la conducta gobernada por reglas.

Otras terapias que han crecido en esta generación son la Terapia Cognitiva con base en Mindfulness (Segal, Teasdale y Williams, 2004) y variantes de

la terapia cognitivo-conductual que se han movido en la dirección de la aceptación y de los valores (Borkovec y Sharpless, 2004; McCullough, 2000; Marlatt, 2002; Roemer y Orsillo, 2002).

En resumen, éstas serían las terapias de conducta de tercera generación:

- ✚ Terapia de Aceptación y Compromiso
- ✚ Psicoterapia Analítica Funcional
- ✚ Terapia de Conducta Dialéctica
- ✚ Terapia Conductual Integrada de Pareja
- ✚ Terapia de Activación Conductual
- ✚ Terapia Cognitiva con base en Mindfulness
- ✚ Otras, variantes de la Terapia Cognitivo-Conductual

Valga todo lo anterior para mostrar la presencia y sentido de la así llamada 'Terapia de conducta de tercera generación'.

4.2 Técnicas

4.2.1 La perspectiva clínica transdiagnóstica

Esta ha generado que pueda existir el consenso que se necesita tanto para generar cambios en los procesos terapéuticos y para generar tratamientos con objetivos más claros y con mayores perspectivas de alcanzar un buen pronóstico en la erradicación del malestar, brincando a las categorías diagnósticas sin que por ello se pierda la validez científica.

Regulación Emocional: Es un proceso dinámico que se desarrolla en el tiempo e involucra múltiples e interactivos intentos para influir en las emociones que se experimentan y como se desarrollan. Comprende 1) Selección o evitación de las situaciones a las que las personas se exponen, 2) Acciones dirigidas para modificar dichos eventos, 3) La manipulación de la atención para sensibilizarse a algunos elementos del suceso o evitar exponerse a ellos, 4) La reevaluación sobre la relevancia personal de las circunstancias y, 5) La forma en que se expresa la emoción. La regulación emocional es efectiva cuando se adecua a: 1) Las demandas de la situación

2) El grado de control que se tiene sobre ella y 3) Los objetivos personales a corto y largo plazo.

Cuando las habilidades para regular las emociones se encuentran impedidas o deterioradas:

- 1) Se impiden el logro de objetivos personales y/o
- 2) Inhiben la experiencia emocional.

La Desregulación Emocional: Es la dificultad para afrontar las experiencias o procesamiento de las emociones, y caracterizada por la elevada intensidad emocional o la excesiva inhibición de la misma.

El modelo creado por Michel Reyes Modelo Integrativo para la Regulación Emocional-MIRE, es una guía para la formulación de caso y aplicación de tratamientos para pacientes con desregulación emocional, lo que brinda la posibilidad de que psicólogos tengamos la posibilidad de desarrollar habilidades clínicas transdiagnósticas. El MIRE distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla y tiene como objetivo fortalecer, rehabilitar y desarrollar estrategias de regulación emocional efectivas. Ayuda a los clínicos a tomar decisiones en situaciones ambiguas mientras se apegan a una estructura de tratamiento y mantienen sensibilidad a las necesidades del paciente.

El MIRE es un modelo conductual radical y se basa en principios básicos de aprendizaje: 1. Supone que la conducta está determinada por el control que los estímulos y consecuencias ejercen sobre ella. 2. Es funcional porque considera que el mantenimiento de la problemática clínica es dependiente de las pautas de conducta del individuo y no de estructuras hipotéticas subyacentes. 3. Es pragmático, contempla la modificación de sus principios y estrategias siempre y cuando incrementen su poder de predicción y manipulación de las variables. 4. Se considera un modelo metacognitivo o metaemocional pues se ocupa en gran medida del comportamiento cognitivo o metacognición y de los sentimientos sobre las propias emociones.

Acerca del aprendizaje el MIRE tiene la siguiente postura: Adopta elementos del análisis conductual aplicado, ya que supone que las experiencias personales dan resultado a condicionamientos que determinan las

situaciones y formas específicas y personales en que se expresan, interpretan, y regulan las emociones. El segundo principio es que las experiencias emocionales personales y las estrategias de regulación emocional son aprendidas.

Supuestos de control: Son las estrategias de regulación emocional inefectivas que se refuerzan por su efectividad a corto plazo, pero que a la larga impiden exponerse a información correctiva de los esquemas, el desarrollo de habilidades de afrontamiento productivas, y con frecuencia refuerzan la experiencia emocional inicial.

Se distinguen 2 tipos de supuestos control:

- 1) Los Metacognitivos como la rumiación, preocupación, monitoreo o vigilancia y distracción.
- 2) Los Conductuales de seguridad o control, evitación y escape, e inhibición emocional.

Tratamiento Integrativo para la Regulación Emocional:

- 1) Conceptualización de Caso, se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad en la situación actual. Se identifican las experiencias de aprendizaje que pueden haber contribuido.
- 2) Validar la Experiencia Emocional, validar su experiencia emocional, señalando su naturalidad dadas las circunstancias e historia
- 3) Sustituir Estrategias Improductivas, son efectivas las intervenciones de mindfulness y metacognitivas para lograr estrategias productivas.
- 4) Replanteamiento de Dirección de vida, terapeuta retoma idea de asumir dirección en la vida, clarificación de valores y nuevos objetivos.
- 5) Reevaluar Supuestos Emocionales, terapeuta y paciente colaboran para resumir los supuestos que dirigen las estrategias de control inefectivas
- 6) Reevaluar Supuestos Personales, se utilizan técnicas de terapia cognitiva para cuestionar los supuestos personales del paciente.
- 7) Prepararse para la Vida Fuera de la Terapia, se hace resumen de proceso terapéutico y se tocan temas que ayudan a la prevención recaídas.

4.2.2 Aceptación y compromiso

La Aceptación ha sido descrita de diversas maneras dentro de ellas la describen como el proceso terapéutico en el que se va permitiendo, tolerando, aceptar, experiencias o ir haciendo contacto con algún tipo de estimulación, en particular experiencias privadas, que previamente evocaban procesos de escape, evitación o agresión (Cordova, 2001).

Vista en su generalidad, la aceptación es un componente central y es visto como una parte del engranaje a través del cual las Estrategias del Cambio se tornan efectivas para el cambio. Existen amplias diferencias en la forma de definirla conceptualmente y de las técnicas a emplear para propiciar la Aceptación ya sea como proceso o como resultado de la terapia.

En esta escuela de Psicología la Aceptación se entiende en 2 vías:

- a) La Aceptación del Terapeuta hacia sus pacientes en cuanto a ser genuino, no crítico, incondicional y consistente dentro de contexto terapéutico.
- b) Un objetivo que el cliente debe de cultivar y así a llegar a la aceptación de ciertos malestares.

Carl Rogers consideró que una actitud o postura por parte del terapeuta “genuina”, interesada y tolerante es central en el proceso terapéutico. Con esta postura, el terapeuta prepara el clima y contexto, colocándose en una postura no crítica, cuestión que posibilitará que el cliente reconozca y clarifique sus emociones para llegar al reconocimiento de su self espontaneo.

Autores como Sigmund Freud y Carl Rogers dedicaron una parte de su teoría a la exploración de la Aceptación; también lo han hecho otras escuelas como la Humanista y la Existencial.

Lo que es nuevo acerca de esta aproximación es que se han podido hacer manuales, así como una conceptualización de tipo sistemático con el soporte de haber sido incluidas en terapias de tipo empírico.

La definición de Aceptación desde la psicología conductual es: una función e implica la acción de la persona más que componentes cognitivos o emocionales (Dougher, 1994). Cordova y Kohlenberg (1994) consideran que la Aceptación es el tolerar las emociones evocadas por un estímulo aversivo.

Linehan (1994) refiere que la Aceptación y el Cambio resaltan las diferencias y las polarizaciones que existen en las Escuelas de Psicoterapia. Un componente clave en DBT es el balance entre la aceptación y el cambio en el tratamiento de un Trastorno Mental. Linehan define la Aceptación como un proceso activo de orientación hacia las experiencias internas momento a momento. Es ingresar a las experiencias tal cual y como son vividas en la realidad e ir las describiendo y notando sin enjuiciar. Este tipo de Aceptación, una y otra vez es conocido como Aceptación Radical.

Hayes (1994) Define la Aceptación Psicológica como la más importante de las estrategias de cambio. El la describe como el abandono a nivel consciente del tema de cambiar centrándose en las experiencias particulares del cliente, su historia y él, para que el paciente abra y experimente sus pensamientos y emociones tal y como son, no como se dice que son.

Evidencias del impacto positivo de las técnicas de aceptación

La Aceptación juega un rol fundamental en muchas terapias fundamentadas en lo empírico, una de ellas es la TherapyIntegrativeBehavioral (IBCT) que ha demostrado mayor eficacia que terapias tradicionales de parejas de tipo conductual. La Terapia Acceptance and CommitmentTherapy (ACT) está en parte fundamentada en la Aceptación. DialecticalBehaviorTherapy (DBT) es

un estilo de terapia que trata exitosamente a clientes con un trastorno borderline con ideas y con propensión al suicidio.

Existen suficientes evidencias que comprueban los efectos negativos que causan en las personas con algún malestar emocional los actos de evitación, y a la vez cada vez existen más evidencias de los efectos positivos que tiene la Aceptación.

Wegner (1987) demostró que los intentos activos de suprimir pensamientos blanco, incrementa la ocurrencia de estos pensamientos, lo que podría decirse de esta forma: los intentos activos de evitar una experiencia causante de malestar, puede tener un efecto paradójico y hasta irónico de que en el intento, se incrementen justo este tipo de pensamientos. En una investigación se realizó un meta análisis y se encontró que las estrategias de evitación (negación, distracción, represión y supresión) eran hasta cierto punto y por un tiempo corto relativamente exitosas, sin embargo las estrategias dirigidas a afrontar la situación causante de malestar (atención, darse cuenta y focalizarse) tienen efectos positivos a largo plazo.

Quienes se beneficiarían y contraindicaciones de la Aceptación

La Aceptación puede ayudar especialmente a aquellos clientes que no se encuentran dispuestos a verse beneficiados por las estrategias de cambio de tipo instrumental, como pacientes con pensamientos automáticos, emociones condicionadas y personas con una historia de infancia difícil.

Está contraindicada cuando se intentan aplicar a situaciones externas o conductas que pueden y tienen que ser controladas.

Pasos en el uso de los Métodos de Aceptación:

1. Detectar y desafiar las conductas de evitación que presenta el cliente.
2. Alentar el que el paciente esté atento, sea flexible y externalice las conductas de evitación que realizó antes.

3. Fomentar el desarrollo de nuevas respuestas ante la presencia de eventos previamente evitados.
4. Implementar “defusion” cuando la exposición de eventos privados de tipo verbal lleven a un enredo o lío.

La Aceptación, puede ser vista como actitud o una postura terapéutica desde donde se puede llevar a cabo la terapia y de donde un cliente puede abreviar para la vida cotidiana.

4.2.3 Entrenamiento de consciencia plena

En años recientes la práctica de Mindfulness ha sido usada para el tratamiento clínico tanto del área física del cuerpo como para los problemas de salud mental. Es entendida como el estar consciente y al tanto de lo que es, permanecer ante la experiencia de algo a un nivel directo e inmediato, separado de los conceptos, categorías y expectativas. Es una forma de vivir despierto y con los ojos bien abiertos. El Mindfulness como un ejercicio, es el acto de repetidamente llevar y dirigir la atención a solo una cosa; que esa cosa o evento te permita vivenciarte como ser viviente y permitir que ese momento hable por sí mismo. Pensándolo como un paquete de habilidades el Mindfulness sería como un proceso intencional de observar, describir y participar de una forma desde una postura de No juzgar, estar justo centrado en ese momento y evento y con efectividad.

