



Universidad Nacional Autónoma de México

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA PROFESIONAL

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LOS
PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y AUMENTAR LA ACTIVACION
CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN: INFORME DE CASO CLINICO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

DIANA PATRICIA PACHECO ARROYO

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. CLAUDIO ANTONIO CARPIO RAMÍREZ

COMITÉ TUTORIAL: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. REBECA ROBLES GARCÍA



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.

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A **DIOS** POR PERMITIRME PLASMAR MIS HORAS EN EL PLANO MATERIAL, Y PERMITIRME CRUZAR MI CAMINO CON TODAS LAS PERSONAS QUE A SU PASO ME HAN DEJADO ENSEÑANZAS VALIOSAS.

GRACIAS A MIS **PADRES Y A MI HERMANO** POR SU EJEMPLO DIARIO, POR TODO SU APOYO Y ALIENTO; POR APRENDER DE ELLOS SU ESENCIA Y POR ILUMINAR MI VIDA CON SU CARIÑO Y AMOR INCONDICIONAL.

GRACIAS A MI **ESPOSO**, POR SU APOYO Y SU CARIÑO, Y POR EMPRENDER EL VUELO JUNTOS, ACEPTANDO LOS DESAFIOS Y LAS TURBULENCIAS QUE A LO LARGO DEL CAMINO HEMOS ENCONTRADO.

DEDICATORIA:

*CON TODO MI AMOR Y MI CARIÑO A MIS ABUELOS (VELIA, PEPE Y SILVESTRE)
A QUIENES YA PARTIERON Y DESDE ESE RINCONCITO ME CUIDAN Y SIGUEN
FORMANDO PARTE DE MI VIDA, Y CONTINUAN ENSEÑÁNDOME SIEMPRE.*

*Y CON TODO MI AMOR Y ADMIRACIÓN A MI ABUELITA LUZ, POR CONTINUAR
LUCHANDO EN ESTE VIAJE, POR SER UN EJEMPLO DE FE Y CONSTANCIA, Y
POR SER TAMBIEN LA LUZ DE MI VIDA.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Historia de la enfermedad mental.....	1
1.2 Antecedentes de la intervención psiquiátrica de la enfermedad mental.....	2
1.3 Antecedentes de la intervención psicológica de la enfermedad mental.....	4
1.4 Antipsiquiatría.....	5
1.5 Medicina Conductual y Salud Mental.....	7
1.6 El papel del psicólogo en la intervención de las enfermedades mentales.....	9
1.7 Epidemiología de los trastornos mentales.....	10
1.7.1 Epidemiología de la depresión.....	11
2. Breve historia de la depresión.....	12
2.1 Importancia de la depresión sobre la salud. Algunas investigaciones.....	14
2.1.1 Relación médico-paciente.....	16
3. Tratamiento cognitivo conductual en la depresión.....	19
4. Formulación de caso.....	28
4.1 Paciente.....	30
4.2 Antecedentes (Análisis Funcional del Paciente).....	31
4.3 Registro y medición (descripción de los instrumentos).....	32
4.4 Intervención.....	33
4.5 Descripción de los componentes de la intervención.....	36
5. Procedimiento (caso clínico).....	38
6. Efectos clínicos y de ajuste psicológico (resultados).....	50
7. Discusión.....	53
7.1 El papel de la Psicología vs. Psiquiatría.....	55
7.2 Competencias del psicólogo experto en medicina conductual en instituciones de salud.....	61
8. Informe de actividades realizadas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).....	69
9. Referencias.....	85

Anexo 1.....	99
Anexo 2.....	107
Anexo 3.....	110
Anexo 4.....	111
Anexo 5.....	112
Anexo 6.....	117
Anexo 7.....	122
Anexo 8.....	123

RESUMEN

A partir de que se exploraban las posibles causas psicológicas de la enfermedad mental, se empieza a facilitar la intervención de los psicólogos en el área clínica. Con la llegada de Aaron Beck, se fundó la psicoterapia cognoscitiva, que considera que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta, y que no solo es consecuencia de condicionamientos. Este planteamiento es una de las bases del tratamiento cognitivo conductual para diversos problemas mentales como la depresión. Cuando se modifican comportamientos de riesgo, y la posibilidad de un estilo de vida saludable de las personas junto con el mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria, se reducen así los costos de salud. Por otra parte, la depresión se incluye dentro de uno de los trastornos mentales con mayor aumento en los últimos años, ya que para el 2020 se proyecta que para los países desarrollados será la primer causa de años de vida saludables perdidos. También, se ha documentado que la terapia combinada (psicoterapia y tratamiento farmacológico), ha tenido mayores beneficios en la intervención de pacientes con depresión. En especial, la terapia cognitivo conductual por su interés en la modificación de los esquemas de pensamiento y en los estímulos estresantes que mantienen estos pensamientos. El siguiente reporte es de caso único, de una paciente de sexo femenino de 49 años de edad, casada, escolaridad técnica y con los siguientes diagnósticos: Hepatitis, Artritis Reumatoide, Hipertensión Arterial Pulmonar y Trastorno Depresivo Mayor. La depresión, se manifestaba a través de pensamientos disfuncionales con respecto a su salud, déficit en el rango de reforzamiento, habilidades autodirectivas y de autocontrol, así como problemas en el control de estímulos ambientales. Se trabajó bajo un marco teórico cognitivo conductual a través de 29 sesiones. Se cumplieron cuatro de las cinco metas de tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN:

1.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

A lo largo del tiempo se ha intentado explicar el origen de las enfermedades desde diferentes explicaciones; desde causas sobrenaturales o divinas, hasta las explicaciones científicas de las diversas patologías. Se sabe que desde las culturas ancestrales, existía un grupo selecto de personas que comenzaron a iniciar las prácticas curativas mediante el uso de conjuros; en China por ejemplo, la prevención de enfermedades se mezclaba con las prácticas religiosas, mientras que en México, los mayas mantenían una mezcla de religión, magia y empirismo para combatirlas (Pavía-Ruz, Ceballos-Quintal, Medina-Escobedo, Ordoñez-Duran, Ríos-Rodríguez, 1998); y para quienes la presencia de enfermedad significaba una pérdida del equilibrio entre las influencias favorables y desfavorables. Además de sus prácticas mágicas; se acompañaban de procedimientos quirúrgicos, quiroprácticos o de la utilización de plantas con poderes medicinales.

Ya desde entonces se creía que un poder sobrenatural manejaba a la humanidad; por lo tanto en lo que corresponde a las enfermedades mentales se creía que eran posesiones de algo maligno; sin embargo su estudio no es tan reciente, ya que desde la edad antigua; los egipcios reconocieron al cerebro como la localización de las funciones mentales; mientras que los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde un punto de vista científico, buscando leyes universales que construyeran una base científica real de la enfermedad y emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción al sueño, interpretación de los sueños y el diálogo con los pacientes (Pérez, s.f) ; elementos que luego fueron tomados por Freud en su teoría de la asociación libre.

Además de Hipócrates (en Grecia), a quien se le considera como el padre de la medicina y para quien la enfermedad no era un castigo por los dioses, sino más bien la consecuencia de factores ambientales como la dieta y el estilo de vida lo que desencadenaba la enfermedad; intuyendo que los aspectos biológicos estaban estrechamente ligados a los psíquicos (Gispert, s.f) postuló así su teoría de los cuatro humores; de la misma manera, en Roma, Celso y Galeno se distinguieron por sus aportaciones. Celso al dividir las enfermedades mentales en febriles (delirios) y no febriles (locura); y Galeno al considerar que el cerebro era el centro de las sensaciones y movimientos, afirmando que el alma era inseparable de los centros nerviosos y describiendo dos tipos de almas: animal o racional (localizada en el cerebro) y el alma irracional (en el corazón e hígado).

Para Galeno las enfermedades mentales podían ser causadas por una aflicción directa del cerebro; mientras que Descartes creía que la mente y el cuerpo influían mutuamente a través de una glándula especial; sin embargo después de la muerte de Galeno comienza una era de oscurantismo religioso medieval en donde las enfermedades mentales eran consideradas como posesiones demoniacas, junto con la conducta aberrante o los distintos modos de pensamiento, desde el punto de vista teológico eran signos de “locura divina”, por lo que los trastornos de la mente eran dominio de sacerdotes e inquisidores (Goldman, 1989). Por otro lado, en Europa Occidental, Agustín de Hipona (padre cristiano) se identifica con las teorías

dualistas de Platón (mente-cuerpo como entidades diferentes) pero para quien, el hombre es la unidad de estas entidades; significando para él el alma, como el todo de la personalidad del individuo (García, Moya, Rodríguez, 1997).

San Agustín contribuyó además con la psicología al demostrar que la introspección es una fuente importante del conocimiento psicológico, dividiendo el conocimiento en sensible y racional; llamando a este último: Sabiduría (San Agustín de Hipona, s.f); también se le considera como un precursor de la fenomenología y del psicoanálisis. Por otro lado Félix Platter, médico suizo; fue reconocido por su clasificación de las enfermedades mentales, clasificando los tipos de locura en *imbecilias*, *alienatio* y *defatietio*, este último era el insomnio causado de manera sobrenatural por Dios o el Diablo (Pavía-Ruz, et al., 1998) y fué el primero en descubrir un tumor intracraneal.

1.2 ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

En la época del Renacimiento, se negó toda explicación natural de las enfermedades mentales atribuyéndolas a posesiones demoniacas, por lo que el tratamiento para los enfermos mentales eran las torturas, con lo que se inició la cremación de brujas hasta la época llamada siglo de las luces, en donde en 1680 se abolió la pena de muerte por hechicería; y conforme se fueron abandonado las causas sobrenaturales de la enfermedad se relacionaron las propiedades de la mente con el cuerpo y con las circunstancias sociales más que con el alma. A partir de entonces se comienza a mostrar nuevamente interés por la función que tenían las emociones humanas en las enfermedades mentales.

La medicina volvió al concepto de que la enfermedad mental era producto directo de las situaciones indeseables en el cerebro (Goldman, 1989) y se comenzó a considerar a los enfermos mentales como asociales. Pavía-Ruz et at. (op.cit), mencionan que debido al regreso del interés por los estados emocionales del paciente, el médico dejó de ser un hombre con poderes semi-milagrosos; teniendo que buscar evidencias basadas en hechos objetivos.

Al volverse la medicina más científica en el diagnóstico y tratamiento, la psiquiatría tuvo que luchar por alcanzar dichos estándares, produciéndose grandes revoluciones a lo largo de su historia. La primera se inició con la fundación del primer hospital psiquiátrico del mundo en 1409, debido a que los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, sino que eran internados en los hospitales o vagaban solitarios siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos. En Francia, así como en otros lugares de Europa y del mundo, se establecieron asilos para “insanos” en los cuales se concentraban enfermos mentales junto con indigentes, ancianos y enfermos crónicos. Estos lugares se encontraban en condiciones deplorables; y como consecuencia en 1800, comienza en Francia la psiquiatría científica con la obra de Philippe Pinel, quien en su *Tratado de la Insania* (Diéguez, Campos, Huertas, s.f) clasificó la alienación mental en cinco grupos:

- 1) Melancolía
- 2) Manía con delirio

- 3) Manía sin delirio
- 4) Demencia
- 5) Idiotismo

Pinel sugirió no solo el tratamiento físico, sino también el “tratamiento moral”; criterio puramente psicológico que fué su contribución fundamental (Goldman, 1989 & Pérez, s.f). Mediante éste tratamiento cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales, considerándolos como seres humanos merecedores de un tratamiento médico; mientras que a Esquirol, discípulo de Pinel, se le considera como “el padre de la psiquiatría” por concluir el proceso de la medicalización de la locura y establecer signos físicos de la semiología psiquiátrica.

Con las obras de Pinel y de sus seguidores comienza la segunda revolución psiquiátrica, dentro de la que destaca la teoría de la degeneración de Benedict Augustin Morel en su Tratado de las Enfermedades Mentales; comenzando a dar paso a la etiología de la enfermedad mental al proponer que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares.

A mediados del siglo XIX ocurre la Tercera Revolución Psiquiátrica, con las concepciones de Kraepelin, quien menciona que “había que acercarse al lecho del enfermo y observarlo”; dando especial valor al estudio del curso completo de la enfermedad. La influencia de Kraepelin, así como la atención prestada a la formación de sociedades médicas a la enseñanza de la psiquiatría y a los tratamientos psiquiátricos; genera en México una concepción de la profesionalización de la psiquiatría desde su marco institucional, fundándose en 1910 el Manicomio General de la Ciudad de México, que representaría la “cuna de la psiquiatría pública”, hasta el momento de su clausura en 1968 para dar paso a la psiquiatría del hospital (Sacristán, 2005). Kraepelin elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva que aún se utiliza para clasificar los trastornos mentales de acuerdo a la conducta que presentan los pacientes y a la evolución del cuadro clínico (Pérez, s.f, & Diéguez et al., s.f); estableciendo dos grandes grupos de psicosis endógenas: la psicosis maniaco-depresiva (curable) y la demencia (incurable).

En México, desde el último tercio del siglo XIX un gran número de médicos comienza a mostrar interés por dedicarse de manera preferente a los enfermos mentales; al tiempo que en los hospitales para “locos” de la ciudad de México, se empiezan a sustituir los administradores de dichos hospitales por directores médicos, lo que indica el nacimiento del alienismo en nuestro país (Sacristán, 2005); al tiempo que durante este siglo, comienza el proceso de “somatización” de la enfermedad mental; a través de la cual la locura se comienza a considerar como producto de una lesión orgánica. Siendo Charcot quien diferencia a las pacientes con lesiones orgánicas de aquellas cuyos síntomas eran de origen psicológico o “histérico”, estudiando la función del trauma psicológico, que suponía que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente dando lugar a los síntomas físicos.

En el Romanticismo, se perfilan autores importantes como: Johann Reil (alemán), creador de la psicoterapia racional y fundador de la primera revista psiquiátrica y el primero en utilizar la palabra "psiquiatría".

1.3 ANTECEDENTES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Por su parte Wilhem Griesinger proclamó que las enfermedades mentales son patologías cerebrales, unificando según Peset (2003) la psicología con la neurología; mientras que Walter Cooper Dendy (inglés), introdujo el término "psicoterapia", al que definió como prevención y remedio mediante influencia psíquica, aunque Hippolyte-Marie Berheim llegó a utilizar este término al creer que las personas podían someterse a sugestión terapéutica en un estado no hipnotizado, y proclamándose a sí mismo como el "padre de la psicoterapia" (Goldman, 1989).

Es de ésta manera como los médicos centraron su atención en el tratamiento e investigación de las causas de la enfermedad, lo que inició el planteamiento del origen psíquico de la enfermedad mental, y fué Sigmund Freud quien aseguró esta posibilidad al afirmar que los trastornos mentales eran el resultado de la pugna entre los deseos instintivos y las reglas sociales para reprimirlos (Gispert, s.f).

A partir de que se exploraban las posibles causas psicológicas de la enfermedad mental, se empieza a facilitar la intervención de los psicólogos en el área clínica.

Por otro lado; Jaspers realiza un estudio fenomenológico de la mente humana que influyó en la psicopatología y en la psicoterapia en general, mientras que Meyer desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría (Goldman, 1989), el cual es un modelo integrativo en el que se insiste en que la salud física y mental son incompletos si se basan solamente en lo que se sabe de los procesos químicos o moleculares.

Fuera del terreno de la patología mental, el campo de la neurosis estaba muy descuidado hasta la llegada de Sigmund Freud; sin embargo a finales del siglo XIX se produjo una nueva dimensión de la clínica mental con el nacimiento del psicoanálisis. De acuerdo con Diéguez et al. (op.cit), Freud ensayó inicialmente las técnicas terapéuticas de la época para abandonarlas a favor de otros procedimientos como la sugestión, la hipnosis y la catarsis, hasta encontrar su método de la asociación libre; y en 1886 crea el término "psicoanálisis" para referirse a su método de asociación libre e interpretación de los sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente; diferenciándose del método de análisis psicológico de Pierre Janet, quien consideraba que los trastornos mentales eran el resultado de la tensión psicológica y de la fuerza disponible.

Freud estudió las representaciones patógenas hasta llegar a la doctrina de la represión, pero no todos estaban de acuerdo con las ideas de Freud. Alfred Adler fue el primer psicoanalista en diferenciarse de estas ideas, fundando la escuela de psicología individual y acuñó las expresiones "estilo de vida" y "complejo de inferioridad"; de la misma manera Otto Rank, quien también se separa de la teoría de Freud, plantea su teoría de los efectos de la experiencia del nacimiento sobre el desarrollo mental.

A pesar de estas formulaciones, Harry Stack Sullivan se vio influido por los conceptos de la teoría del aprendizaje, llegando a creer que la personalidad era un patrón relativamente estable de interacción con otras personas y que no podía separarse de su contexto interpersonal, por lo que plantea su teoría interpersonal de la psiquiatría (Goldman, 1989). De esta forma y en plena expansión del psicoanálisis, el ruso Pavlov en sus experimentos sobre conducta aprendida y no aprendida da origen a la Psicología del Comportamiento, tras él destacan en ésta área, Watson, a quien se le considera el padre del Conductismo; y Skinner quien empleó el condicionamiento operante; el cuál sostiene que la conducta es una función de sus consecuencias o reforzadores (Gispert, s.f). Con la llegada de Aaron Beck, se fundó la psicoterapia cognoscitiva, que considera que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta y que no solo es consecuencia de condicionamientos.

Este planteamiento es una de las bases del tratamiento cognitivo conductual para diversos problemas mentales como la depresión.

1.4 ANTIPSIQUIATRIA.

Otra visión de la historia de las enfermedades mentales es generada por la visión del movimiento “antipsiquiátrico” que considera la medicina mental como una simple exclusión o bien como solución de los problemas personales, sociales o éticos (Peset, 2003).

Suele señalarse a Thomas Szasz y David Cooper como los promotores de este movimiento en los años 60’s, en donde ubicaban a la enfermedad mental dentro de un contexto económico social, mencionando que las enfermedades son construidas por la sociedad gracias al lenguaje, ya que el lenguaje es un proceso cultural, biológico y evolutivo. Entonces para estos autores también la enfermedad es una forma de vida que los enfermos, los médicos y la sociedad construyen a través del lenguaje. Esto se debe a que cuando las personas hacen referencia a sucesos mentales, éstas expresiones solo tienen sentido en el contexto en que se usan (Ribes, 2008).

Algunos de los postulados del movimiento antipsiquiátrico son:

- 1) El auténtico productor de trastornos irreversibles es el aislamiento o el uso de manicomios.
- 2) El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la víctima inocente de un sistema social patógeno.
- 3) La enfermedad mental es una intervención oportunista de la sociedad y de la psiquiatría.
- 4) La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión.
- 5) Más que “la locura”, el lugar donde “se desarrolla la enfermedad” es lo importante a estudiar.

Lo mismo, que para Fernández Liria (2001) los síntomas y las enfermedades son constructos que integran tres elementos:

- 1) Una cultura que define un sufrimiento como morboso.
- 2) Médicos, a los que la sociedad reconoce como capacitados para actuar sobre las enfermedades.
- 3) Pacientes, que acuden o son llevados porque sus familiares consideran que padecen algún sufrimiento.

A pesar de estos postulados, éste movimiento reconoce la existencia de muy pocas enfermedades de origen orgánico ante las cuales prefieren denominarlas “enfermedades orgánicas” (Pérez, s.f); cuestionando a las familias y al estado sobre el trato dado a los “enfermos mentales convirtiendo, con su teoría en un mito a la enfermedad mental.

Lawrence Stevens de acuerdo con estas ideas, menciona que la enfermedad mental no tiene existencia biológica ni no biológica, excepto en el sentido que el término se usa para indicar desaprobación de algún aspecto de la mentalidad de la persona; por lo que para los antipsiquiatras, la salud mental, debería definirse como el acato a las normas culturales y considerarse a una persona psicológicamente sana en medida de la adaptación a su medio cultural; y con un alto grado suficiente de satisfacción o bienestar bajo condiciones de vida “normal”.

Ya desde la mitad del siglo XX han existido críticas al modelo médico de salud y trastornos mentales. El conductismo por su parte, dictaminó que la conducta patológica estaba determinada por quien ejercía control sobre los reforzadores (Fierro, 2004); y para quienes las conductas anormales se regían con los mismos principios que para las conductas normales, es decir; las conductas se aprendían.

Para Szasz, esto implicaba una idea absurda de que la enfermedad mental pudiera ser adquirida, transmitida, y luego eliminada, ya que la acción médica está diseñada para corregir desviaciones médicas, en tanto un trastorno tenga una lesión física. Puesto que la enfermedad mental no está establecida en terrenos médicos, no podría eliminarse (Hurtado y Trebilcock, 2003), pues de principio no existe físicamente una enfermedad mental, por ser una extensión de una lesión no objetivable. Así como Sedwick en Villagrán (2002), sostiene que tanto la noción de trastorno físico como la de trastorno mental son juicios emitidos por un grupo social, para expresar lo que para las normas sociales es deseable o no.

Para Ribes (2005), los acontecimientos mentales se conciben como un mundo interno con características especiales, pero que carecen de aspecto material; sin embargo se ven afectados por circunstancias y estados del cuerpo que los contiene y a pesar de que no acceden a la conciencia, su característica es que para el individuo constituye un mundo de representaciones. Por lo que lo psicológico se define como la interacción del organismo total y su ambiente (Novoa, 2002).

La conducta, es más bien la manifestación de algún síntoma que solo tiene sentido desde el contexto social; de igual manera para Kornblit y Mendes (2000), el proceso de atribuir un

significado a la experiencia de enfermedad para el paciente, cobra importancia e interpretaciones que el entorno social le proporciona; identificando en realidad como síntoma de una enfermedad, lo que la sociedad marca como una desviación del estándar cultural e histórico de la “normalidad”, y encontrando aceptación de su medio cultural siempre que se muestren síntomas que a juicio de otros puedan ser interpretados como adecuados.

1.5 MEDICINA CONDUCTUAL Y SALUD MENTAL.

El concepto de salud es tan amplio que abarcaría aspectos como el bienestar físico, psicológico y social más allá de un modelo biomédico, incluyendo los aspectos subjetivos de las personas y de sus comportamientos (Oblitas, 2006), en donde la calidad del bienestar psicológico y físico dependerán de los hábitos de vida.

Se dice que la salud de un individuo se alcanza cuando hay armonía en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, a lo que se le denomina modelo biopsicosocial. Este modelo se enfoca en la atención a la prevención y promoción de la salud humana.

Por otro lado, en el ámbito de la salud mental existe predominio del modelo de enfermedad sin poner mucha atención en aspectos positivos de la salud; por lo que Jahoda en 1958 propuso seis criterios generales para la salud mental positiva (Lluch, 2002):

- 1) Actitudes hacia sí mismo.
- 2) Crecimiento, desarrollo y auto actualización.
- 3) Integración.
- 4) Autonomía.
- 5) Percepción de la realidad.
- 6) Dominio del entorno.

Aunque Ribes (2008), señala que hablar de salud mental lleva consigo una serie de errores lógicos con respecto a dos temas fundamentales:

1. La naturaleza de los procesos mentales y su papel con respecto al comportamiento del individuo.
2. La conveniencia de examinar las alteraciones del comportamiento desde la perspectiva del modelo biomédico.

Freud afirmó, que lo que no se expresaba en palabras o en acciones se traducían en alteraciones físicas, con lo que realizó la primera formulación teórica sobre la alteración psicósomática. Mientras, Franz Alexander y Flanders Dunbar del Instituto Psicoanalítico de Chicago en los años 50's; plantearon que los conflictos inconscientes sin resolver son los responsables de diversos trastornos orgánicos, y que es posible descubrir tipos específicos de personalidad en algunos de ellos. Se introdujo entonces el término de medicina psicósomática, término con el

cual se han designado, todos aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede atribuirse a causas psicosociales (Gispert, s.f); y como resultado de reacciones fisiológicas que se dan en un organismo que vive durante un tiempo prolongado bajo una situación que se considera de amenaza, con lo que se afirma que determinados cambios en la vida (positivos o negativos), aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad en el futuro.

Cannon, Selye y Brady, mencionan que la respuesta fisiológica varía significativamente en función de factores estrictamente psicológicos; así que actualmente se habla más de factores psicológicos asociados a enfermedades físicas, para referirse al concepto de lo psicosomático, por lo que el concepto de salud mental para Ribes (op.cit), hace énfasis en los procesos preventivos de las enfermedades y las alteraciones manifestadas a través del comportamiento.

Desde finales de la década de los setenta se utiliza el término psicología de la salud, a partir de que la Asociación Psicológica Americana creó en 1978 éste término, para referirse a las contribuciones científicas y profesionales que desde la psicología se pueden realizar tanto para la promoción y mantenimiento de la salud como para el tratamiento de la enfermedad; intentando mejorar el estilo de vida, modificando patrones de conductas no saludables y que de acuerdo con la Academy of Behavioral Medicine Research se denomina Medicina Conductual. Siendo ésta, el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y enfermedad, la aplicación a la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

A este respecto Ribes (op.cit), describe que existe una relación entre la metodología del análisis experimental de la conducta y la investigación biomédica, identificando tres tipos de problemas psicológicos en relación con la enfermedad biológica:

- 1) Condiciones psicológicas, como precursores de las reacciones o estados biológicos.
- 2) Conductas normalmente asociadas a la enfermedad biológica, que ocurren sin la existencia de esta última.
- 3) Conductas que surgen en reacción y como consecuencia de la enfermedad biológica.

El estudio de la relación entre las condiciones sociales y el proceso de salud-enfermedad, se ha consolidado como un campo científico amplio para aportar elementos para la prevención y tratamiento de enfermedades (Granados, Ortiz, 2003). Sin embargo en las últimas décadas, la investigación psicológica ha mostrado una atención cada vez mayor por el papel de la cognición en el aprendizaje humano; que junto con los psiquiatras y otros médicos, trabajan en conjunto para integrar las ciencias de la conducta y las ciencias biomédicas, de manera que permitan comprender y tratar las enfermedades mentales y físicas (Goldman, 1989); y que en base a las teorías del aprendizaje, la psicología cognitiva y las neurociencias, se intenta explicar el origen, mantenimiento y curso de los trastornos mentales; aceptando hoy en día, que la mayoría de las enfermedades mentales tienen un origen orgánico, a la par que un componente psicosocial; en donde se requiere una perspectiva amplia e integradora para comprender las alteraciones del ser humano y poder elaborar un diagnóstico.

Por lo consiguiente, Reynoso y Seligson (2005), definen como psicología médica al estudio de factores psicológicos relacionados con cualquier aspecto de enfermedad y salud física así como su tratamiento a nivel individual y grupal.

1.6 EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA INTERVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

A partir de 1965 se produce un cambio en la orientación del enfoque psicosomático, elaborándose metodologías y técnicas más específicas para abordar estas alteraciones, con lo que se establecieron objetivos para estudiar los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; así como la aproximación a la práctica de la medicina y la psiquiatría (Oblitas, 2006). Por otro lado, la psicología dentro de las instituciones de salud es reciente en comparación con otras disciplinas, y se ha ido desarrollando bajo la observación de los médicos; razón por la cual Morales-Carmona y Díaz-Franco (2000), mencionan que es probable que se haya subordinado al modelo psiquiátrico, en donde es posible observar que para la integración de la psicología en la clínica psiquiátrica es determinante un lenguaje común; sin embargo la psicología hospitalaria ha crecido en los últimos 20 años construyendo un modelo propio con técnicas y objetivos específicos, algunos de ellos explicados con anterioridad; mientras que otro de sus objetivos es potenciar la actividad de otros profesionales de la salud, mejorando las relaciones médico-paciente que repercuten en la adherencia al tratamiento (Gispert, s.f), y en donde la motivación del paciente para buscar la atención médica ha sido foco de atención de la psicología hospitalaria, con la urgencia de aliviar la dolencia física; y para quienes la intervención psicológica les permita funcionar adecuadamente para enfrentar las condiciones de enfermedad y los procedimientos médicos.

Diversos estudios epidemiológicos y sociales, han demostrado reiteradamente que el estrés psicosocial asociado a condiciones adversas de vida, guarda relación con mayor morbilidad y mortalidad; debidas tanto a trastornos mentales como a otras causas. Entre éstas, se pueden incluir: enfermedades cardiovasculares, accidentes y violencia, cáncer y depresión, entre otras (Trucco, 2002). De la misma manera, la percepción subjetiva de las personas con respecto a la probabilidad de padecer ciertos síntomas o en todo caso una enfermedad determinada, van a incidir en las conductas para el afrontamiento del problema (Oblitas, 2006). De ésta forma, el psicólogo debe desarrollar programas preventivos en enfermedades causadas por hábitos inadecuados centrándose en los factores subjetivos y de comportamiento; integrando los elementos del modelo psicosocial desde una perspectiva interdisciplinaria, mejorando también las técnicas disponibles y desarrollando nuevos procesos de intervención; así como crear conciencia en la población acerca de la importancia de los comportamientos para determinar procesos saludables o de enfermedad, identificando a su vez las necesidades tanto del personal de salud como de los pacientes, logrando promover la modificación de creencias. Cuando se modifican comportamientos de riesgo, y la posibilidad de un estilo de vida saludable de las personas junto con el mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria, se reducen así los costos de salud. Además Reynoso y Seligson (2005), mencionan que el psicólogo, debe interesarse por el etilo de vida de las personas, como factores protectores o disparadores de enfermedades crónico degenerativas; al mismo tiempo que por el papel del estrés en el desarrollo de éstas enfermedades, se incrementan las estrategias de

afrontamiento de los pacientes, así como sus habilidades para la solución de problemas; centrándose en los principios teóricos de las técnicas empleadas para determinar la efectividad terapéutica.