Existen 3 modelos que emplean las estrategias de Mindfulness que han sido sujetos al escrutinio empírico y son: 1. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). 2. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). 3. Mindfulness-based relapse prevention (MBRP), and Dialectical Behavior Therapy (DBT).

Es importante mencionar que el MindfulnessPractice tiene dos ángulos:

1. Como estrategia de intervención clínica y

2. Como una estrategia terapéutica, refiriéndose a cualidades particulares como: ser espontáneo, no juzgar, alerta, etc. que el terapeuta puede tener como postura y desde ahí llevar el proceso terapéutico.

Existe cierto traslape en el tipo de intervenciones que se hace entre el Mindfulness y la Aceptación.

Este método se está aplicando en la intervención de diferentes malestares emocionales con un nivel de éxito significativo, entre los pacientes que sufren los siguientes trastornos se está aplicando: Recaída a una Depresión, clientes que son Borderline y en las Adicciones.

A pesar de que la práctica del Mindfulness ha sido recomendada en muchos malestares emocionales, no existen muchos estudios con fundamentación empírica. Se ha implementado en otros padecimientos como Dolor Crónico, Fibromialgia, Ansiedad, Trastorno de Pánico, Trastorno de ánimo y estrés, algunos síntomas del Cáncer, Desórdenes Alimenticios, Soriasis y Esclerosis Múltiple.

Quienes se beneficiarían y contraindicaciones para la práctica del Mindfulness

Existe una larga lista de clientes que se beneficiarían de la práctica de la Consciencia plena, sin embargo investigaciones y evidencias empíricas tendrán que respaldar este pronóstico.

No existen contraindicaciones como tales, sin embargo los expertos sugieren no utilizarlo cuando se tiene la certeza de que un paciente cursa por un Episodio Agudo de Depresión y pacientes seriamente afectados a nivel psicológico.

Otras observaciones son hechas por los expertos, como:

- a) La importancia de que los propios terapeutas realicen día con día los ejercicios y técnicas de este modelo con el propósito de poder ayudar de forma más efectiva a los pacientes.

- b) Si el Mindfulness es por si misma una práctica que lleve al fin de la terapia o que haga a un lado los objetivos de la terapia. Recomiendan que el terapeuta que aplique esta técnica no deje de lado la orientación hacia los objetivos que llevaron al paciente a pedir ayuda y no olvide que la terapia está centrada y orientada a objetivos específicos (goal-directed quality of clinical care).

Cómo funciona el Entrenamiento de la Consciencia Plena

No existen evidencias de cuáles son los mecanismos del cambio, sin embargo clínicamente, la mejoría en los pacientes se encuentra probablemente relacionada con estados de relajación, cambio meta cognitivo, remplazo de una adicción negativa por una adicción positiva. Se ha comentado que por el grado de mejoría el Mindfulness se asemeja a los resultados de una exposición in vivo. También han detectado que asociado a por ejemplo la técnica de solución de problemas, aumentan las respuestas positivas a nivel cognitivo y conductual.

6 pasos para la aplicación clínica para el Entrenamiento en Mindfulness (Consciencia Plena).

1. Preparación:

Elegir una actividad o estímulo blanco para el Mindfulness.
Determinar cuánto tiempo será practicado.
Completar la preparación personal.

2. Instrucción Didáctica

Introducir al cliente sobre el Mindfulness y plantear los objetivos de la práctica.

Introducir al cliente acerca de las características principales del Mindfulness.

Introducir al cliente sobre el objetivo específico que tendrá esta técnica.

3. Práctica en Sesión

Guíe y participe con el cliente en la actividad seleccionada para práctica.

4. Comparta

Obtenga la descripción de la experiencia que tuvo el paciente en su práctica.

Pida a su paciente realice comentarios acerca de su experiencia en la práctica.

5. Feedback Correctivo

Provea al cliente con feedback correctivo y asocie la información tratada en punto 2.

6. Tareas Claras y Específicas

✎ Revisar cómo está realizando la actividad el paciente y si surgen dudas.

4.2.4 Regulación emocional

Actualmente, a diferencia de antes, las emociones y su relación con el área cognitiva, con las conductas y los factores que ayudan a regular las emociones han crecido considerablemente desde hace 25 años. Las emociones ocupan ahora en algunas escuelas terapéuticas y sus métodos un lugar central tanto en la parte teórica como en la parte empírica. A pesar de que existen desacuerdos en algunas de estas escuelas de psicología e inclusive tienen diferentes nombres para nombrar o describir cuestiones del ámbito de las emociones, existen puntos en común en cuanto a los conceptos que gobiernan las emociones y la regulación de las emociones.

Entendiendo la Regulación Emocional y la Desregulación Emocional

William James (1890) fue uno de los primeros estudiosos de las emociones. A pesar del tiempo transcurrido se sigue empleando la lógica de que las emociones están dentro de la persona. Es necesario ser más precisos y tomar en cuenta que las emociones son procesos que tienen un curso o desarrollo y que incluye información que llega e información que sale del ser humano.

El conocimiento acerca de las emociones ha crecido y se han incluido aspectos fisiológicos, sensorios, cognitivos, movimientos relativos a los músculos faciales, postura corporal, factores verbales y de más factores que influyen las emociones.

Definiendo las Emociones y la Desregulación de las Emociones

Generalmente las definiciones de las emociones, incluyen una variedad de experiencias que tienen que ver con aspectos individuales y ambientales. Gross (1998) concluye que la regulación de las emociones de una persona están influenciadas por el tipo de emociones que tienen, cuando las tienen y como experimentan y expresan esas emociones. Otros autores consideran que son los padres quienes socializan a los hijos y son quienes tienen una gran influencia en la regulación emocional de sus hijos. Thompson (1994) describe la regulación emocional como ambas, es decir son procesos extrínsecos e intrínsecos que son responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales.....para lograr los objetivos personales. Linehan (1993) enfatiza el rol de un individuo emocionalmente vulnerable y el rol de un contexto social que invalida, que tiene como resultado el desarrollo de la desregulación en los trastornos de la personalidad borderline.

Regular las emociones desreguladas puede ser un objetivo común en una parte importante de los trastornos como Trastorno depresivo mayor y otros trastornos del afecto, Trastorno por estrés post traumático y otros Trastornos de ansiedad, Trastornos alimenticios, Trastornos de abuso de sustancias y algunos Trastornos de la personalidad.

Southam-Gerow y Kendall (2002) hacen notar como la regulación de las emociones tienen una naturaleza dialéctica: las emociones se ocupan de regular otras conductas (cogniciones, nivel fisiológico, reacciones físicas), pero a la vez las emociones son algo que tiene que ser regulado.

La Desregulación Emocional es cuando una persona experimenta un gran incremento de alguna emoción a tal grado que no es posible controlarla de forma efectiva. El sello por excelencia de la desregulación emocional es que este pico alto emocional tiene la suficiente intensidad y/o duración para interferir con la meta de la persona. Esta interferencia puede presentarse en la forma de una conducta disfuncional que la persona hace para poder regular (aminorar la intensidad o duración) la emoción negativa o en la forma de un sufrimiento emocional que inhibe a la persona de poder tener capacidad de auto control.

Desarrollando Emociones Desreguladas: Transacciones entre la persona y el ambiente

Linehan (1993) ha identificado de forma clara los factores individuales y medioambientales que desembocan a una desregulación emocional. Específicamente ella ha identificado 3 factores que generan vulnerabilidad a nivel individual y que pueden estar presentes desde el nacimiento o bien condicionados a través del tiempo:

1. Alta sensibilidad al estímulo emocional.
2. Alta reactividad al estímulo emocional.
3. Dificultad de regresar a una línea de base emocional después de un evento instigador.

Linehan sostiene que la combinación de vulnerabilidad individual más respuestas de invalidación del grupo social o familiar desembocará en una problemática de desregulación emocional.

Un punto muy importante en la desregulación emocional es que una persona vulnerable emocionalmente y con desregulación emocional es altamente sensible, reactiva y con un retorno lento a la línea base o lento declinar de la emoción. Las personas con las características anteriores pueden generar un entorno invalidante, que como en un ciclo, podrá aumentar la propensión del individuo a la desregulación emocional. De forma similar un ambiente de por sí invalidante puede exacerbar o crear desregulación en una persona, quién puede acusar o retar a la sociedad y así aumentar la posibilidad de que sea invalidante.

Las consecuencias de la transacción entre una persona emocionalmente vulnerable y su invalidante contexto social y/o familiar incluye lo siguiente:

1. La persona no aprende a discriminar las emociones y etiquetarlas de una forma que sea consistente con el contexto social o familiar.
2. La persona tiene un entendimiento muy limitado sobre las emociones.
3. La persona no aprende a regular su incremento emocional, y de hecho se apoyará en otros para esta función.
4. Debido a la problemática para comunicar su dolor y tristeza, la persona desarrollara respuestas extremas a las emociones negativas como todo o nada---en cuanto a sus respuestas emocionales.
5. Debido a inatención o a respuestas que castigaban, la persona podrá tener dificultades en diferenciar entre algunas emociones, y particularmente tendrá problemas en diferenciar entre emociones primarias y secundarias.
6. Las personas tenderán a no confiar en su propia experiencia y tenderán a invalidar sus propias emociones, creencias y reacciones.

Disminuir y revertir estos déficits en el manejo de las emociones es la meta de las habilidades de regulación emocional.

Un punto importante es que los puntos anteriores y los que siguen se encuentran sustentados en evidencias empíricas.

Estrategias para regular las emociones

Porque la desregulación emocional es resultado de múltiples déficits de las habilidades de regulación emocional, es útil dividir estas habilidades en 2 grupos:

1. Aquellas habilidades diseñadas para ayudar a las personas a ACEPTAR sus emociones (entenderlas, diferenciarlas, etiquetarlas atinadamente, experimentarlas en un magen de seguridad, validarlas, y expresarlas).
2. Aquellas habilidades diseñadas para ayudar a las personas a cambiar sus emociones (cambiar el tipo de emoción, su intensidad, o su duración).

NOTA: Cada cliente tendrá una forma o gama diferente en sus habilidades, por ello no existe un protocolo para implementar estas estrategias. Las estrategias que a continuación se enlistan pueden ser implementadas de forma secuencial, de una forma traslapada o de acuerdo a las necesidades del cliente en la situación que se encuentre.

Estrategias de Aceptación

Que incluye el entendimiento de las emociones, distinguir las y etiquetarlas, tolerar emociones dolorosas, observar y describir las emociones, permitir y participar en las emociones y validarlas.

Entender las Emociones

Importante dar psicoeducación en las funciones que cumplen las emociones (en términos evolutivos y en términos de percatarse) y de los diversos factores que influyen las emociones (eventos, apreciación, funcionamiento biológico, aprendizaje histórico, disposición emocional, expresión facial y postura corporal, otras emociones, etiquetación a los eventos y las

respuestas emocionales. El entendimiento de los determinantes múltiples de una emoción puede proveer una avenida rápida hacia la valoración de los factores que llevan a una desregulación emocional.

Diferenciar y Etiquetar Acertadamente a las Emociones.

Antes de iniciar cualquier tratamiento de las emociones problemáticas, es importante identificar la emoción real (diferenciarla de otras) y etiquetarla acertadamente.

Tolerar la Emoción Dolorosa

Etiquetar de forma certera la emoción también requiere que la persona sea capaz de tolerar la emoción hasta que se aquiete, baje o sosiegue o hasta que la persona pueda emplear estrategias de cambio. Las estrategias más comunes y efectivas son que el paciente aprenda a distraerse del estímulo que origina la emoción negativa o distraerse haciendo alguna actividad; reconfortarse o pedir que lo reconforten, hacer relajación, hacer una actividad cognitiva como la imaginería o rezar.

Observar y Describir la Emoción y Uno Mismo

La habilidad de diferenciar, observar y describir diferentes aspectos de uno, la experiencia interna, el mundo físico alrededor nuestro y a las gentes es otro conjunto de habilidades relacionadas a la aceptación y regulación de las emociones. Estas habilidades son llamadas Mindfulness o habilidades de consciencia plena. Entre los puntos que las habilidades en mindfulness incluyen están entre otras: Aprender a dar cuenta de, observar, estar al tanto de, describirse a sí mismos, así como a describir las experiencias privadas (emociones, sensaciones, pensamientos, etc.) todos estos puntos deben ser experimentados y descritos tal cual sucede en el momento, incluso si el evento o parte del evento es doloroso o estresante. Mindfulness requiere que mientras uno esta observando y describiendo, no se hagan juicios, ni positivos ni negativos, además de que se trata de ir “de

uno en uno”---es decir, concentrarse en hacer una cosa por vez y dejar ir distracciones, y de forma efectiva (usando lo que funciona o es necesario para que funcione la situación presente.

Permitirse o Participar en la Emoción

En lugar de tratar de erradicar o evadir la emoción, una alternativa es permitirla y aceptarla, sin ser consumidos o desregulados por ella. Esto involucra la habilidad de que simultáneamente se esté en atención de las emociones y al tanto del contexto (de toda la persona, situación y eventos) de la emoción. La idea es que el paciente no actúe y que se sienta viva mientras experiencia la emoción.

Validar las Emociones uno mismo

Frecuentemente los pacientes que se encuentran desregulados emocionalmente, invalidan su propia experiencia, que contribuye a que exista mayor desregulación a futuro. Frecuentemente se vuelven juzgadores, deslegitimizadores y patologizan su propio malestar (ej. Me merezco este dolor o debería de hacer esto sin sentirme mal), también identifican de forma errónea sus emociones o no las notan por lo menos en su momento inicial-medio. La validación personal genera que se interrumpan estas conductas que son particularmente desreguladoras, y simplemente notando y describiendo (sin interpretación) los hechos de la situación (que pasó, como se siente, cual es la emoción). En un siguiente nivel el paciente legitimará su propia reacción emocional, ya sea por su propia historia o disposición, o porque su respuesta es normal. Más aún, no solo la validación personal interrumpe el escalamiento de las emociones, sino que también promueve conductas efectivas interpersonales y relaciones más reguladas, que a su vez facilitarían mayor regulación efectiva emocional.

Cambio de Estrategias

Existen ciertas habilidades y estrategias que pueden cambiar la experiencia de alguna emoción (su intensidad o su duración), o cambiar la emoción en cierta situación. Algunas de las estrategias de cambio requieren un gran monto de contracondicionamiento en las sesiones terapéuticas, seguidas de prácticas in vivo.

Exposición y Prevención de Respuesta

En algunas ocasiones la desregulación emocional ocurre en respuesta de un estímulo distinto o separado (ej. Estímulo asociado al trauma), y puede ser tratado usando estrategias de exposición y de prevención de respuesta.

Reducir la vulnerabilidad de una Emoción Negativa

Es posible tomar ventaja del hecho de que otras muchas conductas y eventos afectan las emociones para ayudar a reducir la vulnerabilidad de una emoción negativa. Ej. Las personas pueden minimizar la vulnerabilidad si tratan una enfermedad física de forma efectiva— (tomando medicación para la enfermedad), balanceando sus comidas (consumiendo comidas sanas), no tomando drogas alteradoras del estado de ánimo (alcohol y demás drogas).

Incrementando Emociones Positivas

Esta habilidad enseña a las personas a minimizar el riesgo de desregulación, equilibrando las emociones negativas en sus vidas con el incremento de los montos de experiencias que sean placenteras y emocionalmente positivas o bien incrementando las emociones positivas per se.

Cambiar las Emociones Actuando de forma Opuesta a la Emoción Actual

Esta técnica se inicia con una identificación certera y etiquetación de la emoción negativa que la persona quiere cambiar (alterarla o reducirla en su intensidad y/o duración) y su asociación a la necesidad de actuar. Entonces el cliente puede identificar acciones que son opuestas a la emoción y a su necesidad de actuar. Ejemplo: una persona que tiene miedo a interactuar socialmente tenderá a evadir las situaciones sociales. La acción opuesta sería que se relacionara con consciencia plena en alguna actividad social y notara otros aspectos de la experiencia (en particular que nada malo ocurre, y también alguna experiencia emocional positiva incipiente). Otras acciones opuestas similares pueden implementarse para un paciente con vergüenza o culpa—hablando con alguien, en lugar de evadir. Tristeza---siendo activo en lugar de retraerse. La acción contraria sería probablemente más exitosa si el cliente tiene ya conocimiento o ha implementado otras habilidades.

Cambiar el Contexto Social y Familiar

Es elemental para que las técnicas antes descritas tengan éxito, que exista el apoyo y la validación social y familiar o al menos que no exista crítica o invalidación hacia el paciente y sus nuevas habilidades. De ser así es muy probable que los logros desaparezcan. Por ello es importante valorar las consecuencias que pueden tener las nuevas habilidades en su contexto social y familiar en cualquier entrenamiento de habilidades.

4.2.5 Validación

Bohart y Greenberg (1997) consideran que la empatía es la base de toda intervención psicoterapéutica. Un concepto relacionado a la empatía es el de “validación”.

- ✧ Empatía: es el entendimiento certero del mundo desde el punto de vista o perspectiva del paciente.
- ✧ Validación: es la comunicación activa que tiene el paciente, donde el terapeuta hace notar que la decisión, reacción opción que tomó el cliente ante determinado evento, pensamiento, experiencia, etc. tiene sentido bajo las concretas condiciones e historia de vida del paciente.
- ✧ Validar significa también: confirmar, autenticar, corroborar, ratificar, consolidar o verificar.

Para validar, el terapeuta activamente busca y comunica al cliente como una respuesta o reacción hace sentido al ser relevante, que tiene significado y a la vez significativa, justificable, correcta y/o efectiva. Para validar una emoción, pensamiento o acción se necesita empatía, el entendimiento de la particular y único sentido-significado e importancia del contexto en el que sucedió y bajo la perspectiva del paciente. A la validación también se le suma que la emoción, pensamiento o acción es una respuesta válida. Cuando el cliente dice: ¿puede esto ser verdad? La empatía sería entender “esto” mientras que la validación sería comunicarle al paciente “sí”.

Quienes se pueden beneficiar de la validación

Todos los clientes se pueden beneficiar de la validación, pero, la validación es esencial para el éxito de las estrategias orientadas hacia el cambio con aquellos clientes que son emocionalmente sensibles y con la

tendencia a la desregulación emocional (Linehan, 1993). Feil (1992) también ha encontrado que tiene efectos positivos a nivel terapéutico en personas ancianas. La validación específica y precisa sería indicada para aquellos clientes que responden de forma disfuncional o de forma desorientada y en general cuando en la retroalimentación se observa que los clientes reaccionan siendo poco colaborativos y poco abiertos al aprendizaje.

En general la validación es usada para balancear el cambio, aumentar la comunicación verbal y no verbal, prevenir o decrementar la posibilidad de que el cliente no se adhiera al tratamiento psicológico, proveer retroalimentación y fortalecer en el cliente la autovalidación, fortalecer el progreso de la terapia y la relación. El terapeuta puede a través de la validación hacerle llegar claramente al paciente que sus problemas son importantes, de que ciertas tareas o situaciones son difíciles para el cliente, que el dolor emocional y la sensación de estar fuera de control en algunos pacientes es justificable, y que existe sensatez, juicio y/o sentido común en los objetivos que se ha planteado, inclusive aunque la forma en que esté tratando de alcanzarlos pudiera mejorarse. De forma similar, es útil para el terapeuta validar los puntos de vista del paciente acerca de los problemas en la vida y las creencias acerca de cómo los cambios pueden o deberían ser hechos. Solo si el cliente considera que el terapeuta verdaderamente entiende su problemática o malestar, confiará en que las soluciones y señalamientos de este son apropiados y adecuados. Lo que está en juego es. (Ej. Exactamente qué tan doloroso, difícil de cambiar, o que tan importante es un problema).

Sin embargo, en el proceso terapéutico y buscando que el cambio que el cliente ha decidido, frecuentemente se requiere de invalidar y no validar, ya que existirán constructos personales o creencias, emociones que quiera evitar y otras respuestas que resultan incongruentes con los objetivos que él mismo se ha planteado.

En el complejo quehacer terapéutico el psicólogo se enfrenta a tener que alinear los objetivos del cliente y sus creencias, sin reforzar conductas disfuncionales. Las estrategias de validación brindan el balance que se necesita para los procedimientos del cambio. Validación es un “Si, pero” en cuanto a la comunicación que los terapeutas tienen que hacerles a sus clientes, un ejemplo de ello es: cuando el terapeuta comunica de forma simultánea como algo sucedió de tal forma que no podía suceder de otra forma en ese contexto, pero que sin embargo tiene que cambiar el cliente.

La validación se puede utilizar como una herramienta para “no patologizar” y aquí se incluyen los pacientes como los terapeutas.

Que validar

Para determinar que respuestas son válidas es importante considerar lo que Linehan (1997) propuso:

1. Lo relevante y significativo.
2. Bien cimentado o bien justificado, en términos de las evidencias, de inferencias lógicas, o lo generalmente aceptado.
3. Que los medios sean apropiados o efectivos para obtener los objetivos. En otras palabras, algo puede ser válido in términos del contexto de ese momento, antecedente o debido a consecuencias.

Contraindicaciones y factores para decidir si usar o no la Validación

En realidad la única contraindicación es que los terapeutas no deben validar la conducta inválida. Es decir, el terapeuta no debe de validar aquellas respuestas que son disfuncionales o incompatibles con los objetivos terapéuticos.

¿Cómo funciona la técnica?

La validación funciona como reforzador para la mayoría de los pacientes, de hecho algunos de ellos trabajaron en las sesiones para obtener bifeedback. Se puede agregar que un número importante de ocasiones, la validación tiende a reducir emociones fuertes y el sentimiento de estar fuera de control y por ello aumenta la posibilidad de que exista aprendizaje y exista colaboración.

En contraste, la más importante función de la validación será que el paciente capte y esté seguro de que su terapeuta lo entiende. Este sentimiento de ser entendido genera confianza en el paciente y se incrementa la colaboración.

Evidencia de la efectividad de la Validación

La evidencia sobre la utilidad de la validación proviene de la extensión lógica que han descubierto las investigaciones sobre el biofeedback para corregir y el poder que tienen las expectativas.

El paso a paso del procedimiento

1. Conoce a TU cliente. Parte de ello es conocer sobre patología y sobre psicología normal. Estar atento a lo que tu cliente considera válido e inválido. ¿Esta respuesta mueve al cliente hacia sus objetivos? Si es si, entonces esa respuesta fue válida. Es central estar atentos al estado emocional del paciente y como las emociones pueden afectar el entendimiento de nueva información y el balance que hace entre cambio y validación de acuerdo a su estado emocional.