Ribes (2005), menciona en cuanto a las estrategias de afrontamiento, que se dan cuando un individuo es capaz, de acuerdo a su pasado, de haber interactuado con situaciones funcionalmente semejantes con las que se encuentra en el presente; y regular la interacción de los factores socioculturales que promueven una relación contingencial que cumpla con los criterios de efectividad, facilitando así, el desarrollo de nuevas formas de competencia en las situaciones actuales.

1.7 EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

La epidemiología de los trastornos mentales o epidemiología psiquiátrica, es el conjunto de principios, conceptos, métodos o estrategias de investigación del estudio de la salud mental manifestándose en dos niveles: 1) como conducta, y 2) como elemento de la vida mental del sujeto; por lo que los trastornos mentales que tienen una larga duración, una edad de inicio más temprana, una naturaleza crónica, una alta prevalencia y un alto grado de producir discapacidad; incrementan su importancia como problema de salud pública (Borges, Medina-Mora, López-Moreno, 2004 & Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Zambrano-Ruíz, 2004). En 1990, se estimaba que la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos que afectaba a América Latina era alrededor del 8,8% de la población, duplicándose para el 2002; según los datos del proyecto de Carga Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), además de que el Banco Mundial estima que para el 2015 el 22% de la población entre 15 y 49 años tiene mayor riesgo de padecer algún trastorno mental (Kohn et al., 2005).

Padecer alguna enfermedad mental, conlleva una carga emocional importante tanto para quien la padece como para los familiares, incluyendo la estigmatización social de la enfermedad mental; por ejemplo: en América del Norte, la depresión tiene una connotación de pérdida o falta de la fuerza personal y fortaleza, que contribuyen a la estigmatización (Kirmayer, 2001), en donde pueden incluirse sentimientos de miedo, rechazo y desconfianza (López et al., 2008). Por ésta razón, muchos pacientes no acuden a un especialista para una adecuada atención. En 1996, García-Síliberman (2002), llevó a cabo una encuesta estratificada por nivel socioeconómico, edad y género en una muestra de 800 sujetos de la población general de la Ciudad de México; en relación con las creencias, actitudes e intenciones respecto a los trastornos mentales; y aunque la población parece tener información sobre las enfermedades mentales, en realidad, para aceptar la cercanía de los enfermos mentales, depende de la magnitud de la necesidad experimentada, respondiendo quizá a que estas podrían corresponder a las respuestas socialmente aceptables. Lo que explicaría que las opiniones y actitudes detectadas, no siempre conducen a las conductas de aceptación y búsqueda oportuna de atención o tal vez como mencionan Goerg, Fischer, Zbinden y Guimón (2004), que la actitud hacia los pacientes psiquiátricos podría depender de la experiencia personal con la enfermedad mental.

1.7.1 EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN.

Por otra parte, la depresión se incluye dentro de uno de los trastornos mentales con mayor aumento en los últimos años, ya que para el 2020 se proyecta que para los países desarrollados será la primer causa de años de vida saludables perdidos (Belló et al., 2005), siendo la prevalencia de depresión mayor del 8,7% en América Latina (Kohn et al, 2005), y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2002, en México, los trastornos afectivos; incluida la depresión, ocupa el tercer lugar de prevalencia en nuestra población; estimándose que 8.4% de la población ha sufrido según los criterios del DSM-IV un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, con una mediana de edad de inicio de 24 años (Benjet et. al., 2004). Por su parte, la depresión se encuentra dentro de las cuatro enfermedades neuropsiquiátricas más discapacitantes, esperando que el índice se incremente en nuestro país debido a razones sociodemográficas; así como el aumento del abuso de drogas y el incremento de la población adulta (Medina-Mora et al., 2003 & Belló et al, 2005). Además de ser discapacitante, la depresión se caracteriza por una tristeza profunda en la mayor parte del día, así como una pérdida de interés por las actividades cotidianas; sin embargo la ansiedad también se ha asociado con una gran magnitud de cronicidad y discapacidad al igual que la depresión (Caraveo-Anduaga y Colmenares, 2000), y en muchos casos se evidencia un malestar mixto como por ejemplo: Benjet et. al. (2004), encontraron que los deprimidos con inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, trastorno disocial y dependencia a las drogas en la etapa adulta.

2. BREVE HISTORIA DE LA DEPRESIÓN:

Se han propuesto muchas teorías para explicar la etiología de la depresión, sin embargo la depresión no es un trastorno reciente, ya que desde la antigüedad Hipócrates hablaba de ella cuando decía que la aflicción o la tristeza persistían durante mucho tiempo, indicando un estado melancólico. La palabra melancolía proviene del griego *melas* que significa negro, y *chole* que significa bilis. Fundamento con el cual Hipócrates proclama su teoría de los cuatro humores, en donde se creía que la presencia de bilis negra secretada por el bazo era la responsable de producir las pasiones tristes, y según ésta teoría, la enfermedad producía el desequilibrio entre la sangre secretada por el corazón; la flema producida en el cerebro, y la bilis secretada por el hígado (Ochoa, s. f. y Calderón, Colín, 2003). Sin embargo, la mayoría de los estudios mencionan que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales estresantes en los meses que preceden a la aparición de los síntomas; a diferencia de los grupos controles de la población general. La teoría cognitiva de Beck considera, que las alteraciones cognitivas en forma de pensamientos distorsionados del sujeto sobre sí mismo y sobre su entorno, constituyen un factor etiológico de la depresión; mientras tanto Seligman, a través de su teoría de la indefensión aprendida, plantea que la enfermedad depresiva está condicionada por el establecimiento de un patrón de conducta que se caracteriza por la incapacidad de interrumpir el estímulo nocivo y escapar del evento traumático (Gispert, s.f.). Así mismo, los estudios bioquímicos aportan hipótesis etiológicas relacionadas con desequilibrios en las transmisiones químico-cerebrales, en donde la hipótesis serotoninérgica sugiere, la intervención de éste sistema en la regulación anormal del estado de ánimo en los pacientes deprimidos. De igual modo Trucco (2002), describe que entre los nuevos sistemas implicados en el proceso de la depresión, se incluye el papel del sistema inmune, los neuropéptidos transmisores, la hormona liberadora de córticotropina (CRH), la hormona liberadora de tirotropina (TRH), así como la somatostatina y el factor liberador de hormona del crecimiento (GHRF); mientras que el hipocampo como componente del sistema límbico, pudiera regular el ánimo y guardar relación con síntomas vegetativos y déficits cognitivos observados en pacientes depresivos.

Para la Organización Mundial de la Salud, la depresión es el origen del 27% de las discapacidades que se registran cada año, con lo que éste trastorno se vuelve importante y que además se desconoce la causa exacta de la depresión; sin embargo se han visto relacionados diversos factores que interactúan entre sí, como se menciona a continuación. Dentro de los factores genéticos se encuentran: el sexo (con mayor afectación para las mujeres), la raza (la raza blanca parece tener mayor tendencia a los episodios depresivos), la historia familiar de la enfermedad, la genética (se cree acerca de la existencia de un factor genético dominante ligado al cromosoma X, pero no hay resultados definitivos).

Dentro de los biológicos, podemos encontrar a los agentes bioquímicos (neurotransmisores: dopamina, serotonina y noradrenalina), así como dentro de los sociales: la edad (parece ser que hay mayor incidencia entre los 35 y 65 años), la personalidad (personalidad melancólica), la escolaridad, la situación sociofamiliar, la pérdida y los acontecimientos vitales. Y por último, dentro de los factores psicológicos se encuentran las estrategias de afrontamiento, los patrones de aprendizaje, los patrones de pensamiento y la percepción de la ausencia de redes sociales (Ochoa, s.f.).

Algunos de los síntomas cardinales de la depresión, que hacen referencia a las alteraciones del estado de ánimo son: la tristeza, la anhedonia y la pérdida de la vitalidad; por lo que de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión, DSM-IV, por sus siglas en inglés, los criterios diagnósticos de la depresión mayor son:

- A) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo ó, (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
 - (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
 - (2) Disminución acusada del interés ó de la capacidad para el placer ó todas ó casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen ó aumento de peso, ó pérdida ó aumento del apetito casi cada día.
 - (4) Insomnio ó hipersomnia casi cada día.
 - (5) Fatiga ó pérdida de energía casi cada día.
 - (6) Agitación ó enlentecimiento psicomotor casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad ó de culpa excesivos ó inapropiados casi cada día.
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar ó concentrarse.
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico ó una alternativa de suicidio ó un plan específico para suicidarse.
- B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C) Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ó una enfermedad médica.
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten por más de dos meses ó se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos ó enlentecimiento psicomotor.

Es importante también diferenciar entre la tristeza normal y patológica; donde la tristeza normal influye sobre la emoción y el efecto como una reacción normal del organismo ante un estímulo, que se presenta de forma casi inmediata a la aparición de dicho estímulo; con una duración e intensidad adecuadas al motivo que las produjo, y que para la persona se presenta como una experiencia ya conocida (Pérez y García, 2003). Mientras que la tristeza patológica es un trastorno del estado de ánimo, más no una reacción, que se caracteriza por una

disminución del tono vital que no siempre se acompaña de un motivo desencadenante. La depresión puede estar asociada a una enfermedad médica, o puede ser consecuencia de la misma, sin embargo su importancia radica en la comorbilidad de distintas enfermedades.

2.1 IMPORTANCIA DE LA DEPRESIÓN SOBRE LA SALUD. ALGUNAS INVESTIGACIONES.

De acuerdo con Calderón y Colín (2003), la depresión es considerada como un problema grave de salud pública internacional, en donde las cifras ya dadas por el Banco Mundial mencionan que ocupará la segunda causa de discapacidad en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares.

De tal forma que los trastornos afectivos, en especial la depresión y la ansiedad son algunos de los problemas que se relacionan frecuentemente con pacientes que acuden a un hospital por cuestiones de enfermedad, compartiendo una alta e importante comorbilidad (DiMatteo, Lepper, Croghan, 2001). Se ha observado, de acuerdo con Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón, Rubí, (2003); Khon et al., (2005); Medina-Mora et al., (2005) y Belló et al., (2005); que el índice de depresión es mayor en mujeres que en hombres conforme aumenta la edad y disminuye al aumentar la escolaridad; además de que las personas que poseen pocas estrategias de afrontamiento y una serie de eventos estresantes durante su vida, tienen mayor predisposición a presentar episodios depresivos. En algunos estudios incluso se observa junto a la depresión una alta prevalencia de ansiedad, caracterizada por una reacción emocional condicionada por sentimientos de vulnerabilidad y amenaza en habitantes del Distrito Federal (Granados y Ortiz, 2003), además de que la ansiedad también se asocia con el mayor uso de los servicios de salud.

Se cree que la ansiedad y la depresión pueden tener efectos adversos directos sobre algunas manifestaciones físicas, como lo que se refleja en un estudio realizado en 2002 en Inglaterra (Creed, Morgan, Friddler, Guthrie, House, 2002), donde se analizó, si la depresión y la ansiedad estaban asociadas con la calidad de vida y el incremento de los costos en pacientes del servicio de medicina general, para lo que se analizaron 263 pacientes, de los cuales 73 pacientes tenían trastornos de ansiedad y depresión. De éstos pacientes, 107 eran casos subliminales y 83 controles.

Previo consentimiento informado, los pacientes contestaron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), una entrevista Neuropsiquiátrica basada en el CIE-10, la Escala de Rendimiento de Karnofsky, así como la Escala de Severidad de la enfermedad de Duke para medir la severidad de la enfermedad en la enfermedad física. La calidad de vida relacionada con la salud fué evaluada con el cuestionario de calidad de vida SF36, mientras que los costos fueron expresados en costos monetarios de hospital como por ejemplo: días de estancia hospitalaria, casos atendidos durante el día, entre otros.

La media de edad de los pacientes fué de 61 años, donde 148 pacientes fueron del sexo femenino. Las puntuaciones en el HAD se mantuvieron desde el ingreso a su seguimiento a los cinco meses, con excepción de 10 pacientes que incrementaron, aunque se mantuvieron más bajas que en grupo control. Sin embargo, en la Escala de Rendimiento de Karnofsky se

observan reducciones en las puntuaciones en la función física y en el rol de las limitaciones en el caso del grupo de estudio que en caso de los controles, al seguimiento de los cinco meses.

Con lo cual los autores concluyen que la ansiedad y la depresión son trastornos comunes en el 27% de los pacientes hospitalizados, y aunque no se ha asociado directamente con la duración de la hospitalización, los pacientes que se encontraban más estresados generaron mayores costos comparados con quienes obtuvieron bajas puntuaciones en el HAD.

Por lo que es importante tener en cuenta la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, a consecuencia de la comorbilidad con enfermedades físicas y como desencadente de las mismas, ya que se ha observado que la ansiedad está relacionada con enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes (Sareen et al., 2006), obesidad e insuficiencia renal (Martínez, Vega, Nava y Anguiano, 2010), ó puede afectar al sistema inmune (Agudelo, Lucumí y Santamaría, 2008). Sin embargo, debido a que muchos de los pacientes con ansiedad presentan síntomas físicos que pueden confundirse con alguna enfermedad, su diagnóstico oportuno se hace complicado; además de que generalmente no se inicia tratamiento para este trastorno por considerarse parte del proceso de hospitalización o como parte misma de la enfermedad (Vilchis-Aguila, Secín-Diep, López-Ávila, Córdova-Pluma, 2010).

Sareen et al. (2006), realizaron un estudio para examinar la relación entre la enfermedad y los trastornos de ansiedad usando la Encuesta Alemana de Salud y el cuestionario de Calidad de Vida SF36, donde el número de discapacidades físicas correlaciona positivamente; por lo que la ansiedad se encontraba asociada a enfermedades respiratorias, gastrointestinales, enfermedades de la tiroides, condiciones arrítmicas y alérgicas y dolor de cabeza como la migraña.

Así como en la mayoría de los casos la ansiedad estaba presente antes del malestar físico y prevalecía aún después de la estancia hospitalaria. Las variables asociadas a la persistencia de síntomas de depresión y ansiedad fueron: ser mujer, tener baja escolaridad y tener una enfermedad crónica (Grau et al., 2007); en el caso de la ansiedad y para la depresión los factores fueron baja escolaridad, ser mujer y tener más de 70 años.

En México, Vilchis-Aguila y cols, (2010), llevaron a cabo un estudio para evaluar la frecuencia de la ansiedad y la depresión en pacientes que acudieron al área de urgencias de un hospital no gubernamental utilizando el HAD, encontrando una frecuencia mayor de ansiedad y depresión en éstos pacientes que en la población general. De los 92 pacientes que evaluaron, 32 tenían ansiedad y 8 tenían depresión, dándose de alta sin tratamiento 13 de los 32 pacientes ansiosos, y en cuatro de los ocho pacientes deprimidos se dieron las mismas condiciones.

Debido a la dificultad para diagnosticar oportunamente la ansiedad, es importante conocer los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para el trastorno de ansiedad generalizada:

- A) Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos ó actividades que se prolongan por más de 6 meses.
- B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado constante de preocupación.

- C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes:
- (1) Inquietud o impaciencia.
 - (2) Fatigabilidad fácil.
 - (3) Dificultad para concentrarse.
 - (4) Irritabilidad.
 - (5) Tensión muscular.
 - (6) Alteraciones del sueño.
- D) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del eje I.
- E) La ansiedad, la preocupación ó los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos a una sustancia y no aparecen exclusivamente en el trascurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico ó un trastorno generalizado del desarrollo.

La ansiedad y la depresión también se observan implicadas en la conducta de no adherencia al tratamiento; de esta forma DiMatteo et al. (2001) mencionan que estos trastornos del estado de ánimo, pueden cambiar el enfoque cognitivo, la energía y la motivación de los pacientes por seguir adelante con el tratamiento, por lo que es trabajo del psicólogo de la salud evaluar en qué medida estas condiciones pueden mejorarse; a través de la modificación de las creencias del paciente con relación al tratamiento y junto con la evaluación del apoyo social real y percibido, para incrementar la adherencia del paciente al tratamiento, y la calidad de vida (Martínez et al., 2010), mejorando así la alianza entre el médico y los pacientes.

2.1.1 RELACIÓN MEDICO-PACIENTE.

La dificultad para el diagnóstico diferencial, hace que muchas veces el clínico no sepa cómo enfrentar la parte emocional de los pacientes, al mismo tiempo que los pacientes no reconocen completamente la sintomatología como una entidad aparte de la enfermedad médica; por lo tanto la relación médico-paciente es un factor fundamental para desarrollar el mejoramiento del tratamiento de las enfermedades. Kerse et al. (2004), mencionan que la continuidad de la relación médico-paciente ha sido asociada con el incremento de la calidad de los servicios y del cuidado preventivo; así como se observa mayor adherencia al tratamiento cuando la relación entre el médico y el paciente es congruente, de la misma manera Barca et al. (2004), encontraron que la relación médico-paciente es fundamental en el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del paciente, produciendo beneficios para su salud psicológica y física, aumentando su confianza en el médico y su compromiso con el tratamiento (Bascañán, 2005); aunque por otro lado mencionan que el médico se limita durante la consulta a dar la

información sobre el diagnóstico y el tratamiento muchas veces sin asegurarse de que el paciente ha comprendido la información recibida.

En donde el paciente, según Valverde (2006), es un visitante sin voz en el mundo del médico; al cual solo se le deja hablar para contestar los cuestionamientos controlados por el médico.

Así es, de ésta manera que Rodríguez (2006), describe como Hipócrates resumió cuatro características que el médico debería de reunir en la relación establecida con su paciente:

- a) Conocimientos,
- b) Sabiduría,
- c) Humanidad y,
- d) Probidad.

Describiendo también la relación médico-paciente como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas que sirven de base a la gestión de salud, y clasificándola como activo-pasiva, de cooperación guiada y de participación mutua, donde un aspecto importante lo constituye la comunicación dentro de ésta relación. Sin embargo, los cambios actuales en la medicina han generado que el paciente sea más activo durante la relación médico-paciente (Retolaza, 2002); ante la cual, el médico ha tenido un gran impacto con respecto a su satisfacción profesional y personal, considerando que el aumento de la medicina basada en evidencias y las tecnologías han reemplazado las habilidades clínicas del médico según el estudio cualitativo realizado por Bascuñan en 2005, en donde evaluó la satisfacción del médico con relación a los cambios de la relación médico-paciente; así como la redefinición de la expectativa, que de acuerdo a los médicos entrevistados, cuando el paciente está más informado ha generado que ellos tengan la expectativa de no equivocarse, y si lo hacen protegerse legalmente; generando en los médicos sentimientos de frustración, desencanto e insatisfacción, lo que se traduce en la actitud deshumanizada de la mayoría del personal de salud ante la problemática del paciente.

Calderón y Colín (2003), mencionan que la ansiedad que se genera ante una consulta médica puede controlarse dependiendo de la actitud profesional y empática del médico; por lo que la queja o motivo de consulta del paciente, debe de ser explorada con sumo cuidado por parte de quien interroga, asegurándose de que las dudas desaparezcan al ser expuestas durante la consulta; además de devolverle al paciente la sensación de que su malestar como en el caso de la depresión; es más común en la población de lo que el paciente puede percibir, haciendo igual de importante la comprensión del padecimiento por parte de los familiares.

Street, Krupat, Bell, Kravitz y Haidet realizaron una investigación en el 2003, para evaluar las creencias de la relación médico-paciente a 135 pacientes, a través de dos condiciones que podrían indicar la participación activa del paciente. En la primera, se procuraba que el médico propiciara las preguntas, y en la segunda el médico trataba de construir una relación más cordial con el paciente, lo que se encontró fué: en la medida en que el médico crea el clima adecuado para que el paciente pueda expresar sus dudas con respecto a su enfermedad y tratamiento; el paciente se mostraba más activo en su relación con éste; además de que los

pacientes que preferían tener más control sobre ésta relación; es decir, mostrar mayor iniciativa en las preguntas; eran los pacientes más jóvenes y con mayor nivel de escolaridad. De igual manera, éstos autores encontraron que las mujeres solían ser las más activas a diferencia de los hombres; por lo que es fundamental atender y establecer el mejoramiento de la relación médico-paciente para que al estar el paciente más satisfecho, pueda tener mejor adherencia como se expone en otras investigaciones.

3. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA DEPRESIÓN:

Anteriormente ya se había mencionado que los padecimientos mentales constituyen una de las principales causas de pérdidas de años de vida saludable en México, y en el caso específico de la depresión, los costos económicos para su manejo suelen ser elevados por ser un padecimiento crónico que además es discapacitante logrando superar a algunas enfermedades crónicas. Por lo que se estima que para el año 2020 podría ser la segunda causa de morbilidad a nivel mundial (Agudelo et al., 2008), y de acuerdo con un estudio realizado por Lara en el 2006, los trastornos depresivos ocupan el primer lugar en pacientes ambulatorios atendidos por la consulta externa de psiquiatría; presentándose con frecuencia también con otros trastornos, a su vez que algunas de sus características se ven influidas por factores socioculturales y económicos.

Y es que la depresión ha alcanzando gran importancia dentro del contexto social que ha dejado de ser según Calderón (1999), de interés exclusivo de la psiquiatría, y se ha extendido incluso a los campos de la medicina general y la salud pública, en donde la psicología ha intervenido con sus aportaciones para su adecuado manejo.

En cuanto al tratamiento psicológico, la terapia cognitivo conductual cuenta con apoyo empírico de acuerdo con el Grupo de Trabajo sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos en 1993 de la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana (APA), en donde se dictaminó que para que los modelos de atención de la salud comportamental ó de salud mental pudieran alcanzar la excelencia, deberían de tener dos características: 1) una evaluación rigurosa de las evidencias científicas que indiquen su eficacia (validez interna de sus tratamientos), y 2) aplicabilidad y factibilidad de esos tratamientos (validez externa). Contando con estos lineamientos (Mustaca, 2004 y Vera-Villarroel, Valenzuela, Abarca, 2005), la terapia cognitivo conductual ha mostrado gran eficacia atendiendo los trastornos depresivos al intervenir en los procesos de pensamientos disfuncionales, utilizando procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio (Reynoso y Seligson, 2005); y construyendo una atmósfera en donde el paciente pueda sentirse escuchado y comprendido.

Con lo cuál, Aguado, Silberman y Manrique (2005), proponen algunos lineamientos para la evaluación y conceptualización de la depresión dentro del marco cognitivo conductual, en donde la evaluación debe realizarse primero con la entrevista (Pérez y García, 2003); considerando importante tomar en cuenta los síntomas físicos, afectivos, cognitivos y conductuales; relacionándolos con el entorno social.

Dentro de éstos aspectos, Pérez y García (op.cit), mencionan que algunos de los síntomas ubicados en ellos serían:

- 1) Síntomas afectivos: humor bajo, tristeza y desánimo.
- 2) Síntomas cognitivos: pensamientos negativos de sí mismo y del mundo, así como del futuro, baja autoestima, desesperanza y remordimiento.
- 3) Síntomas conductuales: retirada de actividades sociales, reducción de las conductas habituales, lentitud al hablar y caminar, agitación motora y actitud desganada.

4) Síntomas físicos: con respecto al apetito y el sueño y la falta de energía.

Siendo fundamental en la exploración, interrogar sobre los conocimientos que tiene el paciente sobre la enfermedad, proporcionándole la información necesaria para evitar la generación de expectativas erróneas con respecto al tratamiento.

De igual manera, explorar las redes sociales es un punto importante, ya que muchas veces los pacientes deprimidos presentan síntomas como la irritabilidad que dificulta la interacción con los otros por su poca tolerancia a la frustración.

Al hacer la evaluación, no se debe olvidar los cuestionamientos relacionados específicamente con la depresión, como son: el tiempo de transcurso de la depresión, si ha sido tratado psicológicamente con anterioridad para la depresión y qué clase de tratamientos psicológicos ha utilizado; preguntar también sobre estrategias de solución en el pasado y cuáles le han sido útiles y cuáles no, indagar si el paciente está tomando algún medicamento para aliviar sus síntomas y de ser así, qué medicamento, en qué dosis y por cuánto tiempo. De igual forma interrogar cuáles son las mejorías percibidas por el paciente, preguntar si además de la depresión se ha sentido ansioso o con alguna otra sintomatología, recordando que la depresión tiene comorbilidad con la ansiedad. También es importante saber cuál es el funcionamiento actual del paciente y si se siente motivado para lograr una mejoría.

Una de las partes centrales de la exploración, consiste en que el psicólogo debe identificar pensamientos distorsionados con respecto a la depresión, así como las manifestaciones emocionales y conductuales de estos pensamientos y devolverle al paciente sus observaciones sobre estos procesos de pensamiento, para posteriormente durante la intervención terapéutica enseñarle al paciente a identificar estos pensamientos y modificarlos.

La exploración de la motivación hacia la vida, es algo que comúnmente se designa al área de la psiquiatría, sin embargo es competencia del psicólogo también evaluar con respecto a la ideación suicida o intentos suicidas por parte del paciente, debido a la relevancia clínica del aspecto del suicidio, ya que se considera que entre el 50 y el 70% de las personas que comenten suicidio, han tenido antecedentes de algún trastorno depresivo (González, Fernández, Pérez, Amigo, 2006); con lo que se convierte en una prioridad dentro del tratamiento explorar las creencias con respecto al deseo de morir, (que en algunos pacientes con depresión es muy característico), con el fin de reducir o modificar éstas creencias, incrementando las estrategias de afrontamiento del paciente y previniendo así el riesgo de recaídas.

De igual forma, el psicólogo debe de interrogar sobre los síntomas físicos, ya que muchas personas con depresión experimentan disminución de la energía sexual o líbido, pérdida ó aumento del apetito y de peso, que podría desencadenar en el caso del aumento de peso; también el incremento de la obesidad en el paciente y una importante preocupación por la etiología, que tiene está sobre la diabetes; a su vez que el aspecto obeso proporciona nuevamente al paciente la presencia de pensamientos displacenteros por su imagen corporal, que refuerzan el mantenimiento de la depresión. Otro de los síntomas físicos de la depresión, es la dificultad para conciliar el sueño ó el no obtener un sueño reparador (Ochoa, s.f.).

La importancia de examinar los síntomas físicos se debe a que muchos de estos pueden establecerse como parte de las metas del tratamiento; siendo de esta manera el uso de cuestionarios, auto registros y la observación clínica del terapeuta; para construir la alianza inicial con el paciente y el establecimiento de dichas metas, con lo que se pretende enseñar al paciente a modificar ó añadir nuevas conductas a su repertorio, mejorando sus estilos de afrontamiento.

Para lograr esto; las conductas se clasifican en excesos, déficits y cambios conductuales; analizando los antecedentes y consecuencias que mantienen estas conductas (análisis funcional), y es aquí en donde interviene el modelo cognitivo conductual al involucrar al paciente, en el entrenamiento para la observación de sus propias conductas y el aprendizaje de conductas más apropiadas o adaptativas que le permitan re-definir los problemas y pensamientos, dándose como Reynoso y Seligson (op. cit), mencionan sobre interacción entre estos dos aspectos de la terapia cognitivo conductual: el cambio conductual positivo promueve cambios cognitivos positivos y viceversa.

Aguado et al. (2005), también proponen que el tratamiento debe ser individualizado, tomando en cuenta las variables socio culturales y ambientales de los pacientes con depresión que se traten dentro del marco cognitivo conductual, así como los antecedentes de conductas adherentes a los tratamientos.

De ésta manera se han realizado diversas investigaciones con el propósito de demostrar la importancia y la eficacia de la terapia cognitivo conductual como parte del tratamiento de la depresión; por ejemplo Parker, Roy y Eysers (2003), realizaron una extensa revisión de artículos de meta-análisis acerca de la eficacia de la terapia cognitivo conductual para la depresión, entre los que destacan los trabajos de Gloaguen y colaboradores que revisaron 48 estudios controlados aleatorizados que incluyen 2765 pacientes con distimia, depresión no psicótica y depresión no bipolar; en donde los pacientes que recibieron tratamiento cognitivo conductual fué categorizado como superior que el grupo placebo. Sin embargo, en la misma revisión de Parker se analizan estudios en donde no ha habido diferencia significativa entre el tratamiento cognitivo conductual y el tratamiento farmacológico, siendo éste último el tratamiento de elección para la depresión por parte del médico tratante (DeRubeins et al., 2005 & Ward et al, 2000); aunque si se ha relacionado que la terapia cognitivo conductual es más eficaz cuando los pacientes tienen dificultades en tomar los medicamentos.

También, se ha documentado que la terapia combinada (psicoterapia y tratamiento farmacológico), ha tenido mayores beneficios en la intervención de pacientes con depresión. En especial, la terapia cognitivo conductual por su interés en la modificación de los esquemas de pensamiento y en los estímulos estresantes que mantienen estos pensamientos, además de que la efectividad de la terapia cognitivo conductual se debe también a sus técnicas, la duración y la intensidad del tratamiento y las habilidades del terapeuta; sobre todo al disminuir el número de recaídas a largo plazo (King et al., 2002 & Haby, Donnelly, Corry, Vos, 2005).