2. Validar lo válido e invalidar lo inválido. Es importante ser específico de que valida uno. Para validar respuestas emocionales, habrá que motivar la expresión emocional, enseñar a observarse emocionalmente y etiquetar esa emoción, habrá que leer las emociones del cliente y directamente validarlas (ej. Sentirse triste tiene sentido). Para validar respuestas conductuales, habrá que enseñar la observación conductual y enseñar habilidades para etiquetar.

3. Valida en el nivel más alto posible. Hay que recordar que las acciones hablan más que las palabras. Linehan (1997) ha descrito 6 niveles de validación. Todos los niveles son importantes, sin embargo los niveles más altos son vistos como más importantes y cruciales. Si bien en ocasiones la validación verbal es suficiente, en otras ocasiones el llevar a la acción e vuelve central, actuar y responder acorde a lo que el cliente está narrando es importante.

Nivel 1: Escucha con completa atención, estate atento.

Nivel 2: Refleja con certeza lo que el cliente está comunicando.

Nivel 3: Articula emociones no verbales, pensamientos, o patrones de conducta.

Nivel 4: Describe como la conducta del cliente tiene sentido en términos de su historia de experiencia o biología.

Nivel 5: Busca activamente las formas en que la conducta del cliente hace sentido en las circunstancias actuales y comunícale eso.

Nivel 6: Se radicalmente genuino.

4. Valida activamente desde el inicio del proceso terapéutico; desvanece a niveles normales de validación a través del tiempo. Finalmente, mientras la empatía y la validación deben de permanecer siempre en el proceso terapéutico, la validación verbal activa para proveer biofeedback correctivo y disminuir la probable patologización debe disminuir de un nivel alto inicial a un nivel normal.

4.2.6 Debate empírico

Generalmente se realiza cuando se intenta hacer reflexionar al paciente sobre sus creencias disfuncionales con el objetivo de que las pueda modificar. Se examinan las evidencias a favor y en contra. Como ejemplo se puede citar a un paciente con creencias disfuncionales de tipo delirante. Se examinarían las evidencias de favor y en contra de si sus pensamientos son de tipo de delirante o no, examinando las evidencias a favor y en contra. En el presente caso se hace una distinción entre imaginación como proceso no necesariamente equivalente a realidad, y realidad como aquellos eventos sólo avalados por datos empíricos. Por ejemplo:

Paciente (P): Mi familia cree que no sirvo para nada.... Terapeuta (T): ¿Por qué crees que piensan eso? (P): Porque siempre quiero estar acostada y me siento muy casada, a pesar de que quiero hacer las cosas no me dan ganas..... (T):¿Y en que te basas para creer que estar acostada significa que no sirves para nada? (P): (tras un largo silencio)... No lo sé, no tengo respuestas....no lo sé... (T) (en un intento de estimular la búsqueda de alternativas), ¿Por qué otras razones, distintas a ser una persona que no sirve para nada, se basa en estar acostad y cansada todo el tiempo?.....////

Si el debate ataca únicamente a las inferencias irracionales, constituye un debate empírico.

4.2.7 Técnica del doble criterio

Para cuestionar la sobrestimación de las consecuencias percibidas de haber sido responsables de algo, puede emplearse la técnica del doble criterio. El terapeuta pide al paciente si consideraría a otra persona culpable si el suceso le ocurriese a esta y que compare esto con lo que piensa cuando le ocurre a él. Así, a una paciente obsesiva que creía que “si mi hermana enferma de cáncer, todo el mundo me condenará y no volveré a tener amigos” se le preguntó qué haría si una amiga tuviera un hijo enfermo

de cáncer: ¿Le culparía por ello? ¿Ocurrirían las mismas consecuencias que ella teme? La paciente fue mucho más benigna con su amiga, pero pensaba que si le sucediera a ella la cosa sería completamente diferente. Se hizo explícito a la paciente el doble criterio y se investigaron las razones para mantener este doble criterio.

¿Está subestimando lo que puede hacer para manejar la situación?----
Conviene revisar cómo los clientes han manejado problemas similares en el pasado, cómo ve otra gente las habilidades de afrontamiento del cliente y enseñar medio de afrontar las dificultades venideras (Clark, 1989).

¿Qué le diría una persona en quien confía acerca de este pensamiento?----
Esto puede ayudar a restaurar la perspectiva, ya que afortunadamente los clientes no suelen creer que otra gente comparte sus cogniciones negativas.

4.2.8 Desdramatización=descatastrofización

En el caso de los problemas de ansiedad, las preguntas terminarán por ir dirigidas a la discusión de los peores miedos: muerte propia o de un familiar, volverse loco, quedar desfigurado, acabar como pordiosero, etc. Esto es lo que se conoce como “desdramatización (descatastrofización): imaginar que lo peor que se teme es cierto, analizar cuán malo sería realmente y, según los casos, cuánto duraría, y ver qué se podría hacer para manejarlo. De hecho hay clínicos que tras pedir al cliente que suponga que lo que piensa es cierto, le solicitan que identifique no simplemente lo que pasaría entonces, sino lo peor que podría pasar según él.

Conviene señalar varias cosas respecto a la desdramatización (Bados, 2001):

- ✧ No se trata de ver un evento negativo como poco importante o neutral (ej. Es perturbador para la mayoría de la gente perder un amigo), sino de evaluar críticamente su impacto real. Esto debe hacerse sin perder la actitud empática hacia el cliente.
- ✧ El paso de suponer que lo que se piensa podría ser cierto, no tiene por qué ser introducido en la misma sesión que los anteriores. Los clientes que

tengan dificultad para cuestionar las pruebas de su pensamiento inicial necesitarán trabajar más en ello, tanto en las sesiones como en casa, antes de pasar a cuestionar las derivaciones de dicho pensamiento.

- ✚ Como la desdramatización es una inundación cognitiva, hay que dedicarle el tiempo suficiente para que el cliente pueda procesar la información y experimentar alguna reducción de ansiedad; en caso contrario, puede ser perjudicial. (Una alternativa a la desdramatización verbal es la imaginación prolongada de las peores cosas temidas).
- ✚ Puede que la desdramatización no sea siempre apropiada. Por ejemplo, no es lo mismo que un agorafóbico tema durante un ataque de pánico desmayarse, hacer el ridículo o ponerse a correr y gritar que morir o volverse loco.
- ✚ En estos dos últimos casos, puede ser más adecuado, como señalan Barlow y Craske (1989) y Botella y Ballester (1997), abordar la probabilidad de que esto suceda en vez de si sería malo morir o volverse loco. (Otros han señalado que la desdramatización puede ser adecuada en el miedo a la muerte, ya que algunos pacientes tienen creencias e imágenes disfuncionales sobre la muerte y el proceso de morir, por ejemplo, piensan que uno sigue experimentando dolor después de la muerte). Similarmente, no es lo mismo pensar “no le gusto a ella” que “no le gusto a nadie”. En este último caso es mejor centrarse sólo en la validez de las interpretaciones hechas y en la búsqueda de soluciones para lograr cambios deseados en vez de plantear si es tan malo no gustarle a nadie.
- ✚ Identificar lo que pasaría si lo que se piensa fuera cierto llevaría tarde o temprano a la identificación y cuestionamiento de los supuestos o creencias básicos. A continuación se ofrecerán diversos ejemplos para las preguntas correspondientes a este apartado, ejemplo centrados, sobre todo, en la desdramatización.

¿Qué pasaría si las cosas fueran realmente cómo piensa? Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿Sería tan malo como parece? ¿Qué soluciones habría

o qué podría hacer al respecto? Si las cosas fueran realmente así, ¿Qué podría hacer para cambiarlas o cómo podría hacer frente a la situación?

4.2.9 Continuos cognitivos

Emplear continuos para modificar el pensamiento dicotómico que suele caracterizar a muchas creencias. Un continuo establece matices de gris en el sistema de juicio del paciente. Para crear un continuo, terapeuta y paciente rotulan y definen ambos extremos del mismo (ej. Aburrido e interesante; una persona aburrída podría ser una sin amigos ni aficiones, que no sale nunca, ignorada por los demás, que nunca dice nada interesante, que no ha viajado nunca y que no tiene personalidad propia). Luego, se definen algunos puntos intermedios (el 2, 4, 6 y 8 si el continuo va de 0 a 10). Finalmente, se pide al cliente que se sitúe en el continuo.

4.2.10 Contrapuntos o técnica del punto-contrapunto

Una vez que el cliente ha alcanzado un cierto dominio de la reestructuración cognitiva, el terapeuta puede emplear la técnica del punto-contrapunto, previo acuerdo con el paciente. El terapeuta comienza expresando un pensamiento negativo significativo del cliente como si fuera suyo (“no querrá saber nada más de mí si le digo esto”) y el cliente debe buscar argumentos para refutarlo, a lo cual el terapeuta responde con nuevas ideas cuya validez debe evaluar el cliente. Si en un momento determinado el cliente tiene dificultades para seguir, se pueden invertir los papeles y entonces es el terapeuta el que continúa desafiando los pensamientos negativos (Bados, 2001).

Relacionada con el procedimiento anterior está la técnica del tribunal o simulación de un juicio en la que el paciente actúa como un abogado de la defensa y/o de la acusación aportando argumentos empíricos sólidos (¿dónde están los hechos?). Cuando el paciente interpreta los dos papeles,

considera y compara dos puntos opuestos de vista; por eso le es más fácil modificar su valoración. En concreto, el paciente identifica un pensamiento concreto y luego adopta el papel de abogado para convencer a los miembros de un jurado de que su pensamiento es válido. Una vez que ha expuesto todos los argumentos a favor, pasa a representar el papel de fiscal para convencer al jurado de que el pensamiento no es válido. El papel del terapeuta es hacer de juez y cortar toda aportación de datos inadmisibles, tal como rumores (“una vez oí que...”) o argumentos irracionales.

4.2.11 Reatribución

Una de las distorsiones cognitivas más frecuentes se denomina “personalización” o “autoinculpación”. En ella la persona se humilla a sí mismo y asume todas las culpas de un problema del que no es enteramente responsable. Un antídoto para la personalización es la “reatribución”: el cliente se atribuye la causa de un problema a algo que no sea su “maldad”. Será importante que el terapeuta y/o el paciente se pregunte: ¿qué factores podrían haber contribuido también a generar el problema? a continuación, elabore una lista de otros posibles implicados. La finalidad de este procedimiento no consiste en negar cualquier error, sino en evaluar más objetivamente las causas de un problema. Si el cliente contribuyó a que se generara el problema, tendrá que aceptarlo e intentar aprender de la experiencia en lugar de regodearse en el odio hacia su persona.

4.2.12 Psicoeducación

Proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta,

su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida. (Bulacio, 2006).

4.2.13 Entrenamiento en asertividad

Tomar en cuenta los siguientes puntos:

- ✧ Precondiciones para la Asertividad: Tener habilidades sociales. La Comunicación Asertiva se mide a través de Conductas Verbales y No Verbales.
- ✧ La Conducta Asertiva se centra en realizar peticiones a otros, opinar, exponer necesidades, poner límites y negar peticiones hechas por otros que se consideren como no razonables. No se minimiza a ninguna de las personas involucradas y es importante la exactitud y claridad en lo que se va a decir y el respeto hacia quienes se dirige el mensaje.
- ✧ Está relacionada con la capacidad de poder comunicar opiniones y sentimientos profundos o fuertes.
- ✧ La Asertividad es conceptualizada como la conducta que se encuentra en medio entre las respuestas inefectivas de tipo pasiva y la respuesta agresiva.
- ✧ Al paciente es importante mencionarle que es la conducta alternativa universalmente escogida y que lleva a buenos resultados.
- ✧ En sesión se señala la relación imperfecta entre la asertividad y los resultados deseados. Es probable que inicialmente, las respuestas asertivas no traigan como consecuencia el resultado deseado. El tiempo que mantenga las respuestas asertivas, pueden incrementar el resultado deseado por el cliente.
- ✧ El éxito de la asertividad no siempre se encuentra en función de resultados tangibles, sin embargo su éxito algunas veces se encuentra sustentado en el grado de control personal y en el respeto personal que es logrado y mantenido a lo largo de los intercambios.

- ✚ En una primera instancia la Comunicación de tipo Asertiva tendrá como recompensa la posibilidad de poder externalizar las opiniones, necesidades y/o límites que el cliente quiera plantear.
- ✚ Para tener una comunicación asertiva es importante:
 - 1) La Claridad
 - 2) La Forma
 - 3) El Tono
 - 4) La Fluidez.
- ✚ Cuando el paciente explica porque usa conductualmente estrategias pasivas o agresivas en lugar de estrategias asertivas es importante tener claro los “por qué”, como adquirió la conducta (tipo pasivo o agresivo), la razón por la cual se hizo un experto y que reforzó el uso de conductas agresivas o pasivas a través del tiempo.
- ✚ Una de las tareas: que el cliente auto monitoree su conducta no verbal en el contexto real.
- ✚ Terapeuta debe tener en mente como se modifica el desempeño del paciente dentro y fuera de su contexto debido a situaciones y personas.
- ✚ Acerca de hacer solicitudes será revisado---tanto las exitosas como las no exitosas. Se pedirá al cliente que se monitoree y practique en su contexto.
- ✚ Role-playing de cómo hacer solicitudes.
- ✚ Cuando la ausencia de conductas asertivas son debidas a factores afectivos o cognitivos y no son por un déficit en las habilidades, se utilizan estrategias como: 1. Relajación. 2. Re estructuración Cognitiva. 3. Re encuadre Cognitivo. Sin embargo los ensayos de conducta asertiva se hacen paralelamente.
- ✚ Cuando la conducta asertiva está ausente en el contexto de una relación específica, se debe de hacer una evaluación de la historia y las reglas implícitas y explícitas de esta. Con el objetivo de saber hábitos relacionados con la conducta no asertiva y/o como puede estar siendo reforzada. Entrenamiento habilidades asertivas puede tocar temas delicados como: tradiciones familiares, conductas de estilo de vida, conducta sexual.

- ✚ Temas delicados como la actividad sexual debe de ser tratado de una forma que sugiera un interés en “experimentar” en lugar de un cambio permanente del repertorio de la pareja.

Factores Conductuales y Cognitivos – Afectivos que influyen en el ser Asertivo:

Será en función de las habilidades y de las competencias que cada persona pueda desplegar, contingencias que lo refuercen, factores motivacionales-afectivos y factores cognitivos evaluativos.

Cuando existe una falla en las habilidades asertivas vistas en psicoterapia:

- ✚ Hacer un análisis jerárquico de tareas para determinar que variable fue la que generó el déficit en el desempeño.
- ✚ Observar el desempeño en un contexto no amenazante o menos amenazante.
- ✚ Cuando tiene un buen manejo de las habilidades asertivas, se llevará a un contexto que sea clínicamente relevante.
- ✚ Evaluar componentes afectivos y cognitivos que podrían estar ocasionando problemas en el binomio “habilidad-desempeño”.

Los modelos Conductuales remarcan la importancia de la “interacción social” como una forma de poder reforzar una serie de conductas, sin embargo en este caso podrían reducirse los reforzadores por experiencias afectivas negativas que podrían estar presentes en toda la interacción como la ansiedad.

Antes de la adquisición de y práctica de la Conducta Asertiva:

- I. Valoración de las Habilidades (afianzadas o establecidas) y Desempeño de Competencias-Aptitudes.
- II. Las habilidades de Conducta Asertiva se pueden evaluar a través de:
 - 1) Auto Reportes.
 - 3) Entrevista Clínica.
 - 5) Auto Monitoreo.
 - 7)Tareas de Interacción Social-Contexto Similar.

- 2) Observación de la Conducta. 4) Cuestionarios. 6) Role-Playing.
8) Tareas de Interacción Social-Contexto Real.

Entrenamiento en asertividad

Cuando existe la seguridad de la existencia de un déficit de las habilidades asertivas en cuanto a su ejecución:

1. Razones de Entrenamiento en Asertividad: La comunicación asertiva de opiniones personales, necesidades y límites han sido definidas como una forma de comunicación en donde no quedan disminuidas o devaluadas ninguna de las personas involucradas en la interacción. Se enfatiza la comunicación clara y respetuosa.

El éxito de la asertividad no siempre se apoya en resultados tangibles. Es medido en el grado de control personal y de respeto que es alcanzado y mantenido durante el intercambio asertivo. La comunicación asertiva maximiza el éxito potencial de objetivos en las relaciones humanas, tanto a nivel profesional como a nivel íntimo.

2. Las 3 formas más comunes de comunicación: 1) Agresiva. 2) Pasiva. 3) Asertiva.

Comunicación Agresiva: caracterizada por querer obtener objetivos, necesidades u opiniones sin importar el costo y consecuencia en el otro (s). Algunas palabras que se usan son: “debes de y tienes que” u otras palabras en donde la otra persona queda advertida que es su obligación o se le pide satisfacer o hacer lo que se le demanda o bien aceptar la opinión del otro. Se caracteriza también por conductas de Lenguaje No Verbal que expresan en algún sentido un: te chingué te guste o no. Ignoran los límites del espacio personal. Pueden hablar en volumen alto y/o con tono enojado. También sabe usar la presión sutil o amenazar.

Comunicación Pasiva: Es problemática no porque haga demandas obvias a los otros, sino porque no refleja sus necesidades verdaderas o preferencias. Involucra el uso de lenguaje condescendiente (hago lo que la otra gente quiere que se haga). El comunicador pasivo regularmente responde a las declaraciones u opiniones con expresiones como: “si tu lo crees”, “lo que tu quieras está bien”, “no hay problema, yo lo hago”. A corto plazo, el tipo de comunicación pasiva puede ser catalogado como alguien que trata de asegurar el placer y la felicidad de los demás. Las consecuencias de este estilo de comunicación se pueden sentir después de un tiempo, pues comienza a resentir el hecho de que sus verdaderas necesidades u opiniones no están siendo tomadas en cuenta. La persona que interactúa con una persona pasiva puede considerar que la persona pasiva solo participa a medias y que evita la responsabilidad de tomar decisiones en la relación.

Comunicación Asertiva: La persona expresa honestamente y con ideas propias sus necesidades y opiniones. Las opiniones son expresadas justo como eso y no como declaraciones o hechos que no pueden argumentarse. Este tipo de comunicación permite a otros participantes intercambiar de forma cómoda sus opiniones, ya sean similares o no. El que comunica presenta sus ideas clara y respetuosamente, con la posibilidad de que los demás se opongan a su punto de vista u opinión. El asertivo, cuando no está de acuerdo lo hace ver de forma clara pero respetuosa y al mismo tiempo considera y toma en cuenta la situación o el punto de vista de los otros. La comunicación asertiva tiene el objetivo del respeto mutuo.

3. Revisión del contenido y procedimiento de la conducta asertiva. La solicitud asertiva se caracteriza por ser razonable, su especificidad acerca de las acciones requeridas para que se cumpla o realice lo que se pide, y la inclusión de declaraciones donde se sopesa el impacto de lo que se pide para ambas partes.

Para solicitar cambio en la conducta: 1. El cliente inicia externalizando el impacto negativo que tiene. 2. Sugiere una conducta alternativa específica y

razonable. 3. Declaración sugiriendo el impacto positivo de la conducta alternativa propuesta para ambas partes. El cambio que se sugiere queda entre las 2 declaraciones que impactan

4. Suministrar una visión general del conjunto de habilidades asertivas.

- a. Conducta no Verbal.
- b. Dar y recibir cumplidos.
- c. Hacer y recibir críticas.
- d. Hacer y negar solicitudes.

Se señala que el conjunto de habilidades asertivas se sustentan en una jerarquía. La práctica de habilidades de menor nivel es importante para la adquisición y desempeño de habilidades de mayor nivel. Explicar que estas habilidades pueden implementarse exitosamente en diferentes contextos.

5. Especificar tareas dentro de terapia y fuera. Dentro de sesión se introducirán:

- a. Habilidades particulares.
- b. Modelado de conducta dirigido a la habilidad detectada.
- c. Práctica de habilidades haciendo role-playing.

El cliente debe ser informado de que el auto monitoreo día a día en las interacciones continuarán durante todo el entrenamiento.

6. Modelado de la conducta asertiva. Enfocado a la habilidad asertiva específica, se revisa el contenido verbal de la respuesta que da el paciente y en caso necesario, el terapeuta modelará la conducta asertiva esperada.

7. Práctica dentro de la sesión. El cliente practica las conductas asertivas dentro de consultorio con ejercicios de role-playing relacionados con la conducta problema.

8. Reforzar y corregir vía retroalimentación. 1. La evaluación del desempeño del role playing debe de iniciar con la solicitud de comentarios del cliente. Esta estrategia permite:

- a) Evaluar el entendimiento que el cliente ha hecho de las conductas verbales y no verbales que constituyen a la respuesta asertiva
- b) Evaluar la exactitud y objetividad con la que el cliente evalúa su desempeño. Los esfuerzos y desempeño del cliente deben de reforzarse. Se debe de dar biofeedback correctivo y refinar el desempeño asertivo. Se recomienda la videograbación.

9. Práctica en contexto real. El cliente proveerá evaluación técnica y afectiva sobre su desempeño en el mundo real.

10. Establecimiento de expectativas de desempeño realista y programa de refuerzo aceptable. El refuerzo a través del desempeño y obtención de los objetivos es importante en el proceso del entrenamiento. A partir de que el contexto real del cliente es el área de práctica, las expectativas realistas en la ejecución exitosa son remarcados y un auto refuerzo regular por aproximaciones sucesivas al objetivo es central.

4.2.14 Defusión cognitiva

Implica un cambio en el uso normal del lenguaje y la cognición de tal manera que el actual proceso de pensamiento es más evidente y las funciones normales de los productos de pensar es más amplió.

Consiste en alentar a los clientes para detectar sus pensamientos y verlos como hipótesis en vez de hechos objetivos sobre el mundo. Durante mucho tiempo se ha descrito como un "primer paso crítico en la terapia cognitiva"

El propósito de la difusión cognitiva es ayudar a los clientes que se encuentran atrapados en el contenido de su propia actividad cognitiva para

desactivar, o separarse, a partir del significado literal de los pensamientos y en su lugar tomar conciencia de pensar como un continuo proceso relacional activo, que es histórico y situacional.

Se basa en una teoría contextual funcional del lenguaje y la cognición llamado teoría relacional de los marcos (Hayes, Barnes-Holmes, y Roche, 2001). De acuerdo con este punto de vista, los pensamientos adquieren su significado literal y gran parte de sus funciones de regulación y el comportamiento emotivos centrados sólo porque la comunidad social / verbal establece un contexto en el que los símbolos se relacionan entre sí a otros eventos y tiene funciones sobre la base de estas relaciones.

¿Quiénes podrían beneficiarse de esta técnica?