De igual manera en España, González et al. (2006), realizaron una comparación entre tratamiento cognitivo conductual, la potenciación de recursos personales y el apoyo social; comparando estas formas de intervención entre sí mismas y con un grupo control, en personas

con síntomas depresivos moderados en 60 pacientes que acudían a centros de atención primaria, a los cuales se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck, un cuestionario de Calidad de Vida, el Inventario de la Triada Cognitiva, la Escala de Expresión Social parte motora, además de auto registros de actividades, pensamientos y problemas cotidianos, y en donde concluyen que las tres modalidades de tratamiento fueron efectivas para la disminución de síntomas depresivos y para aumentar la calidad de vida; sin embargo solo la terapia cognitivo conductual y la potenciación de recursos personales mantuvieron sus resultados al año de la intervención, siendo importante señalar que en el tratamiento cognitivo conductual se emplearon estrategias como la modificación de pensamientos, entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento para la generalización y prevención de recaídas. En este sentido Pérez y García (2003), mencionan que el tratamiento cognitivo conductual es uno de los tratamientos psicológicos de elección para la depresión, siendo preferible en la medida en la que se trata dentro de su contexto psico-social, que como señala Kirmayer (2001), es importante tomar en cuenta las variaciones culturales de la presentación clínica de la depresión; ya que los síntomas de una cultura pueden producir que se generen diagnósticos equivocados debidos a la falta de conocimientos, por ejemplo: en muchas culturas los trastornos del estado de ánimo no son vistos como problemas de salud mental, si no como problemas sociales.

Por otro lado, también se ha intentado evaluar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual a través del tiempo, tratando de examinar si se pueden mantener los resultados y evitar la presentación de una recaída, como el estudio realizado por Echeburúa, Salaberría, Corral, Cenea y Berasategui (2000), a 57 pacientes con historia crónica de síntomas ansiosos depresivos, en el cual predominaron los sujetos de sexo femenino (43% de la muestra), a los cuales se les aplicaron diversas escalas autoaplicadas como la Escala de Evaluación de Ansiedad y Depresión de Hamilton, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Inadaptación. Estas escalas fueron aplicadas antes del tratamiento, al final del mismo y al seguimiento a los tres y seis meses; además de que se les asignó aleatoriamente a tres condiciones experimentales: grupo control, grupo de tratamiento cognitivo conductual y grupo de tratamiento combinado (medicamento más tratamiento cognitivo conductual); en donde encontraron que los grupos de tratamiento cognitivo conductual y tratamiento combinado habían reducido significativamente la sintomatología, traducida por los autores en la mejora de la calidad de vida en un 70% al seguimiento de los seis meses, a diferencia del grupo control.

Otro estudio es el realizado por Fava et al. (2004), en el cual se le dió seguimiento durante seis años a cuarenta pacientes con depresión recurrente quienes habían sido tratados con medicamentos anteriormente, en donde la terapia cognitivo conductual demostró una reducción del 40% de las recaídas en comparación con un grupo control de manejo clínico habitual, con lo que Pérez y García (op.cit) por su parte afirman que debido a que los fármacos producen resultados incluso antes que la psicoterapia, podría ser recomendable su uso al inicio del tratamiento de pacientes cuya gravedad impide el abordaje psicológico.

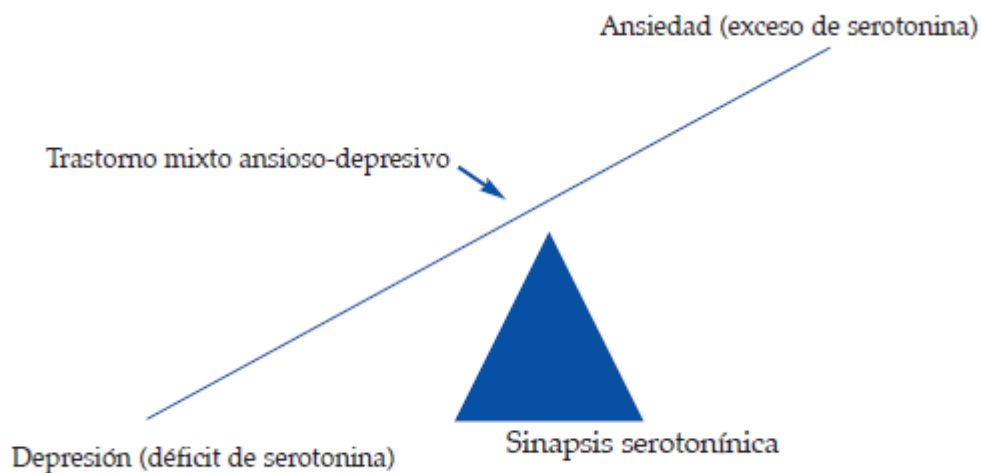
También, es importante recordar que la depresión se encuentra frecuentemente asociada a la ansiedad por lo que se han propuesto desde el punto de vista neurobiológico teorías sobre un desequilibrio neuroquímico que comparten estas dos entidades; y que en relación a lo que

Thompson (2005) citado en Tamayo (2009), mencionaba conforme a las irregularidades en el déficit de la producción de algunos neurotransmisores que pueden conducir o desencadenar comportamientos desadaptativos en los organismos, como consecuencia a las pobres conexiones neuronales; estableciendo que la conducta se pueda relacionar con estas estructuras cerebrales como factores predisponentes que facilitan o dificultan dicha relación.

Uno de estos modelos es el del desequilibrio serotoninérgico (Valle, 2002), en el cual la ansiedad se presentaría por el exceso de actividad serotoninérgica, mientras que la depresión se caracterizaría por un déficit de ésta (Figura A). Otro neurotransmisor implicado en los dos procesos es la noradrenalina, a la cual se le responsabiliza su presencia durante las crisis de pánico.

Figura A.

Presencia de la serotonina en los trastornos de ansiedad y depresión



Tomado de "Depresión con ansiedad", por Valle, J., 2002, *Salud Global-Salud Mental. Atención Primaria*, 3, 2, p. 2

Y en el caso de la depresión, existe evidencia de la existencia de la noradrenalina con la respuesta a los medicamentos antidepresivos en la regulación de los receptores beta-adrenérgicos.

Ya que algunos medicamentos para la depresión actúan inhibiendo la recaptura de éstos neurotransmisores (Figura B).

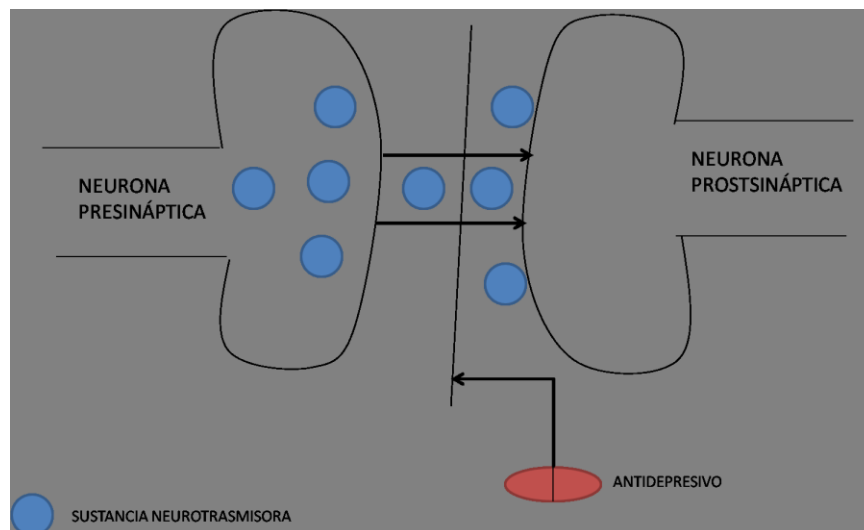
Tamayo (2009), menciona que en las neurociencias la conducta observable, se ha tratado de simular en modelos que identifican los procesos cerebrales por medio de técnicas de imagen cerebral. Debido a esto, existen hallazgos encontrados sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual que se han extendido incluso en estudios con neuroimágenes como lo es el estudio realizado en Canadá por Goldapple et. al (2004), en donde mencionan que los estudios

preclínicos de los fármacos antidepresivos hacen referencia a una cadena amplia de eventos que contemplan la inhibición pre-sináptica de la recaptura aminérgica, así como la desregulación de los receptores post-sinápticos mediados por los mensajeros intracelulares de los efectos de señalización, y en donde las neuroimágenes muestran efectos similares en los cambios corticales y subcorticales.

En los estudios de la respuesta a los antidepresivos, se reportan cambios en la corteza frontal consistentes con la hiperactividad de la corteza, viéndose cambios además en las regiones límbicas y subcorticales incluyendo la corteza cingular, el hipocampo, la corteza cingular posterior y la ínsula; estructuras que se relacionan con depresión.

Figura B.

Acción de los antidepresivos en la inhibición de la recaptura de la Serotonina y Noradrenalina



Sin embargo, los cambios cerebrales asociados a la respuesta de la terapia cognitivo conductual se encuentran mayormente documentados en el tratamiento de los trastornos obsesivos compulsivos y los trastornos de ansiedad. En el caso de la depresión, por lo general se implican mecanismos de regulación de las funciones de atención y memoria que se ven afectadas con este trastorno; aunque estos autores mencionan que la terapia cognitivo conductual también mejora la desesperanza y motivación que se encuentran apoyadas por cambios en la corteza cerebral, y que pareciera ser como demuestran recientes estudios de imágenes funcionales que la psicoterapia reporta una variedad de efectos en estas regiones. Siguiendo estos argumentos, Goldapple et al. (op.cit), se dispusieron a realizar un estudio examinando si los cambios en las regiones del metabolismo de la glucosa a través de una Tomografía por Emisión de Positrones, PET, por sus siglas en inglés; estaban asociados con la remisión de la depresión después de 15 a 20 sesiones de terapia cognitivo conductual;

comparándolos con los cambios en las estructuras límbico-corticales de la remisión clínica con Paroxetina.

Las mediciones se realizaron a 17 pacientes con diagnóstico de depresión, aunque solo 14 terminaron el estudio, pues 3 de los 17 tuvieron que abandonarlo debido a que los síntomas de la depresión empeoraron, sin embargo todos cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-IV para la depresión.

La terapia cognitivo conductual estuvo destinada a reducir los pensamientos negativos y su diferenciación de las emociones negativas; así como de activación conductual para hacer frente a estas perturbaciones. Entre sesiones se les pidió a los pacientes que pusieran a prueba sus interpretaciones a través del uso de experimentos conductuales, utilizando además auto registros para evaluar sus patrones de pensamiento.

Las respuestas de estos cambios se realizaron mediante el Inventario de Depresión de Beck y la escala de Depresión de Hamilton, en donde quienes reducían en 50% las puntuaciones de este último, se consideraban como buenos respondedores. Por otro lado, las imágenes eran tomadas una semana antes del tratamiento y una semana antes de que el tratamiento concluyera.

Y lo que encontraron fué, que existían algunas zonas que se modificaban en ambos tratamientos, como la hiperactividad de la región frontal media, donde la activación de éstas regiones se ha asociado con el procesamiento emocional de tareas. Este hallazgo es importante ya que los cambios en el hipocampo sólo habían sido reportados en el caso del tratamiento cognitivo conductual para las fobias, y el decremento en la corteza orbital frontal con el tratamiento cognitivo conductual en el trastorno obsesivo compulsivo, mientras que existían zonas que sólo se modificaban con cada uno de los tratamientos.

En el caso de la terapia cognitivo conductual se aumentaron los cambios en la corteza cingulada anterior y la disminución de las cortezas frontal medial, orbital frontal y el cíngulo posterior, así como en el caso de la paroxetina, se observan aumentos en el tronco cerebral y el cerebelo, y disminución en la corteza cingulada subgenual ventral, la ínsula anterior y el tálamo; por lo que los cambios en el metabolismo regional de la glucosa se dieron tanto en la terapia cognitivo conductual como en la respuesta a la paroxetina. Sin embargo estos cambios fueron de manera inversa; proponiéndose que la remisión de la enfermedad se produce cuando hay modulación de los objetivos comunes (hipocampo), relacionado con los procesos de atención y cognición, lo que se facilita por la regulación de los efectos de la corteza frontal medial y cingulada anterior a través de la terapia cognitivo conductual ó por los cambios en el tronco cerebral, el músculo estriado y la corteza cingulada subgenual con la paroxetina.

En otras palabras, esto significa que estos dos extremos incluyen la localización de tareas que implican la atención dirigida, la recompensa basada en la toma de decisiones y el monitoreo de las emociones; que se relacionan con la corteza cingulada anterior y la corteza orbito frontal, así como la codificación, la recuperación y la consolidación de la memoria se relacionan con el hipocampo; que a su vez son componentes de las conductas implicadas con la iniciación y mantenimiento de los rasgos de la depresión; lo que podría evidenciar la importancia de la

intervención oportuna de un tratamiento que pueda modificar estos rasgos y mejorar la calidad de vida del paciente con depresión.

Y con intervención oportuna, se puede hablar de un tratamiento cognitivo conductual que cuenta con intervenciones basadas en evidencias como Vera-Villarreal, Valenzuela y Abarca (2005) mencionan, y que además es importante cuando se trata de la prevención y promoción de la salud, donde es necesario contar con intervenciones de efectividad probada que puedan ser aplicables en poblaciones de riesgo, siendo conveniente seguir probándolas a lo largo del tiempo, como es uno de los objetivos del presente informe.

En cuanto al tratamiento psicológico de los trastornos depresivos combinados con la ansiedad; existe una revisión realizada por Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood (2010), en donde realizan un metanálisis de las terapias psicológicas breves, específicamente de terapia cognitivo conductual (TCC), comparándola con grupos controles en donde la TCC mostró diferencias significativas en la reducción de la sintomatología ansiosa depresiva a diferencia de los grupos controles.

Así mismo, la presencia de depresión es alta dentro del ámbito hospitalario, con lo que se dificulta muchas veces realizar el correcto diagnóstico y con esto la correcta intervención, ya que se suele confundir los síntomas de la depresión con las fases de la adaptación a la enfermedad ó el efecto secundario a algunos fármacos con los que se tratan diversas enfermedades, por lo que Agudelo et al. realizaron un estudio descriptivo en el 2008, a 82 pacientes entre 22 y 76 años de edad, hospitalizados por alguna enfermedad, que tuvieran capacidad cognitiva conservada y que tuvieran dos o más días de hospitalización. El 56% de su muestra fueron hombres, mientras que el 43% fueron mujeres, a los cuales les aplicaron algunos cuestionarios como el inventario de depresión de Beck en su segunda versión (BDI-II) y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS); previo consentimiento informado; y lo que ellos encontraron fué que el 86% de la muestra había reportado no tener antecedentes de episodios depresivos, aunque poco más de la mitad de la muestra mostraban síntomas de depresión leve a moderada de acuerdo a los resultados del BDI-II, a pesar de que en los resultados del HADS solo casi el 10% mostraban síntomas de depresión; no obstante en análisis factorial que realizaron al BDI-II, encontraron dos factores asociados:

- 1) El factor cognitivo afectivo y,
- 2) El factor somático motivacional (como lo nombraron los autores).

En donde prevaleció, el segundo factor en las respuestas dadas por los pacientes a dicho inventario, por lo que los pacientes reportan más síntomas como dificultad en tener un sueño reparador, pérdida de apetito y peso por ejemplo. Estos síntomas muchas veces se atribuyen a la enfermedad de base, lo cual mantiene la dificultad del diagnóstico diferencial, además de que hace más difícil el tratamiento de los síntomas y alarga la estancia hospitalaria, lo que resulta interesante ya que estos autores encontraron que los pacientes con mayor tiempo de hospitalización tendían a puntuar más alto en los cuestionarios.

Lo que nos hace pensar lo fundamental que resulta realizar los diagnósticos oportunamente, con el fin también de reducir costos de estancia hospitalaria y disminución de la

sintomatología del paciente, con lo que también se piensa que se puede incrementar la adherencia a los tratamientos.

Otra característica a tomar en cuenta, es la relación que se da por lo tanto entre el cerebro y la conducta, con lo que Moore (2002), citado en Tamayo (2009), hace necesaria la distinción entre el análisis conductual y la neurociencia conductual, en donde en esta última se centra en los procesos neuronales como consecuencia de los eventos conductuales, distinguiendo entre relaciones funcionales con base en estructuras biológicas y las relaciones funcionales de una conducta observable basándose en las variables ambientales que pueden controlarse.

4. FORMULACIÓN DE CASO:

La formulación de caso resume e integra el contenido de la evaluación y del tratamiento proporcionado a un paciente, y que se extiende durante todo el proceso; funcionando además como una estrategia sistemática para la toma de decisiones (Virués y Haynes, 2005), en donde los principales puntos de la formulación de caso se componen por las conductas problema y las conductas metas del paciente, las variables causales y las variables que pueden afectar el resultado del tratamiento (Persons y Tompkins, 1997 & Haynes y Williams, 2003), cumpliendo también la función de reducir los errores de juicio clínico, con lo que se enfoca en estimar la relativa magnitud del efecto en la conducta problema, presentada por el paciente en cada una de las múltiples variables; causantes de la problemática inicial. Lo que dependerá en gran medida del grado potencial de los mecanismos del tratamiento.

Manteniendo los lineamientos de acuerdo con Buela-Casal y Sierra (2002) & Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez (2008), para la formulación clínica de casos en trastornos del comportamiento, en donde se describirá y explicará los problemas de conducta de un determinado paciente, incluyendo los componentes del problema; los factores biológicos y ambientales asociados, con lo que más adelante en el apartado cinco se presentará el informe de caso clínico continuando con los pasos para su redacción:

- Título del caso.
- El lugar donde se llevó a cabo el tratamiento.
- Resumen.
- Identificación del paciente.
- Análisis del motivo de consulta.
- Historia del problema.
- Análisis y descripción de las conductas problema.
- Establecimiento de las metas del tratamiento.
- Estudio de los objetivos terapéuticos.
- Selección del tratamiento más adecuado (de acuerdo con el punto 4.4).
- Selección y aplicación de las técnicas de evaluación (de acuerdo al punto 4.5).
- Aplicación del tratamiento.
- Seguimiento.
- Observaciones.

Así como la efectividad y eficiencia del tratamiento se mostrará en el apartado seis sobre los efectos clínicos y de ajuste psicológico (resultados).

Además, es importante recordar que dentro de la evaluación de la interacción de las variables ambientales junto con las variables orgánicas, se implica necesariamente los procesos cognitivos que muestran los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; y que exhiben la necesidad de la atención psicológica, vía consulta externa de las demandas psicológicas relacionadas con la presencia de depresión, y la comorbilidad con ansiedad y enfermedades médicas; así como los aspectos relacionados con su calidad de vida, y la adherencia al tratamiento. En donde el factor económico y la falta de motivación; generalmente conformada por creencias con el uso de los servicios de salud y la salud misma, constituyen fuentes importantes para el abandono de la atención especializada, a su vez que la forma pasiva de enfrentamiento; y la poca habilidad de los pacientes para la solución de problemas dificultan la calidad del servicio por parte de la institución de salud.

Por lo que en virtud de las condiciones reseñadas, el propósito del estudio de caso presentado en el presente informe, consistió en evaluar los aspectos psicológicos del diagnóstico de depresión, al examinar sus diferentes dimensiones (cognitiva, biológica, social, conductual y emocional); y brindar recursos cognitivos conductuales y personales, para mejorar las áreas problema identificadas.

Debido a que la intervención se realizó en una Institución de Alta especialidad y con gran demanda para la atención de pacientes tanto en consulta externa como en hospitalización, se buscó la aplicación de instrumentos de evaluación que pudieran resultar para los pacientes fáciles en cuanto a aplicación; y que nos arrojaran la información necesaria sobre la evaluación de los síntomas de depresión y/o ansiedad. Recordando que el presente informe no pretende dar un diagnóstico, si no informar del modo en que una persona se ajusta a las preguntas y a la interacción de las mismas; sin que exista un solo indicador específico de la organización funcional de dichas interacciones (Carpio, 2008), por lo que se decidió utilizar el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), y el Inventario de Depresión de Beck (descritos más adelante).

Otro motivo importante para su selección, fué que ambos instrumentos han sido utilizados en varios estudios, para evaluar la depresión como ya se señalaron en algunas investigaciones previamente; y cuyas características se describirán más adelante.

Además, se hizo uso de auto registros para ir evaluando los cambios cognitivos durante el proceso de intervención, los cuáles se describirán posteriormente; así como el uso de estrategias a fin de que se adquiriera un repertorio de competencias conductuales, a través de ensayos conductuales.

4.1 PACIENTE.

En base a que en el INCMNSZ se tratan diversos padecimientos, se observó que dentro de las alteraciones psicológicas más comunes que se presentan en comorbilidad o ante los diagnósticos médicos; son la depresión y la ansiedad.

De acuerdo con la rotación de este segundo año de residencia, a la sustentante se le asignó en el Departamento de Neurología y Psiquiatría del INCMNSZ, por lo cual los pacientes que se analizaron para seleccionar el caso del presente informe, deberían de tener un diagnóstico de depresión o síntomas de depresión como se observará a continuación con los criterios de inclusión y exclusión; así como en la Tabla 1 se observan los padecimientos más comunes entre los pacientes que acudían a la consulta externa de psicología con diagnóstico de depresión.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Haber sido diagnosticado por el médico psiquiatra con depresión o síntomas depresivos.
- Ser paciente del INCMNSZ.

Criterios de exclusión:

- No ser paciente del INCMNSZ.
- Tener diagnosticado algún otro trastorno del estado de ánimo diferente al de depresión.
- Pacientes con deterioro cognitivo.

Se atendió en consulta externa un total de 13 pacientes, con diagnóstico de depresión, la media de edad de los pacientes fué de 40 años, en su mayoría mujeres; con bajo nivel de escolaridad, que demuestra que pueden ser, como se revisó anteriormente en la literatura, factores de riesgo para desarrollar depresión.

Sin embargo, para efectos del análisis de caso se optó por el caso que mayor número de sesiones se obtuvieron, favoreciendo su adherencia al tratamiento.

Además, por tratarse de un estudio de caso se utilizó el diseño N=1 con un modelo A-B-A-B (Montero y León, 2005), con una fase de inversión en donde no se suprime la intervención, y se regresa a la línea base; si no que ésto conlleva a la re-aplicación de la intervención a otras conductas incompatibles con la primera (Simón, 1996).

Tabla 1.

Padecimientos médicos presentados por los pacientes con diagnóstico de depresión en consulta externa de psicología

Diabetes
Cáncer de próstata
Gastritis
Lupus
Infertilidad
Hepatitis Autoinmune
Obesidad
Insuficiencia Renal Crónica
Artritis
Hipertensión Arterial Pulmonar
Síndrome de Shogen
Lupus
Fibromialgia

Los datos socio demográficos del análisis del caso y las conductas a cambiar se mostrarán más adelante.

4.2 ANTECEDENTES (ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PACIENTE).

Existen diferentes modelos para la formulación de casos, sin embargo algo que en común poseen es la pertinencia de realizar un análisis funcional de las conductas del paciente. El análisis funcional fué definido por Haynes y O'Brien como la identificación relevante y controlable de la relación causal y funcional aplicable a un conjunto de conductas particulares de un paciente (Persons y Tompkins, 1997 & Virués y Haynes, 2005). Enfatizando la importancia en aquellas variables factibles de modificar y aquellas que más problema causa al paciente. No obstante, la relación funcional es dinámica; por lo que en el análisis funcional los casos se formulan en términos de la relación entre las variables y su asociación con los eventos causales y no causales; debido a que cuando una variable causal cambia, aparecen variables con influencia moderada, modificándose el mecanismo mediante el cual se precipitaban o activaban ciertas conductas, lo que define el hecho de que existen múltiples variables que pueden mantener relación con la conducta sobre la que se desea impactar. En la depresión por

ejemplo, se ha descubierto que se relacionan diferentes variables desde el punto de vista causal como son: las distorsiones cognitivas, la deficiente capacidad para resolver problemas, la carencia de habilidades sociales, entre otras variables que cumplen una función con respecto a la conducta. Por lo que Persons y Tompkins (1997), mencionan que la formulación de casos ocurre en dos niveles: el nivel del caso y el nivel de la situación; en donde en la primera se describe todos los problemas que presenta el paciente, así como la interacción entre éstos y los mecanismos que los precipitan, y aquellos que los mantienen; lo que nos estaría hablando de este análisis funcional.

A lo que Haynes y Williams (2003), proponen que se tiene que estimar la magnitud de los efectos del tratamiento a través de seis puntos a tomar en cuenta.

- 1) Estimar la importancia de las conductas problema y sus secuelas.
- 2) Estimar la relación causal entre las conductas problema.
- 3) Estimar la fuerza de la relación entre las variables causales y las conductas problema, y entre las mismas variables causales.
- 4) Estimar la modificación de las variables causales.
- 5) Estimar las múltiples causas del problema.
- 6) Moderar las variables.

En resumen, estos puntos mediante su Modelo de Análisis Funcional de Caso Clínico o FACCM por sus siglas en inglés (Funcional Analytic Clinical Case Model), el cual consiste en una descripción gráfica del análisis funcional.

Por su parte, Nezu y Nezu en Nezu, Nezu y Lombardo (2006), también trazan una descripción gráfica de las variables que precipitan y mantienen la problemática de un paciente mediante su Mapa Clínico de Patogénesis (MCP), especificando las relaciones funcionales entre las variables **EORC** que presentaron alguna vez Goldfried y Sprafkin.

Las variables **EORC**, se refiere a la evaluación de las variables que operan como antecedentes, a la evaluación de aquellas variables que operan como mediadores y aquellas que operan como consecuencias, y se identifican como: **E** (estímulo), **O** (variables orgánicas), **R** (respuesta) y **C** (consecuencia).

Es importante tomar en cuenta la especial interdependencia entre todos los factores, así como la especificidad y función de cada campo, sin olvidarnos por supuesto del medio de contacto en el que se da ésta interconectividad.

4.3 REGISTRO Y MEDICIÓN (DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS).

El psicólogo evalúa y selecciona recursos adecuados a la situación, a través de: análisis cognitivo conductual, observaciones del comportamiento; en ocasiones a través de métodos

psicofisiológicos y cuestionarios estandarizados (Mucci, Benaim, s.f.); por lo que en el presente trabajo se utilizaron dos cuestionarios para medir síntomas de ansiedad y depresión.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), es una escala autoaplicada, de 14 ítems. Fue desarrollada por Zigmong y Snaith, con la intención de poder detectar síntomas de depresión y ansiedad en el marco de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una con 7 ítems, en donde el paciente tiene que contestar utilizando una escala tipo likert que algunas veces hace referencia a la intensidad del síntoma y otras a la frecuencia de la presentación (Ver Anexo 3). Para la calificación de la escala, se suman las puntuaciones y se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:

0-7 rango de normalidad.

8-10 caso probable.

11-21 caso de ansiedad o de depresión.

Para el caso de la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI); ya que es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. El BDI consta de 21 ítems que evalúan, fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Este inventario contiene en un gran porcentaje de ítems cognitivos, por lo que se presenta concordancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

El BDI es un inventario auto aplicable durante la entrevista. Existen tres versiones, una con 42, 21 y 13 ítems respectivamente. La versión que se utilizó en el presente trabajo, fue la versión de 21 ítems (ver Anexo 2); en la cual la calificación es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.

En México, se ha validado y estandarizado este instrumento para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, Varela, 1998), y las puntuaciones se interpretan bajo los siguientes criterios:

0-9 mínima.

10-18 leve.

19-29 moderada.

30-60 severa.

4.4 INTERVENCIÓN.

Existen diversos modelos que explican la etiología de la depresión como ya se exploró en capítulos anteriores; sin embargo, recordemos que se encuentran los modelos biológicos y los psicológicos, en donde dentro de éstos últimos, el modelo cognitivo conductual ha tenido gran importancia tanto para explicar la etiología, como la forma de tratamiento y que de acuerdo con Mustaca (2004) & Vera-Villarreal, Valenzuela y Abarca (2005), la terapia cognitivo

conductual ha mostrado gran eficacia atendiendo los trastornos depresivos al intervenir en los procesos de pensamientos disfuncionales, utilizando procedimientos derivados de la terapia conductual para promover el cambio. Acorde con la teoría cognoscitiva, los errores más frecuentes son las distorsiones negativas de las experiencias de la vida, por lo que se ayuda al paciente a reconocer la forma en la que interpreta los acontecimientos como consecuencia de sus pensamientos negativos (López, López, Vargas y Villamil, 2004).

Beck, propuso que el defecto primario de la depresión, consistía en la alteración en la cognición y el estado depresivo como consecuencia más que como causa de dichas alteraciones; y que debía ser vista como producto de la activación de tres esquemas cognitivos que provocaban en el paciente una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, a lo que denominó como “triada cognitiva”. Para Beck la depresión, parecía mantenerse por medio de estos esquemas de significado desadaptativo que se fortalecían por el modo de procesar la información, y que a la vez eran provocados por los mismos esquemas, en lo que se convertiría en un “círculo vicioso” para el paciente. Los contenidos de estos esquemas se expresan a través de un tipo especial de pensamiento, denominado “pensamiento automático”; y cuyo propósito de su intervención era corregir estas distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos que originaban la depresión (Bas y Andrés, 1996). El postulado teórico de esta operación, radica en la manera en que el individuo estructura sus experiencias y determina como se siente y como se comporta, por lo que la técnica está diseñada en ayudar al paciente a identificar, a comprobar y a corregir estas premisas distorsionadas. A su vez, que el tratamiento conductual enseña al paciente cuales son las conductas desadaptativas que lo llevaron a la depresión, o aquellas que la mantienen, con el fin de reconocerlas, registrarlas y modificarlas.