Se puede aplicar a cualquier problema de cliente que son exacerbadas por entrelazamiento con los eventos cognitivos. Los datos preliminares muestran que estos procedimientos pueden alterar rápidamente las funciones de estos eventos. Para los clientes resistentes al tratamiento que han fracasado en los cursos anteriores de la terapia cognitivo-conductual, la difusión cognitiva mantiene la promesa de reducir el impacto negativo de pensamientos dañinos.

¿Cómo funciona la técnica?

En defusion cognitiva, en lugar de tratar de cambiar directamente el contenido o la frecuencia de estos eventos privados, los objetivos del contexto que los relaciona con la conducta manifiesta deseable para inducir la respuesta.

La técnica de defusion anima a los clientes a centrarse en las oportunidades que el entorno actual ofrece y la viabilidad de los eventos cognitivos específicos en el fomento de medidas eficaces en ese ambiente.

La técnica de defusion cognitiva se pueden dividir en tres grandes grupos.

1. Que el cliente se familiarice con el concepto que el lenguaje puede no tener todas las respuestas: Puede haber otras formas más flexibles de saber que están más allá del conocimiento verbal.
2. Los pensamientos y las emociones se objetivan a través de diversas metáforas, lo que lleva a una mayor distinción entre el pensamiento y el pensador, emoción y espesores
3. Varias convenciones de lenguaje, ejercicios experimentales se introducen para diferenciar la compra de un pensamiento, por así decirlo, de tener un pensamiento, con el objetivo de enseñar a los clientes para evaluar pensamientos en base a su utilidad funcional en lugar de su verdad literal.

Defusión cognitiva comienza el ataque a la confianza de los clientes en el pensamiento consciente, demostrando sus límites. El ejercicio palabra repetida (habitual en un primer momento hizo con una palabra arbitraria, como la leche) es a menudo una de las primeras

Objetivar pensamiento: Pensamiento objetivante pueden ayudar a manejar sus pensamientos de una manera más flexible y práctico, de la misma manera que los objetos externos se pueden manejar de varias maneras, dependiendo de la finalidad presente en el momento.

Metáforas más extendidas pueden objetivar pensamientos también.

Un pensamiento es un pensamiento: Defusión cognitiva se le presenta los clientes experimentalmente con la distinción entre mirar un mundo como regalo del pensamiento y ver el mundo al mismo tiempo, consciente del proceso del pensamiento, consciente de las alternativas de respuesta actuales, y la elección de una de muchas alternativas. Esto se suele hacer a través de una variedad de ejercicios de meditación y la atención, con los ojos cerrados, imagina una corriente con hojas flotando en ella y coloca cada nuevo pensamiento que surge en una de las hojas.

4.2.15 Restructuración cognitiva

El poder de la auto-observación de la conducta ha sido reconocida desde hace mucho tiempo e incluso ha formado la base de los modelos de

desarrollo de la personalidad (Bem, 1970). Algunos han argumentado que la capacidad de actuar, y para percibir con precisión las acciones y las consecuencias de uno, es un rasgo distintivo de una buena salud mental (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Pruebas de comportamiento son una parte importante de este conjunto de herramientas, y pueden ser ampliamente aplicados a la mayoría de los problemas que involucran el pensamiento negativo.

Cogniciones negativas que implican predicciones sobre el futuro o declaraciones sobre el mismo u otros pueden llevarse a la práctica como hipótesis sujetas a la investigación empírica.

La eficacia única de pruebas de comportamiento de las cogniciones negativas en la terapia cognitivo-conductual no se ha evaluado específicamente. Sin embargo, dos estudios han examinado la eficacia comparativa de la terapia cognitivo-conductual y sus dos componentes principales: (1) la activación del comportamiento, y (2) la activación conductual con cambio automático en la modificación de pensamiento.

Cogniciones negativas

1. Identificar la cognición negativa y su papel en el mantenimiento de la conducta problema.
2. Poner en práctica la conducta problema y generar una prueba de comportamiento.
3. Examen de los resultados de la prueba de comportamiento con respecto a la cognición negativo original.

¿Cómo usar las pruebas de comportamiento para combatir pensamiento negativo?

En términos generales, hay tres fases principales en el uso de las pruebas de comportamiento de los pensamientos negativos.

- ✧ En primer lugar, el cliente y el terapeuta deben estar de acuerdo en que el pensamiento negativo en cuestión es importante y que juega un papel contribuyendo o manteniendo en el problema global del cliente.

- ✧ Un segundo elemento fundamental de las pruebas de comportamiento de las cogniciones negativas es la propia prueba de comportamiento.
- ✧ El comportamiento debe ser claramente especificado para que un ensayo de comportamiento que funcionan bien, y el conocimiento que está siendo dirigida por la prueba de comportamiento también debe estar bien identificada. Al hacer la prueba en sí comportamiento, es muy importante que el terapeuta y el cliente están de acuerdo sobre lo que constituye el comportamiento.
- ✧ La tercera, y probablemente el más importante, los aspectos de la prueba de comportamiento de los conocimientos es el proceso de revisión. Después de haber participado en una asignación de conducta o experimento, el terapeuta y el cliente deben evaluar las conclusiones que el cliente extrae de él-o ella misma o sus conocimientos previos.

Trastorno de pánico

Ahora está bastante bien aceptado que los pacientes trastorno de pánico generalmente tienen un conocimiento crítico que implica la idea de que si presentan los síntomas que se asocian con el pánico, se pueda causar heridas graves o incluso la muerte. Por lo tanto, el tratamiento cognitivo conductual del trastorno de pánico típicamente implica una prueba de comportamiento directa de este cognición negativa crítico.

Las pruebas de comportamiento de las cogniciones negativas relacionadas con la ansiedad son muy poderosos en la modificación de las predicciones (Barlow, 1988). Se puede argumentar que sin pruebas de comportamiento de estas cogniciones negativas, el éxito del tratamiento de la mayoría de los trastornos no es posible. La terapia conductual contemporánea de todos los trastornos de ansiedad implica la exposición al estímulo que provoca el miedo o la situación, con ayuda de la reestructuración cognitiva para pruebas de comportamiento.

Cogniciones depresivas

Los pacientes con depresión típicamente hacen evaluaciones negativas de sí mismos, los demás y el mundo en general (Beck et al., 1979). Estas distorsiones cognitivas pueden adoptar muchas y variadas formas, pero su rasgo característico es que por lo general reflejan disminución en el autoestima o su estatus en el mundo.

- ✓ Mostrar al cliente el ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y la terapia cognitivo-conductual (TCC). Muéstrales que las adversidades (As) solos no conducen a sus consecuencias perturbados (Cs), pero que personalmente contribuir a su Cs mediante la participación en las creencias fuertes y persistentes (B) sobre su medida. Un A, B = C.
- ✓ En particular, los clientes muestran que cuando se perturban a sí mismos (en el punto C) tienen creencias racionales poderosas (RBS), que en gran parte se componen de preferencias flexibles, más fuertes creencias irracionales (IB), que en gran parte se componen de absolutistas, rígidos y otras demandas.
- ✓ Mostrar a los clientes cómo pensar, sentir, y actuar en contra de su rígida IB con una serie de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, que se interrelacionan entre sí.
- ✓ Mostrar a los clientes cómo impugna específicamente su IB (1) realista y empírica, (2) lógicamente, y (3) pragmática. En particular, les mostrará cómo cambiar sus rígidas, demandas absolutistas sobre sí mismos, otras personas, y las condiciones mundiales flexibles, preferencias viables.
- ✓ Mostrar a los clientes que cuando se activa y persistente diferencia (D) la IB pueden crear una nueva filosofía efectiva (E), que incluye fuertes declaraciones de afrontamiento racional que puede ayudar a sentirse mejor, mejorar, y estar mejor.

Distres civil

Uno de los pensamientos negativos característicos de muchas parejas con dificultades es que la pareja no está verdaderamente comprometido con el éxito de la relación y sólo se dedica a las actividades positivas debido a la amenaza de consecuencias negativas si la actividad no se hace.

Esquema de Cambio Terapia

Un ejemplo final de las pruebas de comportamiento de las cogniciones negativas se puede ver en el reciente énfasis en la terapia cognitivo-conductual en lo que se conoce como terapia de cambio de esquema. Cada vez más, los terapeutas están interesados en la identificación de las creencias generales que los clientes tienen de sí mismos o de cómo funciona el mundo en general, y en la aplicación de estas creencias para pruebas de comportamiento.

Otro ensayo de comportamiento útil de una creencia general es la que-si la técnica (J. Beck, 1995). En el que, si la técnica, un auto-esquema general de que el cliente ha adoptado se identifica, y alguna que otra alternativa más positiva se desarrolla a continuación.

4.2.16 Exposición en vivo

La exposición en vivo a las situaciones temidas ha sido una piedra angular de la terapia de comportamiento durante décadas. Esta técnica terapéutica está históricamente ligado a los estudios experimentales principios del condicionamiento clásico y los principios conexos de estímulo condicionado (CS) - estímulo incondicionado (UCS) la extinción.

Una de las técnicas de exposición más influyentes es el procedimiento de desensibilización sistemática desarrollado por Salter (1949) y por Wolpe (1958). La desensibilización sistemática consiste en una serie de ejercicios de la exposición se presentan en pasos graduales de aumento de la intensidad miedo. Estas exposiciones se llevan a cabo durante la relajación, un estado emocional y fisiológico considera incompatible con la ansiedad condicionada o respuesta de miedo.

La exposición en vivo y sin entrenamiento de relajación es un componente crucial de los tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico con agorafobia (Craske y Barlow, 2001), fobia social (Heimberg et al., 1990), y el trastorno obsesivo-compulsivo (Foa y Franklin, 2001).

En las técnicas de exposición in vivo son útiles en el tratamiento de la ansiedad relacionada con los objetos o situaciones circunscritas. El tratamiento comienza típicamente con la evaluación de los cuales los objetos o situaciones de un individuo temen y evita así como cualquier característica de los estímulos fóbicos que mejoran la respuesta de miedo. El terapeuta y el cliente luego trabajar en conjunto para generar una jerarquía de situaciones o estímulos para el cliente que enfrentar en orden de dificultad ascendente. Por último, se llevan a cabo estas exposiciones, a menudo de una manera graduada de tal manera que el cliente se mueve hacia arriba a la siguiente etapa jerárquica sólo después de que el dominio de la anterior.

¿Quién podrían beneficiarse de la exposición en vivo?

La mayoría de los individuos con ansiedad involucran circunscritas, miedos irracionales a objetos o situaciones externas se benefician de esta técnica. Esto se aplica a las personas diagnosticadas con trastorno de pánico con agorafobia, fobia específica, o agorafobia sin pánico (es decir, la prevención situacional asociada a otras respuestas corporales relacionados con la ansiedad, como trastorno de ansiedad generalizada o el síndrome del intestino irritable). La exposición en vivo es igualmente importante en el tratamiento de la fobia social (Heimberg et al., 1990), el trastorno obsesivo-

compulsivo (Foa y Franklin, 2001), y evitar la situación resultante de hechos traumáticos (Foa y Meadows, 1997).

¿Cómo funciona la exposición in vivo?

En las técnicas de exposición in vivo se basaron originalmente en el principio del comportamiento de la extinción.

Por lo tanto, se cree que la exposición in vivo para reducir la ansiedad debido a que el CS se presenta varias veces en ausencia de cualquier acompañante aversivo UCS. Sin embargo, las cuentas más recientes sugieren que la exposición también promueve la reestructuración cognitiva porque los clientes aprenden durante los ensayos de exposición que los estímulos temidos son de hecho inofensivo (por ejemplo, Craske y Barlow, 2001).