La depresión, es una enfermedad que empeora el curso de una serie de enfermedades médicas; a su vez que la comorbilidad médica agrava los trastornos depresivos, con lo que las personas deprimidas cursan con más padecimientos físicos que otras personas sin depresión como las cardiopatías, las infecciones por VIH, las enfermedades endocrinológicas, las alteraciones neuroanatómicas, la diabetes, enfermedades neurológicas, cáncer y enfermedades respiratorias; entre otras (Meza, 2008), y que usan los servicios de salud con mayor frecuencia (Almanza, 2004). Como consecuencia de todos estos factores es importante contar con una intervención que evalúe los procesos involucrados con la depresión.

Algunos autores, se han centrado en evaluar la cronicidad del trastorno, los factores psicosociales de la depresión, la vulnerabilidad al estrés; y otros como son las distorsiones cognitivas, el riesgo de suicidio, las habilidades sociales, el estilo de afrontamiento y la solución de problemas e incluso el estilo de personalidad (Agudelo, Spielberger, Buena-Casal, 2007).

Montesano, Feixas y Varlotta (2009), llevaron a cabo un estudio para analizar el contenido de los constructos personales de la depresión, a través del marco de la psicología de los constructos personales de Kelly, específicamente con el método de la rejilla. Analizaron los constructos de 106 sujetos con edades comprendidas entre los 19 y los 57 años, divididos en dos grupos. Un grupo clínico con 53 sujetos, y un grupo control con misma cantidad de sujetos. Sus resultados fueron interesantes al encontrar que las personas con depresión, anticipan y construyen su realidad atendiendo principalmente los aspectos emocionales, por que emplean

gran parte de su actividad mental en el procesamiento de aspectos emocionales de su experiencia en términos rígidos, lo que puede explicar el desarrollo de trastornos emocionales; y que estaría muy en concordancia con las distorsiones cognitivas que maneja este tipo de pacientes.

De ésta manera, el tratamiento cognitivo conductual puede ser una herramienta útil para el manejo de dichos aspectos.

La Asociación Psiquiátrica Norteamericana menciona, que la terapia cognoscitiva reduce los síntomas de la depresión, aunque pareciera no existir diferencias significativas con los efectos placebo; sin embargo el Centro de Investigación y Políticas para la Salud de los Estados Unidos corroboran que la terapia conductual, es la más eficaz de todas en un 24% para el tratamiento de la depresión, comparada con el tratamiento farmacológico (López et. al., 2004).

No obstante, el tratamiento cognitivo conductual muestra evidencia de rangos de eficacia de 40 a 50%, incrementando su grado de eficacia en combinación con fármacos. Por lo que se considera como primera línea de tratamiento en casos de depresión leve, no complicada o cuando el paciente la prefiere en lugar de los fármacos, o cuando se ha tenido alguna respuesta positiva con psicoterapia previamente (Almanza, 2004).

Por tales razones, es el tratamiento que se utilizó en el presente informe de caso, agregando las características teóricas y metodológicas del programa de residencia en medicina conductual. Más adelante, se describirán a detalle los componentes de la intervención.

Por lo que la problemática surge, de las solicitudes asignadas dentro de la intervención en consulta externa a los pacientes que acudían al servicio de psicología, del departamento de neurología y psiquiatría del INCMNSZ; así como de las demandas impuestas por los padecimientos somáticos de los pacientes, y de los aspectos psicosociales en el mantenimiento de la cronicidad de la depresión, que no implica desconocer el efecto de los factores biológicos (Agudelo, Spielberger, Buela-Casal, 2007).

Con lo que se espera que los procedimientos utilizados en la intervención, reduzcan la sintomatología presentada más adelante en la descripción del caso clínico; al igual que se aguarda el incremento de su competencia conductual, con el fin de reducir el estrés psicosocial que se asocia a las recaídas, y el pobre ajuste emocional que puede causar el medio, promoviendo nuevos episodios depresivos y en donde la falta de adherencia es un fuerte predictor de recurrencia (Heinze, Villamil y Cortés, 2002). Dichos aspectos están relacionados en su mayoría con creencias disfuncionales al respecto de la salud y la enfermedad; y en donde la enfermedad no existe como idea, más allá de la experiencia que el sujeto, la familia y la sociedad tienen de ella, es decir la enfermedad es lo que el enfermo, su entorno y el equipo de salud le proporcionan su significado, en su dimensión biológica, simbólica y social (Builes y Bedolla, 2006).

Así, que al explorar estas distorsiones se han utilizado auto-registros para evaluar los patrones de pensamiento, evocando que la terapia cognitivo conductual está destinada a reducir los pensamientos; y lograr con la activación conductual hacer frente a las perturbaciones de los mismos.

4.5 DESCRIPCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN.

Los componentes de la intervención se basaron en la terapia cognitiva; la cual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones como la depresión, la ansiedad, las fobias, entre otras; y se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo, están determinados en gran medida por el modo en que el individuo estructura su mundo; y en donde sus cogniciones se basan en supuestos desarrollados a partir de las experiencias anteriores (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), por lo que las técnicas cognitivas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas, y las falsas creencias que posee el paciente.

Dentro de esta metodología el terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más adaptativo, en relación con sus problemas, reduciendo o eliminando así los síntomas. Para identificar, delimitar y poner a prueba las falsas creencias se le enseña al paciente:

- A controlar sus pensamientos automáticos negativos.
- A identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- A examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- A sustituir estas cogniciones por interpretaciones más realistas.
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Para lo cual, al paciente se le explica en qué consisten las sesiones, y se le proporcionan varios registros semanales (ver Anexos 5 y 6), sobre como identificar su falsas creencias, adaptados de Greenberger, Padesky (1998).

A sí mismo, las técnicas conductuales son muy bien empleadas con estos pacientes, ya que también ayudan a modificar creencias que están asociadas a conductas específicas y que en muchos casos cuando los pacientes les es complicado hacer una introspección sobre sus creencias; los métodos conductuales tienden a contrarrestar mejor de inicio y movilizarlos hacia una actividad constructiva. Un ejemplo de esto es lo que ocurre cuando se utiliza un programa de actividades que contrarresta la escasa motivación del paciente, así como su inactividad y preocupación por las ideas depresivas.

E incluso con algunos pacientes, es importante la incorporación de habilidades como de solución de problemas, que es una estrategia de intervención clínica que consiste en estructurar una serie de pasos para resolver problemas, mejorando la competencia social y disminuyendo el malestar psicológico.

Esta técnica, fué creada por D´Zurilla y Goldfried en 1971 y modificada en el 2007 por D´Zurilla y Nezu. El supuesto en el que se basa es que los problemas psicológicos son consecuencia de conductas de afrontamiento desadaptativas. Los problemas son definidos como situaciones específicas de la vida, que exigen respuesta para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces por parte de las personas que se enfrentan a estas situaciones. Los problemas representan la discrepancia entre la realidad de una situación

y los objetivos deseados. La solución se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la situación problemática (Nezu, Nezu, 2008).

La técnica de solución de problemas requiere de cinco pasos:

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

De igual forma, el tratamiento incluye el entrenamiento en habilidades sociales como la asertividad, término que utilizó por primera vez Wolpe en 1958 para referirse no sólo a la conducta más o menos agresiva, sino también a la expresión externa de sentimientos de amistad, cariño y otros distintos de la ansiedad (Caballo, 2008). Por lo que la asertividad, pudiera entonces referirse, a la forma de expresión consciente, congruente, clara y directa de las ideas y los sentimientos al defender los derechos propios, sin la intención de herir o perjudicar a los demás.

Posteriormente, Lazarus en 1966 incluía el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia de conducta para su aplicación clínica; sin embargo, el entrenamiento en habilidades sociales debe considerarse dentro del contexto social en que se da, lo que conlleva que el individuo puede traer a cada situación sus propias actitudes, valores o creencias, así como sus capacidades cognitivas y su estilo único de interacción (Caballo, 2008). Siendo una excelente herramienta en combinación con la reestructuración cognitiva.

De la misma forma que es también importante establecer la psicoeducación con el paciente para evitar recaídas y generalizar la respuesta. La psicoeducación se planteó como un modelo de intervención en el tratamiento integral de George Brown para las enfermedades mentales, y surgió del trabajo con familias de sujetos diagnosticados con esquizofrenia. Brown manejaba el concepto de emoción expresada, en base a la observación de la interacción de familias en la que algún miembro de la familia, presentaba un cuadro diagnosticado de esquizofrenia (Albarrán y Macías, 2007). El modelo de psicoeducación se ha ampliado desde la esquizofrenia a su aplicación en varios trastornos como la depresión, el trastorno por déficit de atención e incluso en pacientes con trastorno bipolar (Builes y Bedolla, 2006). La psicoeducación promueve también, la adherencia al tratamiento y puede disminuir la frecuencia de las recaídas, a través del reforzamiento de habilidades y competencias del paciente.

5. PROCEDIMIENTO (CASO CLÍNICO):

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LOS PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y AUMENTAR LA ACTIVACION CONDUCTUAL EN DEPRESIÓN: INFORME DE CASO CLINICO

RESUMEN

Estudio de caso único de una paciente de sexo femenino de 49 años de edad, casada, escolaridad técnica y con los siguientes diagnósticos: Hepatitis, Artritis Reumatoide, Hipertensión Arterial Pulmonar y Trastorno Depresivo Mayor. Presenta problemas de pareja y problemas económicos que se asocian a la enfermedad (artritis), por la creencia de no poder hacer ninguna actividad por la enfermedad. La depresión se manifiesta a través de pensamientos disfuncionales con respecto a su salud, déficit en el rango de reforzamiento, habilidades autodirectivas y de autocontrol, así como problemas en el control de estímulos ambientales. Se trabajó bajo un marco teórico cognitivo conductual a través de 29 sesiones, en donde el objetivo de tratamiento fue evaluar los aspectos psicológicos del diagnóstico de depresión, al examinar sus diferentes dimensiones (cognitiva, biológica, social, conductual y emocional); y brindar recursos cognitivos conductuales y personales, para mejorar las áreas problema identificadas. La ansiedad y depresión fueron medidas a través del BDI y el HAD. Se cumplieron cuatro de las cinco metas de tratamiento. Se le continúa dando seguimiento para el logro de la última meta: la prevención de recaídas.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

SEXO: Femenino.

EDAD: 49 años.

ESTADO CIVIL: casada.

HIJOS: 3, dos hombres y una mujer.

NIVEL DE ESTUDIOS: carrera técnica.

ORIGINARIA DE: Distrito Federal.

RESIDENTE DE: Distrito Federal.

DX. MÉDICO: Hepatitis, Artritis Reumatoide, Hipertensión Arterial Pulmonar.

DX. PSIQUIÁTRICO: Trastorno Depresivo Mayor.

DX. PSICOLÓGICO: Depresión.

TX. MÉDICO: Paracetamol, Metrotexate y Salbutamol en Spray.

TX. PSIQUIÁTRICO: Citalopram (la paciente reporta no estar tomando medicamento durante todo el proceso de tratamiento psicológico).

TX. PSICOLÓGICO: Terapia Cognitivo Conductual.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA: “Debido a mi problema de depresión y mis problemas de salud, tengo problemas con mi pareja y con mi familia que no puedo solucionar” sic. pac.

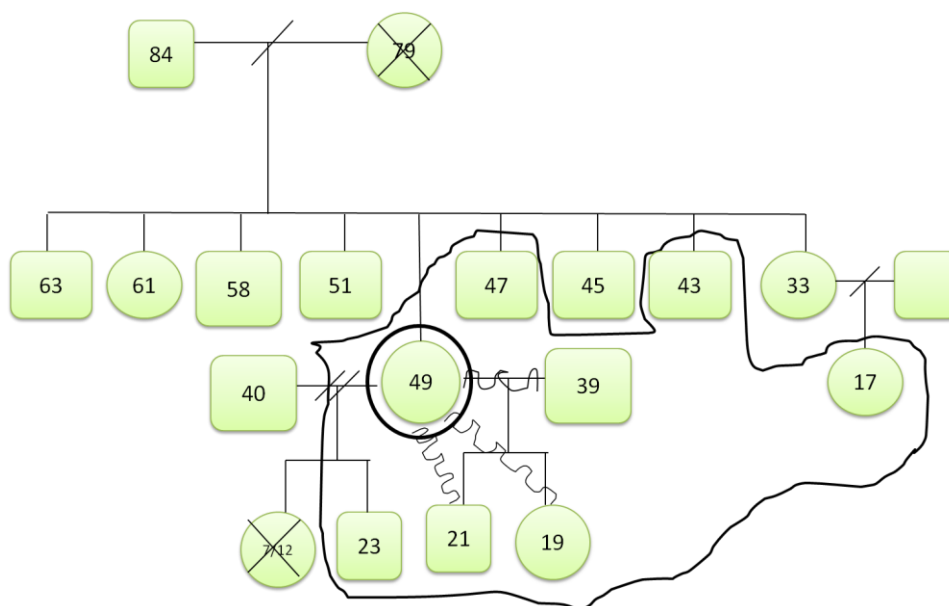
La paciente muestra problemas de depresión manifestada a través de pensamientos disfuncionales con respecto a su salud, déficit en el rango de reforzamiento, habilidades autodirectivas y de autocontrol, problemas en el control de estímulos ambientales (arreglo ineficiente de los estímulos que controlan las actividades diarias), control inapropiado de estímulos autogenerados (auto etiquetación, conductas cubiertas, discriminación de estímulos internos) y arreglo inapropiado de contingencias (reforzamiento de conductas inapropiadas).

HISTORIA DEL PROBLEMA:

La paciente comenta que el problema de su depresión inició desde que era muy chica cuando sufrió una violación y no encontró apoyo en su familia, pues recuerda que su mamá le decía que seguramente había sido culpa de la paciente el que la violaran por no cuidarse de las intenciones de los hombres. Menciona también que le hubiera gustado que alguien la apoyara y le dijera que no era su culpa, ya que aunque lo pensaba de esa forma, también no dejaba de pensar en que no podía ser alguien digna de respeto.

A pesar de esta experiencia, indica que no le tuvo miedo al sexo masculino, de tal manera que pudo lograr establecer una relación amorosa con una persona del sexo contrario con quien formó una familia y tuvo un hijo con él. Sin embargo tiempo después se separaron ya que según comenta “el se volvió muy celoso y violento” sic. pac.; aunque niega que existiera violencia física. Después conoció a su actual pareja con quien tiene dos hijos, y de quien también se encuentra distanciada. La razón del distanciamiento según cuenta se debió a que la madre de ella se fue a vivir con ellos por razones de salud. Por lo que la paciente se dedica a cuidar a su madre y a sus hijos.

FAMILIOGRAMA:



La paciente actualmente vive con su segundo esposo, sus tres hijos (dos hombres de 23 y 21 años y una mujer de 19 años), dos de sus hermanos y una sobrina de 17 años (hija de su hermana la menor).

Comenta que la relación con los hermanos es buena y que percibe apoyo moral de parte de ellos.

Con su hijo mayor la relación la describe como cercana, no así con su esposo y sus dos hijos. Menciona que el esposo tiende a devaluarla constantemente y sus hijos a pesar de no estar de acuerdo con los comentarios de su papá, tampoco la apoyan a ella, pues relata que sus hijos le han mencionado que no espere que cuente con ellos, ni económicamente, ni moralmente, pues ellos no se van a involucrar en los problemas; aunque en un primer momento los hijos le pedían que regresara con el papá, ahora le dicen que esa es su decisión.

EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA:

Sus problemas de salud se agravaron después de que tuvo a sus hijos debido a complicaciones con el primer embarazo, en donde le tuvieron que realizar una transfusión de sangre y en donde se contagió de hepatitis C, lo que la hizo estar en cama durante mucho tiempo. Este evento es un antecedente importante de la depresión; debido a que cuando se encontraba en cama ella pensaba que se iba a morir por lo enferma que se encontraba. La paciente piensa que esto fue lo que intensificó la depresión. Su bebé falleció a los siete meses de pulmonía, evento que del mismo modo mantuvo la tristeza. En su segundo embarazo presentó pre-eclampsia; durante el tercer embarazo presentó infecciones de las vías urinarias y al dar a luz a su último bebé presentó shock hipovolémico. Estos eventos funcionan como mantenimiento de la creencia de

que “las cosas le salen siempre mal”. Sumando a esto el diagnóstico de artritis reumatoide hace tres años y medio y el diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar hace 10 meses.

Piensa que ella tiene la culpa de todo lo que le sucede en la vida, llegando incluso a intentar suicidarse cuando tenía 18 años, tomándose diferentes líquidos para la limpieza y concluye que al no lograrlo se sentía defraudada de sí misma, sintiéndose no capaz para lograr las cosas; ya que desde niña tuvo que ayudar con los gastos de la casa. Pensaba que si lo volvía a intentar lo haría con algo más fuerte. No volvió a planearlo hasta hace un año cuando se separó de su segunda pareja, niega haberlo intentado. No obstante, los pensamientos de culpa y desesperanza continuaron; así como los sentimientos de tristeza e insatisfacción se mantenían debido a que su esposo según reporta la paciente “tiende a humillarme con mi físico” sic. pac.; por lo que “pienso que no tengo valor para él, pero yo tengo la culpa por rogarle” sic. pac.

Su forma de pensamiento se relaciona con su percepción de salud, ya que cada ocasión que tiene que ir a consulta por el problema de la artritis y la hipertensión arterial pulmonar, los médicos le dicen que es importante que tome los medicamentos, los cuales comenta que en ocasiones no puede comprar todos por la cuestión económica, debido que la persona que la mantiene económicamente es su esposo y no le proporciona la ayuda siempre, por los mismos problemas que tienen.

Además piensa que debido a su enfermedad no puede realizar ninguna actividad física para independizarse económicamente y comprarse el medicamento necesario para controlar su dificultad para respirar y sus crisis de artritis.

Lo que a su vez mantiene la creencia de que ella no es útil para realizar ninguna actividad, e incluso pensar que después de tanto sufrimiento sería mejor desaparecer y ponerle fin a todos los problemas. La paciente niega intentos previos de suicidio, no obstante las ideas relacionadas con la muerte se mantienen debido a su déficit de habilidades de solución de problemas y sus esquemas de pensamiento disfuncionales que defienden estas creencias.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

El objetivo del tratamiento fué: evaluar los aspectos psicológicos del diagnóstico de depresión, al examinar sus diferentes dimensiones (cognitiva, biológica, social, conductual y emocional); y brindar recursos cognitivos conductuales y personales, para mejorar las áreas problema identificadas.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA:

Las siguientes son conductas problemas identificadas en la paciente:

- 1) Reducir el riesgo de ideación suicida.
- 2) Reducir las creencias disfuncionales con respecto a su salud.

- 3) Incrementar el control de estímulos ambientales medido por las habilidades auto-directivas, de reforzamiento y la activación conductual.
- 4) Eliminar los estímulos autogenerados de manera inapropiada como la auto-etiquetación y las conductas cubiertas.
- 5) Implementar el manejo de habilidades sociales y de solución de problemas.

Por otro lado, al identificar las dimensiones de las conductas problema, las metas del tratamiento que se plantearon en total acuerdo con la paciente fueron las siguientes:

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO:

- 1) Reducir el malestar clínicamente significativo de la tristeza y la desesperanza que conlleva a la ideación suicida.
- 2) Identificar y modificar las creencias disfuncionales con relación a la enfermedad, distinguiendo conductas factibles a realizar sin poner en riesgo la salud.
- 3) Reducir la intensidad, la frecuencia y la duración de las crisis de artritis.
- 4) Entrenar en habilidades sociales y de solución de problemas.
- 5) Prevención de recaídas.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:

De acuerdo al análisis funcional de las conductas problema, a los objetivos de tratamiento y a las metas de resultados finales; así como con lo expuesto dentro de los puntos 4.3, 4.4 y 4.5; la selección del tratamiento y aplicación de las técnicas de evaluación quedo conformada como se muestra en la Figura C.

Y en donde la intervención busca impactar sobre las variables orgánicas, las cuales refuerzan las variables de respuesta, con lo que se consigue el mantenimiento de las consecuencias; y que a su vez estas últimas refuerzan las variables orgánicas.

Figura C.

Descripción de la selección del tratamiento de acuerdo a las variables EORC

Variables Distantes	Variables Antecedentes	Variables Organísmicas	Variables de Respuesta	Consecuencias
<ul style="list-style-type: none"> - Violación - Carencia de modelos sociales adecuados - Reforzamiento inadecuado de conductas 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de pareja - Problemas de salud - Control inadecuado de estímulos - Sucesos cotidianos estresantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida - Distorsiones cognitivas con respecto a la salud - Manejo inadecuado de contingencias - Déficit en habilidades de autocontrol y afrontamiento - Artritis 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento suicida - Distorsiones cognitivas con respecto a la salud - reforzamiento de conductas inapropiadas - Crisis de artritis 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades sociales y de solución de problemas deficientes - Depresión - Decremento de la actividad conductual - Reforzamiento de esquemas distorsionados de pensamiento

Recordando que la conducta tiene múltiples causas y se manifiesta dentro de varios sistemas, por lo tanto las técnicas de intervención se administraron de la siguiente manera:



APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Se realizaron 29 sesiones, cada una con duración de una hora, una vez a la semana.

Sesión 1 y 2:

Se exploró con la paciente el motivo de consulta, así como los antecedentes del problema y se le explicó en qué consistía el modelo cognitivo conductual, así como se establecieron los objetivos de tratamiento.

En la sesión 2 se le aplicó el Inventario de Depresión de Beck, y se terminó de examinar la evolución del problema.

Sesión 3:

Se proporcionó retroalimentación del análisis funcional de la conducta. Se explicó a la paciente como llenar los registros de auto monitoreo para explorar la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Y se le aplicó el HAD y el BDI.

Se le dejó de tarea realizar auto registros.

Sesión 4:

Se revisaron los autoregistros, se trabajó explicación de los pensamientos automáticos y su relación con las emociones. Se exploraron ideas con relación a la muerte, en donde comentó que después de la primera ocasión en que lo intentó, no lo ha vuelto a realizar, los pensamientos de muerte se relacionan mucho con la sensación de descontrol en su vida, por lo que es importante incluir estrategias de afrontamiento.

Sesión 5:

Se realizó entrenamiento sobre la identificación de pensamientos de alta tensión y como se relacionaban con las emociones calificadas como más altas en los auto registros. Se le dió entrenamiento en relajación: respiración diafragmática.

Se le reforzó positivamente la forma de reacción ante una situación familiar, en la que comenta que con anterioridad hubiera reaccionado pasivamente sin manifestar no estar de acuerdo.

Se le dejó de tarea que registrara los pensamientos de alta tensión durante la semana.

Sesión 6:

Se revisó la tarea en donde la paciente encontró algo de dificultad para encontrar los pensamientos de alta tensión y relacionarlos con las emociones, uno de los pensamientos que se identificó fué: "No merezco ser feliz", a través de la técnica de la flecha descendiente. Y se encontró que durante la semana estuvo recordando la violación que sufrió, lo que fue el desencadenante de su malestar (triste y confundida durante la semana).

Se trabajo validación y contención emocional.

Se le dejó nuevamente de tarea llenar el autoregistro.

Sesión 7:

Se trabajó, sobre los registros de pensamientos de alta tensión y se reforzó auto eficacia con respecto a una situación de pareja en la que la paciente mostró efectos de la re-estructuración cognitiva comentando lo siguiente: "he comprendido que hay cosas que le corresponden a él, y ya no me duele tanto" sic. pac.

Se le aplicó BDI y HAD. En el BDI se disminuyo 10 puntos desde la primera aplicación.

Sesión 8:

Se trabajo re-estructuración cognitiva al revisarse los autoregistros llenados en casa. Se entrenó en relajación (relajación muscular), debido a que se le presentó una crisis de dolor articular, sin embargo menciona que fue de menor intensidad. Evaluado por la paciente con un EVA de 5.

Se le dió a conocer los tipos de pensamientos irracionales de acuerdo con la teoría de Beck.

Se le solicitó que de tarea tratara de identificar los pensamientos irracionales experimentados durante la semana.

Sesión 9:

La paciente entró en crisis debido a que había tenido una discusión previa con el esposo, por lo que se trabajó intervención en crisis. Después, cuando se exploraron los pensamientos automáticos y las creencias intermedias y nucleares, se encontró que una de las creencias que la paciente mantenía era acerca de no ser atractiva. La paciente pensaba que su apariencia era desagradable. Se le pidió de tarea que solicitara la opinión de las personas que la conocían y aquellas que no la conocían sobre su apariencia.

Se aplicó BDI

Sesión 10:

Se revisó los auto registros y la tarea sobre las opiniones, y comentó que las personas que la conocían expresaron cosas que ella no se había dado cuenta de sí misma; sin embargo pensaba que se lo decían porque la querían. No realizó el experimento con las personas que la desconocían porque el pensamiento que se registró fué: "van a pensar que estoy loca" sic. pac. Por lo que se realizó la segunda parte del experimento conductual donde ella le pidió la opinión a cinco personas diferentes desconocidas para ella sobre su apariencia. Durante el experimento fué acompañada por la psicóloga residente. Después de haber realizado el experimento la paciente se mostró sorprendida al observar que la gente no pensaba, de la misma forma en la que ella lo hacia. Algunas cosas coincidían con lo expuesto por sus familiares, sin embargo se manifestó convencida de que lo que pensaba había consistido en un pensamiento irracional sobre lo que pensarían los demás de ella.

Se le aplicó BDI y HAD y redujo 6 puntos del BDI en la aplicación anterior.

Sesión 11:

Se trabajó entrevista motivacional con la paciente para reforzar su auto eficacia en las situaciones de las sesiones anteriores y se trabajó sobre la elaboración de pensamientos alternativos por lo que se le dejó de tarea llenar su auto registro sobre pensamientos alternativos.

Se aplico BDI.

Sesión 12:

La paciente identificó varios problemas para la creación de pensamientos alternativos, por lo que se reforzó la búsqueda de evidencias a favor y en contra de los pensamientos de alta tensión, correlacionándolos con los pensamientos irracionales.

Se le cuestionó sobre la presencia de nuevas crisis de dolor artrítico y mencionó que no se han vuelto a presentar desde hace dos meses. Comentó que desde que se le detectaron solo ha tenido tres crisis, la segunda de ellas dos meses después de haber comenzado el tratamiento psicológico y la tercera y última hace dos meses. En cuanto a la intensidad y duración mencionó que fueron disminuyendo.

Se le aplicó BDI y HAD

Sesión 13:

La paciente comentó que durante la semana falleció su mamá, por lo que no pudo llenar los registros, puesto que tuvieron que organizar el funeral. Por lo tanto se trabajó contención y validación. Mencionó también que se sentía tranquila pues consideraba que ayudo a su mamá en los cuidados que le brindó. Se le aplicó el BDI en donde manifestó ideas de muerte relacionadas al sentimiento del fallecimiento de su mamá. Se trabajó reestructuración cognitiva con respecto la pérdida y se le sugirió seguir trabajando con los auto registros.

Sesión 14 y 15:

La paciente mencionó que estaba trabajando en la aceptación del proceso de duelo, se trabajó monitoreo de las emociones experimentadas durante la semana. Explicó la paciente, que su esposo continuaba ayudándola económicamente de manera intermitente por lo que las dos últimas semanas no le había proporcionado el dinero para comprar sus medicamentos; sin embargo tomó la decisión de vender cremas para bajar de peso, por lo que se sintió útil haciendo algo para beneficio de ella. Esto se reforzó de manera positiva, con la entrevista motivacional y se puso a prueba pensamientos como “con la enfermedad no soy útil”. Se comenzó entonces a trabajar con los experimentos conductuales (ver Anexo 7) con sus pensamientos automáticos.

Se le dejó de tarea que la realización de los experimentos conductuales con los pensamientos irracionales que todavía continúan activos.

Sesión 16:

La paciente llegó con un cambio de look y manifestó sentirse muy contenta con el cambio a pesar de que su esposo no lo apoyó tanto. Además reportó haberse cuestionado varios pensamientos sobre si se vería bien cambiándose la imagen, y al realizar sus registros comprobó que podía cambiar de imagen si así lo quería. Se trabajó entrevista motivacional y reforzamiento positivo por el cambio de pensamiento que logró realizar, así como por haber realizado su experimento de manera satisfactoria.

Se le dejó de tarea continuar con los auto-registros y los experimentos conductuales.

Sesión 17:

La paciente comentó que ha tenido problemas con sus hijos, debido a que les solicitó que la apoyaran con algunas tareas del hogar, a lo que ellos le manifestaron su rechazo, así como comentarios ofensivos según la paciente; debido también a nuevas discusiones con el esposo.

El pensamiento automático que se trabajó fue: “no soy capaz de expresarles mis afectos e ideas a mis hijos”. Se le apoyó a la paciente a completar el registro para que realizara el experimento conductual, el cual se le dejó de tarea.

Se trabajó con ella entrevista motivacional, sobre las ocasiones anteriores en las que se ha expresado correctamente.

Se le aplicó BDI, en donde obtuvo un puntaje de moderado, lo cual se reforzó positivamente también. Sin embargo uno de los pensamientos que continúa es referente al deseo de muerte, en esta ocasión por los comentarios de los hijos. Por lo que se trabajó autocontrol emocional.

Se le dejó de tarea comprobar los pensamientos sobre el fracaso, la sensación de castigo y los deseos de muerte, así como realizar el experimento conductual de comunicación.