Elementos clave de la exposición in vivo:

1. Llevar a cabo un análisis funcional de la conducta de evitación.
2. Describir el propósito y el valor de la exposición a situaciones u objetos temidos.
3. Generar una jerarquía de objetos de miedo.
4. Comience repetida, la exposición sistemática a los elementos de miedo, comenzando en la parte inferior de la jerarquía.
5. Continuar con la exposición repetida a la orden del día, la jerarquía miedo cuando la exposición al elemento anterior sólo genera miedo leve.
6. Asignar ejercicios exposición autodirigidos para practicar en casa.
7. Revisar el progreso del cliente con la práctica en casa, dar retroalimentación para superar cualquier dificultad.

Si es más importante para el cliente también para participar en ejercicios de exposición auto-dirigidos en entre sesiones de terapia. Si el terapeuta dirige, la exposición durante la reunión no es factible, los clientes pueden recibir instrucciones para subir a la jerarquía por su cuenta.

Las siguientes instrucciones se deben dar a guiar a los clientes en esta tarea:

1. Los clientes comienzan con los artículos menos temidos de la lista de jerarquía
2. Algunos artículos pueden requerir la práctica sólo un par de veces antes de que se alcancen los niveles leves de ansiedad. Otros artículos, más difíciles pueden requerir la práctica 5, 10 ó 20 veces. Práctica se recomienda por lo menos 3 veces a la semana, aunque cuanto más, mejor.
3. La práctica continua de largo suele ser más útil que, las prácticas interrumpidas.
4. La exposición es más eficaz cuando todos los aspectos de la tarea se trataron de la misma manera como si no hubiera ningún miedo.
5. En el caso del trastorno de pánico con agorafobia, el cliente también puede ser motivado a identificar y cuestionar los pensamientos que provocan ansiedad asociados a la situación temida antes de participar en el ejercicio de la exposición.
6. Si el cliente siente que es absolutamente necesario terminar prematuramente un ejercicio de exposición debido al miedo intenso, la mejor estrategia es detener y permitir que la ansiedad se reduzca, pero luego de reanudar la exposición, aunque sólo sea por unos minutos más.
7. Después de cada ensayo, la exposición, el cliente registra su nivel de ansiedad. El elemento de la exposición anterior se repite hasta que la respuesta de miedo se reduce.

En las sesiones posteriores de tratamiento, el terapeuta revisa estos intentos de exposición con el cliente mediante el refuerzo de los intentos, tranquilizando a los clientes de que el progreso no siempre es lineal y más a menudo fluctúa hacia arriba y hacia abajo, y dando retroalimentación correctiva. El terapeuta y el cliente pueden resolver problemas colectivamente las dificultades prácticas en la realización de los ejercicios.

4.2.17 Entrenamiento en solución de problemas

Solución de problemas es un proceso manifiesto, de auto dirigido de tipo cognitivo-conductual, mediante el cual una persona intenta identificar soluciones adaptativas para problemas causantes de estrés. Técnica en donde el objetivo es encontrar una o más soluciones para un problema en

específico. Para cada problema que el paciente quiera resolver se le enseña a:

- 1) Hacer un breve resumen a modo de oración
- 2) Generar potenciales soluciones sin juzgar
- 3) Evaluar los puntos positivos y negativos de cada solución
- 4) Escoger una o más de las soluciones
- 5) Intentar las soluciones.

Los métodos de solución de problemas a nivel social son eficaces para reducir el enojo, quizá porque en el intento de revisar opciones posibles, el sujeto se focaliza en resolver el problema y se distrae de los pensamientos que están apareados con el enojo.

4.2. 18 Activación conductual

¿Quién se ve beneficiado con esta técnica?

Pacientes con Depresión Mayor y en general todas aquellas personas con algún tipo de Depresión. Existen estudios en curso para saber los beneficios en Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) tanto para su prevención, cuando está diagnosticado y la combinación de Depresión Mayor y PTSD. Es importante señalar que los pacientes podían tener en el Eje I al menos el Trastorno de Depresión Mayor y otros Trastornos en el Eje II (a excepción de Psicosis o Drogodependencia)

Contraindicaciones para el tratamiento:

Se sugiere NO usarse cuando exista comorbilidad del Trastorno de Depresión Mayor con 1) Psicosis y 2) Drogodependencia. Se debe de tener cuidado la aplicación en pacientes Deprimidos que pueden sufrir de Violencia Domestica (al activarse pueden ser nuevamente víctimas de sus parejas).

Consideraciones Especiales:

- 1) Las Evidencias: “Activación conductual” sola, trabaja bien en el Tratamiento. Sin la parte Cognitiva.

- 2) Cuando los Pacientes tienen la creencia de que su forma de pensar es el problema, se incorpora la parte Cognitiva.
- 3) El Terapeuta toma el rol de Coach: animará, estimulará y fomentará al paciente, aun cuando este sienta que no puede completar las tareas o sentir placer de la vida. “BA” se focaliza en ayudar a los clientes a establecer una rutina.
- 4) Actividad en “activación conductual” significa comprometerse-involucrarse no hacer algo por hacerlo o para estar ocupado.
- 5) Focalizarse en la función de la conducta, no en la forma de la conducta.
- 6) Nunca decir: Si no hace las actividades, seguirá deprimido. Sería: De acuerdo a Conducta---será la consecuencia.
- 7) Menor énfasis en Entrenamiento de Habilidades. Depende de Análisis Conductual. Con seguir reglas, suficiente.

Procedimiento

1. Análisis funcional, Es lo más importante en la Técnica de Activación Conductual.
2. Desarrollar una Conceptualización General del Caso desde el Análisis de la Conducta, se puede resumir en términos de los eventos de vida que han contribuido a la Depresión, haciendo la vida del cliente con menos recompensas, y observar cómo ha tratado de afrontar los síntomas de la Depresión.
3. El Terapeuta debe de comprender la Historia del Cliente y Obtener Información acerca de Eventos Significativos en su vida, Positivos o Negativos que puedan estar influenciando el contexto de vida actual del cliente.
4. Entender como es la Conducta durante el episodio Depresivo a diferencia de su Conducta en otros momentos.
5. Excelente si las Hipótesis son sólidas, para ello: 1) antecedentes. 2) conductas. 3) consecuencias.
6. Ayuda tener un panorama de que problemas está experimentando el cliente.

7. Conceptualización de caso: Eventos en la vida que pudieron haber contribuido a la Depresión, haciendo que para el paciente la vida fuera menos gratificante o satisfactorio.
8. Observar detenidamente, Como ha afrontado los síntomas de la depresión.
9. Observar: Conductas Secundarias–Problema. (Conductas con las que afronta se convierten en parte del problema).
10. Registro de Actividades, Terapeuta tendrá claro el nivel de actividad de paciente y agendar actividades placenteras.
11. Este Contendrá: 1) Actividades por hora, ¿Qué hizo? ¿Cómo se sintió?---- Intensidad.
12. observar detenidamente, Conductas de Evitación.
13. La parte más importante del tratamiento de “activación Conductual”:
 1. Las técnicas de Registro de Actividades.
 2. Que se modifiquen y reorganicen los patrones de Evitación.
 3. Modificación de Conducta.

4.2.19 Control de impulsos

Es una técnica o un método efectivo para el control del enojo y de los impulsos en general.

Este procedimiento fue utilizado inicialmente para ayudar a adolescentes y adultos para prevenir la necesidad-ansia de consumir drogas y alcohol y después fue modificado para ser utilizado en las conductas impulsivas.

El enojo y la agresión algunas veces son el efecto secundario de varios procesos biológicos, por ello estos aspectos tienen que ser considerados antes de focalizarse en aproximaciones psicológicas.

Esta técnica emplea componentes de otros métodos para el control del enojo que se enlistan más adelante.

1. Hacer un resumen de lo que se ha detectado en el paciente respecto a la regulación emocional. Realizar explicación breve acerca de la técnica.

2. Identificar la situación más reciente en donde estuviera involucrado el enojo. Es clave que terapeuta ayude al paciente a identificar el primer pensamiento en donde ya aparece el enojo, antes de la conducta impulsiva.
3. Modelar los siguientes componentes del control del impulso:
 - a) Para. Detente. Hasta aquí.----El paciente seleccionará la palabra que mejor le funcione para detener el pensamiento. Tensar los músculos. *Señalarle de la importancia que tiene estar atento al contexto y de sus detalles.
 - b) Una consecuencia negativa para él, más una para otros. Cuando se revisen consecuencias debe involucrar y reflejar afecto de desesperanza. Las consecuencias deben de rotarse o bien agregar otras mientras los ensayos siguen.
 - c) Después de la revisión de las Consecuencias Negativas--Relajación--Destensar músculos.--Respiración profunda. En la última Consecuencia Negativa debe de generar la ausencia de Sentimientos Negativos y de Tensión Muscular. En caso de que en monitoreo de cabeza a pies el paciente encuentre tensión muscular, recurrir a palabras que sabe lo relajarán, más respiraciones profundas y rítmicas. El cuerpo puede ser puesto en una postura que al cliente lo relaje.----Tiempo es de 5 a 10 segundos. Si no hubiera tensión o sentimientos negativos, respirar.
 - d) Enlistar 4 o más * alternativas conductuales incompatibles con conductas impulsivas negativas y/o enojo. * Checar brevemente que efectivamente no sea una conducta negativa para él u otros. * Revisar las Consecuencias Positivas que pueden ocurrir si aplica conductas que no están asociadas con enojo o impulsividad negativa. Reforzar al paciente sobre las consecuencias positivas que tendría cuando aplica conductas alternativas.
 - e) Imaginar haciendo la conducta incompatible con el enojo.
 - f) Imaginar diciendo a amistades o familia acerca de hacer la conducta y como su respuesta será positiva.
 - g) Enuncie cuestiones positivas que pasarán porque la conducta seleccionada fue llevada a cabo. Importante que el Terapeuta provea de ejemplos que podrían ocurrirle al cliente donde es probable que actúe de forma impulsiva,

- Ej. Si te enojas con tu hija, como le pedirías a tu hija que se retire sin que el enojo o la impulsividad estén presentes.
4. Mencionar los pasos que más ayudaron a disminuir el enojo.
 5. Mencionar los ratings antes del enojo y después del enojo.
 6. Pedirle al cliente que lleve a cabo el procedimiento de control de los impulsos en alguna situación reciente causante de enojo.
 7. Pedirle al paciente que mencione el componente que más ayudó a que disminuyera el enojo.
 8. Pedirle que mencione los ratings pre y post enojo.
 9. Solicitarle que de los ratings de cada uno de los componentes-pasos que se ejecutaron en el juego de roles.
 10. Mencionarle al paciente que se harán tantos juegos de roles sean necesarios para que él domine la técnica.

4.2.20 Detención de pensamiento.

Método que puede utilizarse para interrumpir pensamientos indeseados o improductivos que pueden llevar al enojo. Técnica efectiva aun cuando el enojo es todavía débil. El procedimiento para aprender esta técnica es que el paciente cierre sus ojos y que verbalice un pensamiento que esté asociado con la excitación negativa o enojo. El terapeuta en voz alta dice “para” y le señala al paciente como su pensamiento efectivamente se detuvo ante la llegada un estímulo. El paciente hará varios ensayos por separado con pensamientos que asocie a excitación negativa y que desencadenen enojo. Este método funciona porque se refuerza la inhibición cuando la excitación negativa se reduce y con ello se consigue que ese pensamiento pare. Ha demostrado su efectividad en pensamientos negativos. No es un procedimiento que se aconseje usar de inicio.