Sesión 18:

La paciente inició la sesión, afirmando que al realizar sus ejercicios de auto monitoreo y poner a prueba algunos de los pensamientos automáticos; como el de no tener ninguna razón para vivir, comprobó, a través de un balance decisional, que los motivos que ella pensaba que eran las razones para dejar de vivir, fueron pensamientos irracionales, los cuales comenzó a trabajar.

En la aplicación del Beck hubo ausencia de pensamientos sobre la muerte. Lo que se retroalimentó positivamente a la paciente.

Se le instruyó además, en la aplicación de planes de acción (ver Anexo 8), para comenzar a poner en práctica nuevas actividades como el ejercicio por ejemplo; para el mejoramiento de sus creencias, conforme a la situación de salud.

Se le aplicó BDI y HAD.

Se le dejó de tarea terminar experimento de comunicación con los hijos, debido a que recientemente se presentó una situación en casa. En la cual mencionó, que logró expresar sus ideas de forma congruente con lo que sentía, sin embargo se consideró necesario incluir dentro del plan de trabajo el entrenamiento en habilidades de comunicación (asertividad).

La última tarea que se le asignó en esa sesión, consistió en la elaboración de un plan de acción.

Sesión 19:

La paciente comentó que tenía algunas dudas con respecto al plan de acción, por lo que se trabaja nuevamente en la instrucción del completamiento de un plan de acción. Se trabajó

entrevista motivacional, con respecto a algunos pensamientos que logró poner a prueba durante la semana.

Se proporcionó, psicoeducación sobre asertividad, y se le solicitó que automonitoreara sus emociones durante la semana, y la forma de expresión de cada emoción. Nuevamente se le dejó de tarea realizar el plan de acción.

Sesión 20:

La paciente comentó en la sesión, que el seguimiento de un plan de acción se le había facilitado más; aunque encontraba aún algo de dificultad para llevarlo a cabo. Principalmente porque en casa, que es donde se desarrollan la mayor parte de los conflictos, de acuerdo con lo que describe; tanto sus hijos, como uno de sus hermanos, son las personas con las que no logra negociar las actividades de casa. Por lo que se continuó trabajando sobre asertividad, especialmente sobre el uso del mensaje “yo” y técnicas de negociación.

Se le aplicó BDI.

Casi al término de la sesión, la paciente mencionó que había tenido un episodio de dolor articular, el cuál calificó con un EVA de 9, sin embargo indicó que mediante las técnicas de relajación, logró bajar la intensidad a 5, lo que para ella fue más manejable.

Sesión 21:

La paciente llegó contenta, comentando que durante la semana, había estado haciendo uso de un lenguaje más asertivo, al comunicar lo que ella sentía y necesitaba, expresándolo en primera persona (mensaje yo), además de que notó que las respuestas tanto de sus hijos, como de su esposo, fueron pasivas-agresivas. Señaló que el esposo le comentó que la notaba muy diferente, comentario que según la paciente; fue con un tono de molestia, cuando la paciente le mencionó que efectivamente se sentía diferente y a gusto con ese cambio, su esposo le dijo que estaba seguro de que ese cambio no iba a durar. Ante el comentario, la paciente refiere haber notado que no le causaba molestia alguna, ya que comenzó a pensar que era ella quien podía sentirse mal o analizar que el comentario de su esposo se debía tal vez a que se sentía frustrado por no poder agredirla.

Se trabajó entonces entrevista motivacional, al igual que psicoeducación sobre derechos asertivos, y se le instruyó para que realizará un calendario de actividades cotidianas, para comenzar a reforzar la activación conductual.

Sesión 22:

Se trabajó con la paciente algunas técnicas de comunicación asertiva como por ejemplo: banco de niebla, disco rayado, aserción positiva y negativa.

Se trabajó role playing y modelamiento. También se revisó el registro de actividades semanales en donde se le solicitó a la paciente que evaluará su estado de ánimo con cada actividad realizada, e indicó que cuando se encontraba realizando alguna actividad, había notado que no experimentaba sentimientos como tristeza, a diferencia de cuando se encontraba sin alguna actividad.

Se le dejó de tarea búsqueda de actividades agradables o placenteras para realizar tanto sola como en compañía.

Sesión 23:

Se trabajó con la paciente sobre las actividades agradables y se le indicó que realizara una actividad diferente cada día, de las que se encontraban en su lista de actividades agradables y automonitoreara la emoción relacionada a esa actividad.

Sesión 24:

Se aplicó nuevamente el BDI, en donde se obtuvo una puntuación de 11 puntos, equivalentes a síntomas leves. Se realizó retroalimentación de la puntuación y entrevista motivacional.

Así como reforzamiento positivo de la realización de actividades agradables y se le dejó de tarea, aumentar a dos actividades agradables diarias, con el fin de comenzar el incremento gradual de actividades, y continuar con el monitoreo de las emociones.

Se proporcionó a su vez counselling con respecto al uso de técnicas de asertividad y situaciones familiares.

Se comenzó a citar cada dos semanas, y se exploró con la paciente sus pensamientos y emociones relacionadas al respecto, en donde se establece en total acuerdo el espacio entre sesiones.

Sesión 25:

Se aplicó HAD, para monitorear la ansiedad, ya que la paciente comentó que había sentido algo de ansiedad durante la semana al pensar que las citas se iban a espaciar dos semanas, ya que se presentaron pensamientos como: “no voy a poder hacerlo sola”, “necesito que me digan cómo hacerlo”.

Se trabajó junto con la paciente en la búsqueda de evidencia, y en la generación de pensamientos alternativos, por lo que se comenzó a trabajar sobre la cuarta meta de tratamiento: entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas.

Sesión 26:

Se trabajó reforzamiento positivo de conductas asertivas con respecto a un conflicto familiar, y con respecto a la realización del incremento de conductas agradables.

Con relación a la ansiedad experimentada al presentarse nuevamente pensamientos sobre las sesiones, la paciente logró realizar sus registros de pensamientos, con lo que comentó que ya no experimentó esa sensación de ansiedad, por lo que se trabajó entrevista motivacional.

Sesión 27 y 28:

Se trabajó entrenamiento en solución de problemas, se le brindó psicoeducación sobre esto, así como se le solicitó que se trabajara en conjunto con los planes de acción.

Sesión 29:

Se trabajó entrevista motivacional para el reforzamiento de habilidades.

Se comenzó a trabajar en la última meta: la prevención de recaídas, por lo que se le continuó dando seguimiento una vez al mes.

SEGUIMIENTO:

Durante las sesiones que se han administrado se ha enfocado principalmente a la modificación de creencias irracionales, a disminuir el riesgo suicida y a aumentar la activación conductual; logrando también que la paciente adquiriera las habilidades necesarias para la solución de problemas, sin embargo a pesar de haber concluido el tiempo de la residencia, se le sigue dando seguimiento. Con el propósito de que la paciente adquiriera las habilidades necesarias el adecuado afrontamiento de posibles recaídas. El seguimiento se continuó dando una vez al mes, con duración de una hora.

OBSERVACIONES:

La actitud de la paciente fué adecuada, se encontró motivada, por lo que se observó buena adhesión al tratamiento, llegando puntual a la sesiones, así como atendiendo a todas las indicaciones de la terapeuta (tareas). Es importante destacar que en muchas ocasiones es complicado que los pacientes completen los autoregistros, sin embargo un elemento que influye es la motivación y la relación terapéutica que se establece. En este caso, se encontraron buenos elementos de relación terapéutica, que contribuyeron a la excelente adhesión al tratamiento por parte de la paciente.

6. EFECTOS CLINICOS Y DE AJUSTE PSICOLOGICO (RESULTADOS)

La evolución del tratamiento se observó constante a lo largo de las sesiones.

Las puntuaciones del BDI en la línea base disminuyeron considerablemente, a pesar de que las puntuaciones del HAD se mantuvieron estables durante las sesiones. En la tabla 2 y 3 se muestran las puntuaciones obtenidas en los instrumentos.

Los principales pensamientos disfuncionales encontrados fueron:

- Las cosas no pueden mejorar.
- Siento que he sido castigada.
- Creo que me veo fea.
- Me siento culpable todo el tiempo.

- Todo lo que he vivido es un fracaso.

Se encontró presencia de sensaciones de ansiedad como las siguientes:

- Inquietud (como si no pudiera dejar de moverme).
- Sensación de temor (como si algo me fuera a suceder).

Tabla 2.

Puntuaciones obtenidas en el BDI

BDI																	
Aplicaciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Puntuación Bruta	48	45	43	40	41	38	42	36	39	33	34	36	38*	29	24	20	11
Wilcoxon ** aplicación 1		.317	.021	.157	.059	.480	.083	1.00	.317	.180	.480	1.00	.480	.053	.019	.005	.001
Wilcoxon ** aplicación 2			.059	.739	.414	.739	.317	.257	1.00	.034	.197	.470	.803	.026	.015	.005	.001
Wilcoxon ** aplicación 3				.102	.257	.058	.480	.011	.236	.002	.013	.073	.196	.002	.003	.001	.000
Wilcoxon ** aplicación 4					.739	.480	.564	.157	.763	.020	.014	.248	.623	.005	.003	.001	.000
Wilcoxon ** aplicación 5						.429	.739	.059	.627	.005	.071	.212	.366	.007	.004	.001	.000
Wilcoxon ** aplicación 6							.157	.480	.739	.096	.157	.608	1.00	.021	.008	.005	.001
Wilcoxon ** aplicación 7								.083	.477	.007	.046	.145	.377	.005	.005	.002	.000
Wilcoxon ** aplicación 8									.417	.083	.480	1.00	.527	.053	.019	.003	.001
Wilcoxon ** aplicación 9										.107	.160	.366	.739	.026	.004	.002	.001
Wilcoxon ** aplicación 10											.705	.257	.132	.234	.046	.008	.001
Wilcoxon ** aplicación 11												.527	.285	.160	.029	.007	.001
Wilcoxon ** aplicación 12													.527	.083	.002	.001	.000
Wilcoxon ** aplicación 13														.038	.005	.002	.001
Wilcoxon **															.212	.013	.001

aplicación 14																		
Wilcoxon ** aplicación 15																	.157	.005
Wilcoxon ** aplicación 16																		.021

* después del fallecimiento de su mamá

** p= .005

Tabla 3

Puntuaciones obtenidas en el HAD

	HAD								
Ansiedad	11	12	11	10	9	14	10	10	10
Depresión	15	15	13	14	13	15	13	13	12

Se cumplieron cuatro de las cinco metas de tratamiento: 1) Reducir el malestar clínicamente significativo de la tristeza y la desesperanza que conlleva a la ideación suicida, 2) Identificar y modificar las creencias disfuncionales con relación a la enfermedad, distinguiendo conductas factibles a realizar sin poner en riesgo la salud, 3) Reducir la intensidad, la frecuencia y la duración de las crisis de artritis y 4) Entrenar en habilidades sociales y de solución de problemas.

En donde, las estrategias primordiales de intervención se centraron en la re-estructuración cognitiva con respecto a las ideas de muerte y la enfermedad, la relajación y el manejo del estrés, análisis funcional de la conducta, auto monitoreo (registros de pensamientos) y la activación conductual, así como solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales; mientras que el reforzamiento de estrategias de afrontamiento, se continuo dando en el seguimiento.

Con respecto al manejo y afrontamiento del control de las crisis de dolor por la artritis la paciente reportó disminución y control con las técnicas de relajación. La primera crisis tuvo una duración de dos meses y con una intensidad calificada por la paciente con EVA de 10, la segunda crisis tuvo una duración de mes y medio con un EVA de 7, mientras que la última crisis duró un mes con un EVA de 5. Sin embargo puede ser efecto también del medicamento, con lo que es importante destacar que el medicamento puede ser una variable extraña que no se incluyó en la intervención.

7. DISCUSION:

El objetivo del presente estudio de caso fué, evaluar los aspectos psicológicos del diagnóstico de depresión, al examinar sus diferentes dimensiones (cognitiva, biológica, social, conductual y emocional); y brindar recursos cognitivos conductuales y personales, para mejorar las áreas problema identificadas.

Se consiguió el logro de cuatro metas de la intervención. Con los cambios que se dieron dentro del proceso de pensamiento, se contribuyó a mejorar la adaptación a la enfermedad, apoyando un comportamiento más funcional y favoreciendo de igual manera la calidad de vida de la paciente que se enfrentaba a una enfermedad médica y a la depresión.

La importancia de incluir el estudio de la depresión se debe a que la depresión afecta a 10% de los hombres y 20% de las mujeres en algún momento de la vida (Lara, 2006 y Morales, Rodríguez, Ortega y Lazcano, 2006). En México hay casi cuatro millones de personas con depresión; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiológica Psiquiátrica, el 9.1% de la población cursa con un trastorno afectivo alguna vez en su vida (Almanza, 2004) y que además se encuentra relacionada con el incremento de la comorbilidad con otras enfermedades médicas o psiquiátricas.

Con lo que la intervención del psicólogo y en especial el experto en Medicina Conductual permite entender la conducta en interacción con el ambiente; traduciéndola en continuas modificaciones de los estados internos (Farré-Sender, Farré, Herrera et. al, 2008); y asumiendo de forma menos agresiva las condiciones de la enfermedad o las enfermedades del paciente, evitando un mayor desgaste emocional y psicológico tanto de quien padece una enfermedad como de la familia (Olvera, Soria, 2008), e incluso del personal de salud.

Siendo el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, la intervención necesita de la aportación conjunta de la medicina y la psicología para el desarrollo de programas encaminados desde la promoción de conductas saludables hasta la planificación de tratamientos integrales y su adherencia.

Con respecto a este último punto, en el caso de los pacientes que presentan depresión, algunos de los tratamientos médicos se caracterizan por la atención psiquiátrica farmacológica, en donde el abandono al tratamiento es muy frecuente por los efectos secundarios, las recaídas después de la suspensión del medicamento, la dependencia física y psicológica experimentada a través de algunos fármacos. Así como a la reducción únicamente de los síntomas sin modificar los estilos de vida insatisfactorios del paciente (Echeburúa et. al., 2000), con lo que es competencia del psicólogo intervenir en estos aspectos.

Más adelante en los apartados 7.1 y 7.2 se explorará más detalladamente sobre las diferencias del tratamiento psiquiátrico y psicológico y de las competencias del psicólogo experto en Medicina Conductual.

Recordando los objetivos del presente informe de caso, es relevante destacar la significancia clínica de la intervención cognitivo conductual cuando se consigue la transformación de las creencias y las conductas disfuncionales a un rango funcional durante el tratamiento (Wise, 2004).

Por lo que en cuanto a los resultados obtenidos en las puntuaciones de los inventarios, es importante recordar que en psicoterapia, los cambios que se observan por lo general no se dan después de la primera intervención. Con el objetivo de asegurarse de que los cambios experimentados se debían a la intervención, se realizó análisis estadístico a las puntuaciones obtenidas en el BDI.

Se utilizó estadística no paramétrica, recurriendo a la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas para determinar si había diferencia estadísticamente significativa entre cada una de las aplicaciones.

Al hacer la comparación entre cada una de las sesiones, se encontraron cambios estadísticamente significativos a partir de la sesión 14, mientras que entre la aplicación 1 y la 17, la significancia fue de .001; lo que confirma la hipótesis de que si existen diferencias entre cada una de las aplicaciones.

En otras palabras; la paciente logró modificaciones en las creencias acerca de sí misma, del mundo y de su futuro. Por lo que la intervención transformó los patrones cognitivos mal adaptativos, a pesar del manejo disfuncional de las contingencias ambientales (en casa), y de encontrarse en un ambiente con una dinámica familiar disfuncional, que incrementaban la presencia de depresión ante la experimentación de eventos de vida negativos, además de ser un factor para la recurrencia de episodios depresivos (Just, Abramson y Alloy, 2001). Un ejemplo de esto puede observarse en la aplicación 13 del BDI en donde la puntuación se incrementó después del fallecimiento de su mamá. Dichos episodios incluían actitudes negativas referentes a las creencias con respecto a la aprobación de los demás, las cuales se activaban frente a eventos estresantes, lo que mantenía la desesperanza y las inadecuadas habilidades de afrontamiento.

La vulnerabilidad al estrés puede explicar el porqué las puntuaciones de ansiedad en el HAD se mantuvieron a lo largo de las sesiones, a pesar de que la ansiedad reportada por la paciente fue disminuyendo conforme aprendía a modificar los patrones de pensamiento.

Por otro lado, mientras que la metodología principal de investigación continúan siendo los estudios clínicos aleatorizados, Ogles, Lunnen y Bonnesteel (2001) mencionan que los investigadores comienzan a considerar además de la significancia estadística, a la significancia clínica como un método de cambio ya sea individual o grupal; a través de la validación social. En donde interviene la validación de la evaluación subjetiva del paciente, del terapeuta y jueces expertos.

A pesar de la deseabilidad social, estos autores mencionan que los métodos para establecer el beneficio del tratamiento dependen; de la significancia clínica que el paciente reporta mediante la modificación de la funcionalidad o los cambios alcanzados mediante la evolución de los síntomas. Con lo que de acuerdo a McGlinchey, Atkins y Jacobson (2002) la significancia clínica se refiere a lo que el paciente reporta como modificación relevante.

En el proceso presentado en el estudio de caso, la paciente ha mejorado su funcionalidad en cuanto a la habilidad de poder encontrar una actividad gratificante; y que le permita mantener una remuneración económica, y mejorando sus creencias con respecto a la enfermedad,

logrando un grado de adaptación a la misma y optimizando los recursos internos para aumentar su calidad de vida.

Sin embargo, también es elemental destacar que toda psicoterapia, aun cuando se encuentre estandarizada, no constituye de acuerdo con Gonçalves, Machado, Sierra y Buela-Casal (1996), un procedimiento uniforme, por lo que la identificación inicial de los componentes fundamentales de cambio terapéutico pasa por un estudio sistemático de la relación entre el proceso y los resultados. Así como los estudios de eficacia y de efectividad se centran en el impacto que una determinada intervención tiene en el sujeto. Y en donde para asegurar que un tratamiento es efectivo como el tratamiento cognitivo conductual, es imperativo lograr el funcionamiento general del paciente más que la reducción de los síntomas específicos (Frías y Pascual, 2003); por lo que la intervención llevada en el presente estudio de caso justifica la importancia de incrementar el funcionamiento de la paciente a través de la activación conductual y la disminución de pensamientos disfuncionales.

De forma muy particular es fundamental generar la intervención integral con el equipo de salud y esclarecer las competencias de la actuación profesional del psicólogo dentro del ámbito hospitalario y con los demás profesionales de la salud mental, como se explora en el apartado siguiente.

7.1 EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA VS PSIQUIATRÍA.

En la década de los años setenta aparece una nueva forma de conceptualizar los problemas relacionados con la salud-enfermedad; llamada “Medicina Comportamental” o “Medicina Conductual”, en donde el mantenimiento de conductas con respecto a la salud va a depender de un contexto social que determinará los estilos de vida individuales bajo una perspectiva biopsicosocial; sin ser como menciona Piña y Rivera (2006); el centro del modelo de atención al paciente, es decir sin olvidarse de la interacción del organismo con su ambiente.

Al respecto Ribes (2004), menciona que la psicología que aparece en el siglo XX contiene cuatro características:

- 1) Estudio experimental de la experiencia subjetiva.
- 2) La extensión experimental de los estudios sobre el funcionamiento del sistema nervioso y la evolución biológica.
- 3) Estudio del comportamiento de los organismos y su aplicación en sociedad.
- 4) Desarrollo de técnicas de medición e intervención relacionadas con los campos de la salud, la educación y las organizaciones.

Por lo que resulta importante, realizar la diferenciación entre la psicología clínica y la psiquiatría a través de la eficacia de sus técnicas; a lo que Eysenck (Errasti, 1998), mencionaba que para obtener un conocimiento válido sobre el “psiquismo” humano; se debía de proceder de un planteamiento con términos definidos operacionales y cuantitativamente medibles y

para entender ésto; es importante tomar en cuenta los aspectos de aprendizaje que determinan el actuar de una persona, así como sus determinantes biológicos.

En cuanto a la psicología en Latinoamérica, Alarcón (2002), (citado en Ardila, 2004), asegura que tiene una orientación plenamente científica, objetiva y cuantitativa, la cual hace uso de trabajos prácticos y de solución de problemas de aplicación inmediata.

Ya desde hace tiempo diversos modelos teóricos han aportado conceptos sobre la relación entre la salud-enfermedad y el papel psicológico que existe entre ambos (Piña, 2008). Uno de éstos modelos es el de la Medicina Psicosomática, la cuál comienza a tener un declive en los años 50's; sin embargo, aún hoy en día se sigue utilizando el término psicossomático para referirse a los trastornos cuya etiología se atribuye a factores psicosociales (González y García, 1994), y que muchas veces el modelo médico deja a un lado.

Por otro lado, Eysenck elabora una lista de cinco principios básicos que deberían de caracterizar a la Psicología como ciencia:

- 1) El hombre es un organismo biosocial (conducta determinada por variables biológicas y sociales).
- 2) Mente y Cuerpo **NO** son entidades separadas.
- 3) Es necesario una psicología unificadora de lo correlacional y lo experimental.
- 4) No tiene sentido diferenciar entre psicología básica y psicología aplicada.
- 5) Toda afirmación debe de ser comprobada empíricamente.

Además, estaba convencido de que podían utilizarse eficazmente principios de la teoría del aprendizaje como parte del tratamiento, en donde algunas de las respuestas emocionales eran condicionadas e interactuaban con el medio social y del cual resultaría el comportamiento (Errasti, 1998 y Carpintero 2004), que no puede estudiarse por sus componentes por separado; dicho elemento, diferenciaría al enfoque psicológico de otros enfoques, como es el caso de la psiquiatría, en donde sólo se analiza un componente de la problemática que se presenta en el quehacer clínico, por lo que el modelo lineal síntoma-diagnóstico-enfermedad utiliza la relación clínica centrada en el médico y la "enfermedad", tratando al paciente como un cuerpo o como dice Valverde (2006), como una "máquina que reparar", excluyendo la relación que tiene el paciente con los demás; mientras que la psicología explora la relación del paciente con su experiencia de la enfermedad.

Ribes (1990), (citado en Palomino y Hernández, 2003), se refiere al campo de trabajo de la psicología de la salud más allá de la salud mental; en donde la prevención y el tratamiento se hallan inmersos en la atención de los comportamientos, y de acuerdo con González y García (1994), se encuentra ligada a la Medicina Conductual, ya que esta última integra aportaciones de las ciencias sociales, biomédicas, médicas y psicológicas; haciendo énfasis de igual manera en los aspectos de aprendizaje de los problemas de salud.

Sin embargo, hablar de salud y enfermedad para Piña (2008), implica hablar del estado resultante de una persona que se ajusta o no a los cambios existentes en su ambiente; y de los

procesos mentales que hacen posible este último (Carpintero, 2004). Por lo que Lara (2004), menciona que cuando se trata de brindar atención a las personas que presentan enfermedades, uno de los principales obstáculos con los que nos enfrentamos es el proceso de institucionalización; en donde la psicología favorece a la humanización de la práctica médica (Mucci y Benaim, s.f.).

Consecuentemente la psicología de la salud, deberá centrarse tanto en la práctica como en la teoría en los problemas de salud que aquejan a las personas que se encuentran hospitalizadas, desapareciendo la división entre los conceptos de enfermedad mental, en tanto la especialidad no solo se vincula y aplica a la psiquiatría y la enfermedad física, si no que puede ser relevante para el análisis de la conducta.

Sin embargo, cuando se corre el riesgo de sustituir conceptos como el de la mente por el de cerebro (Tamayo, 2009), que como menciona Ribes (2004), al referirnos en el lenguaje con la expresión de “mental”, nos referimos a las circunstancias, a las tendencias y reacciones de los individuos en determinadas situaciones (Ribes, 2009), es decir, a lo que hace un individuo o lo que le acontece en una situación social. Permitiendo así, que el tratamiento que se brinde por parte del psicólogo en medicina conductual sea profesional y humanitario; abarcando las esferas del enfoque biopsicosocial del individuo, logrando tomar las medidas preventivas, de orientación, diagnóstico, investigación y tratamiento (Amoros, 1980), necesarias para evitar posibles recaídas en el malestar del paciente y aumentando su adhesión a un tratamiento.

El modelo psicológico de salud biológica que propone Ribes (1990), se fundamenta en los siguientes aspectos:

- a) La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad.
- b) En este continuo tienen interacción los factores biológicos del organismo y los resultantes de la interacción sociocultural.
- c) Los factores biológicos se representan en la existencia misma del individuo, mientras que los factores socioculturales, representan las formas particulares de un individuo en su relación con el medio, a través de su historia personal.
- d) Lo psicológico entonces tiene que ver con el comportamiento individual en su relación con lo social.

Con lo cual, representa su modelo psicológico como se muestra en la Figura D, en donde en la modulación biológica por contingencias, se refiere a la participación del comportamiento como modulador de los estados biológicos, que se da como respuesta a una vulnerabilidad biológica (interacción de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de desarrollar una enfermedad), en los diferentes sistemas del cuerpo que se traduce en patología biológica; y que se expresa con las conductas relacionadas con la enfermedad, ya sea como conducta de riesgo o de prevención.

A su vez, los estilos interactivos se refieren a las características individuales de una persona al contacto con las situaciones que pueden provocar un daño en su salud, mientras que la historia de competencias nos habla de los recursos con que las personas hacen frente a las

situaciones y que se dan de acuerdo a la modificación que hace Piña (2008) a este modelo, en tres momentos: pasado, presente y futuro (Figura E), en donde la historia de competencias se da por tres variables:

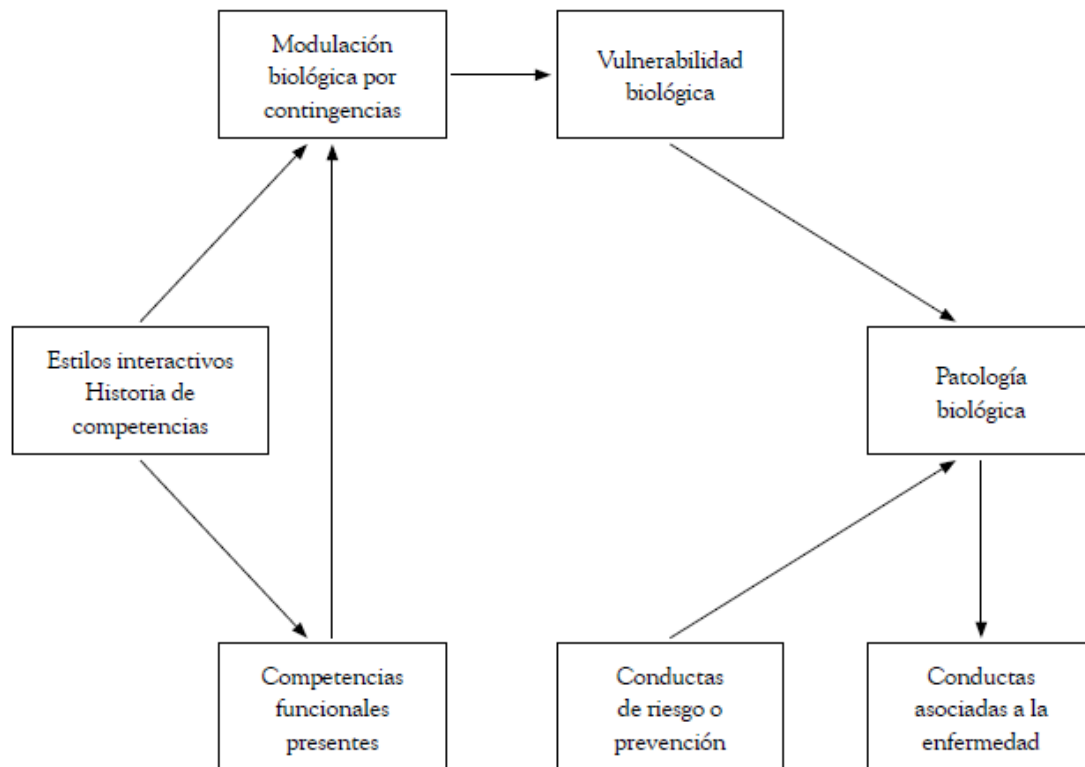
- 1) Situaciones relacionadas con el estrés.
- 2) Las competencias pasadas (que pueden funcionar como prevención de la instalación de una enfermedad).
- 3) Los motivos (disposición a la elección o preferencia de las competencias, de acuerdo a las consecuencias sociales).

Mientras que en el presente se dan cuatro variables:

- 1) Eventos disposicionales orgánicos (edad, alimentación, sueño, etc).
- 2) Las competencias presentes (el saber que conductas pueden provocar un daño a la salud y ser congruentes al momento de efectuar esas conductas).
- 3) Los eventos disposicionales sociales (tomando en cuenta la situación social en la cual se interactúa con las competencias).
- 4) Los comportamientos indispensables de riesgo o de prevención (conductas saludables y conductas de riesgo).

Figura D.

Modelo de Salud Biológica de Ribes.



Tomado de “Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo”, por Piña, J. A., 2008, *Universitas Psychologica*, 7, p. 22

Lo que se reflejaría finalmente en la ausencia o presencia de alguna patología.

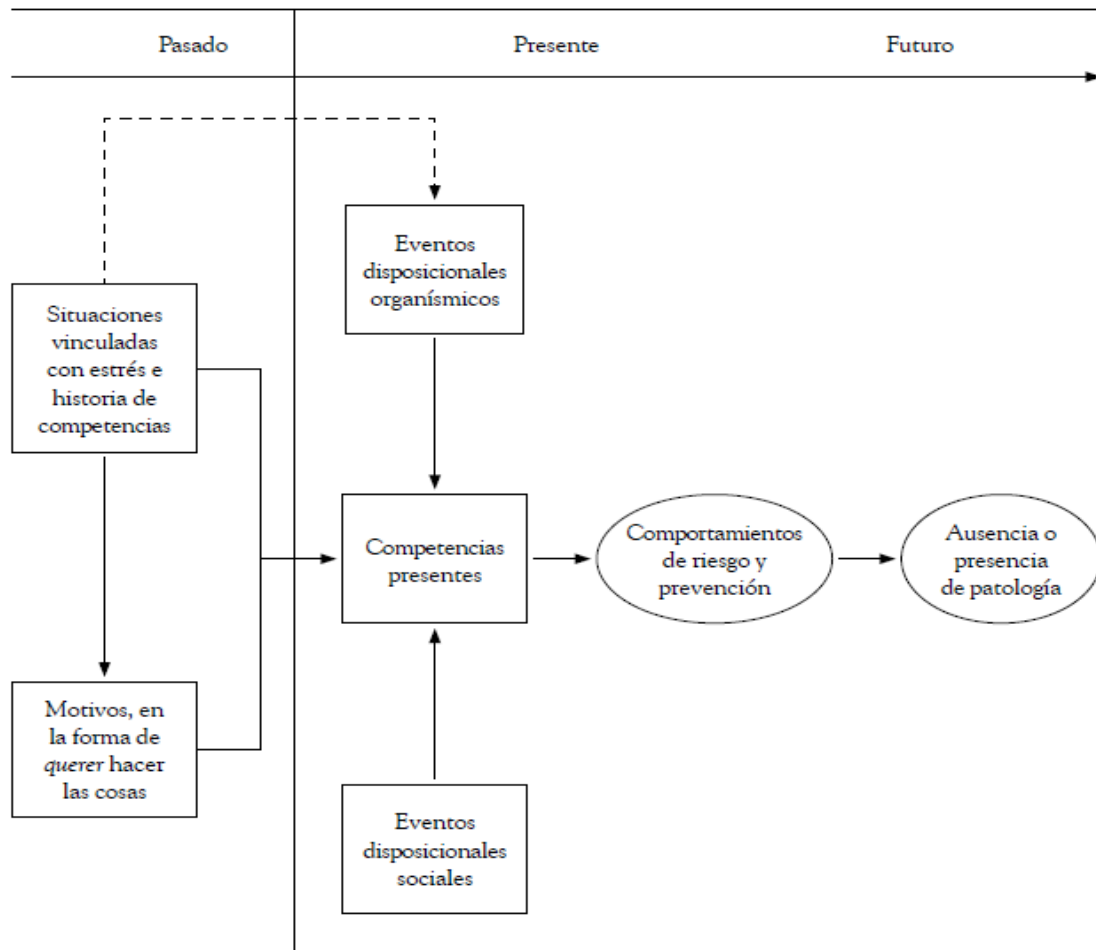
Por lo que la diferenciación entre el trabajo de la psicología *versus* la psiquiatría, radica en que el médico ha sido formado para reducir la experiencia de la enfermedad, como una alteración en las estructuras biológicas (Valverde, 2006 y Reig-Ferrer, 2005), mientras tanto la psicología se basa fundamentalmente en las características anteriores en donde el psicólogo además de realizar la intervención sobre una *patología*, lo hace en torno al sujeto como individuo en relación con las variables biológicas, sociales y ambientales, tomando estos factores como parte del sufrimiento que experimenta un individuo y centrándose en él, como paciente.

De acuerdo con Mucci y Benaim (s.f), el psicólogo en medicina conductual debe atender a la evaluación y asistencia preventiva y de intervención en ocasiones de crisis, ante las enfermedades crónico degenerativas tanto a nivel individual, familiar y comunitaria, al igual que con el mismo equipo de salud; de aquí que sea relevante analizar la relación médico-paciente en la intervención; con el fin de lograr la integración interdisciplinaria que pueda modificar la perspectiva de la asistencia psicológica de los pacientes.

Por lo tanto; mientras que la medicina nos habla de “enfermedad”, la psicología habla más de tratar con la salud, o como menciona Reig-Ferrer (2005) de reconstruir la salud; integrando cada situación que determina un problema de salud (Piña y Rivera, 2006), y apostándole por una medicina centrada en la persona (es decir, la enfermedad es importante pero no central; si no más bien, la relación entre la persona y su contexto); y en la relación con los médicos de forma cooperativa y colaborativa.

Figura E.

Modelo psicológico de Ribes en la versión modificada de Piña



Tomado de "Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo", por Piña, J. A., 2008, *Universitas Psychologica*, 7, p. 27

Además de llevar a cabo esta relación el psicólogo, específicamente el especialista en medicina conductual, deberá ofrecer el apoyo psicológico con característica breve y enfocado a la solución de una problemática, utilizando los recursos que tiene el paciente para darle una nueva expresión mental o solución, creando nuevas competencias tanto en el paciente como en sí mismo (González-Blanch, 2009). Tomando en cuenta también que al hablar de expresiones "mentales", es importante recordar que es parte indisoluble de las prácticas interindividuales que como menciona Ribes (2009), en la forma del lenguaje ordinario que constituyen la fenomenología natural de la psicología, a diferencia de la psiquiatría; y que además, el psicólogo es experto en toda una serie de comportamientos que mantienen la salud y previenen la enfermedad; las cuales tienen un especial interés en conjunto con otras disciplinas al tener impacto en la cantidad y en la calidad de vida; ya que es a través del comportamiento que se potencia cualquier acción diagnóstica y terapéutica (Reig-Ferrer, 2005).

Por lo que es importante no olvidar la intervención interdisciplinaria que se aborda con la mayoría de los padecimientos, por lo que Tizón García (citado en Mucci, Benaim, s.f) habla de tres formas de interdisciplinariedad en salud mental: el trabajo conjunto, la “difusión-confusión” de roles profesionales y el “reciclaje” de roles profesionales.

Y aquí, es importante destacar que otra de las diferencias entre lo psiquiátrico y lo psicológico, corresponde a que lo psiquiátrico responde a un modelo médico, el cual se centra en un tratamiento y espera que sea el paciente el que busque la atención; en oposición a lo psicológico; mediante el cual un profesional de la psicología no puede utilizar su conocimiento para revertir una enfermedad de manera directa al margen de una valoración social concreta (Piña y Rivera, 2006) y busca así centrarse en el tratamiento integral, llevando al paciente incluso al aspecto preventivo; introduciéndolo en el entrenamiento de habilidades sociales y la modificación de creencias disfuncionales, así como en el entrenamiento de solución de problemas; ayudando siempre a que el paciente reporte cómo valora y experimenta los aspectos ligados a su estado de salud, a su funcionamiento físico, psicológico y social, aliviando la presión de la misma enfermedad sobre la persona y desarrollando y aplicando programas que faciliten la mejora ambiental y social para la reinserción y rehabilitación del paciente.

7.2 COMPETENCIAS DEL PSICOLOGO EXPERTO EN MEDICINA CONDUCTUAL EN INSTITUCIONES DE SALUD.

Amaya (citado en Fuentes, 2007), realiza una pregunta interesante con referencia a las competencias, acerca de la relación de las competencias de las personas y la competitividad económica de un país; y menciona al respecto que deben darse las competencias de las personas en función de lo que necesitan los clientes, con una estructura flexible y abierta, basada en redes y en trabajo en equipo (Carpintero, 2004); por lo que resulta importante por lo tanto que el psicólogo en Medicina Conductual sea competente en la toma de decisiones, y como sugieren García-Méndez y Vargas (2008), las competencias involucran la habilidad de conocer las demandas sociales, para mover los recursos en un contexto particular, que permita hacer frente a los retos del mundo actual y poder tener así la capacidad para poder funcionar en equipo, y debido a que se mueve en un ambiente hospitalario, es completamente necesaria la adecuada comprensión de la terminología médica, para tener mayor comprensión de cómo se comporta la enfermedad, y de qué manera contribuir con el mejor manejo emocional para afrontar la enfermedad del paciente (González-Blanch, 2009). Participando además en la producción, análisis y solución de problemas; con el objetivo también de cubrir las demandas económicas de los servicios de salud; y contribuir con resultados para la sociedad y los individuos.

Sin embargo, para comprender mejor cuales son las competencias de un psicólogo en medicina conductual es necesario definir lo que se entiende por competencias.

Desde 1970, Chomsky propuso el concepto de competencia lingüística para referirse a una estructura mental que se ponía en acción mediante la comunicación, considerando a la competencia como algo interno; sin embargo poco a poco se fue hablando de un comportamiento efectivo, basándose en un comportamiento observable y verificable (Tobón,

2006). Fuentes (2007), por su parte menciona que la definición de competencias de acuerdo a los diccionarios implicaría capacidad y conocimiento profundo, entendiendo el término de capacidad como la posibilidad de aprender “algo” y volver a realizar ese “algo” que ya se aprendió; al mismo tiempo que al referirnos a conocimiento profundo se hablaría de la disposición para actuar eficazmente en situaciones específicas con aquello que se ha aprendido. De la misma manera que Tejada (citado en Ruiz, Jaraba y Romero, 2008); las competencias son el conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes integrados y adquiridos a través de la experiencia; involucrando aspectos interpersonales y sociales (Blas, 2007); que son indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación (Piña y Rivera, 2006).

Igualmente Thierry (s.f), menciona que el término competencia tiene múltiples acepciones, entre ellas se encuentra el de capacidad, el de habilidad y el de actitud, como veremos a continuación con otros autores.

Para Roe (2003) por ejemplo; una competencia puede definirse como una capacidad aprendida para realizar adecuadamente una tarea, y considera que las competencias están integradas por conocimientos, habilidades y actitudes y que se adquieren mediante un proceso de “aprender haciendo”; por otro lado menciona que es necesario un buen nivel de motivación para poder ser competente ya que aunque la competencia puede considerarse necesaria, no es suficiente como condición para el desempeño excelente, ya que dependerá de otros factores, incluyendo los rasgos de personalidad, los valores, los intereses; entre otros.

No obstante para Thierry (s.f), es indispensable que las competencias cuenten con cuatro características en común:

- ✓ El contexto.
- ✓ Integración.
- ✓ Asociación con criterios de ejecución o desempeño.
- ✓ Responsabilidad.

Este último elemento también lo menciona Tobón (2006), al referirse a las competencias como un proceso complejo de desempeño (cognitivo, actitudinal y ejecutivo) idóneo, es decir eficaz, en un contexto determinado y de manera responsable (con ética) (Ibáñez, 2007). Por lo que Thierry las clasifica por su naturaleza por competencias laborales, académicas y profesionales; éstas dos últimas integran el modelo que Roe (2005) propone de competencias (ver Figura F), donde menciona que para obtener las competencias es importante diferenciarlas de las características de personalidad que son las que ayudaran a obtener los conocimientos, las habilidades y las actitudes (elementos de input); así como las sub-competencias y las competencias (elementos de output). Este mismo autor menciona, que los conocimientos pertenecen a las corrientes teóricas de los diversos campos de la psicología, las habilidades se van a aplicar en la observación y la escucha, así como en el análisis de problemas; mientras que las actitudes se van a relacionar con la integridad, la autocrítica, las obligaciones, el respeto, la tolerancia y el sentido de ética con los pacientes (Carpio, 2008).

Figura F.

Modelo de competencias propuesto por Robert Roe



Tomado de "¿Qué hace competente a un psicólogo?", por Roe, R., 2003, *Papeles del psicólogo*, 24, 086, p. 5

A pesar de esto De la Fuente, Justicia, Félix y Trianes (2003), consideran que este modelo no deja clara la relación exacta entre los procesos de input y output; ya que podrían sobreponerse, haciendo existente una falta de integración entre el conocimiento profesional y el académico; sesgando así las competencias; por lo que proponen su propio modelo (ver Cuadro i), donde una de las primeras diferencias entre el modelo de Roe, es que estos autores conceptualizan las competencias como un conjunto de conocimientos académicos y profesionales *integrados* que permiten disminuir los errores en el desempeño profesional.

Sobre esta integración Blas (2007), indica que las competencias son importantes porque declaran el resultado obtenido por un programa formativo, expresando realmente el grado de aproximación entre la formación y los requerimientos de un empleo; por lo que para Carpio (2008), las competencias tienen que ver con la disposición o tendencia a actuar con efectividad en situaciones novedosas.

Cuadro i.

Integración del conocimiento académico-profesional de De la Fuente

<ul style="list-style-type: none">• SABER:<ul style="list-style-type: none">✓ <i>QUÉ OCURRE:</i> Hechos de la realidad académica profesional integrados.✓ <i>POR QUE OCURRE:</i> Explicaciones teórico prácticas y prácticas teóricas.
<ul style="list-style-type: none">• SABER HACER:<ul style="list-style-type: none">✓ <i>TOMA DE DECISIONES:</i> Resolución de problemas, partiendo de la experiencia y del conocimiento académico de forma integrada:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación. 2. Evaluación. 3. Intervención. <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>HABILIDADES DE:</i> Identificación, evaluación e intervención.... ✓ <i>INVESTIGACIÓN:</i> Producir investigación propia en contraste y coordinación con la investigación complementaria (académica o profesional).
<ul style="list-style-type: none"> • QUERER SABER Y SABER HACER: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>GUSTO:</i> Por el conocimiento integrado de orden teórico práctico y práctico teórico. ✓ <i>INTERES:</i> Por la producción de conocimiento del propio ámbito y la constatación con el conocimiento del otro ámbito.
<ul style="list-style-type: none"> • CONOCIMIENTO DE ORDEN: deductivo-inductivo e inductivo-deductivo, integrados.
<ul style="list-style-type: none"> • FORMA DE PENSAMIENTO INVESTIGATIVO DE TOMA DE DECISIONES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Detección del problema. 2. Identificación. 3. Intervención. 4. Evaluación. 5. Retroalimentación.

Adaptado de "Percepción sobre la construcción de competencias académicas y profesionales en psicólogos", por De la Fuente et al., 2003, *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 5, 1 p. 9-10

Mientras que otra de las características de este modelo, es que las competencias se refieren a comportamientos complejos, que tienen que ver con aprendizajes implícitos de orden conceptual (saber), procedimental (saber hacer); éstas dos como bien menciona Ruíz et al. (op.cit), forman parte del conjunto de saberes: saber, saber hacer, saber estar y saber ser y que junto con las actitudes (querer saber y saber hacer); delimitan si se han construido adecuadamente las otras competencias y tiene directamente que ver también con los valores y las normas personales y sociales.

Además de que en el contexto aplicado (saber hacer), es donde se construyen las competencias conceptuales y procedimentales de carácter personal.

Para el Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER), las competencias laborales son el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y aptitudes

adquiridos en la práctica o la capacitación que permiten un desempeño eficiente de calidad (Thierry, s.f.).

Las competencias laborales se pueden dividir en generales y específicas; las competencias generales hacen referencia a las habilidades requeridas para desempeñarse en cualquier entorno social, sin importar el sector económico.

Mientras, que las competencias laborales específicas se definen como aquellas que permiten el desempeño de las funciones propias de cada ocupación; y dentro de la parte técnica se encuentra el poseer los conocimientos propios de la profesión; mientras que las competencias metodológicas hacen referencia a la capacidad de utilizar los conocimientos en situaciones específicas.

Además Ruíz et al. (op. cit), también mencionan que existen competencias sociales para referirse a la capacidad de trabajar en equipo; y consideran también que dentro de las competencias específicas se encuentran las de tipo participativo; ubicando aquí la actitud activa y la toma de decisiones.

Asimismo, dentro de las competencias laborales que el psicólogo clínico debe tener, de acuerdo a una investigación realizada en Chile por Yáñez (2005); se relacionan con conocimientos y habilidades para el diagnóstico, la intervención y la evaluación, así como poseer una actitud ética y respetuosa en su relación con el paciente.

En esta investigación se obtuvieron 37 competencias (ver Cuadro ii.), según un panel de expertos, en donde dentro de las competencias relacionadas con la intervención psicológica, se daba mucha importancia al conocimiento para diseñar estrategias de intervención y procedimientos psicoterapéuticos, además de habilidades como la empatía, y habilidades para el manejo interdisciplinario. Este autor menciona que las competencias de un psicólogo clínico se pueden agrupar en cuatro categorías: competencias relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento, la evaluación y la investigación.

Otra investigación realizada para conocer el perfil de las competencias laborales del psicólogo fue realizada por Ruiz et al. (2008), a 60 psicólogos egresados a quienes se les aplicó un cuestionario sobre los conocimientos, habilidades y actitudes que se les demanda a los profesionales del área de psicología; encontrando entre las competencias específicas exigidas a los psicólogos; se encuentran poseer los conocimientos (saber), sobre procesos básicos (motivación, pensamiento, aprendizaje, lenguaje, atención, percepción, emoción y memoria), psicometría, conocimientos en informática, además de saber sobre las bases científicas para desarrollar un trabajo psicológico.

Cuadro ii.

Competencias laborales del psicólogo clínico obtenidas a través de un panel de expertos.

CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES
1. Conocimiento sobre instrumentos de evaluación psicológica. 2. Conocimientos de farmacología. 3. Conocimiento de técnicas psicológicas de intervención. 4. Conocimientos teóricos. 5. Conocimientos para diseñar intervenciones. 6. Conocimientos para evaluar intervenciones. 7. Conocer procedimientos psicoterapéuticos. 8. Conocimientos sobre fisiología.	1. Diferenciar entre distintos cuadros psicológicos. 2. Capacidad de autoaprendizaje. 3. Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica. 4. Capaz de aplicar un modelo teórico. 5. Saber usar manuales de diagnóstico. 6. Habilidad para buscar información. 7. Saber aplicar técnicas psicológicas de intervención. 8. Habilidad de empatía. 9. Habilidades de detección de necesidades. 10. Saber hacer entrevistas. 11. Capacidad para generar explicaciones. 12. Habilidad para el trabajo interdisciplinario. 13. Habilidades de investigación. 14. Capacidad para dirigir investigaciones. 15. Capacidad para coordinar investigaciones. 16. Habilidades para el diagnóstico. 17. Habilidades para evaluación. 18. Habilidades par la intervención psicológica. 19. Habilidad para aplicar escalas psicológicas y cuestionarios. 20. Habilidad para establecer la relación terapéutica. 21. Asertividad. 22. Habilidad para aplicar el conocimiento teórico. 23. Tolerante a la frustración. 24. Creatividad. 25. Manejo del inglés. 26. Habilidades informáticas.	1. Actualización de conocimientos. 2. Respeto y auto-respeto. 3. Actitud ética.

Tomado de "Competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis preliminar", por Yáñez, V., 2005, *Terapia Psicológica*, 23,002 p. 90

Dentro de las habilidades (saber hacer); y que se encontraron completamente necesarias para el desempeño de los psicólogos se encuentra el manejo de diversas situaciones; así como darle solución a las distintas problemáticas, trabajo en equipo, pensamiento crítico y planeación.

Y, en cuanto a las actitudes (saber ser); se encontró que es importante el conocimiento y dominio de sí mismo y reconocer las limitaciones y aprender de ellas; así como mejorar las necesidades humanas; es actuar con ética y legalidad durante el desempeño de la profesión.

En México, Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (citados en Carpio, 2008), en el 2005 realizaron una investigación con el fin de poder conocer algunas de las competencias que se les exige a los psicólogos, en donde aplicaron el Inventario Nacional de Conocimientos y

Habilidades para el Ejercicio Profesional de la Psicología; encontrando seis aspectos importantes que comprenden parte de las competencias profesiones:

- 1) Conocimientos, habilidades y valores.
- 2) Competencias interpersonales.
- 3) Diagnóstico y evaluación.
- 4) Evaluación y planeación de sistemas.
- 5) Diseño y aplicación de medidas psicológicas.
- 6) Intervención e investigación.

Por otra parte, Ribes formula que la competencia sólo tiene significado como desempeño relativo a situaciones específicas; y señala que el proceso e identificación de las competencias profesionales comprende cuatro etapas:

- 1) Determinar la población y las funciones que ejercerá el psicólogo.
- 2) Analizar el tipo de interacción con otras profesiones.
- 3) Formular un perfil de competencias profesionales.

Para lo que Roe formuló una serie de pasos para llevar a cabo un perfil de competencias en cualquier profesión: a) análisis ocupacional o de trabajo, b) análisis de las competencias, c) modelar las competencias, y d) contrastar el modelo de competencias.

- 4) Diseño de las situaciones de enseñanza-aprendizaje para la adquisición de los conocimientos teóricos y prácticos.

Por lo que Ribes propone cinco diferentes tipos de competencias:

1. Competencias intrasituacionales diferenciales, en las cuales el individuo se ajusta respondiendo *diferencialmente* a las propiedades de los eventos que se relacionan en tiempo y espacio en la situación presente.
2. Competencias intrasituacionales efectivas, en las que el individuo se ajusta produciendo cambios *efectivos* en los objetos y relaciones entre eventos en la situación presente.
3. Competencias intrasituacionales variables, en las cuales el individuo se ajusta respondiendo con *precisión* a condiciones cambiantes en las propiedades de los objetos o sus relaciones para producir efectos en la situación presente.
4. Competencias extrasituacionales, en las que el individuo se ajusta alterando las relaciones entre objetos y funciones de la situación presente, con base en las relaciones y funciones de una situación diferente, ajustándose *congruentemente* a ambas situaciones.
5. Competencias transituacionales, en las que el individuo se ajusta ante objetos convencionales mediante comportamientos convencionales que modifican, relacionan o

transforman dichos objetos, consistentes en alguna forma de lenguaje, natural o simbólico, logrando la *coherencia* del ajuste (Guevara, 2006, Fuentes, 2007; Ibáñez, 2007, Carpio, 2008 & Padilla, 2008).

Así, que otras de las funciones que el psicólogo experto en medicina conductual debe de realizar son: utilizar los instrumentos y técnicas para la identificación de trastornos; hacer uso también de la entrevista; asimismo la elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención a nivel individual, familiar y grupal, y finalmente realizar la intervención utilizando recursos sociales, educativos y comunitarios; sin olvidar que debe aprender a tomar decisiones y poseer habilidades que fomenten la motivación al cambio; la capacidad para funcionar en equipo (González-Blanch, 2009); sin que esto signifique sustituir la práctica médica; si no todo lo contrario; coexisten otras funciones de orden psicológico como identificar las categorías del modelo psicológico a las que corresponden los términos de salud y enfermedad y de las cuales se puede describir las relaciones funcionales entre estos procesos (Piña, 2008); asumiendo que lo psicológico y lo biológico no son dos cosas distintas.

8. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN (INCMNSZ):

El INCMNSZ se inauguró, el 12 de octubre de 1942, con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición, y en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán; y en el año 2000 se le da el nombre actual (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; el cual es una institución de atención médica, enseñanza e investigación para la prevención y tratamiento de algunas enfermedades que no pueden ser resueltas en población adulta en otras instituciones médicas. Se encuentra ubicado en Vasco de Quiroga #15, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan; en la Ciudad de México (Portal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán).

Desde sus inicios el Instituto se planeó como una institución médica en donde las actividades asistenciales sirvieran como un sustento para las actividades educativas y de investigación, propiciando el ambiente académico ideal para la investigación científica y en el año 2007 se redefinió el Plan Estratégico del Instituto, en donde algunos puntos importantes sobre el ejercicio de su atención médica y de investigación son:

- 1.- Proporcionar atención médica especializada, integral y de alta calidad a la población adulta,
- 2.- Ampliar la participación de las actividades sustantivas a nivel nacional,
- 3.- Formar recursos humanos al más alto nivel científico y técnico, con actitud ética y de responsabilidad social, y
- 4.- Fortalecer la participación del Instituto en la educación continua para profesionales de la salud y en la educación para la salud de la población.

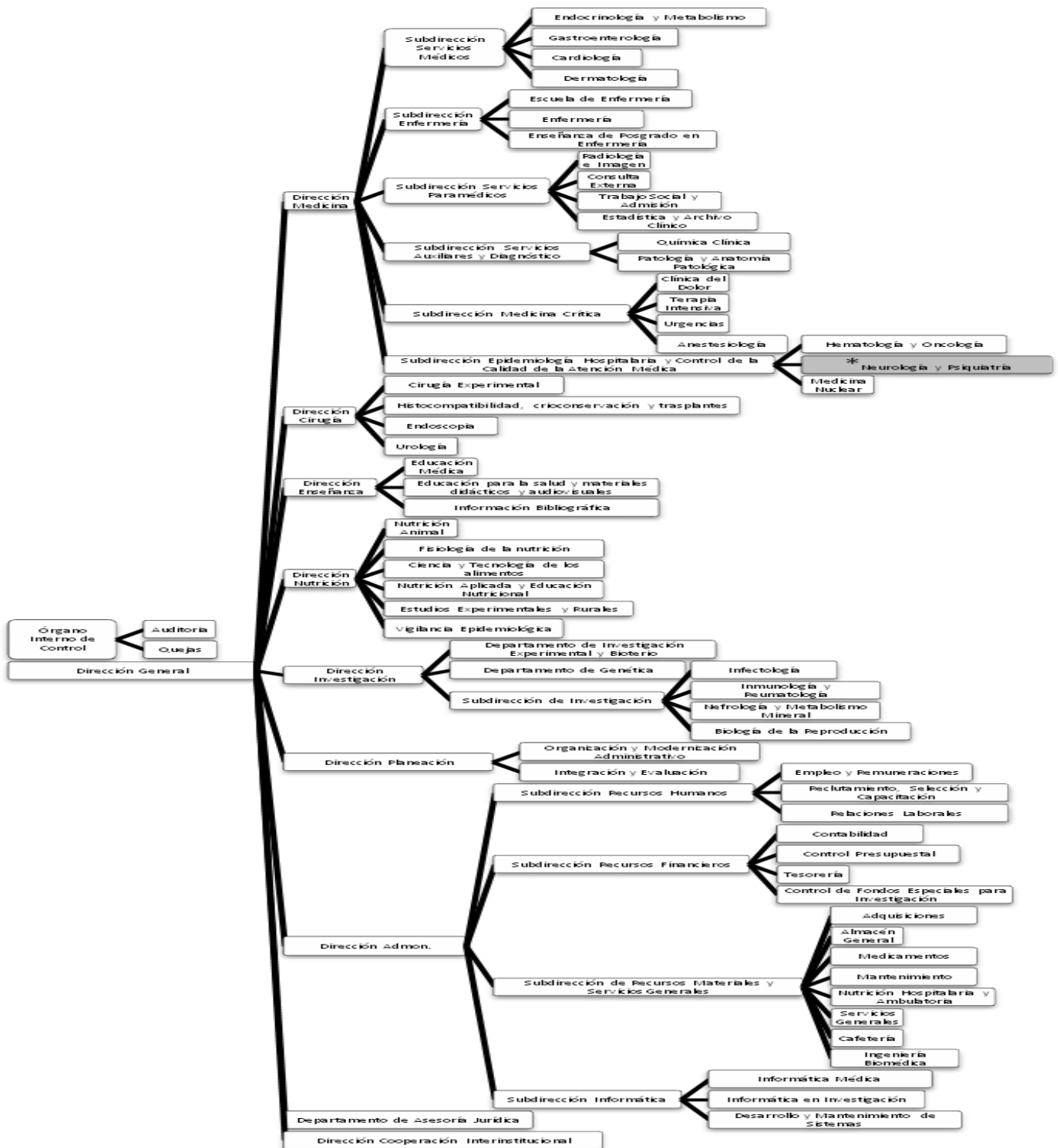
Desde el punto de vista asistencial el INCMNSZ, dispone de 167 camas para la internación de pacientes, y se brinda servicio a 135, 000 pacientes al año durante la consulta externa; en donde se atienden una gran gama de padecimientos como:

- Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas.
- Enfermedades digestivas, del hígado y páncreas.
- Enfermedades del riñón y vías urinarias.
- Enfermedades genéticas en el adulto.
- Infecciones crónicas.
- Cirugía de trasplantes
- Enfermedades reumáticas y otras enfermedades.

En cuanto a su infraestructura el INCMNSZ, se compone de diversos servicios que pueden observarse en la Figura G, en donde dentro del servicio de Neurología y Psiquiatría (en gris), se encuentran las actividades del Residente en Medicina Conductual como parte del Servicio de Psicología a cargo de la Licenciada en Psicología Sofía Sánchez Román quien además funge como Supervisora *In Situ*.

Figura G.

Organigrama del INCMNSZ y ubicación del Residente de Medicina Conductual en el Instituto



El departamento al que se encuentra vinculada la residente del presente trabajo, se encuentra marcado en color gris, con un asterisco.

Las actividades del Residente en Medicina Conductual en el servicio de Psicología se encuentran organizadas de tal manera que se realicen actividades académicas, clínicas y de supervisión como se observa en la Tabla 4. Como parte integral de la atención al paciente hospitalizado y ambulatorio; el área de psicología ofrece servicios de apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares; a través de la consulta externa en donde se les da psicoterapia con un seguimiento frecuente durante la consulta, y además durante la hospitalización apoyo en el proceso de enfermedad y adherencia al tratamiento.

Tabla 4.

Horarios correspondientes a la residente de Medicina Conductual dentro del servicio de Neurología y Psiquiatría

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8-9 AM			Clase de Psiquiatría de Enlace Departamento de Neurología y Psiquiatría		Sesión General Auditorio
9-10 AM	Sesión bibliográfica con Psiquiatría Aula 3 Enseñanza	CPAP		CPAP	
10-11 AM	10:30		PASE DE VISITA		PASE DE VISITA
11-12 AM	PASE DE VISITA	PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA		PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA	
12-1PM			12:00 Revisión de casos con Psiquiatría Departamento de Neurología y Psiquiatría		
1-2 PM	Clase de Metodología y Estadística Área de Psicología	Revisión de artículos de Psicología Gesell	Sesión de Medicina Interna	Revisión de casos con Psiquiatría Departamento de Neurología y Psiquiatría	Revisión de casos con Psiquiatría Departamento de Neurología y

					Psiquiatría
2-3 PM	HORA DE COMIDA				

Dentro de las actividades académicas, se encontraban, la asistencia a las sesiones bibliográficas de psiquiatría, en donde tanto los residentes de psiquiatría como la residente de medicina conductual, presentaban temas relacionados con aspectos de personalidad y trastornos emocionales en pacientes con enfermedades médicas; apoyándose de la revisión bibliográfica de artículos de investigación recientes que sustentaran la importancia de la intervención del equipo de salud mental. Además, de la asistencia a las clases de psiquiatría de enlace en donde los médicos adscritos del Instituto exponían las actividades de los diferentes servicios y a manera de introducción los diversos padecimientos que se atienden en consulta. De la misma manera, como parte de las actividades académicas se incluían, la asistencia a las clases de metodología y estadística y la revisión de artículos de psicología. Estas se llevaban a cabo en el área de psicología; las primeras eran expuestas por la supervisora In Situ, con las diferentes aplicaciones dentro de los protocolos de investigación llevados a cabo en el área, mientras que las últimas incluían a todo el equipo de psicología, compuesto por dos adscritas al servicio de psicología y tres residentes de medicina conductual asignadas a los servicios de infectología, Clínica del dolor y al Departamento de Neurología y Psiquiatría, (este último servicio es donde la sustentante realizó su residencia). En la clase de Revisión de artículos se tenía que preparar una presentación sobre un artículo de actualización en tratamientos relacionados con la terapia cognitivo conductual en los diferentes padecimientos.

Algunos de estos temas fueron:

- 1) Tratamiento Cognitivo Conductual en enfermedades psiquiátricas.
- 2) Tratamiento Cognitivo Conductual en pacientes con VIH.
- 3) Tratamiento Cognitivo Conductual en pacientes con dolor crónico.
- 4) Trastornos de Personalidad.
- 5) Evaluación de los Trastornos de Personalidad.
- 6) Tratamiento Cognitivo Conductual en Pacientes de Terapia Intensiva.
- 7) Tratamiento Cognitivo Conductual en pacientes con trastornos del sueño.
- 8) Tratamiento Cognitivo Conductual en pacientes con trastornos de la alimentación.
- 9) Tratamiento Cognitivo Conductual en Trasplantados.
- 10) Trastornos del estado de ánimo.
- 11) Tratamiento Cognitivo Conductual en las demencias.

12) Tratamiento Cognitivo Conductual en Cuidados Paliativos.

Y por último, las actividades académicas incluían la asistencia a la sesión de medicina interna y la sesión general del Instituto, en la cual se exponían casos de pacientes atendidos en el Instituto.

Las actividades clínicas, consistían en realizar el pase de visita con el equipo de Psiquiatría de Enlace, el cual estaba constituido por un adscrito de psiquiatría y los residentes. Durante el pase de visita se acudía a los diferentes servicios del Instituto y se preguntaba si existía alguna interconsulta para el servicio de psiquiatría, ante lo cual, se revisaba el expediente del paciente, en caso de que existiera la interconsulta, y después se visitaba al paciente en su respectiva cama, en donde los psiquiatras realizaban la entrevista evaluando las funciones mentales del paciente, y determinando si existía la necesidad de prescribir algún medicamento, o si existía comorbilidad con trastornos del estado de ánimo (generalmente ansiedad y depresión), o algún trastorno de personalidad. La intervención de la Residente de Medicina Conductual durante el pase de visita generalmente se limitaba al apoyo emocional del paciente y la evaluación psicológica también de su estado anímico. Si el paciente lo ameritaba, la Residente al término del pase de visita, realizaba la atención personalizada para mejorar el estado de ánimo, realizando estrategias terapéuticas como psicoeducación, técnicas de relajación, entrevista motivacional o reestructuración cognitiva; favoreciendo además el aumento de la adherencia al tratamiento médico y farmacológico y la relación médico paciente. En algunos de los casos se les daba seguimiento durante la consulta externa.

Como parte importante de la rotación con el servicio de Psiquiatría, durante el año de la Residencia en el INCMNSZ, se consideró que la Residente en Medicina Conductual rotara durante los diversos servicios, para incrementar el conocimiento de los pacientes con diversas enfermedades crónico degenerativas por lo que la Rotación quedó como se muestra en la Figura H, de la siguiente manera:

Figura H.

Designación de la rotación de la residente de Medicina Conductual en el Departamento de Neurología y Psiquiatría del INCMNSZ



Por lo consiguiente, en la realización del pase de visita; éste queda asignado a los servicios correspondientes en el cual se estuviera rotando.

Además, las actividades del Residente de Medicina Conductual no se limitaban a la atención de pacientes hospitalizados, sino también a los familiares que requieran el servicio de psicología.

Al término del pase de visita tanto los residentes de psiquiatría como la residente de medicina conductual, se reunían para compartir impresiones clínicas sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente; antes de realizar la retroalimentación con los médicos del servicio correspondiente.

A los pacientes de consulta externa, se les brindaba el servicio de psicoterapia cognitivo conductual por parte de la residente de medicina conductual. Las sesiones duraban aproximadamente 60 minutos, durante los cuales, en la consulta de primera vez se realizaba una entrevista clínica (conductual); con el objetivo de valorar los objetivos a trabajar durante la terapia, y realizar la apertura de un expediente clínico, a través de una historia clínica (ver Anexo 1), en donde se evaluaban los motivos de consulta, así como la historia del padecimiento, y los antecedentes familiares y personales patológicos y no patológicos, así como el plan de tratamiento a seguir.

Durante esta entrevista se tomaban en cuenta aspectos físicos, afectivos, cognitivos y conductuales con relación al padecimiento del paciente, generando el ambiente propicio para que el paciente se sintiera motivado (a), a continuar con la entrevista e incrementando el nivel de adherencia al tratamiento psicológico.

La entrevista conductual, la cual de acuerdo con Reynoso y Seligson (op. cit), es un proceso continuo que busca definir el problema y generar un programa de tratamiento adecuado a las necesidades de cada paciente.

Durante la entrevista conductual, se intentaba además establecer las conductas mediante el análisis funcional para determinar los elementos que favorecían el mantenimiento de las conductas problema. Estos autores además proponen una estructura de la entrevista conductual y de las conductas que se deben observar en la misma (Ver Tabla 5).

Además se le explicaba al paciente en qué consistía el modelo cognitivo conductual, así como los objetivos terapéuticos definidos en términos de conductas a modificar, también se exploraban los procesos de pensamiento disfuncionales con respecto a procesos de salud-enfermedad, realizando al final de la sesión una retroalimentación positiva de los procesos de afrontamiento del paciente.

En las sesiones subsecuentes, se realizaban estrategias cognitivo conductuales para el alcance los objetivos de la terapia, además de la aplicación de algunos cuestionarios que ayudarían a guiar y retroalimentar la mejoría de los síntomas de depresión de los pacientes; de la misma manera al término de la sesión se completaba la nota subsecuente (ver Anexo 4), de lo transcurrido durante la sesión y el objetivo de la siguiente sesión.

Alexander Herzberg (1945, en Errasti, 1998); mencionaba que era importante aplicar un método de las “tareas graduales”, en donde el paciente debía hacer entre las sesiones clínicas, tareas programadas de manera gradual en cuanto a dificultad, por lo que se apoyaba lo revisado en las sesiones con tareas que se le dejaban al paciente, como auto registros, auto monitoreo, biblioterapia, entre otras; con la finalidad de consolidar los cambios, promover la generalización y mantenimiento de los mismos, incrementado de igual manera sus estrategias de afrontamiento y solución de problemas.

Es importante recordar, que los pacientes con enfermedades médicas pueden presentar estrés y ansiedad ante el desconocimiento de cómo manejar su enfermedad, por lo cual también se administraban estrategias de relajación con la finalidad de disminuir los episodios de ansiedad, devolviéndole al paciente la sensación de control con respecto a la enfermedad, y logrando que pudiera generar redes de apoyo social que lo ayudaran a manejar las consecuencias de la enfermedad.

Tabla 5.

Estructura de la entrevista conductual utilizada durante las sesiones de terapia cognitivo conductual en la consulta externa

CONDUCTAS QUE DEBE OBSERVAR EL TERAPEUTA DURANTE LA ENTREVISTA CONDUCTUAL	
1) ASPECTOS GENERALES	<p>A) SALUDAR AL PACIENTE: POR SU NOMBRE Y DE MANO.</p> <p>B) PRESENTARSE CON EL PACIENTE: DECIRLE EL NOMBRE DEL TERAPEUTA Y OCUPACIÓN</p>
2) SI LA SESIÓN ES DE ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	<p>A) SEÑALAR EL OBJETIVO DE LA SESIÓN</p> <p>B) MENCIONAR LA IMPORTANCIA DE RECOLECTAR DATOS</p> <p>C) INDICAR QUE SE BUSCA DETECTAR ÁREAS PROBLEMA</p> <p>D) AYUDARLE A RESPONDER, USAR EJEMPLOS</p> <p>E) NO INDUCIR LA RESPUESTA</p> <p>F) ACLARAR DUDAS</p>
3) SI LA SESIÓN ES DE LA APLICACIÓN DE INVENTARIOS	<p>A) SEÑALAR EL OBJETIVO DE LA SESIÓN</p> <p>B) MENCIONAR QUE EL PSICOLOGO COADYUVARÁ CON EL TRATAMIENTO MEDICO</p>

	<ul style="list-style-type: none"> C) SEÑALAR QUE EL PACIENTE NO ESTA, ADEMÁS DE ENFERMO “MAL DE LA CABEZA” D) INDICAR QUE LA EVALUACIÓN PERMITIRA SEÑALAR AREAS PROBLEMA E) ESTABLECER RAPPORT F) EXPLICAR LA FORMA DE RESPONDER A CADA INVENTARIO G) MENCIONAR SI HAY TIEMPO LIMITE H) ACLARAR LAS DUDAS O PREGUNTAS DEL PACIENTE I) VERIFICAR QUE EL PACIENTE HA RESPONDIDO LA TOTALIDAD DE LOS INVENTARIOS
<p>4) SI LA SESION ES PARA TRABAJAR SOBRE EL AUTOREPORTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> A) SEÑALAR LOS OBJETIVOS DE LOS AUTOREPORTES B) EXPLICAR LA FORMA DE REGISTRAR DATOS C) OFRECER EJEMPLOS D) DAR AL PACIENTE FORMATOS
<p>5) AL CIERRE DE LA SESIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> A) REITERAR EL PROPÓSITO DE LA SESION B) SEÑALAR QUE LA SIGUIENTE SESION SE CENTRARA SOBRE LAS “CONDUCTAS PROBLEMA” EVIDENCIADAS EN LA HISTORIA CLINICA Y EN LOS INVENTARIOS C) DESPEDIRSE DEL PACIENTE D) LEVANTARSE E) DARLE LA MANO F) ACOMPAÑARLO A LA PUERTA

Adaptado de “Técnicas e instrumentos de evaluación conductual”, por Reynoso, L., Seligson, I, 2005, *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque Conductual*, p. 49, México: Manual Moderno

Otro aspecto importante durante la intervención terapéutica, debe de ser encaminado a la prevención de algunas conductas no saludables, aunque si bien la enfermedad en éstos pacientes ya está instalada, la autora de este escrito considera que la prevención de conductas que puedan poner en riesgo de presentar alguna recaída o complicaciones en otros aspectos de la salud, es un punto fundamental para asegurar el adecuado funcionamiento físico, emocional y social del paciente; por lo que se evaluaron dentro de las sesiones las estrategias de afrontamiento del paciente, así como sus habilidades sociales, y en caso de encontrarse déficits en éstas, se procedía a dar un entrenamiento en habilidades sociales como por ejemplo asertividad.

Siguiendo con la descripción de las actividades clínicas de la residente de medicina conductual, también se incluye la asistencia y participación a la sesión de revisión de casos clínicos con Psiquiatría, en donde se presentaban en conjunto, los pacientes vistos por primera vez durante el día o el seguimiento de algunos pacientes ya conocidos por el servicio. Aquí generalmente es donde se daban con mayor frecuencia las interconsultas a psicología para el manejo emocional de los pacientes, además de que la residente aportaba con el reporte de sus actividades con los pacientes ya interconsultados.

La mayoría de las interconsultas para psicología que se daban en estas sesiones estaban encaminadas al manejo de la ansiedad en los pacientes, así como la mejora de sus síntomas de depresión. De igual manera se solicitaban con frecuencia las evaluaciones de personalidad por medio del MMPI-2 y en otras ocasiones evaluaciones de C.I, este último era evaluado por el personal adscrito de psicología.

Finalmente, la residente de medicina conductual, aportaba sugerencias de tratamiento psicológico valorado a los pacientes y sus familiares para el manejo de la enfermedad y de la estancia hospitalaria, y en algunos casos cuando los pacientes requirieran un apoyo psicológico distinto al dado en el INCMNSZ se referían a otras instituciones.

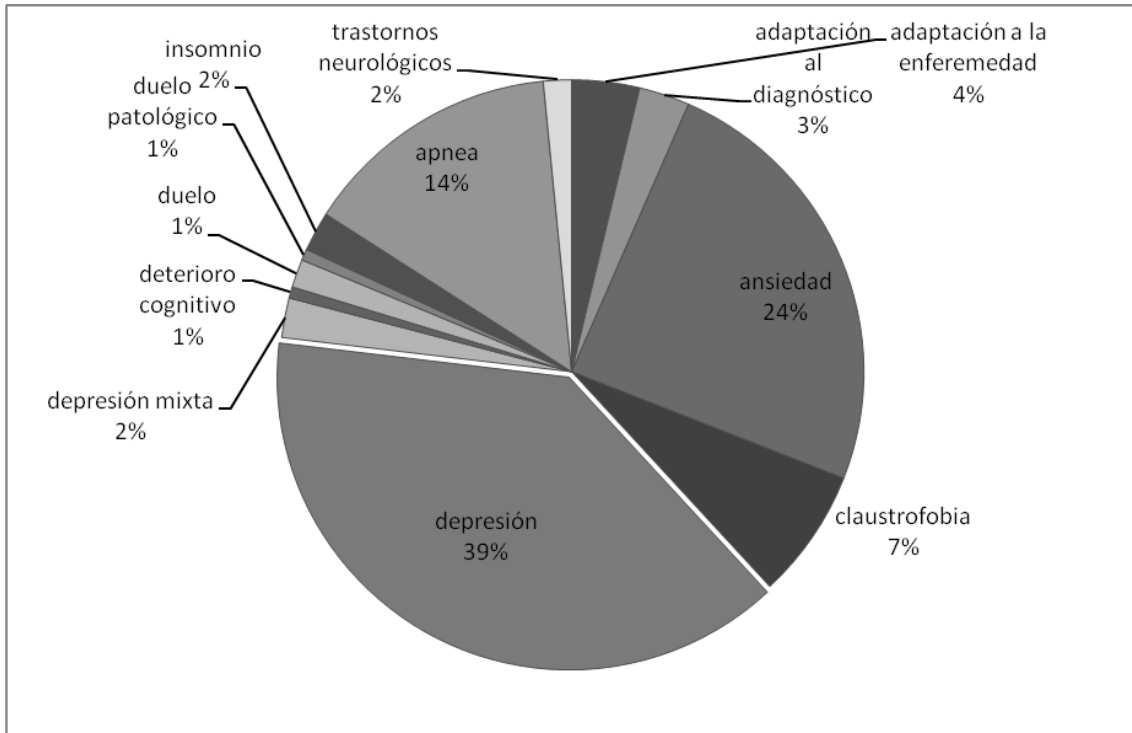
Dentro del segundo año de residencia, asignado al INCMNSZ, fueron atendidos un total de 320 pacientes, tanto de consulta externa como de hospitalización. De los cuales, 247 fueron mujeres y 73 hombres; con una media de edad de 43.6 años.

La distribución de los diagnósticos psicológicos más frecuentes se muestra en la Figura 1. Mientras que las técnicas psicológicas más usuales se muestran en la Tabla 6.

Por otro lado, como parte de la formación del especialista en Medicina Conductual; el programa de Posgrado contempla dos años de rotación en hospitales. El informe de caso que se detalló con anterioridad corresponde al segundo año de rotación, asignado al INCMNSZ; siendo las especificaciones de la sede, así como las actividades realizadas, señaladas más arriba.

Figura I.

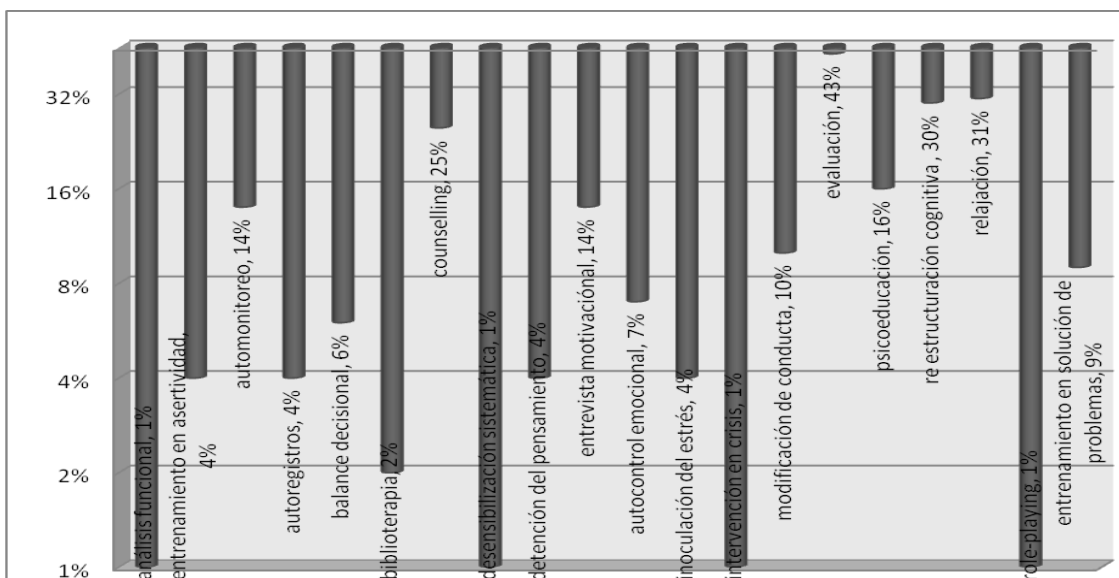
Distribución de diagnósticos psicológicos durante el segundo año de rotación.



Mientras que el primer año de la residencia, la sustentante se halló asignada durante su rotación al servicio de onco-pediatría, en el Hospital Juárez de México.

Tabla 6.

Técnicas psicológicas usadas durante la atención a pacientes en el INCMNSZ.



Las características de la sede y de las actividades realizadas durante el primer año se describen a continuación:

El Hospital Juárez de México (HJM), se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación G. A. Madero, en la ciudad de México D.F. El HJM, es un hospital de salubridad de segundo nivel; cuya misión es proveer asistencia médico-quirúrgica de alta especialidad con calidad y seguridad, promoviendo la formación de recursos humanos especializados y el desarrollo de investigación científica que contribuyan a mejorar la salud de la población mexicana.

Dentro de su visión institucional, el HJM busca ser el modelo de los Hospitales Federales de Referencia con reconocimiento Nacional e Internacional, por integrar la enseñanza y la investigación científica a la asistencia médica.

Algunas de sus funciones son:

- 🏆 Proporcionar servicios de salud, particularmente en el campo de la alta especialidad de la medicina, y en aquellas complementarias y de apoyo que determine su Estatuto Orgánico.
- 🏆 Prestar servicios de Hospitalización, y de consulta en las especialidades con que cuenta, regidos por criterios de universalidad y gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.
- 🏆 Fungir como Hospital de Referencia, para efectos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del Sistema de Protección Social en Salud.
- 🏆 Diseñar, y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad.
- 🏆 Impulsar la participación ciudadana en el autocuidado de su salud. (Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/> el día 7 de octubre de 2009).

Se asignó a la residente de Medicina Conductual al servicio de Cuidados Paliativos, específicamente a la clínica de Psico-oncología como se observa en el organigrama correspondiente (Figura J). En donde se determinó la rotación al servicio de Oncología Pediátrica (también señalado en el organigrama).

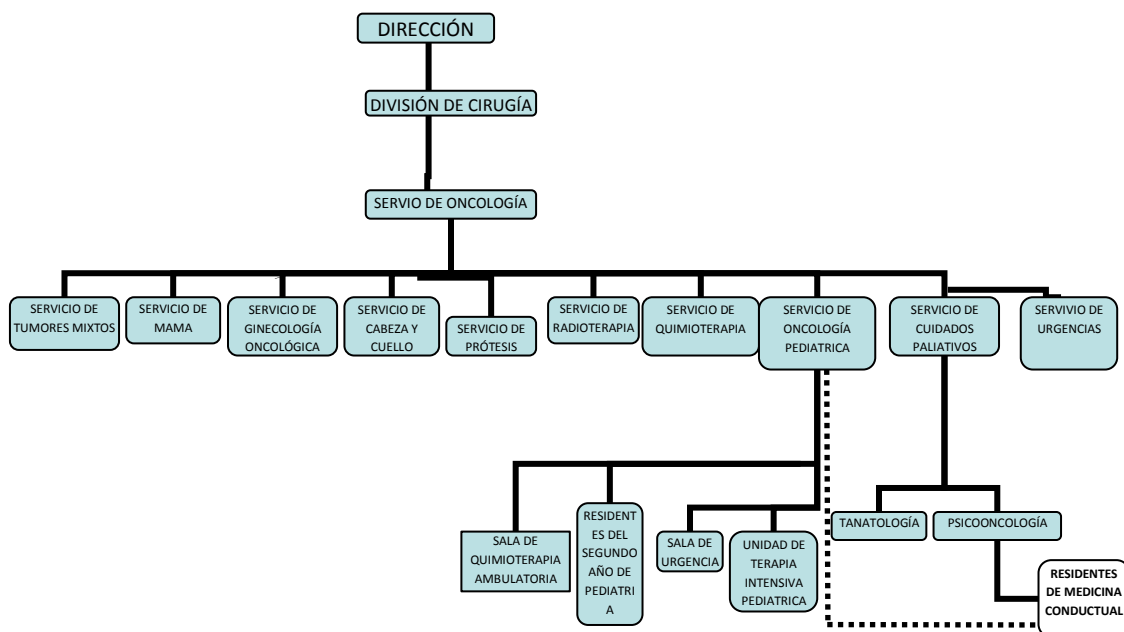
Dentro de la Institución Hospitalaria, el residente de Medicina Conductual desarrolló las siguientes competencias:

Realización de programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual, que ayudasen a resolver los problemas psicológicos generados por la enfermedad;

así como ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas, favoreciendo la adhesión al tratamiento médico. Además, se les entrenó a los pacientes en técnicas de manejo de problemas como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, entre otras.

Figura J

Organigrama y ubicación de la residente de medicina conductual durante la rotación del primer año de residencia en el Hospital Juárez de México.



El recuadro en blanco identifica al servicio correspondiente con la rotación del primer año de residencia.

De igual manera, en la Tabla 7 se muestran las actividades académicas y clínicas propias del quehacer del residente en Medicina Conductual. Las principales actividades clínicas desarrolladas consistieron en:

- Entrevistar a los pacientes y familiares con el fin de identificar necesidades, para establecer la forma de tratamiento adecuada para cada uno de ellos a través de

instrumentos que detectaran: calidad de vida, ansiedad, depresión, estrés psicológico, miedos y temores, estilos de afrontamiento, ideas irracionales, entre otros.

- ☞ Detectar necesidades dentro del servicio para poder mejorar el tratamiento.
- ☞ Realización e impartición de talleres psicoeducativos para los padres acerca de la enfermedad y el tratamiento.
- ☞ Brindar apoyo psicológico al personal de salud.
- ☞ Realizar la evaluación psicológica para trasplante de médula ósea.
- ☞ Realizar actividades lúdicas con los niños que tienen larga estancia hospitalaria.
- ☞ Fomentar estrategias de afrontamiento activas tanto en los pacientes como en los padres.
- ☞ Fomentar el sentido de adherencia terapéutica en aquellos pacientes en quienes se evalúan con riesgo a recaídas.
- ☞ Manejo de duelo en los padres.
- ☞ Manejo adecuado de estrés y ansiedad ante los procedimientos médicos mediante estrategias cognitivo conductuales.
- ☞ Elaboración de notas con formato SOAP, en el cual se incluye: la evaluación de lo que el paciente describe como la problemática a trabajar, así como la evaluación del residente del examen mental; incluyendo las estrategias de afrontamiento con las que cuenta el paciente, el diagnóstico psicológico y la etapa de tratamiento en la que actualmente se encontraba el paciente, y por último el plan de tratamiento psicológico a trabajar dentro de la estancia hospitalaria o consulta externa, según sea el caso.
- ☞ Entrenamiento en asertividad y solución de problemas, tanto en pacientes hospitalizados, ambulatorios y de consulta externa; como en los familiares y personal de salud.

Por otro lado, es importante especificar que el servicio de oncología pediátrica, brinda atención a niños diagnosticados con cáncer. El tratamiento que se proporciona, se encuentra basado en la administración de medicamentos en forma de quimioterapia, o en algunos casos radioterapia. La leucemia, es el cáncer con mayor prevalencia en esta etapa de desarrollo;

aunque también existen otros padecimientos que aquejan a esta población como: los sarcomas o los linfomas.

El plan de tratamiento, en ocasiones exige que los niños se enfrenten a largas estancias hospitalarias, por lo que al realizarse el pase de visita se iniciaba con los niños hospitalizados en el cuarto piso del hospital, el cual se divide por salas.

Los niños de onco-pediatría, se encuentran en la sala de hematología; después, si existe algún menor de edad que se encuentre en la Unidad de Terapia Intensiva, los médicos proceden a revisar al paciente en esa sala; se continúa posteriormente a la sala de Urgencias, en la Planta Baja del Hospital y finalmente a la sala de Quimioterapia Ambulatoria. Aquí el equipo de salud, administra los medicamentos que de acuerdo al esquema de tratamiento solo requieren una corta estancia en el hospital para recibir el medicamento, siendo importante destacar que el 46% de la población atendida (305 pacientes), se encontraba recibiendo tratamiento médico, en la Figura K se observan las diferentes fases en las que se encontraba los pacientes.

Por lo que, es substancial contar con la atención psicológica adecuada para esta población, debido a que el diagnóstico de cáncer genera un impacto emocional, tanto en los pacientes como en los familiares. Ante esta situación, es importante evaluar el estado anímico; así como dar contención emocional y proporcionar las herramientas necesarias tanto en el proceso de adaptación a la enfermedad, como durante el tratamiento, que puede verse perjudicado debido a las largas estancias hospitalarias que generan ansiedad y depresión en los niños.

Tabla 7.

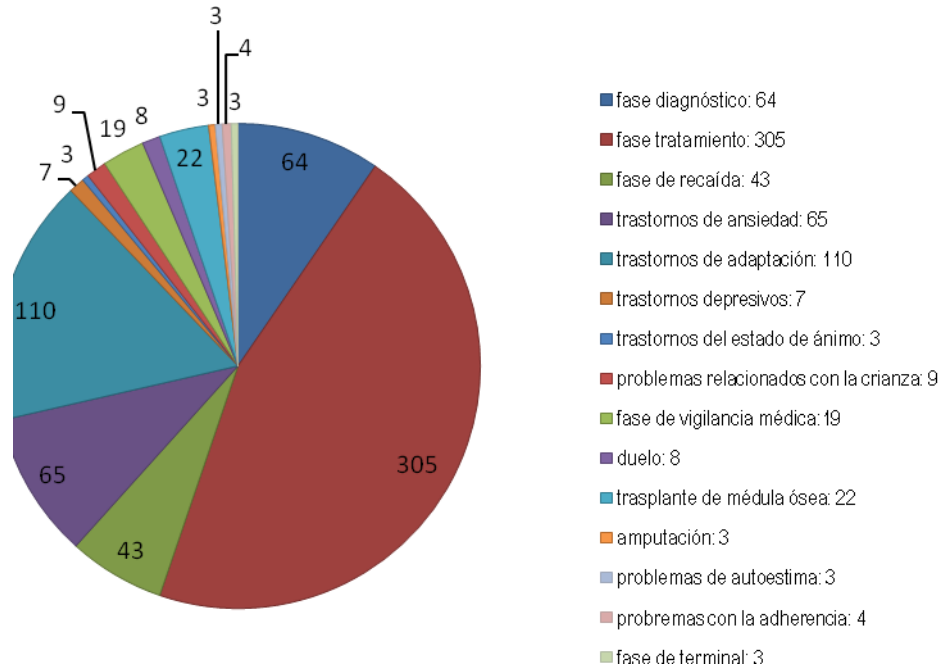
Organización de las actividades del Residente en Medicina Conductual correspondiente al Primer Año.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Pase de visita	Clase de psicooncología	Revisión de artículos	Clase de psicooncología	Pase de visita
	Pase de visita		Clase de Hematología	
Atención de pacientes hospitalizados	Clase de Hematología	Pase de visita y consulta externa en oncología	Atención de pacientes hospitalizados	Clase de Hematología
Grupo de padres	Atención de pacientes hospitalizados	Sesión de casos clínicos		Consulta Externa
		Consulta externa en oncología		
Consulta Externa		Sesión general HJM		Sesión Académica
Reportes diarios	Reportes diarios	Reportes diarios	Reportes diarios	Reportes diarios

Los recuadros de color gris corresponden a las actividades clínicas, mientras que los de color blanco corresponden a las actividades académicas.

Figura K.

Fases de atención psicológica durante el tratamiento oncológico en el servicio de oncopediatria.



De esta manera, parte de la intervención psicológica que se implementó incluyó: proporcionar psicoeducación con respecto a la implicación psicológica de adaptación a la enfermedad, manejo de la ansiedad mediante estrategias de relajación como la respiración diafragmática, relajación autógena, entre otras; brindar entrenamiento en control emocional, además del manejo de duelo anticipatorio y acompañamiento cuando los pacientes se encuentran en etapa terminal.

Algunas de las técnicas psicológicas más usadas se muestran en la Figura L.

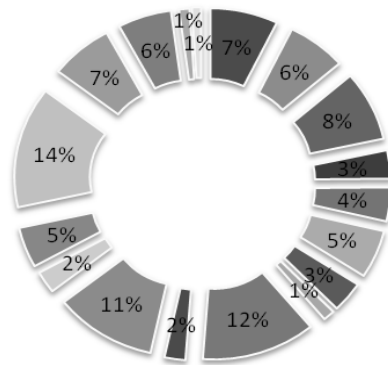
Durante el primer año de la residencia, se atendieron 686 pacientes tanto en consulta externa como en hospitalización, además se atendieron 38 padres de familia en 12 sesiones de talleres para padres, con la finalidad de proporcionar psicoeducación, sobre los temas de mayor relevancia con respecto al cuidado y tratamiento de sus hijos. Durante las sesiones se logró constatar que los padres muestran necesidades que requieren ser atendidas.

Por lo anterior, es fundamental que el psicólogo experto en medicina conductual, cuente con la disposición de adquirir los conocimientos necesarios para el manejo de enfermedades crónico degenerativas, desde una perspectiva psicológica y humanitaria, además de exhortar al trabajo con una actitud de servicio y tolerancia a la frustración; debido a que el ambiente hospitalario es demandante y requiere la adecuada administración de tiempo.

Figura L.

Técnicas psicológicas más usadas durante la intervención en onco-pediatría.

re-estructuración cognitiva: 58	■ distracción cognitiva: 51	■ psicoeducación: 64
balance decisional: 26	■ solución de problemas: 31	■ validación emocional: 44
técnicas de relajación: 28	■ desensibilización sistemática: 10	■ intervención en crisis: 98
automonitoreo: 18	■ counselling: 88	■ asertividad: 20
modificación de conducta: 37	■ terapia lúdica: 111	■ contención emocional: 54
entrevista motivacional: 46	■ evaluación psicológica: 9	■ re-estructuración cognitiva: 8



Siguiendo este esquema, es labor del psicólogo atender las necesidades detectadas dentro del servicio al que se encuentre asignado, estableciendo planes de trabajo psicoterapéuticos, que se ajusten a cubrir dichas necesidades, enfocándose tanto al trabajo con el paciente y el familiar, así como con el personal de salud, tanto a nivel preventivo como de intervención.

9. REFERENCIAS:

Aguado, H., Silberman, R., Manrique, E. (2005). Lineamientos para la evaluación y conceptualización cognitivo-conductual de la depresión. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6, 2, 45-72

Agudelo, D. M., Lucumí, L. M., Santamaría, Y. J. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 4, 10, 59-83

Agudelo, D., Spielberger, C. D., Buela-Casal, G. (2007). La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial?. *Salud Mental*, 30, 3, 20-28

Albarrán, A. J., Macías, M.A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9, 2, 118-124

Almanza, J.J. (2004). Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. *Revista de Sanidad Militar*, 58, 3, 209-222

American Psychiatry Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.) Washington, DC, EE.UU.: Masson

Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12, 2, 363-369

Ardila, R. (2004). La psicología latinoamericana: el primer medio siglo. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 2, 317-322

Barca, I., Parejo, R., Gutiérrez, P., Fernández, F., Alejandre, G., López de Castro, F. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria*, 33, 7, 361-367

Bas, F., Andrés, V. (1996). Evaluación de procesos y constructos psicológicos de la depresión. En; G. Buena-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, (pp. 227-267). Madrid: Ediciones Pirámide

Bascuñan, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y el nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133, 11-16

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw. B. F., Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (5ta. ed). España: Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de la depresión en población adulta en México [1]. *Salud Pública de México*, 47, 4-11

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46, 5, 417-424

Blas, F. (2007). La formación profesional basada en la competencia. *Revista de la Asociación de Inspectores de Educación en España*, 7 (Disponible en http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=223&Itemid=49)

Borges, G., Medina-Mora, M. E., López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46, 5, 451-463

Buena-Casal, G., Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 3, 525-532

Builes, M. V., Bedoya, M.H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 4, 463- 475

Caballo, V. E. (2008). Entrenamiento en solución de problemas. En: V. E. Caballo (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp.403-443). España: siglo XXI

Calderón, G. (1999). *Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. México: Trillas

Calderón, G., Colín, R. (2003). La relación médico-paciente en los trastornos depresivos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66, 329-334

*Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regresión. *BioMed Central Medicine*, 8, 38, 1-13

Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23, 5, 10-19

Carpintero, H. (2004, Número extraordinario). Psicología, Comportamiento y Salud. El lugar de la psicología en los campos de conocimiento. *INFOCOP*, 20, 93-102 (Disponible en <http://www.cop.es/extrainfocop/HelioCarpintero.pdf>)

Carpio, C. (2008). Análisis conceptual de las teorías de la creatividad y proposición de un modelo conductual. En: C. Carpio (Coord.) *Competencias profesionales y científicas del psicólogo. Investigación, experiencias y propuestas*. (pp.159- 245). México:UNAM

Creed, F., Morgan, R., Friddler, M., Guthrie, E., House, A. (2002). Depression and anxiety Impair Health-related quality of life and are associated with increased cost in general medical inpatients. *Psychosomatics*, 43, 302-309

De la Fuente, J., Justicia, F., Félix, P., Trianes, M. V. (2003). Percepción sobre la construcción de competencias académicas y profesionales en psicólogos. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 5, 1, 3-34

DeRubeins, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J.D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon R. M. et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416

Diéguez, A., Campos, R., Huertas, R. (s.f). Breve historia de la psiquiatría. Recuperado el día 23 de junio de 2010, de http://beta.medicapanamericana.com/uploads/archivos_obras/c00ebb5e9f0800bd3504515e32c1bd3e3286fe0c.pdf

*DiMatteo, M. R., Lepper, H., Croghan, T.W. (2001). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P., Cenea, R., Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 108, 509-535

Errasti, J. (1998). Usos y abusos de la psicología de Eysenck. *Psicothema*, 10, 3, 517-533

Farré-Sender, B., Farré, J.M., Herrera, A., Giménez-Muniesa, C., Lasheras, M.G., Surribas, C. (2008). Encuesta de opinión sobre la psiquiatría y la psicología en el Hospital General: comparación entre USP-Institut Universitari Dexeus y Hospital Clínic de Barcelona. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 88, 30-40

Fava, G., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti. S., Grandi. S. (2004). Six-Year outcome of cognitive Behavior Therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876

Fernández, A. (2001). De las psicopatologías críticos a la crítica de la psicopatología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21, 80, 57-69

Fierro, A. (2004, septiembre). Salud mental, personalidad sana, madurez personal. En *Mental health and healthy personality, ¿Hacia dónde va la psicología?*. Congreso Internacional de psicología, Santo Domingo. Recuperado el 23 de junio de 2010, de <http://www.eudemon.net/salud%20mental,%20personalidad%20sana.pdf>

Frías, M., Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 24, 085, 11-18

Fuentes, M. T. (2007). Las competencias académicas desde la perspectiva interconductual. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 2, 51-58

García, L., Moya, J., Rodríguez, S. (1997). Historia de la psicología 1(2da. ed). España: Siglo XXI

García-Méndez, M., Vargas, P. (2008). Hacia la formación del psicólogo por competencias. En: C. Carpio (Coord.) *Competencias profesionales y científicas del psicólogo. Investigación, experiencias y propuestas*. (pp.75-102). México: UNAM

García-Síberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*, 44, 4, 289-296

Gispert et al. (Eds.). (s.f). *Enciclopedia de la psicología*. (Vols. 1-3). Barcelona, España: Océano

Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E., Guimón, J. (2004). Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. *The European Journal of Psychiatry*, 18, 4, 225-234

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., Mayberg, H. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression. Treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Achieves of General Psychiatry*, 61, 34-41

Goldman, H. H. (1989). *Psiquiatría General* (2da. ed). México: Manual Moderno

Gonçalves, O, F., Machado, P. P., Sierra, J.C., Buena-Casal, G. (1996). Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento. En; G. Buena-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, (pp. 61-84). Madrid: Ediciones Pirámide

González-Blanch, C. (2009). Salud mental en atención primaria: qué tenemos, qué necesitamos y donde encontrarlo. *Papeles del psicólogo*, 30, 2, 169-174

González, S., Fernández, C., Pérez, J., Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18, 3, 471-477

González, M.A., García, M. L. (1994). Psicología de la salud y educación para la salud, el contexto escolar como marco de prevención y educación para la salud. *Aula*, 6, 127-142

Granados, J. A., Ortiz, L. (2003). Patrones de daño a la salud mental: Psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26, 1, 42-50

Grau, A., Comas, P., Suñer, R., Peláez, E., Sala, L., Planas, M. (2007). Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de medicina interna. *Anales de Medicina Interna*, 24, 5, 212-216

Greenberger, D., Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. España: Paidós

Guevara, C. Y. (2006). Análisis interconductual de algunos elementos que constituyen la enseñanza básica. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 11,030, 1037- 1064

Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., Vos, T. (2005). Cognitive behavioral therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9-19

Haynes, S. N., Williams, A. E. (2003). Case Formulation and Design of Behavioral Treatment Programs: Matching treatment mechanisms to causal variables for behavioral problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 3, 164-174

Heinze, G., Villamil, V., Cortés, J. (2002). Relapse and recurrence of depressed patients: A retrospective study. *Salud Mental*, 25, 1, 3-8

Hurtado, C., Trebicko, E. (2003). El mito de la enfermedad mental. *Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento*, Recuperado el día 23 de junio de 2010, de <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=37>

Ibáñez, C. (2007). Diseño curricular basado en competencias profesionales: una propuesta desde la psicología interconductual. *Revista de Educación y Desarrollo*, 6, 45-54

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, recuperado el 20 de Julio de 2010, de
http://quetzal1.innsz.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=74

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31

Just, N., Abramson, L. Y., Alloy, L.B. (2001). Remitted depression studies as test of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critical and conceptual analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 1, 63-83

Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A. G., Young, G., Coster, G., Arroll, B. (2004). Physician- patient relationship and medication compliance: A primary care investigation. *Annals of Family Medicine*, 2, 455-461

King, M., Davidson, O., Taylor, F., Haines, A., Sharp, D., Turner, R. (2002). Effectiveness of teaching general skills in brief cognitive behavior therapy to treat patients with depression: Randomized control trial. *British Medical Journal*, 324, 20, 1-6

Kirmayer, L. J. (2001). Clinical presentation of depression and anxiety: Implications for Diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 13), 22-28

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240

Kornblit, A. L., Mendes, A. M., (2000). *La salud y enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Contenidos curriculares*. Argentina: Aique

Lara, H. (2004). Algunos problemas y soluciones en la rehabilitación psicosocial del enfermo psiquiátrico y Neurológico. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 37, 3, 122-129

Lara, H. (2006). Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de un sistema de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de tres años. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39, 1, 7-11

Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., Rubí, N. A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26, 3, 27-36

Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25, 4, 42-55

López, J., López, M.A., Vargas, B.E., Villamil, V. (2004). Estudio doble ciego con antidepresivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Mental*, 27, 5, 53-61

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 101, 43-83

*Martínez, L.Y., Vega, C., Nava, C., Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, 1, 186-201

McGlinchey, J.B., Atkins, D.C., Jacobson, N.S. (2002). Clinical Significance Methods: Which One to Use and How Useful Are They?. *Behavior Therapy*, 33, 529-550

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Bautista, C., et al. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 4, 1-16

Meza, T. (2008). Depresión como entidad médico-psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 2, 220- 235

Montero, I., León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5,1, 115-127

Montesano, A., Feixas, G., Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, 5, 371-379

Morales, J.J., Rodríguez R., Ortega, L.M., Lazcano, G.A. (2006). Hacia la prevención de la depresión. A partir del estudio de los factores asociados a la presencia del síntoma de depresión. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11, 2, 45-54

Morales-Carmona, F., Díaz-Franco, E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 14, 3, 146-182

Mucci, M., Benaim, D. (s.f). Psicología y Salud. Calidoscopio de prácticas Diversas. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 6, 123- 138 (Disponible en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2009.pdf>)

Mustaca, A. E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 1, 11-20

Nezu, A. M, Nezu, C. M. (2008). Entrenamiento en solución de problemas. En: V. E. Caballo (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp.527-553). España: siglo XXI

Nezu, A. M., Nezu, C.M., Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno

Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2da. ed). México: Thompson

Ochoa, C. (s.f.). *Depresión. Comprenda en qué consiste para superarla*. España: Edimat.

Ogles, B.M., Lunnen, K.M., Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, Application, and Current Practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 3, 421-446

Olvera, J., Soria, M.R. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11, 4, 149-158

Novoa, M. M.(2002). Algunas consideraciones sobre el dualismo en psicología. *Universitas Psychologica*, 1, 002, 71-80

Padilla, M. A. (2008). ¿Pueden entrenarse competencias de investigación en psicología al margen de las teorías psicológicas?. *Revista de Educación y Desarrollo*, 9, 45-53

Palomino, L., Hernández, L. (2003). Intervención hospitalaria: una aproximación desde la psicología social de la salud. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6, 3, 1-14

*Parker, G., Roy, K., Eysers, K. (2003). Cognitive behavior therapy for depression? Choose Horses of courses. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 825-834

Pavía-Ruz, N., Ceballos-Quintal, J. M., Medina-Escobedo, C., Ordoñez-Durán, A. (1998). Magia, Religión y Medicina; Historia de la medicina. *Revista Biomédica*, 9, 192-198

Pérez, G. (s.f). Enfermedades mentales y antipsiquiatría. Recuperado el 23 de junio de 2010, de <http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf>

Pérez, M., García, J.M., (2003). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 3, 493-510

Persons, J., Tompkins, M. A. (1997). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En: Eells, T. D. (ed). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. (pp. 314-339). New York: Guilford Press

Peset, J.L. (2003). La historia de la psiquiatría vista por un historiador. *Átopos, Salud mental, comunidad y cultura*, 1, 1, 25-32

Piña, J. A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7, 1, 19-32

Piña, J.A., Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5,003, 669-679

Reig-Ferrer, A. (2005). ¿Qué debe saber un médico de psicología?. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 136, 273-311

Retolaza, A. (2002). La psicopatología insustancial en la era del DSM IV y la CIE-10. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22, 82, 67-73

Reynoso, L., Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque Conductual*. México: Manual Moderno

Ribes, E. (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la psicología?. *Suma Psicológica*, 11, 1, 9-28

Ribes, E. (2008). *Psicología y salud, un análisis conceptual*. México: Trillas

Ribes, E. (2009). La psicología como ciencia básica. ¿Cuál es su universo de investigación?. *Revista Mexicana de investigación en psicología*, 1, 2, 7-19

Rodríguez, H. (2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32, 4, Recuperado el 5 de junio de 2010, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000400007&lng=es&nr m=iso

Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo?. *Papeles del psicólogo*, 24, 086, 1-12

Ruíz, M., Jaraba, B., Romero, L. (2008). La formación en psicología y las nuevas exigencias del mundo laboral: competencias laborales exigidas a los psicólogos. *Psicología desde el Caribe*, 21, 136-158

Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México, de la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia, Revista de la Historia de la Psiquiatría*, 5, 1, 9-33

San Agustín de Hipona. (s.f). Recuperado el 25 de junio de 2010, de http://www.webdianoia.com/medieval/agustin/agustin_filo.htm

Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., Belik, S. L., Clara, I., Stein, M. B. (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2109-2116

Simón, M. A. (1996). Diseños de investigación en psicología clínica y de la salud. En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 13-42). Madrid: Siglo XXI

Stevens, L. (s.f). ¿Existe la enfermedad mental?, Recuperado el 23 de junio de 2010, de <http://www.antipsychiatry.org/sp-exist.htm>

Street, R., L., Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., Haidet, P. (2003). Beliefs about control in the physician-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 609-616

Tamayo, J. (2009). La relación cerebro-conducta ¿hacia una nueva dualidad?. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 2, 285-293

Thierry, D. R. (s.f). La formación profesional basada en competencias, Recuperado el 17 de julio de 2010, de medicina.iztacala.unam.mx/medicina/ART%20-%20COMPETENCIAS.doc

Tobón, S. (2006). Aspectos básicos de la formación basada en competencias, Recuperado el 18 de julio de 2010, de http://formacioncontinua.sep.gob.mx/sites/cursobasico09/anexos/5-Sergio_Tobon.pdf

Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40 (Supl. 2), 8-19

Valverde,C. (2006). El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. *Norte de Salud Mental, 25*, 77-81

Valle, J. (2002). Depresión con ansiedad. *Salud Global-Salud Mental. Atención Primaria, 2, 3*, 1-8

Vera-Villarroel, P., Valenzuela, P., Abarca, O. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de los estados emocionales: un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología, 13*, 121-131

Vilchis-Aguila, I., A., Secín-Diep, R., López-Avila, A., Córdova-Pluma, A. (2010). Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. *Medicina Interna de México, 26, 1*, 5-10

Villagrán, J. M. (2002). La crítica de la psicopatología sólo tiene sentido desde la psicopatología crítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 22, 82*, 75-85

Virués-Ortega, J., Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines of clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8, 3*, 765-777

Virués, J., Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 003*, 567-587

Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., et al. (2000). Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive-behavior therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal, 321, 2*, 1383-1388

Wise, E.A. (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions. *Journal of Personality Assessment, 82, 1*, 50-59

Yáñez, J. (2005). Competencias profesionales del psicólogo clínico: un análisis preliminar. *Terapia Psicológica*, 23, 002, 85-93

Anexo 1

Número de Expediente: _____

HISTORIA CLINICA

FECHA DE INGRESO: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre:

Religión:

Edad:

Dirección:

Sexo:

Teléfono casa:

Fecha de nacimiento:

Oficina:

Edo. Civil:

Celular:

Escolaridad:

E-mail:

Ocupación:

MOTIVO DE CONSULTA:

HISTORIA DEL PROBLEMA:

ANTECEDENTES:

Fecha: _____

Anexo 1

¿Su problema le impide hacer algo?

Si no se presentara el problema ¿Cómo cree que cambiaría su vida?

Tratamientos recibidos:

Médicos:

Lugar: _____ Duración: Inicio ____/____/____
Término ____/____/____

Psicológicos:

Lugar: _____ Duración: Inicio ____/____/____
Término ____/____/____

Otros:

Lugar: _____ Duración: Inicio ____/____/____
Término ____/____/____

Resultados _____

Anexo 1

HISTORIA FAMILIAR:

Familiograma.

Padre:

Ocupación:

Edad:

Escolaridad:

Observaciones: _____

Madre:

Ocupación:

Edad:

Escolaridad:

Observaciones: _____

Hermanos:

Lugar de familia:

Hnos:

Hnas:

Edad:

Escolaridad:

Edo.Civil:

Anexo 1

Observaciones:

Nombre del cónyuge:

Ocupación:

Edad:

Escolaridad:

Observaciones: _____

Hijos:

Ocupación:

Edad:

Escolaridad:

Observaciones: _____

Ambiente Familiar general:

Padecimientos mentales, Padecimientos Físicos, Alcoholismo, Drogadicción o Fármaco-dependencia

Anexo 1

HISTORIA DEL DESARROLLO:

INFANCIA:

ADOLESCENCIA:

ADULTEZ:

Anexo 1

IMPRESIÓN CLÍNICA

A) EXAMEN MENTAL.

Conducta durante la entrevista:

PERCEPCIÓN	
PENSAMIENTO	
CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	
MEMORIA	
LENGUAJE	
AFECTIVIDAD	
VOLUNTAD	
ATENCIÓN	
ORIENTACIÓN	
JUICIO	

Anexo 1

B) DX.

C) TX.

RECOMENDACIONES:

Anexo 2

CUESTIONARIO BDI

Nombre y Apellidos _____

Fecha _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, señale la puntuación que mejor describa cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso. Circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su selección.

- A. 0. Yo no me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- B. 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
 1. Me siento descorazonado por el futuro
 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3. Siento que el futuro no tiene esperanzas y que las cosas no pueden mejorar.
- C. 0. Yo no me siento triste como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que he vivido son fracasados
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
- D. 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
- E. 0. En realidad yo no me siento culpable
 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo
- F. 0. Yo no me siento que este siendo castigado
 1. Siento que podría ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que he sido castigado
- G. 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1. Estoy desilusionado de mí mismo
 2. Estoy disgustado de mí mismo
 3. Me odio

Anexo 2

- H. 0. Yo no me siento peor que otras personas
1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3. Me culpo por todo lo malo que Suede
- I. 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2. Me gustaría suicidarme
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- J. 0. Yo no lloro más de lo usual
1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2. Actualmente lloro todo el tiempo
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
- K. 0. Yo no estoy más irritable de lo normal
1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes
2. me siento irritable todo el tiempo
3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
- L. 0. Ya no he perdido el interés por la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2. He perdido en gran medida el interés en la gente
3. He perdido todo el interés en la gente
- M. 0. Tomo decisiones también como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3. Ya no puedo tomar decisiones.
- N. 0. Ya no siento que me vea peor de cómo me veía
1. Estoy preocupado por verme viejo(a) o poco atractivo(a)
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
3. Creo que me feo(a)
- O. 1. Puedo trabajar tan bien como antes
2. Requiere de más esfuerzo para iniciar algo
3. Tengo que obligarme para hacer algo
- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.
- Q. 0. Ya no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo solía hacerlo
2. Con cualquier cosa que hago me canso
3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

Anexo 2

- R.
0. Mi apetito no es peor de lo habitual
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
 2. Mi apetito esta muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada

- S.
0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
 1. He perdido más de dos kilos
 2. He perdido más de cinco kilos
 3. He perdido más de ocho kilos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos

Si _____ No _____

- T.
0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- U.
0. Yo no he notado ningún cambio reciente de mi interés por el sexo
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 3

Escala H.A.D. (2000)

Nombre y Apellidos _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

No. De Registro _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda. Instrucciones: Lea cada pregunta y marque con una flecha o una "x" la casilla que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la ultima semana.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

Todo el día Casi todo día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

Si y muy intenso Sí, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

Todo el día Casi todo día De vez en cuando Nunca

6. Me siento alegre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

8. Me siento lento(a) y torpe:

Todo el día Casi todo día De vez en cuando Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de en el estomago:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:


Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No es absoluto




AUTO REGISTRO DE PENSAMIENTO

Nombre: _____

<p>¿Cuál fue la situación?</p> 	<p>Fecha</p> 	<p>¿Cómo me sentí? (Intensidad 1-10)</p> 	<p>¿Qué fue lo que pensé justo antes de sentirme así?</p> 	<p>¿Cómo fue mi comportamiento después?</p> 





AUTO REGISTRO DE PENSAMIENTO

Nombre: _____

¿Cuál fue la situación? 	¿Cómo me sentí? (Intensidad 1-10) 	Pensamientos automáticos 

AUTO REGISTRO DE PENSAMIENTO






Nombre: _____

<p>¿Cuál fue la situación?</p> 	<p>¿Cómo me sentí? (Intensidad 1-10)</p> 	<p>Pensamientos automáticos</p> 	<p>Estima la alta tensión (0-10) de cada pensamiento automático:</p>  <p>Cuánta emoción experimentarías basándote sólo en ese pensamiento</p>

Anexo 5

AUTO REGISTRO DE PENSAMIENTO








Nombre: _____

<p>¿Cuál fue la situación?</p> 	<p>¿Cómo me sentí? (Intensidad 1-10)</p> 	<p>Pensamientos automáticos</p> 	<p>Evidencia <u>que apoya</u> el pensamiento de alta tensión</p> 	<p>Evidencia que <u>NO</u> apoya el pensamiento de alta tensión</p> 

Anexo 5

AUTO REGISTRO DE PENSAMIENTO

Nombre: _____

<p>¿Cuál fue la situación?</p> 	<p>¿Cómo me sentí? (Intensidad 1-10)</p> 	<p>Pensamientos automáticos</p> 	<p>Evidencia <u>que apoya</u> el pensamiento de alta tensión</p> 	<p>Evidencia que <u>NO</u> apoya el pensamiento de alta tensión</p> 	<p>Pensamientos alternativos o equilibrados</p>  <p>ESTIMA CUANTO CREES EN CADA PENSAMIENTO EQUILIBRADO (0-10)</p>	<p>Estima ahora las emociones:</p> <p>Vuelve a estimar las emociones de las segunda columna, e incluso agregar cualquier otra nueva emoción, si se presentase.</p> <p>(Intensidad 1-10)</p> 

IDENTIFICAR EMOCIONES

DESCRIBE UNA SITUACIÓN RECIENTE EN LA CUAL HAYAS EXPERIMENTADO UN ESTADO DE ÁNIMO FUERTE. DESPUÉS IDENTIFICA QUE EMOCIONES TUVISTE DURANTE O INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE ESTAR EN ESTA SITUACIÓN.

1. situación: _____
emociones: _____
2. situación: _____
emociones: _____
3. situación: _____
emociones: _____
4. situación: _____
emociones: _____

Anexo 6

RECORDATORIO:

Para identificar los pensamientos automáticos, observa que esta pasando por tu mente cuando tengas sentimientos intensos o reacciones intensas hacia algo

INSTRUCCIONES: Para practicar la identificación de los pensamientos automáticos; escribe qué es lo que pasa por tu cabeza cuando te imaginas a ti mismo en las siguientes situaciones.

SITUACIÓN 1: Estás en un centro comercial y te vas a comprar un regalo muy especial para ti mismo. Lo viste allí pocas semanas atrás y has ahorrado el dinero para comprártelo. Cuando vas a la tienda, el dependiente de la tienda te dice que se le ha acabado ese artículo:

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Anexo 6

SITUACIÓN 2: Cocinas chiles rellenos para una fiesta de vecinos. Estas un poquito nervioso porque has hecho una receta nueva. Después de diez minutos algunas personas vienen y te dicen que piensan que los chiles están deliciosos.

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Anexo 6

PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS O EQUILIBRADOS

Los pensamientos alternativos o equilibrados resumen la evidencia importante sobre lo que apoyan los pensamientos de alta tensión y sobre lo que NO apoya los pensamientos de alta tensión.

Para lo cual es importante recordar tres puntos:

1) Si la evidencia no apoya tus pensamientos automáticos, escribe una perspectiva alternativa de la situación que sea consistente con la evidencia.

2) Si la evidencia apoya sólo parcialmente los pensamientos automáticos, escribe un pensamiento equilibrado que resuma las evidencias que apoyen o contradigan tu pensamiento inicial.

3) Estima tu creencia en el pensamiento alternativo o equilibrado en una escala de 0 a 10

Anexo 6

REGISTRO DE ACTIVIDADES SEMANALES

- En primer lugar, elige un estado de ánimo que sea problemático para ti o que te ocurra con bastante frecuencia y escribe este estado de ánimo aquí:
- Estado de ánimo: _____
- Durante la semana, voy a estimar este estado de ánimo en una escala de puntuaciones de 0 a 10

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							

Anexo 7

PENSAMIENTO A PRUEBA:

EXPERIMENTO	PREDICCIÓN	ANTICIPA POSIBLES PROBLEMAS	DESARROLLA ESTRATEGIAS PARA RESOLVER ESOS PROBLEMAS	RESULTADO DEL EXPERIMENTO	¿CUÁNTO APOYA EL RESULTADO DEL EXPERIMENTO EL PENSAMIENTO QUE SE HA PUESTO A PRUEBA? (0-10)

¿QUÉ HE APRENDIDO DE ESTOS EXPERIMENTOS?

Anexo 8

PLAN DE ACCIÓN:

IDENTIFICA UN PROBLEMA DE TU VIDA QUE TE GUSTARIA CAMBIAR Y ESCRIBELO EN LA LINEA QUE DICE OBJETIVO.
COMPLETA EL PLAN DE ACCIÓN, HACIÉNDOLO LO MÁS ESPECÍFICO POSIBLE.

OBJETIVO: _____

PLAN DE ACCIÓN	TIEMPO DE INICIO	ANTICIPA POSIBLES PROBLEMAS	DESARROLLA ESTRATEGIAS PARA SUPERAR LOS PROBLEMAS	INFORME DE PROGRESO