4.2.21 Entrenamiento en relajación.

Debido a que el enojo es acompañado por excitación fisiológica y emocional, la relajación puede usarse como un medio para enseñar a los pacientes a que estén atentos de las tensiones corporales que usualmente acompañan a l enojo. Las técnicas varían, sin embargo la mayoría se centran en la relajación progresiva de los músculos para ayudar desde el reconocimiento de tensión y que esta no se incremente. También se puede instruir a que se imagine un escenario relajante. Parte de las instrucciones es que sienta como la tensión se va de los diferentes grupos musculares y se focalice en la respiración.

4.2.22 Auto refuerzo.

Las personas que tienen dificultades en el manejo de su enojo (así como también otras conductas negativas) pueden ser enseñados a reforzarse en consecuencia a su desempeño conductual para eliminar o reducir el enojo (impulsos negativos), o bien conductas que son incompatibles con el enojo. Esta técnica, bien aplicada aumenta la autoeficacia y la experiencia de que el enojo puede ser reducido con éxito. Si una persona tiene una poderosa creencia de que puede controlar su excitación, también su excitación fisiológica puede ser controlada.

5. INTERVENCIÓN

La siguiente tabla indica la sesión o sesiones, el objetivo que se tiene para trabajar es esta(s), la(s) estrategia(s) que vamos a utilizar de acuerdo a lo revisado en el capítulo 4, así como la tarea o tareas que le dejamos para la próxima sesión.

| Sesiones | Objetivo | Estrategia | Tarea |
|-----------------|--|--|---|
| Sesión 1 | Evaluación. | Entrevista | Describir en una lista los aspectos que le gustaría trabajar en la terapia. |
| Sesión 2 | Evaluación Diagnóstico | Entrevista Escala de Hamilton para la Depresión | |
| Sesión 3 | Que el paciente comprenda la TCC, así como aspectos de la enfermedad, salud; especificándolos en cáncer de Mama (CaMa) y la Depresión. | Psicoeducación Validación | Registro diario de emociones |
| Sesión 4 | Que la paciente aprenda a identificar y aceptar su condición de | Aceptación y compromiso Mindfulness Defusión cognitiva | Registro diario |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | enfermedad (emociones, sensaciones) así como la importancia de comprometerse, al tratamiento multidisciplinario. | | |
| Sesión 5 | Que el paciente aprenda a identificar sus emociones, sensaciones. | Mindfulness Validación Defusión cognitiva | Registro diario Describir sus emociones. Realizar una carta. |
| Sesión 6 | Manejo de emociones como: enojo, tristeza, felicidad. | Mindfulness Aceptación Validación | Registro diario Describir los eventos en los cuales manejo o no, sus emociones. |
| Sesión 7 | Manejo de emociones como: enojo, tristeza, felicidad. | Mindfulness Aceptación Validación Paro de pensamiento Exposición | Registro diario Describir los eventos en los cuales manejo o no, sus emociones. |
| Sesión 8 | Manejo de emociones como: enojo, tristeza, | Mindfulness Aceptación Validación | Registro diario Describir los eventos en los |

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| | felicidad. | Exposición Solución de problemas | cuales manejo o no, sus emociones. |
| Sesión 9 | Que la paciente a partir de su manejo de emociones comience a realizar actividades. | Activación Conductual Exposición | Registro diario Realizar horario de actividades. Realizar el horario de sus actividades actuales. (Anexo 5). |
| Sesión 10 | Que el paciente aprenda a ser funcional en su entorno social, familiar, laboral, etc. A partir de problemáticas diferentes como: autoconcepto, relación de pareja, incapacidad. | Entrenamiento en habilidades sociales Role Playing Exposición Activación conductual Reestructuración cognitiva | Registro diario Escribir sobre sus emociones. Realizar un Horario con nuevas actividades. |
| Sesión 11 | Que el paciente aprenda a ser funcional en su entorno social, familiar, laboral, etc. | Entrenamiento en habilidades sociales Role Playing Exposición Reestructuración | Registro diario Escribir sobre sus emociones. Proyectos a corto y |

| | | | |
|------------------|---|-------------------------------|----------------|
| | A partir de problemáticas diferentes como: autoconcepto, relación de pareja, incapacidad. | cognitiva. | mediano plazo. |
| Sesión 12 | Re evaluación. Conocer el avance que ha tenido la paciente. Si la paciente ha adquirido las herramientas funcionales necesarias. Conocer las nuevas necesidades del paciente | Escala Hamilton de Depresión. | |

6. CONCLUSIONES

De manera puntual y breve estos es lo que podemos concluir:

1. Es necesario tener los conocimientos específicos para poder realizar la evaluación adecuada a la paciente, para brindar el diagnóstico correcto y así poder realizar la intervención adecuada a sus necesidades.
2. Esta propuesta es una guía, una orientación para aquellos psicólogos interesados en el área, cabe resaltar que dentro de la práctica se tiene que hacer uso de otras habilidades que se han adquirido a lo largo de nuestra formación, como es la historia de aprendizaje de cada paciente, como han aprendido a sentir, ver y comportarse ante una enfermedad o por ejemplo ante la vida misma, etc. Entonces son consideraciones importantes para realizar con la mayor eficacia nuestro trabajo como psicólogos clínicos en el área de la salud.
3. También es importante resaltar que un tratamiento multidisciplinario es lo ideal para aspirar a una recuperación con calidad de vida.
4. El trabajo del psicólogo clínico es vital para la adherencia a los tratamientos psiquiátricos, oncológicos, de nutrición, etc.
5. Es importante tomar en cuenta que esto es una “propuesta” a partir de mi formación como psicóloga clínica desde la escuela conductista y cognitiva y a partir de mi experiencia en el Hospital de Gineco-Obstetricía La Raza.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Bech, P. (1996) *The Bech,Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening*. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD- 10, 2.ª ed. rev. Berlin: Springer.
- Bulacio, J.M. (2006) *Factores Inespecíficos en Psicoterapia, desde el modelo cognitivo constructivista realista*. Bs. As. Akadia.
- Cormier, W; Cormer, S. (1991) *Interviewing Strategies For Helpers*. Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Interventions. Cole Publishing Company Pacific Grove, Californi.
- Darrigrande, J. (2011) *Psicología de la salud avances y desafíos para chile: la necesidad de cambiar*. Recuperado el 17 de Octubre del 2013. Disponible en:
<http://edu.uamericas.cl/psicologia/files/2011/06/jldarrigrande.pdf>
- Ferrel, B. (1997) *Quality of life Among Long-Term Cancer Survivors*. Oncology, Vol. II N°.4
- Garduño, J. (2010) *Cáncer de mama y calidad de vida*. México, DF. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Cancerología IN(Can) Infocáncer (2013). Recuperado el 03 de Abril 2013. Disponible en :
<http://www.infocancer.org.mx/contenidos.php?idcontenido=2>.
- López-Ibor, J; Valdés, M. (2002) *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto revisado. Ed. Masson. Barcelona España.

Moreno, P; Roales, J. (2003) *El modelo de creencias de salud: revisión Teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias de salud.* Revista Internacional de Psicología y Tereas Psicológicas. 3 (1): 91-109.

O'Donohue, W; Fisher, J; Hayes, S. (2003) *Cognitive Behavior Therapy: Amplying Empirically Supported Techniques in Your Practice.* Publicado por John Wiley & Sons, Inc; Hoboken, New Jersey.

Organización Mundial de la Salud. (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and diagnostic guidelines.*

Organización Mundial de la Salud. OMS (2007). *Depresión.* En http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. Visitado el 17 de octubre de 2013

Organización Mundial de la Salud. Salud mental: *un estado de bienestar* (consultado 07 de Mayo del 2013). Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Peréz, M. (2006) *La terapia de la conducta de la tercera generación.* Depto. De Psicología, Universidad de Oviedo. Revista EduPsykhé, Vol. 5, No. 2, 159-172.

Phillips, K., First, M.B., & Pinicus, H. A. (2005). Avances en el DSM. *Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico.* Barcelona, España: Masson.

Ramos-Brieva JA, Cordero, A. (1986) *Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión.* Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines N°14 pp. 324-334.

Ramos-Brieva JA, Cordero,A. (1986) *Relación entre validez y seguridad de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión*. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines N° 14 pp. 335-338.

Reyes, M. (2012) *El Modelo Integrativo de Regulación Emocional: Contribuciones a la Perspectiva Clínica Transdiagnóstica*. Psicología Conductual (Behavioral Psychology): Revista de psicología Clínica y de la Salud. Artículo en revisión.

Reyes, M., Contreras, A. (2012) *Características de un Modelo Clínico Transdiagnóstico de Regulación Emocional aplicado a un caso de Trastorno por Atracón*. PSER integrativo. (5), pp. 44-68.

Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, (2013). Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Recuperado el 02 de Mayo del 2013. Disponible en : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>

Skinner, B. F. (1974), Fester, C. B. (1973) y Lewinsohn, P. M. (1974) En: Vargas-Mendoza, J. E. (2009). *Depresión Modelos Conductuales: México. Aplicación Oaxaqueña de Psicología A. C.*

World Health Organization. (2008). *International Agency for Research on Cancer, IARC World Cancer Report 2008*. Edited by Peter Boyle and Bernard Levin. Lyon.

8.

ANEXOS

8.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

| <i>Ítems</i> | <i>Criterios operativos de valoración</i> |
|--|---|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea |
| 2. Sensación de culpabilidad | 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras |
| 3. Suicidio | 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4) |
| 4. Insomnio precoz | 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche |
| 5. Insomnio medio | 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.) |
| 6. Insomnio tardío | 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama |

| | |
|--|---|
| 7. Trabajo y actividades | 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta |
| 9. Agitación | 0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. |
| 10. Ansiedad psíquica | 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle |

| | |
|---|--|
| 11. Ansiedad somática | 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales |
| 13. Síntomas somáticos generales | 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2 |

| | |
|---|--|
| 14. Síntomas genitales | <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales |
| 15. Hipocondría | <ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B) | <ul style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio) |
| 17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad) | <ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo |

8.2. Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica. Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.

6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito respecto al que tiene cuando se encuentra bien. Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión

6. Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7. Laxitud. Abulia

El paciente expresa o presenta dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

0. Apenas hay dificultades para iniciar las tareas. No hay inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No hay pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo
- 5.
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención
- 5.

6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio

8.3. Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

A: Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente

B: Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando

C: Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente

D: Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| Me siento triste y deprimido | | | | |
| Por las mañanas me siento mejor que por las tardes | | | | |
| Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro | | | | |
| Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche | | | | |
| Ahora tengo tanto apetito como antes | | | | |
| Todavía me siento atraído por el sexo opuesto | | | | |
| Creo que estoy adelgazando | | | | |
| Estoy estreñado | | | | |
| Tengo palpitaciones | | | | |
| Me canso por cualquier cosa | | | | |
| Mi cabeza está tan despejada como antes | | | | |
| Hago las cosas con la misma facilidad que antes | | | | |
| Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto | | | | |
| Tengo esperanza y confianza en el futuro | | | | |
| Me siento más irritable que habitualmente | | | | |
| Encuentro fácil tomar decisiones | | | | |
| Me creo útil y necesario para la gente | | | | |
| Encuentro agradable vivir, mi vida es plena | | | | |
| Creo que sería mejor para los demás si me muriera | | | | |
| Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban | | | | |