



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

“TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN PACIENTES
DIABÉTICOS TII, CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JUAN CÁRDENAS VILLEGAS

ASESOR: MTRO. CÉSAR JAVIER ARÁMBULA RÍOS



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

En primer lugar quiero agradecer a la Universidad Insurgentes por permitirme ser parte de ella y darme la formación necesaria para cumplir con mis proyectos y sueños. Y acogerme y así formar parte de mí, como mi segundo hogar.

A todos mis maestros que me enseñaron a amar esta profesión y por brindar su conocimiento sin condiciones, especialmente a los que marcaron mi formación e inclinación académica.

De manera muy especial, agradezco a mi director de tesis al Mtro. Cesar Javier Arámbula Ríos como persona y como profesional, por la gran oportunidad, el apoyo, la confianza y sobre todo por las enseñanzas que me ha dado ya que me ha dejado huella en mi vida.

Así mismo muy importante agradecer al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz.

Por permitirme ser parte de su proyecto, Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la salud mental en primer nivel de atención- guía de intervención Breve.

Muy en especial a la Dra. Blanca Estela Vargas Terres y Dr. Valerio Villamil Salcedo, investigadores preocupados por la comunidad y su salud mental, que son los pioneros en México junto con otros que forman parte del proyecto de la investigación modelos de intervención en salud mental en primer nivel de atención que se desarrolla en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La fuente Muñiz, a cargo de la Dra. Blanca E. Vargas Terres, jefa del servicio de psiquiatría comunitaria.

Programa Transdisciplinario en Investigación y “Desarrollo de Nuevos Modelos para la Prevención y el Tratamiento en la salud mental” de donde se presenta este trabajo.

Así mismo agradecer a mis amigos su amistad incondicional y aprendiendo de cada uno de ellos viviendo los momentos de alegría y de tristeza compartidos: A mi hijo Roberto y mi nieto Lían que me motivo a hacerlo, y que nunca es tarde para alcanzar los objetivos. A mis padres y Hermanos.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
Capítulo 1. Ansiedad y depresión	6
1.1 Historia de la ansiedad y la depresión.....	6
1.2 Sintomatología de la depresión	8
1.3 Etiología de la depresión.....	10
1.4 Los factores bioquímicos	11
1.4.1 Neuroendocrinas.....	11
1.4.2 Neurofisiológicos.....	11
1.4.3 Factores Genéticos	12
1.4.4 Factores Psicológicos.....	12
1.4.5 Drogas	13
1.4.6 Enfermedades Orgánicas	14
1.4.7 Enfermedades Infecciosas.....	14
1.4.8 Enfermedades Psiquiátricas	14
1.5 Ansiedad.....	15
1.5.1 ¿Qué entendemos por ansiedad?	16
1.5.2 <i>American Psychiatric Association</i> : Manuel diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5-TR.....	20
1.5.3 Patología de la ansiedad	23
1.5.4 Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad (cit. por Roca y col. 2002).....	24
1.5.5 Fobia y ansiedad.....	25
1.6 Modelo Psicoanalítico:.....	25
1.6.1 Manifestaciones físicas y mentales	27
1.6.2 Desarrollo fisiológico	27
1.6.3 Sintomatología de la ansiedad	28
1.6.4 Presentación del síntoma Físico y Psíquicos	¡Error! Marcador no definido.
1.7 Etiología de la ansiedad	28
1.8 Desarrollo cognitivo.....	31
1.9 Diabetes.....	33
1.10 Diseño de la terapia de solución de problemas.....	36

1.10.1 Generación de Soluciones	40
1.10.2 Metas para cada problema	41
1.10.3 Evaluación de la TSP	42
1.10.4 Autoevaluación.....	42
Capítulo 2. La terapia de solución de problemas	43
2.1 Antecedentes de la solución de problemas.....	46
2.2 Relación entre depresión, ansiedad y terapia de solución de problemas.....	53
2.3 La OMS y la depresión y ansiedad	53
2.4 Terapia de Solución de Problemas (TSP)	54
2.5 Metas de la Terapia de Solución de Problemas (TSP)	55
2.6 Tipos de Terapia de Solución De Problemas (TSP).....	55
2.7 La técnica de la Terapia de solución de problemas aplicada a la depresión y ansiedad	56
2.8 TSP en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz de la Ciudad de México	57
Capítulo 3. Investigaciones Relacionadas con la Terapia de Solución de Problemas.....	62
3.1 Estudios sobre la efectividad de la TSP	62
3.2 Efectos de la Terapia de Solución de Problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa.....	64
3.3 La técnica dela terapia de solución de problemas aplicada a la depresión mayor	69
Capítulo 4. Método.....	74
4.1 Planteamiento del problema	74
4.2 Pregunta de investigación	75
4.3 Objetivos	75
4.4 Variables	76
4.5 Hipótesis.....	79
4.6 Tipo de investigación	79
4.7 Diseño	79
4.8 Muestra.....	79
4.9 Muestreo.....	80
4.10 Instrumentos.....	80
4.11 Procedimiento	82
4.12 Análisis de datos	83
Capitulo 5. Analisis de resultados.....	84

Capítulo 6. Discusión	89
Capítulo 7. Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
Referencias.....	101
Anexos	106

RESUMEN

Esta investigación fue realizada con la finalidad de mejorar el estado de ánimo en los pacientes con Diabetes Mellitus TII, a través de la Terapia de Solución de Problemas con el objetivo principal de reducir signos y síntomas de depresión y ansiedad. Se utilizó un diseño pre-experimental pre-test- pos-test con grupo experimental e intervención de seis meses. Se hicieron comparaciones transversales intergrupales (antes del tratamiento) y longitudinales para evaluar los cambios antes y después del tratamiento.

Cabe mencionar que el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De La Fuente Muñiz” realizó una preselección de pacientes de consulta general empleando el Kessler10 (K10), instrumento que mide la depresión, aplicándolo en cada Centro de Salud de la Jurisdicción Coyoacán. Estos pacientes fueron canalizados al Centro de Salud donde se llevó a cabo esta investigación, en la consulta habitual. De esa manera se seleccionaron 20 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, del Centro de Salud TII, Ajusco, de la Jurisdicción Coyoacán, estos pacientes cumplían con los diagnósticos de depresión y ansiedad. A estos sujetos se les aplicó el Inventario de Beck para Ansiedad y Depresión en la modalidad de pre y postest. Posteriormente se dio inicio a la Terapia de Solución de Problemas (TSP) con los pacientes que accedieron a dicho programa que consta de 8 sesiones de 40 minutos cada una. El análisis de resultados se realizó de acuerdo a la estadística descriptiva ya que se recolectaron y presentaron un conjunto de datos con el fin de relatar apropiadamente sus diversas características. Se llevó a cabo también un análisis de estadística inferencial mediante la prueba t de muestras relacionadas, para averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el pos-test. Lo anterior proporciona una visión de cómo las variables, depresión, ansiedad y satisfacción cambiaron sus valores de forma positiva y significativa al obtener datos más consistentes respecto a las desviaciones estándar y al manejo de las variables con la TSP. Dando como resultado que las personas que recibieron terapia de solución de problemas tuvieron reducciones significativas en su depresión, Ansiedad tanto al final del tratamiento como en los seguimientos. Y como conclusión que los pacientes, con (DM TII), deben tener terapia farmacológica, más una terapia que les proporcione herramientas para afrontar sus problemas emocionales, (TSP). **Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Terapia de Solución de Problemas (TSP), Diabetes Mellitus TII**

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) dice que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. El término ansiedad proviene del latín “*anxietas*”, que significa miedo o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. Estos dos trastornos aunados a una enfermedad crónica degenerativa como es la Diabetes Mellitus TII, hacen que el bienestar y calidad de vida de una persona se vean afectados.

La psicología en este siglo se caracteriza por ser multifacética, se encuentra en tensión dinámica entre poderosas fuerzas en la experiencia humana; hacer sentir y pensar. Para el modelo cognitivo-conductual el comportamiento o la acción y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto. Para los cognitivistas el papel central se le da al entendimiento, de tal modo que su afirmación esencial es que la persona piensa, actúa y siente. Finalmente para los teóricos emotivos el sentimiento es primario y es lo más poderoso. Más recientemente (Beck 1994 mencionado en Caro, G. Marzo del 2013). Apuntan como más relevantes la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D’Zurilla.

El nivel primario de análisis del modelo de solución de problemas de la patogénesis de la depresión se centra en la relaciones recíprocas entre las experiencias puntuales vitales muy negativas, las experiencias negativas del día a día, las reacciones depresivas a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento de solución de problemas. Este último componente es el más importante del modelo (Nezu et al, 1989, citado en Areán, 2000). El término afrontamiento se refiere a aquellas actividades cognitivas y conductuales con las que una persona intenta manejar una situación problemática estresante (D’Zurilla y Nezu, 1999, mencionado en Areán 2000).

Todos los seres humanos, indistintamente de su edad, están expuestos a una serie de situaciones que implican o demandan en ellos la capacidad de afrontar y resolver. Muchas personas carecen de la capacidad para encontrar soluciones ante las situaciones que consideran conflictivas o problemáticas, pues en su repertorio comportamental y cognitivo no han construido o ejercitado estas habilidades. Las personas que carecen o no ejercitan estas habilidades, experimentan el fenómeno conocido como “Visión de Túnel”, el cual consiste en la incapacidad de enfocar la atención en otra cosa distinta que no sea el problema (Shneidman, 2010). Esta incapacidad incluye, evidentemente, a las soluciones posibles del problema. Debido a este fenómeno este trabajo tiene como objetivo aplicar la terapia de solución de problemas para disminuir los síntomas de la depresión y la ansiedad en pacientes diabéticos TII, aumentando la comprensión del paciente sobre la relación entre sus síntomas y sus problemas actuales. A continuación de forma breve se describen los temas más relevantes que se abordan para el entendimiento de esta investigación:

En el capítulo uno mencionaremos la importancia de la Historia de la ansiedad y la depresión en donde se investigó qué es la ansiedad y la depresión desde el punto de vista de la psiquiatría, psicología, medicina, filosofía y sociología. Se explica la relevancia de la ansiedad y depresión y cómo afecta al individuo en el área biopsicosocial, dando como resultado el desarrollo de un tratamiento interdisciplinario según su gravedad de acuerdo a la escala proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *American Psychiatric Association* por medio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5. En donde recomiendan el tratamiento llamado Terapia de Solución de Problemas (Basado en el modelo cognitivo-conductual). En el capítulo dos se estudiaron los Antecedentes de la terapia de solución de problemas, pasando por la investigación que se hizo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, realizada en la ciudad de México en pacientes diabéticos TII con el objetivo de disminuir los síntomas de ansiedad y depresión. Este último componente es el más importante del modelo.

La terapia de solución de problemas no es algo nuevo, sin embargo, sus áreas de aplicación si han tenido cambios significativos y como consecuencia se ha perfeccionado la técnica incrementando su efectividad.

El capítulo tres se revisaron algunas investigaciones relacionadas con la terapia de solución de problemas realizados en diferentes países incluyendo México.

En el capítulo cuatro se describe el método de este trabajo en donde se aplicó un pre y postest, el planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, variables, hipótesis, tipo de investigación, diseño de investigación, muestra, muestreo e instrumentos de medición que son los inventarios de Beck de depresión y ansiedad.

Y posteriormente en el capítulo cinco se trató el procedimiento y el análisis de datos, además se llevó a cabo también un análisis estadístico inferencial mediante la prueba t de muestras relacionadas, para averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el postest. Las cifras obtenidas en el análisis estadístico realizado para esta investigación proporcionan una visión de cómo las variables, depresión, ansiedad y satisfacción cambiaron sus valores de forma positiva y significativa al obtener datos más consistentes respecto a las desviaciones estándar y al manejo de las variables con la TSP.

Y por último se estudió y comprobó que una intervención psicosocial como la TSP contribuye a disminuir la intensidad y duración de los síntomas de los pacientes con ansiedad y depresión y otras enfermedades y enfatiza la necesidad en diferentes categorías de severidad y de tipos de enfermedad crónica degenerativa o bien enfermedades agudas. El Instituto Nacional de Psiquiatría corrobora la utilidad y comprueba que la terapia de solución de problemas tiene resultados positivos para los pacientes. La TSP disminuye la intensidad y duración de los síntomas de los pacientes de Diabetes Mellitus TII, población que se utilizó en esta investigación.

Capítulo 1. Ansiedad y depresión

1.1 Historia de la ansiedad y la depresión

En la historia del concepto de depresión, como en el de otros conceptos en psiquiatría, psicología, medicina, filosofía y sociología, se puede encontrar una larga evolución, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel cultural. La depresión en términos conceptuales ha surgido recientemente, sin embargo los síntomas típicos fueron descritos en el siglo IV a.C. por Hipócrates, quien describió un estado de ánimo bajo, insomnio, pérdida de apetito, intranquilidad, irritabilidad y resequedad en la boca en las personas que padecían melancolía, estos síntomas hoy en día son criterios considerados como característicos de la depresión. Hipócrates sugirió que la causa de estos malestares se debía a un exceso de “bilis negra”, la cual dificulta y entorpece el funcionamiento del cerebro (Cobo y Lilly, 2011).

Más tarde, en el siglo II d.C. los médicos islámicos y occidentales mantuvieron la definición de Hipócrates por aproximadamente mil quinientos años, lo cual volvió a la melancolía un concepto estable. Posteriormente otros investigadores comenzaron a reestructurar la definición, principalmente Rufo de Éfeso y Galeno: “La melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que el paciente se mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita” (Cobo, 2005). También añadieron como dato menos constante la presencia de ideas suicidas y riesgo de suicidio. Durante la Edad Media se consideró que la depresión era causada por fuerzas malignas o demoniacas, las cuales irrumpían en el cuerpo y provocaban un malestar constante y agudo que en el peor de los casos podía llevarlos a la muerte.

En el Renacimiento trataron de explicar la melancolía como un estado de ánimo causado por una particular formación celeste, en la cual Saturno se caracterizaba por ser un elemento frío y sinónimo de ancianidad, lo cual provocaba el estado de ánimo melancólico, frío, inconsolable, seco y malhumorado; esto se apreciaba principalmente en los ancianos.

Durante el siglo XVI y XVII la mayor aportación para la conceptualización de lo que hoy se conoce como depresión fue la identificación de los factores desencadenantes,

esto dio la pauta a lo que hoy se considera como criterios diagnósticos; sin embargo en esa época se redefinió como *melancolía moderna*, en la cual la tristeza no se podía explicar de ninguna manera (“sin causa aparente”). Pese a que en relatos previos ya era mencionada, no es hasta el siglo XVI que se le consideró como un síntoma específico (Cobo, 2005).

Las dos obras fundamentales de la época fueron *A Traitise of melancholia* de Timothy Bright (1586) y la *Anatomy of Melancholy*, de Robert Burton (1621). Con ambas se consiguió una considerable difusión del término entre los no iniciados, de forma que el círculo de las formas melancólicas se hace “popular” y se extiende en la sociedad, llegando a denominar a toda una serie de procesos morbosos que tenían en común una alteración mental cualquiera, real o aparente, generalmente crónica, no espasmódica, pero debilitante.

Después de la denominación clásica y moderna de la melancolía, también se derivaron algunos subtipos, de los cuales existe uno que explicaba el malestar a causa de una pérdida amorosa o de un objeto que obsesionaba al paciente, debido a esta valoración extrema era del mismo modo la reacción que causaba, el vacío que hacía sentir al sujeto, Galeno fue quien introdujo esta hipótesis, ya que argumentaba que el estado del alma perturbaba directamente el humor del hombre, esta clasificación fue denominada como erotomanías o las melancolías eróticas (Cobo, 2005). Sin embargo fue hasta el siglo XIX cuando se estableció un modelo médico que permitió explicar de forma científica dicho fenómeno (Lilly, 2011).

Aunque no de forma real, es decir, de acuerdo al contexto que se vivía, se adjudicaba la depresión a la anemia cerebral o fallas en el sistema nervioso; uno de los autores más destacados durante el siglo XIX fue Jackson, quien propuso que “Las hipótesis explicativas sobre el origen de la melancolía se basan en una combinación de factores hereditarios predisponentes, anemias cerebrales, irritaciones, deficiencias nutricionales cerebrales o agotamiento de la energía nerviosa, proponiendo diversas funciones nerviosas defectuosas y esquemas de las diversas deficiencias en las células nerviosas” (Cobo, 2005).

Cobo menciona que las primeras descripciones e hipótesis modernas parten de la psiquiatría francesa, inaugurada con la obra de Pinel (1745-1826), dando así paso a las nuevas teorías explicativas sobre la conceptualización y el origen de la depresión, que en el

principio de los tiempos fue considerada como melancolía, hoy en día estos dos términos se conceptualizan de forma distinta. Hall Ramírez (2003, citado en Cobo, 2005) menciona que la depresión es un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente y otro hecho triste, pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) dice que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Se trata de un desequilibrio anímico que afecta el desempeño del sujeto en las diversas áreas que conforman su vida. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, en su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se necesita medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria

1.2 Sintomatología de la depresión

La depresión está incluida en los trastornos del estado de ánimo, ya que Jarne (2010) la considera como un desorden patológico de la afectividad. Los trastornos del estado de ánimo han sido clasificados patológicamente como parte de la neurosis y psicosis. Jarne los clasifica en el siguiente orden:

Trastorno depresivo mayor

Es incapacitante en dos o más contextos del sujeto (familia, laboral, académico y social) y se presenta de forma crónica, y están presentes durante más de 6 meses, y presenta más de 5 síntomas, según se desprendan de la información subjetiva (p.ej.: se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5-TR, 2013).

✚ Trastorno depresivo recurrente

El sujeto presenta de cinco a nueve síntomas en por lo menos un lapso de 3 días, pero con recurrencia irregular como mínimo mensual durante el último año, junto con una sensación subjetiva de incapacidad laboral.

✚ Trastorno depresivo no especificado

Esta clasificación se refiere a que el cuadro de la enfermedad no cumple con alguno de los criterios diagnósticos para pertenecer a alguna de las clasificaciones anteriores. Jarne recopila 12 síntomas característicos de la depresión:

1) Tristeza profunda: En los adultos se presenta como un sentimiento de vacío y tristeza constante, en cambio en adolescentes puede presentarse como irritabilidad.

2) Anhedonia: El sujeto pierde el deseo de todo contacto interpersonal, disminución de la libido y presenta un descuido personal a nivel físico (aseo y aliño).

3) Cansancio: Se presenta como una incapacidad para realizar actividades cotidianas debido a la falta de energía física y mental.

4) Incompetencia: se percibe un sentimiento de inutilidad en el sujeto, o bien este se manifiesta como culpa; otra variante es el pecado, estos sentimientos llevan al sujeto a aislarse y recriminarse de forma constante sus errores.

5) Ideas suicidas: Estas se presentan en distintos niveles, ya que va desde la idea de morir como algo deseable hasta el extremo en el cual el sujeto realiza la acción suicida. Es importante identificar el nivel en que se encuentra el sujeto (en caso de presentar el síntoma) para reevaluar el tratamiento.

6) Bradipsiquia: Es la dificultad para llevar a cabo tareas cognitivas, que puede identificarse como dificultad para la toma de decisiones.

7) Decremento de habilidades verbales: Se presenta disminución en la velocidad del habla y en la calidad del discurso.

8) Insomnio: el sujeto puede presentar dificultad para dormir o bien despertar de forma precoz, entre las 4 am y las 6 am, y no poder dormir nuevamente.

9) Inestabilidad psicomotora: Agitación o enlentecimiento

10) Inestabilidad en la masa corporal: Pérdida o aumento de peso de manera súbita.

11) Alucinaciones: Suelen ser auditivas, sin embargo es un síntoma poco frecuente.

12) Malestar matutino o por temporada: Los síntomas empeoran en la mañana y por la noche parece haber mejoría; la temporada otoño-invierno acentúa los síntomas.

1.3 Etiología de la depresión

La investigación realizada en México en 2012, arrojó que de acuerdo al sexo se presenta hasta cuatro veces más la depresión en mujeres que en hombres (4/1), lo que resulta en una propensión en cuanto a variable psicosocial, ya que esta prevalencia poblacional aumenta en países pobres con altos índices de violencia o abuso sexual. Sin embargo, el reto mayor es adaptar los sistemas de salud a fin de que favorezcan intervenciones psicosociales de relativa sencillez para los casos menos graves, y que permitan cruzar los filtros a los niveles más especializados de manera más expedita y amigable para las personas. Queda, además, por resolver el problema de generar un amplio proceso social que favorezca la promoción de la salud mental. Y aunque éste es el campo más importante, porque la mayoría de los casos ocurre y permanece en la comunidad, también es cierto que es en el que más investigación e inversión se sigue requiriendo. Más aún, una de las áreas de investigación con mayor impacto posible será aquella que aspire a cruzar las fronteras de los métodos y las disciplinas, de la división entre los pacientes y el personal de la salud, entre la comunidad y el centro de atención primaria a la salud (Medina Mora y Pérez Rincón, 2012).

Las causas que describen la causalidad de la depresión se dividen a groso modo en diferentes grupos que se describen en seguida:

1.4 Los factores bioquímicos

Es la teoría con mayor acuerdo y plantea que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina, es el causante de la depresión, mientras que el exceso de ellas lleva a la manía. Investigaciones recientes indican que la falta de serotonina, dopamina y noradrenalina son los principales neurotransmisores causante de la depresión, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006).

1.4.1 Neuroendocrinos

Las hormonas tiroideas desempeñan un papel fundamental en el crecimiento somático y regulan numerosos procesos metabólicos. Algunos síntomas del síndrome clínico, como trastorno del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo. Más de la mitad de los pacientes muestran aumento de cortisol, además existe una relación con la función tiroidea ya que muchos pacientes con la disminución de hormona triyodotironina (**T3**) poseen depresión, sin embargo muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración tiroidea. Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos, existe una disminución en la liberación de la Hormona de Crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanecen hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de la depresión (Brandan, Llanos, Horak, Tannuri & Rodríguez, 2014).

1.4.2 Neurofisiológicos

Existen relaciones anatómicas entre el hipotálamo y la glándula hipófisis: se considera que la neurohipófisis es una extensión del tejido nervioso que almacena neurohormonas y posee su propia irrigación arterial. Por el contrario la adenohipofisis está formada por tejido endocrino, gracias a esta organización, las células endocrinas quedan expuestas a elevadas concentraciones de las neuro hormonas producidas en el hipotálamo y almacenadas en la eminencia media, las neuronas segregadas por la neurohipofisis y adenohipofisis se dirigen y actúan sobre objetivos celulares periféricos como son ACTH, hormona adrenocorticotropa, ADH, hormona antidiurética, FSH, hormona foliculoestimulante, GH, hormona de crecimiento, LH, hormona luteinizante, OCT,

oxitocina; PRL, prolactina y TSH, tirotropina. Interacciones entre los diversos centros reguladores hipotalámicos, sus aferencias desde varias partes del encéfalo y sus aferencias hacia la glándula hipófisis, de hecho que una de las funciones que afecta es el sueño, el dolor, el estrés, las necesidades energéticas, temperatura y ciertas señales del sistema nervioso autónomo, así como otros factores, influyen sobre el funcionamiento de la hipófisis, estas características dan como resultado una depresión por aumento del cortisol. Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza un electroencefalograma (EEG) es la disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR o REM) (Levy, Koeppen & Stanton, 2006).

1.4.3 Factores Genéticos

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21 (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006).

En un estudio reciente se hicieron pruebas para ver por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas pero no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Ese estudio epidemiológico provee la evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo (Guadarrama, Escobar & Zhang, 2006).

1.4.4 Factores Psicológicos

Las teorías del siglo XVIII otorgaban fundamentalmente importancia al pensamiento racional como la forma de lograr una adaptación personal y social. Sin

embargo en la primera mitad del siglo XIX atrajo mucho más atención el importante papel del pensamiento irracional en la conducta normal y anormal, esta transformación tuvo lugar como una relación contra el punto de vista filosófico y científico que dieron poca importancia a las emociones, las motivaciones y los conflictos internos de la conducta del hombre. Muchos clínicos e investigadores empezaron a considerar los conflictos internos como la causa principal de la felicidad personal y el fracaso para adaptarse en el aspecto social. Este enfoque a las emociones y los sentimientos irracionales establecieron las bases de los escritos de Sigmund Freud de principios del siglo XX acerca de los procesos mentales y su relación con la conducta perturbada.

Aunque la depresión juega un papel importante en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, la palabra depresión es parte del vocabulario diario. Es importante darse cuenta de que sentirse deprimido no es lo mismo que tener un trastorno depresivo, estos sentimientos aunque son desagradables son bastante diferentes de sentirse bajo la nube negra que acompaña una depresión mayor, pero la importancia de hacer la diferenciación de una depresión mayor, moderada o menor de una tristeza temporal es con la finalidad de diagnosticar correctamente. Cualquier tipo de depresión menor, moderada o mayor, principalmente, tiene factores psicógenos de gran importancia, se cree que el problema de la depresión se da por el contexto social en el que se desarrolla, así como de los problemas cotidianos que son difíciles de resolver para el sujeto, siendo producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro, siendo el estado depresivo accesorio a los factores cognitivos que no los hace funcionar adecuadamente (Sarason, 2006).

1.4.5 Drogas

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de la depresión, la mayoría de ellos de forma ocasional y pocos con mayor frecuencia. Entre estos medicamentos se encuentran los siguientes:

- ✚ AINES: son un gran grupo de medicamentos que alivian el dolor (analgésicos) y reducen los efectos de la fiebre (antipiréticos), así como el efecto de reducir la inflamación cuando se utiliza durante algún tiempo: Indometacina, Fenocetina, Fenilbutazona, Celebrex.

- ✚ Antibióticos: Ciclocerina, Griceofulbina, Sulfas, Isoniazida
- ✚ Hipotensores: Clonidina, Metildopa, Propanolol, Reserpina y bloqueadores de canales de calcio
- ✚ Antipsicóticos
- ✚ Algunos fármacos para cardiopatías, como los Digitálicos y la procainamida
- ✚ Corticoesteroides y ACTH
- ✚ Disulfiran
- ✚ L dopa
- ✚ Metilsérgida
- ✚ Anticonceptivos orales (Hall Ramírez, 2003).

1.4.6 Enfermedades Orgánicas

Toda enfermedad especialmente grave puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia, como son: Alzheimer, Parkinson, Huntington, Epilepsias, Esclerosis múltiple, Hipotiroidismo, Trastorno del calcio, Feocromocitoma, Porfirina, Cáncer de páncreas, Colon, Ovario, Infarto agudo al miocardio, Accidente cerebro vascular y la enfermedad de Addison y Cushing.

1.4.7 Enfermedades Infecciosas

Hepatitis, influenza, brucelosis, sida, faringoamigdalitis, Tuberculosis y Neumonía.

1.4.8 Enfermedades Psiquiátricas

Para Hall (2003) la esquizofrenia, etapas avanzadas de pánico, el alcoholismo, así como el uso de marihuana, inhalantes, crack o cocaína son algunos trastornos que producen cuadros depresivos.

En la Figura 1 se presenta un ejemplo de como la cocaína hace que se bloquee el paso adecuado de dopamina en las sinapsis, lo que hace que aparezca un cuadro depresivo.

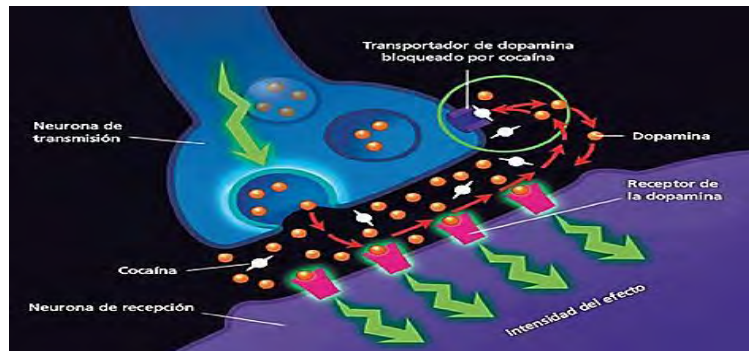


Figura 1. Mecanismo de acción de la cocaína. Tomada del National Institute of Drug Abuse (NIDA, 2016).

La cocaína bloquea el proceso de reciclaje provocando una acumulación de dopamina en la sinapsis. Este aumento de dopamina se asocia con los efectos placenteros provocados por la cocaína.

Además a continuación se explicara otro factor importante que va de la mano casi siempre con la depresión, es la ansiedad que se describe con detalle en el siguiente subcapítulo.

1.5 Ansiedad

El término ansiedad proviene del latín “*anxietas*” que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. De forma general los problemas de salud mental suelen ser atendidos inicialmente en las consultas de Atención Primaria y en este nivel de atención se resuelve un importante número de las demandas generadas por estas patologías, que por lo regular no son tratadas adecuadamente.

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida de las personas y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de enfermedad en las sociedades, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable. En el contexto actual se confirma como una de las categorías de causas que más contribuyen a la pérdida de años de vida libre de enfermedad, utilizando como medida de carga de enfermedad la tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad). Por ello, la salud mental ha requerido una atención especial por parte de todos los agentes implicados, reflejada en las grandes líneas de actuación del documento de “Estrategia en Salud Mental para el Sistema Nacional de Salud mental España, en enero de 2005” atención sanitaria a los pacientes, coordinación entre instituciones, sociedades científicas y asociaciones, formación del personal sanitario, fomento de la investigación y sistemas de información y evaluación. Pero cuando la ansiedad interfiere el día a día de una persona durante un cierto tiempo, entra ya el diagnóstico de trastorno de ansiedad (*American Psychiatric Association*, 2013).

1.5.1 ¿Qué entendemos por ansiedad?

Las patologías psiquiátricas tienen repercusiones importantes desde el punto de vista laboral y del gasto sanitario, actualmente son la segunda causa de baja laboral porcentual y la primera en bajas prolongadas en términos absolutos entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica (González, Mata & Mena, 2007).

Los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad a través del sufrimiento que generan y los que más repercuten en las economías nacionales. La angustia-ansiedad patológica dificulta la

funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia.

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad resulta, por tanto, complejo, sobre todo si se considera la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y, en ocasiones, prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad, en ciertas ocasiones, de derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran.

La variabilidad en el abordaje de los trastornos de ansiedad responde también a una enorme variabilidad en la formación. Diversos estudios han identificado una fuerte necesidad de formación continua en salud mental para los médicos de Atención Primaria; en particular, en el campo de la entrevista psiquiátrica y en el de los conocimientos, habilidades y actitudes para llevar a cabo la “ayuda psicológica”, especialmente respecto al trastorno de somatización, los problemas psicosexuales y el manejo del estrés. En este apartado se desglosa la ansiedad, que es básicamente un mecanismo defensivo. Es una respuesta de alerta ante situaciones consideradas amenazantes. Es un mecanismo universal, se da en todas las personas, es normal, adaptativo, mejora el rendimiento y la capacidad de anticipación y respuesta. La función de la ansiedad es movilizar al organismo y mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o perjudiquen (González, Mata & Mena, 2007).

La ansiedad, empuja a tomar las medidas convenientes (huir, atacar, neutralizar, afrontar, adaptarse), según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro. El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante para nosotros, o bien por la degradación de estatus o logros ya conseguido. El ser humano desea lo que no tiene, y quiere conservar lo que tiene. La ansiedad pues, como mecanismo adaptativo, es positiva, funcional, normal y no representa ningún problema de salud. Sin embargo, en algunos casos, este mecanismo funciona de forma alterada, es decir, produce problemas de salud y, en lugar de ayudar, incapacita.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con importantes niveles de incapacidad y con un impacto considerable en el bienestar personal y en las relaciones sociales y laborales. El agravante de su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de estos trastornos los puede hacer tan discapacitantes como cualquier otra enfermedad crónica. Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria, existiendo además cierta variabilidad en su manejo. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo.

Desde las primeras décadas del siglo XX, existe un interés por la ansiedad en la literatura psicológica al considerarla una respuesta emocional paradigmática que ha ayudado a la investigación básica en el ámbito de las emociones. Dichas investigaciones se han desarrollado a lo largo de la historia con dos problemas fundamentales: la ambigüedad conceptual del constructo de ansiedad y las dificultades metodológicas para abordarlo.

Estos problemas dieron lugar a que las distintas corrientes psicológicas (psicodinámica, humanista, existencial, conductista, psicométrica y, las más recientes, cognitiva y cognitivo-conductual) se ocupen del abordaje de la ansiedad y de las similitudes y diferencias con otros conceptos, dada la gran confusión terminológica con la angustia, el estrés, temor, miedo, tensión, entre otros. Esta confusión conceptual ha sido objeto de diversos estudios (Ansorena, Cobo y Romero, 1983; Bermúdez y Luna, 1980; Borkovek, Weerts y Berstein, 1977; Cattell, 1973; Lazarus, 1966; Miguel-Tobal, 2003, citados por Casado, 1994). Sin embargo, en la práctica actual dichos términos se siguen utilizando indistintamente.

El intento de diferenciar entre los conceptos de ansiedad y angustia es un ejemplo claro de dicha problemática, la utilización de ambos términos dio lugar a confusión en el siglo pasado dado que, en algunas ocasiones, eran usados como sinónimos y, en otras, como vocablos de distinto significado. En esta línea, López-Ibor (1985, citado por Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003) realiza una distinción entre ansiedad y angustia; en la angustia existe un predominio de los síntomas físicos, la reacción del organismo es de paralización,

de sobrecogimiento y la nitidez con la que el individuo capta el fenómeno se atenúa, mientras que en la ansiedad cobran mayor presencia los síntomas psíquicos, la sensación de ahogo y peligro inminente, se presenta una reacción de sobresalto, mayor intento de buscar soluciones eficaces para afrontar la amenaza que en el caso de la angustia y, por último, el fenómeno es percibido con mayor nitidez.

En la actualidad, es difícil mantener dichas diferencias, ya que dentro del concepto de ansiedad se agrupan tanto los síntomas psíquicos o cognitivos como los conductuales y físicos. Además, en el DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina Trastorno de Angustia, resaltando, entre otras características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994); éste es traducido al castellano del término inglés *panic disorder*, dificultando la distinción entre ambos conceptos. Así, el término alemán *Angst*, empleado por Freud para referirse a un afecto negativo y una activación fisiológica desagradable, fue traducido al inglés como *anxiety*, pero en español y en francés tuvo un doble significado, ansiedad y angustia en el primer caso y *anxiété* y *angoisse* en el segundo.

Con el desarrollo de la Psicología y la aparición de distintas escuelas y enfoques, ambos conceptos se han ido diferenciando, hoy en día, la psicología científica se ocupa del abordaje de la ansiedad, mientras que las corrientes psicoanalíticas y humanistas usan con preferencia el término angustia. Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, caracterizando a la misma como una expresión somática predominante en forma de constricción y opresión, es decir, vivenciada como un sufrimiento físico general; además de la anticipación del peligro, que también es común a la ansiedad. En la actualidad, angustia se utiliza como sinónimo de ansiedad, ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez Richards, 1995, citado por Sierra, Ortega, & Zubeidat 2003).

1.5.2 American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5

En resumen, el nuevo manual diagnóstico de referencia mundial mejora en los criterios diagnósticos, consensuando y simplificando la clasificación de éstos. Además se convierte en un manual más práctico y de aplicación más sencilla al valorar los últimos avances en investigación así como factores vitales como el contexto y cultura. El DSM es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la APA (*American Psychiatric Association*), y es el referente en diagnóstico de trastornos de salud mental mundial. Es algo así como el vademécum para los médicos.

Los puntos clave de este manual son:

- ✚ Integra para cada trastorno los últimos hallazgos en neuroimagen y genética, junto con consideraciones de género y cultura.
- ✚ La estructura organizativa revisada reconoce los síntomas que abarcan varias categorías de diagnóstico, proporcionando una nueva perspectiva clínica en el diagnóstico.
- ✚ Los criterios específicos se han simplificado, consolidado o aclarado para ser coherente con la práctica clínica, incluyendo el trastorno autista, el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo en el desorden del espectro autista y se ha optimizado la clasificación de los trastornos de bipolaridad y depresión, entre otros.
- ✚ Proporciona evaluaciones dimensionales para la investigación y validación de los resultados clínicos.
- ✚ Incluye los códigos de la CIE (Clasificación internacional de enfermedades) para cada trastorno y la estructura organizativa es coherente con el nuevo CIE-11.

Y define a la ansiedad de la siguiente forma:

- a) Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada, o bien a la evitación, para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias.

- ✚ Malestar excesivo y recurrente, por separación del hogar, o figuras de mayor apego.
 - ✚ Preocupación excesiva y persistente por posibles pérdidas, que puedan sufrir algún daño como una enfermedad, calamidades o muerte.
 - ✚ Preocupación excesiva y persistente, por la posibilidad de un acontecimiento adverso como perderse, ser raptado, tener un accidente, o enfermar.
 - ✚ Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, trabajo, escuela, o a otro lugar por miedo a la separación.
 - ✚ Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo.
 - ✚ Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o dormir sin una figura de gran apego.
 - ✚ Pesadillas repentinas por la separación.
 - ✚ Quejas repentinas de síntomas físicos (dolor de cabeza, estómago, náuseas, vómito) esto es por separación de lugares o figuras significativas del sujeto.
- b) El miedo, la ansiedad y la evitación es persistente, dura cuatro semanas en niños y adolescentes y seis meses en adultos.
- c) La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento del sujeto.

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas “intrusivas” y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas.

La alteración que causa malestar por la ansiedad se explica mejor dependiendo del trastorno que se presente, como los síntomas significativos a cada uno de ellos (p. ej. Mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico,

agorafobia, trastorno de ansiedad debido a otras afecciones médicas) (American Psychiatric Association, 2013). A continuación se mencionan algunos enfoques sobre la ansiedad.

Durante mucho tiempo, el término angustia fue diferenciado de la ansiedad, caracterizando a la misma como una expresión somática predominante en forma de constricción y opresión, es decir, experimentada como un sufrimiento físico general; además de dicha sensación aparece la anticipación del peligro, que también es común a la ansiedad. En la actualidad, angustia se utiliza como sinónimo de ansiedad, ya que se considera a ambos como estados psicológicos displacenteros acompañados de síntomas fisiológicos de manera frecuente, describiéndose como expectación penosa o desasosiego ante un peligro impreciso (Suárez Richards, 1995, citado por Sierra, Ortega, & Zubeidat 2003).

Por otro lado, la distinción entre los conceptos de ansiedad, actualmente, se considera una tarea laboriosa debido al uso frecuente de ambos como procesos equiparables, agrupando una gran cantidad de elementos comunes. En esta línea, Endler (1988) defiende que el concepto de estrés superpone al de ansiedad, usándose los dos términos indistintamente, mientras que Lazarus (1966) explica que tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

El enfoque bioquímico resulta complementario, ya que ambos neurotransmisores, junto con la dopamina, serotonina y la noradrenalina, interfieren directamente con el estado de ánimo del sujeto, ya que desempeñan sus funciones en el sistema límbico. La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

1. Teoría Psicodinámica.

Su creador fue Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico), respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual - libido- para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos, ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

2. Teorías Conductistas. Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y, por tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

3. Teorías Cognitivistas. Consideran la ansiedad como resultado de “cogniciones” patológicas. Se puede decir que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

1.5.3 Patología de la ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por

esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente y incapacitante en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, una incapacidad física que no hace socialmente funcional al sujeto, fallando en sus áreas esenciales como son la laboral, familiar, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Un análisis de la Organización Europea para la Salud en el Trabajo (citado por Lezcano y Cockburn 2000) mencionó que en Norteamérica (Estados Unidos, Canadá y México) los trabajadores latinoamericanos presentan un cuadro en donde el 13% se queja de dolores de cabeza, un 17% dolores musculares, 30 % dolor de espalda, 20% fatiga y 28%, componentes de ansiedad.

El mundo actual, y principalmente en la Ciudad de México, implica una época de grandes cambios, con ritmos de vida enormemente acelerados, mayor demanda de competencia y especialización. Este entorno exige a las personas mayor grado de autonomía, flexibilidad, iniciativa, seguridad en sí mismas y capacidad para moldearse a situaciones nuevas. Precisamente, las contrariedades y exigencias que cotidianamente debe enfrentar el hombre propician estar sometido a muchos momentos de angustia, lo cual la hace responsable de aspectos tan diversos como: la primera úlcera gástrica de un ejecutivo, el accidente de cierta persona, la incapacidad de un individuo para disfrutar de las relaciones sexuales con su pareja o una inexplicable ansiedad con o sin depresión. Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas por este tipo de trastorno mental. En sí, la angustia o indicadores estresantes están en todos lados y ámbitos como el educativo, familiar, social y laboral.

1.5.4 Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad (citados por Roca y col., 2002).

1. Trastorno de Ansiedad por la Separación: Es la ansiedad excesiva por la separación del niño del hogar o de aquellos a quienes el niño está ligado. La persona puede desarrollar una preocupación excesiva al punto de que puede ponerse reacio o negarse a ir a la escuela, estar solo o dormir solo. Las pesadillas repetitivas y las quejas acerca de

síntomas físicos (tales como el dolor de cabeza, dolor de estómago, náusea o vómitos) pueden ocurrir.

2. El Trastorno de Ansiedad Generalizado: Es la ansiedad excesiva y preocupación sobre los eventos o actividades, tal como el asistir a la escuela o trabajo.

3. El Trastorno de Pánico: Es la presencia recurrente e inesperada de ataques de pánico y preocupaciones persistentes acerca de tener los ataques. Los ataques de pánico se refieren a la ocurrencia repentina de temores intensos, miedo o terror, a menudo asociados con sentimientos de desgracia inminente. También pueden sentirse *cortos* de respiración, con palpitaciones, dolor de pecho o incomodidad, sensaciones de ahogo y asfixia y el temor de “volverse loco” o perder el control.

1.5.5 Fobia y ansiedad

Las fobias son los temores persistentes e irracionales ante un objeto específico, actividad o situación.

Trastorno de angustia sin agorafobia	Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno por estrés agudo
Agorafobia	Trastorno de ansiedad generalizado
Fobia específica	Trastorno de ansiedad por enfermedad médica
Fobia social	Trastorno por ansiedad inducido por sustancias
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno de ansiedad no especificado

Tabla 1. Fobias y temores más comunes de acuerdo al trastorno de ansiedad; el segundo grupo considera los factores psíquicos (Elaborada por el autor).

1.6 Modelo Psicoanalítico:

El psicoanálisis se define como un conjunto de teorías psicológicas y técnicas terapéuticas que tienen su origen en el trabajo y las teorías de Sigmund Freud. La idea central en el centro del psicoanálisis es la creencia de que todas las personas poseen pensamientos, sentimientos, deseos y recuerdos inconscientes. Por lo que en el contenido del inconsciente al consiente, las personas son capaces de experimentar la purificación y profundizar en su estado de ánimo actual.

En este enfoque la depresión es considerada como un duelo patológico, ya que la pérdida del objeto amado del sujeto la vive como una pérdida del Yo, es decir, de sí mismo (Tobal y Casado, 1999, citado por Navlet, 2012).

En este apartado se indagó acerca del cambio conceptual que ha presentado el término depresión, estos cambios han sido impulsados por el surgimiento de nuevos enfoques y distintos contextos. Los adultos son una población que ocupa aproximadamente el 25% de la población que tiende a tener estrés, en conjunto con otras enfermedades en la Ciudad de México. Otro de los factores importantes en la salud pública es la ansiedad en donde se considera normal por esta población (OMS, 2013).

Folkman (1984), partidario de usar el término estrés, resalta que, en los libros, aún aparecen títulos que cofunden el estrés al sustituirlo por el término ansiedad, señalando que autores como Freud, Dollard, Miller, May, Taylor, Spence o Spielberger, entre otros, emplean el término ansiedad en lugar de estrés. No obstante, desde distintas orientaciones se ha manifestado el interés por diferenciar ambos términos y, así, la Psicofisiología se ha interesado por el estudio del estrés, resaltando la importancia de sus aspectos fisiológicos frente a los subjetivos que intervienen en la ansiedad. En esta línea, Taylor (1986) destaca que el estrés hace referencia, principalmente, a la situación, mientras que la ansiedad alude a la reacción ante sucesos estresantes. Por su parte, Bensabat (1987) describe la ansiedad como una emoción de estrés, confundiendo a la misma con el estado agudo de éste, mientras que Spielberger (1972) considera que los términos estrés y miedo son indicadores de fases temporales de un proceso que da lugar a la reacción de ansiedad.

En cualquier caso, estos intentos de distinguir ambos conceptos muestran un déficit común al no incluir todas las características que ambos términos han ido aglutinando a lo largo de su historia. Desde esta perspectiva, la distinción de dichos conceptos se hace posible trabajando de manera dividida con los mismos, destacando determinados elementos, entendidos como parte de uno u otro modelo. En definitiva, no se necesita mucha perspicacia para advertir que la Psicología recoge multitud de conceptos cuyas definiciones se contradicen o se solapan a la vista de diferentes desarrollos teóricos, indicio de su nivel de avance y complejidad como ciencia. A continuación, se describe la evolución histórica de los conceptos ansiedad, angustia y estrés, recogiendo las distintas

conceptualizaciones que se han propuesto por una variedad de autores de la comunidad psiquiátrica, psicológica y filosófica, destacando las diferencias entre las mismas (Tobal y Casado, 1999, citado por Navlet, 2012).

1.6.1 Manifestaciones físicas y mentales

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

1.6.2 Desarrollo fisiológico

Profundizando en la psicobiología, se observa que en los últimos años ha destinado una parte de sus estudios a la ansiedad. Se ha descubierto que el complejo GABA, un receptor de benzodiazepinas, aparte de estar implicado en la acción ansiolítica de las mismas, puede tener una clara relación con la ansiedad. Se hipotetiza la existencia en el cerebro ligándolos endógenos que, al interaccionar con dicho receptor, estén relacionados con algunas función Biopsicosocial. En la actualidad, es posible afirmar que el GABA, asociado a los sistemas de neurotransmisión noradrenérgica y serotoninica, está relacionado con la psicobiología de la angustia pero, aun así, queda mucho por revelar en este campo (Beck, 1985, citado por Beck, Steer & Brown, 2011).

En éstas crisis de ansiedad intervienen mecanismos neurofisiológicos y neurobioquímicos que involucran principalmente a la serotonina, noradrenalina y doparnina. La alteración de la serotonina en el rafe medio dorsal del bulbo es considerado uno de los principales mecanismos responsables de la respuesta de miedo, así como su influencia en el sueño, conducta sexual, actividad motora, percepción del dolor, apetito, agresión, impulsividad y secreción hormonal (Casado, Tobal, Madrid, 1994, citado por Navlet 2012).

1. Los cambios en los niveles centrales de noradrenalina en el locus coeruleus del puente dan aumento de la vigilancia y motricidad, e intervienen en el aprendizaje, memoria, ánimo y excitación. Las estructuras dopaminérgicas son las responsables de la anticipación

y aumento de la motricidad y conducta exploratoria. También se ha podido demostrar un incremento de la circulación sanguínea en las zonas temporales durante la anticipación de la ansiedad

1.6.3 Sintomatología de la ansiedad

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo. En la tabla dos y tres se presentan algunos de los síntomas, físicos, y psíquicos más importante de la ansiedad.

1.7 Etiología de la ansiedad

Este tema es uno de los más controvertidos de la patología mental y más aún, de la misma existencia humana. La figura que forma el ser humano se encuentra envuelta en la angustia, que es el motor y freno, vida y enfermedad en forma indistinta y cambiante. Actualmente se aceptan dos teorías, el origen somato génico y el origen psicogénico y de ansiedad y se ha atribuido al modelo de condicionamiento clásico la responsabilidad de adquisición de los mismos. El experimento de Watson y Rayner (1920), para inducir una respuesta emocional condicionada en un niño de once meses, se cita en apoyo de esta teoría, pero no siempre se tienen en cuenta otros experimentos de replicación fallidos (por ejemplo, English, 1929; Bregman, 1934) ni los problemas metodológicos que presenta este estudio.

Aumento de la tensión muscular	Fluctuaciones de la presión arterial	Urgencias urinarias	Aumento de la frecuencia cardiaca
Mareos	Hipereflexia	Taquicardias	Temblor
Sensación de cabeza vacía	Palpitaciones	Parestesias	Molestias digestivas
Sudoración	Midriasis	Sincope	Diarrea

Tabla 2. Síntomas físicos de la ansiedad (elaborada por el autor)

Intranquilidad	Preocupación excesiva	Deseo de huir
Inquietud	Miedos irracionales	Temor a perder la razón
Nerviosismo	Ideas catastróficas	Sensación de muerte inminente

Tabla 3. Síntomas psíquicos de la ansiedad (elaborada por el autor)

Un error grave a este respecto, cometido por los modelos de condicionamiento, es limitarse a la descripción de las leyes universales del aprendizaje (del tipo de la «ley del efecto» de Thorndike) en animales inferiores, pero sin prestar atención a las variaciones entre las diversas especies ni a las diferencias individuales intraespecíficas. De ahí que se haya comenzado a atender, ya en la década de los setenta, desde el campo de la psicología (y no sólo desde el de la etiología, como ocurría hasta entonces) a las fronteras biológicas y a las diferencias interespecíficas en el aprendizaje, formulándose los conceptos de prepotencia, referido a las fobias humanas, y de preparación referido al aprendizaje en general (Marks y Seligman, 1971, citado por Galletero, 2012).

Los resultados de numerosos estudios ilustran la limitada preparación de los seres humanos para desarrollar fobias (u obsesiones o fetiches sexuales) a la mayoría de los tipos de estímulos existentes y hacen insostenible la teoría simple del condicionamiento por contigüidad como explicación para el origen de estos trastornos de conducta (Marks, 1983, citado en Galletero, 2012).

- ✚ Causas de ansiedad orgánicas: la ansiedad puede ser una respuesta psicológica (reacción del individuo) por el padecimiento de una patología orgánica, especialmente si se trata de una enfermedad grave, porque se trata de una urgencia médica o también aquellas que tienen una evolución crónica, que no requieren tratamiento urgente, pero su pronóstico es grave. Las afecciones respiratorias y las patologías cardiovasculares, como también las que afectan al metabolismo, generalmente tienen una evolución crónica, pero los pacientes son muy propensos a padecer en forma concomitante estados de ansiedad.
- ✚ Causas de ansiedad psíquicas: Tal como se mencionó en el tema de depresión, el binomio depresión-ansiedad, puede ser un buen ejemplo de cómo una causa de ansiedad está originada en un factor psicológico, como es el caso de los pacientes

depresivos. Según estudios recientes, se ha constatado que tres de cuatro pacientes depresivos, tienen un nivel importante de ansiedad en su personalidad Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Además de los estados depresivos, pueden ser causas de ansiedad, otros trastornos psicológicos, como los obsesivo-compulsivos, las psicosis en general, las reacciones agudas que generan los estados de estrés y el estrés postraumático. En otros casos de causa psicológica, se pueden encontrar los trastornos de adaptación y las fobias.

- ✚ Causas de ansiedad por medicamentos o sustancias químicas: Pueden tener una acción ansiógena, los fármacos que tienen un patrón bioquímico común, conocidos como agentes serotoninérgicos, los psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas), la cafeína, con el abuso de la ingesta del café cotidiano o cuadros de abstinencia en personas adictas a drogas depresoras del sistema nervioso central, como morfina, heroína o alcohol. Algunos autores también señalan a la abstinencia de la nicotina en fumadores que quieren dejar el hábito, como posible causa de estados ansiosos.

Resulta todavía especulativa la hipótesis que implica al receptor BZ/GABA-CI en la patogénesis de la ansiedad. Sin embargo, nuevos descubrimientos han abierto una nueva línea al respecto. Una teoría sugiere la presencia de ligandos endógenos ansiogénicos que pueden actuar sobre el receptor. Así, algunos investigadores han aislado las betacarbolinas, compuestos que producen un bloqueo de la acción anticonvulsivante, anticonflicto e hipnótico sedantes de las benzodiazepinas. Se vio que al administrar beta-CCE a monos, aparecían unos efectos que podemos calificar como estado de ansiedad con aparición a dosis altas, incluso, de síndromes de agitación. Posteriormente, estos resultados fueron confirmados en sujetos humanos.

El hecho de que estos síndromes pueden ser revertidos mediante benzodiazepinas planteó un modelo farmacológico de la ansiedad. Tras el descubrimiento de la alta afinidad de las benzodiazepinas por los receptores benzodiazepínicos, los investigadores se plantearon si tales receptores lo eran sólo para sustancias exógenas o si pudieran existir sustancias endógenas que actuaran sobre ellos. Es importante señalar que dichos ligandos endógenos no precisarían ser benzodiazepinas en el sentido químico del término, sino que podrían tratarse de familias químicas diferentes. Da Costa y su grupo proponen que en

algunos de los enfermos afectados por estados de ansiedad estaría implicada la presencia de ligandos endógenos ansiogénicos (Hippius, 1985, Mencionado en Rosas, Simon, Mercado, 2013).

La terapia de conducta se ha ocupado con frecuencia desde la perspectiva de los modelos de condicionamiento, de la etiología de los trastornos fóbicos, y mucho menos, sin embargo, de la de los trastornos de pánico y de ansiedad generalizada. En relación con estos últimos trastornos, que según se ha señalado con frecuencia carecen de estímulos específicos que desencadenen el cuadro clínico, se ha conseguido recientemente identificar muchos estímulos internos y externos que este tipo de pacientes tiende a evitar de forma sistemática (Gelder, 1988, mencionado en Gelder, 2000).

Desde este punto de vista puede considerarse que los trastornos de ansiedad se desarrollan a través de procesos complejos de generalización de estímulos y respuestas y de procesos de condicionamiento de orden superior, con arreglo a los mismos principios que los trastornos fóbicos. Aunque la histeria, la hipocondría, la neurastenia, las fobias, las obsesiones y las compulsiones habían sido diferenciadas mucho tiempo antes, fue Freud quien primero distinguió una entidad diagnóstica sui generis con el término de neurosis de ansiedad. Desde que Robert Burton, en 1694, describiera los trastornos originados por lo que él llamó temor, se sucedieron numerosos intentos descriptivos, como los de Da Costa en 1871 y el de Janet en 1898 que, tras eclipsarse con el auge del psicoanálisis, han reaparecido en los últimos años. Fue, sin embargo, el creador del psicoanálisis quien mejor diferenció este cuadro de otros parecidos y quien primero distinguió entre ataques agudos de ansiedad (a los que frecuentemente se refirió con el término pánico, hoy de moda) y la ansiedad crónica (Chiozza y cols, 2004).

1.8 Desarrollo cognitivo

Después de la década de los años sesenta, las variables cognitivas empiezan a cobrar importancia en el ámbito de la Psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Las formulaciones de (Lazarus, Beck, y Meichenbaum, citados por Camacho, 2003) centradas en el concepto de estrés y los procesos de afrontamiento, acentúan la importancia de los procesos cognitivos. La mayor aportación del enfoque cognitivo ha sido desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se había utilizado para explicar la ansiedad. Los

procesos cognitivos aparecen entre el reconocimiento de una señal aversiva y la respuesta de ansiedad que emite el sujeto.

Desde este enfoque, el individuo percibe la situación, la evalúa y valora sus implicaciones; si el resultado de dicha evaluación es amenazante, entonces se iniciará una reacción de ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; situaciones similares producirán reacciones de ansiedad parecidas en su grado de intensidad. Las situaciones que se licitan una mayor reacción de ansiedad se evitan y, aún en su ausencia, la mera imagen de éstas también produce una reacción de ansiedad; esto se explica de muy diversas formas pero, en general, se asume que la reacción se genera a raíz del significado o interpretación individual que el sujeto confiere a la situación. Algunas veces, el individuo reconoce que tal situación no es una amenaza objetiva, a pesar de lo cual no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad.

En definitiva, el eje cognitivo del individuo muestra los pensamientos, ideas, creencias e imágenes que acompañan a la ansiedad; estos pensamientos inductores de ansiedad giran en torno al peligro de una situación determinada o al temor ante una posible amenaza. En la mayoría de los casos, funcionan de forma automática, es decir, el individuo apenas se da cuenta de cuando se ponen en marcha, por lo que no los puede controlar y cree firmemente que no están bajo su dominio. La persona con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, pero esto no es totalmente cierto porque la situación que él percibe puede no constituir una amenaza real; dicha percepción suele venir acompañada de una sensación subjetiva de inseguridad, nerviosismo, angustia, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupación, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrofista de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y concentración,

En la actualidad, la ansiedad de carácter clínico se caracteriza por presentar una serie de factores entre los que se cuenta que la emoción sea recurrente y persistente, que la respuesta emocional emitida sea desproporcionada en relación a la situación, que sea evocada en ausencia de algún peligro ostensible; además, el individuo puede quedar paralizado por un sentimiento de desamparo o se muestra incapaz de realizar conductas

adaptativas a la situación con objeto de eliminar dicha ansiedad. Por otra parte, el funcionamiento psicosocial o fisiológico también resulta deteriorado (Akiskal, 1985). Por último, Beck y Clark (1997, citados por Camacho 2003) describen en su modelo de la ansiedad y el pánico una secuencia de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos automáticos, por un lado, y controlados por otro, al tiempo que consideran el papel crucial que la anticipación juega en la ansiedad con diabetes.

1.9 Diabetes Mellitus TII

Una de las propuestas de la estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud es garantizar que el tratamiento y seguimiento del enfermo diabético cumple con los mejores criterios y estándares de calidad asistencial. Para ello se recomienda elaborar, adaptar o adoptar y posteriormente implantar, que el paciente diabético además de llevar un tratamiento farmacológico, tome una terapia psicológica, ya que se ha demostrado que el paciente tiende a disminuir sus medicamento por que se estabiliza sus niveles de azúcar en sangre hace que los pacientes obtengan una mejor calidad de vida. El objetivo es que los profesionales de la salud encargados de la asistencia a pacientes diabéticos proporcionen una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre los problemas que plantea su atención.

El término *diabetes mellitus* define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas. La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que nos puede llevar a un coma diabético y hasta la muerte. Y la otra es la hipoglucemia que nos puede llevar a la pérdida de la fuerza muscular, más bradicardia y producir un infarto (OMS, 2016).

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y

no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

1.9.1 Consecuencias frecuentes de la diabetes

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios, estrés, depresión, ansiedad:

- ✚ Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.
- ✚ La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.
- ✚ La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.
- ✚ La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.

Un aspecto a menudo muy olvidado de la diabetes tipo 2 es la carga en la salud mental que los pacientes con esta enfermedad deben afrontar. Afortunadamente, existen estrategias basadas en modificar el estilo de vida y algunos suplementos naturales que pueden ayudar a los pacientes a lidiar con el estrés relacionado con la diabetes y la

depresión y la Ansiedad. Otra consecuencia importante es el estado emocional en el que se encuentra el paciente después de que le diagnostican DM por toda la mala información que se tiene a nivel social que le cuentan, principalmente con la muerte, o por la experiencia vivida con un familiar, pérdida de su salud, y que ya no son normales como los demás, pero cuando se le explica que es y que es controlable y que su vida mejora si sus hábitos los cambia su vida pasa de normal a excelente.

El tratamiento de la diabetes consiste en una dieta saludable y actividad física, junto con la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar y beber alcohol o cualquier otra sustancia. En la asociación americana de diabetes sugieren que además de los cambios de hábitos tengan una terapia de solución de problemas.

La *American Association of Diabetes Educators* (AADE), que en español se llama Asociación Estadounidense de Educadores en Diabetes, ha identificado y elaborado las 7 *Self-Care Behaviors* (7 conductas de cuidado personal). Se trata de una serie de cambios de estilo de vida necesarios para manejar la diabetes en forma eficaz. En esta sección encontrará un resumen útil de esas siete conductas. Las 7 de la AADE incluyen áreas de cambio de conducta necesarias para manejar la diabetes en forma eficaz. Estas son:

- 1) Alimentación saludable
- 2) Actividad física
- 3) Vigilancia
- 4) Toma de medicamentos
- 5) Resolución de problemas
- 6) Formas saludables de lidiar con los problemas
- 7) Reducción de riesgos (citadas en Portilla, Romero & Román, 2014).

Con el transcurso del tiempo se han tenido que actualizar los tratamientos por lo que en la actualidad se sugiere que además del tratamiento tradicional se les aplique la terapia de solución de problemas que a continuación explicaremos el modelo de forma detallada y en que consiste.

1.10 Diseño de la Terapia de Solución de Problemas (TSP)

Mynors–Wallis et al (1995) diseñaron una modalidad breve de terapia de solución de problemas para tratar la depresión, que la hace idónea para ser aplicada por médicos u otros profesionales de atención primaria que no sean especialistas en salud mental, Se compone de un total de 6 sesiones, la primera de una hora de duración, y las restantes, de 30 minutos. El proceso de solución de problemas se muestra en la Tabla 4.

Las modalidades breves de terapia de solución de problemas se han aplicado fundamentalmente en contextos de atención primaria y comunitaria. Mynors-Wallis et al (1995) compararon la terapia de solución de problemas con medicación antidepresiva para el tratamiento de depresión en pacientes de atención primaria. 91 sujetos con depresión mayor fueron asignados al azar a terapia de solución de problemas, amitriptilina o placebo. En los tres grupos se ofreció a los participantes 6 o 7 sesiones de 30 a 60 minutos durante 3 meses. Los tratamientos fueron aplicados por un psiquiatra y dos médicos que fueron entrenados en terapia de solución de problemas y la administración del fármaco. En la semana 6 y 12 pos tratamiento, los grupos de terapia de solución de problemas y la amitriptilina puntuaron significativamente menos en depresión que el placebo. No se encontraron diferencias entre las dos condiciones experimentales.

1	Explicación del tratamiento y su racionalidad
2	Clarificación y definición de los problemas.
3	Establecimiento de metas
4	Generación de soluciones alternativas.
5	Selección de la solución preferida.
6	Aclaración de los pasos necesarios para implementar la solución elegida
7	Evaluación de los progresos. El paciente aprende todos los pasos en la primera sesión.

Tabla 4. Desarrollo progresivo de la terapia de solución de problemas (elaborada por el autor)

La Depresión Mayor es un síndrome caracterizado por un estado de ánimo depresivo, a menudo acompañado de ansiedad e irritabilidad, disminución o aumento del sueño y el apetito, pérdida del impulso sexual y una disminución general de la energía, deterioro en el plano motivacional, deseo de suicidarse, evitación de contacto social,

enlentecimiento o agitación motora, pensamientos pesimistas y nihilismo y verbalizaciones desesperadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro (Muñoz, 1998).

La mayoría de las psicoterapias para tratar la depresión (ej: terapia de conducta, la terapia cognitiva de Beck, la terapia interpersonal) implícitamente enseñan a los pacientes a mejorar su capacidad para resolver problemas. Una de ellas, la terapia de solución de problemas para el tratamiento de la depresión (Nezu, y Perri, 1989, citado por Areán, 2000) que deriva de la técnica de solución de problemas, se dirige a manejar directamente los déficits en las habilidades para solucionar problemas.

Además, es bien conocido que el estrés psicosocial, ya sea producido por acontecimientos vitales o por sucesos cotidianos, puede producir una depresión (Nezu, 1986, citado por Areán, 2000). Las personas que poseen habilidades adecuadas para manejar las situaciones difíciles, que van ocurriendo a lo largo de sus vidas, es mucho menos probable que se depriman que aquellas que no tienen las destrezas necesarias para resolver sus problemas interpersonales y sociales, al igual que el nivel académico (Nezu, 1986; Simón, y Trask, 1986, citados por Areán, 2000). Todo ello convierte a la terapia de solución de problemas en una modalidad psicológica de intervención potencialmente útil para el tratamiento de la depresión mayor con su tratamiento farmacológico adecuado.

La depresión es un trastorno médico frecuente y a pesar de ser perfectamente tratable, conlleva un deterioro social y funcional importante y unos gastos sanitarios directos e indirectos muy elevados. Se ha comunicado que la depresión causa una mayor discapacidad funcional que la diabetes, la enfermedad pulmonar crónica, la hipertensión y las lumbalgias o dolores musculares de cuello y cefaleas (Organización Europea para la Salud en el Trabajo, citado por Lezcano y Cockburn, 2006).

A pesar de la inmensa carga que constituye para el sistema de salud, la depresión sigue siendo una enfermedad cuyo abordaje diagnóstico y terapéutico es todavía sub óptimo en los centros de asistencia primaria. Las deficiencias asistenciales comprenden un diagnóstico insuficiente de la enfermedad, un tratamiento inadecuado y la falta de seguimiento del paciente una vez iniciado el tratamiento.

Algunos investigadores han indicado que estas deficiencias se deben, fundamentalmente, a la forma en que está organizada la labor asistencial de la depresión, dado que las necesidades múltiples que tienen los pacientes y las familias que luchan contra las enfermedades crónicas no pueden ser satisfechas por un sistema de asistencia primaria diseñado para atender cuadros agudos (Nezu, 1986; Simón y Trask, 1986, citados por Areán, 2000).

Tabla 5. Etapas de la terapia de solución de problemas TSP

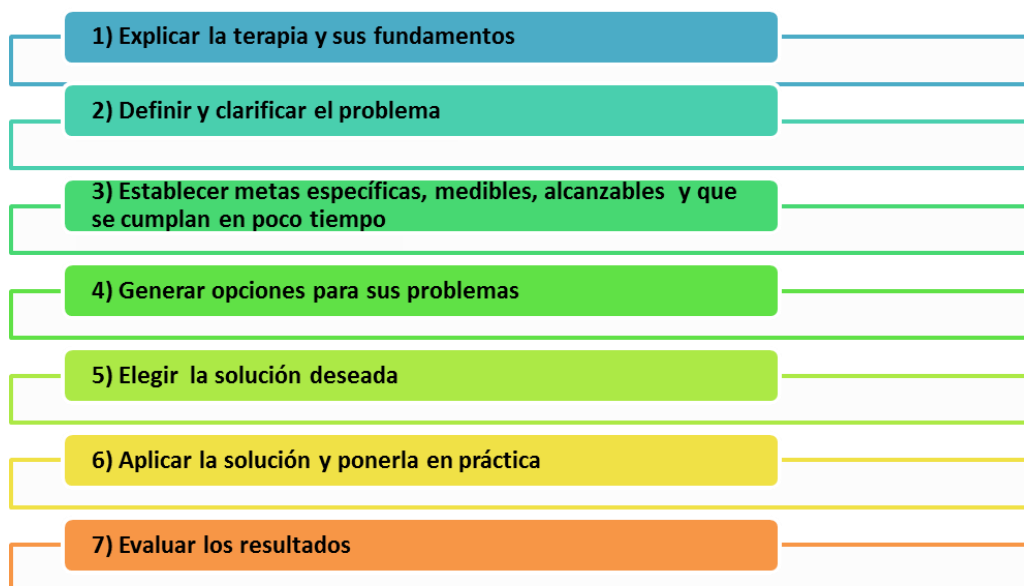


Tabla 6. Reconocimiento de los síntomas emocionales y físicos.

Síntomas Emocionales	Síntomas Físicos
✚ Tristeza	✚ Problemas de sueño
✚ Pérdida de interés	✚ Cambios de apetito
✚ Preocupación excesiva	✚ Cansancio o fatiga
✚ Baja concentración	✚ Dolores de cabeza
✚ Irritabilidad	✚ Dolores en el cuerpo
✚ Desesperanza	✚ Descuido en su aliño

Tabla 7. Proceso de identificación de problemas.

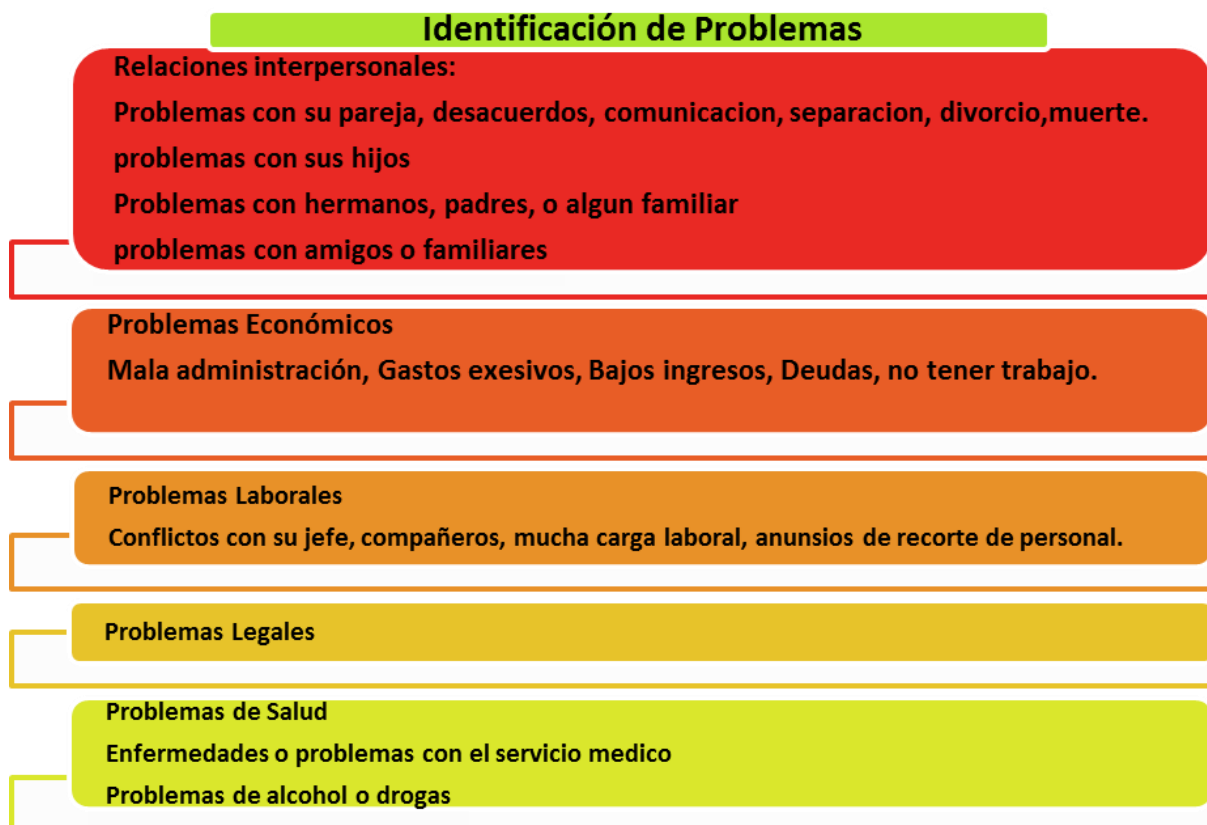


Tabla 8. Preguntas clave para la selección del problema y cómo abordarlo.

Clasificación y Definición	Solución del Problema
¿Cuál es exactamente el problema?	Elección del problema más significativo
¿Cómo se presenta?	¿Qué quiere hacer con el problema?
¿De qué manera es un problema?	¿Qué quiere cambiar?
¿Cuándo se suscita el problema?	¿En qué quiere ser diferente?
¿Dónde ocurre el problema?	¿Qué estaría dispuesto hacer para resolverlo?
¿Cada cuando ocurre el problema?	¿Se comprometería a modificar su vida?
¿Cuándo fue la última vez que paso?	¿Cómo se sentiría si resuelve su problema?

1.10.1 Generación de Soluciones

Objetivo: identificar las posibles soluciones para la solución de problemas.

Una vez que se han establecido metas alcanzables, el terapeuta pide al paciente elegir uno de los problemas que considere que le afecta más emocional y físicamente y generar todas las soluciones posibles, a través de una lluvia de ideas.

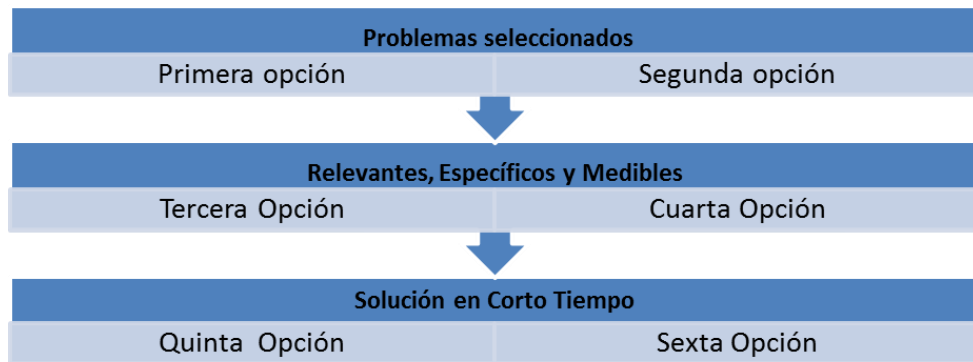


Tabla 9. Posibilidad de fracaso y generación de más opciones

1.10.2 Metas para cada problema

En este apartado se ayuda al paciente a describir las metas posibles para cada uno de los problemas seleccionados, empezando con el más significativo para el paciente de tal manera que las metas sean factibles y alcanzables, esto tiene como finalidad que el paciente se motive y alcance a solucionar sus problemas a corto plazo.

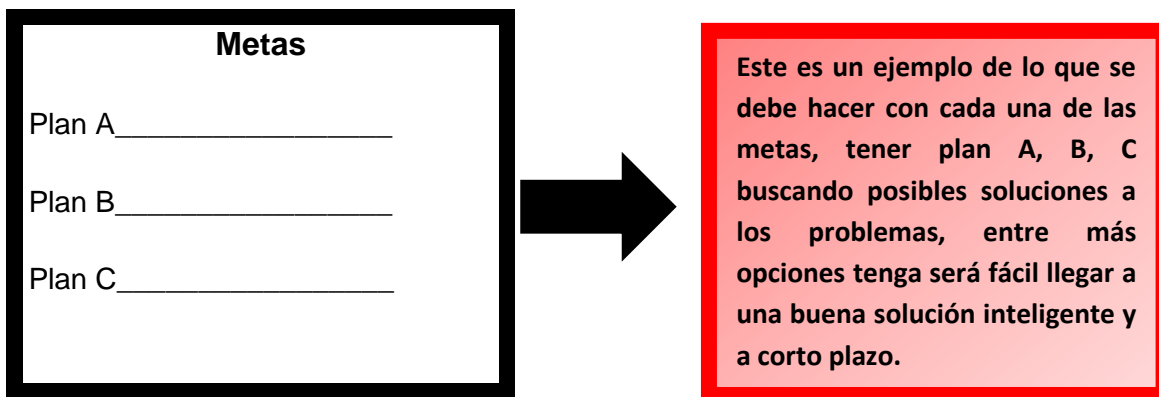


Tabla 10. Planificación de acuerdo a la prioridad con metas a corto plazo.

Se busca la elección de una solución considerando ventajas y desventajas escribiéndolas para su análisis. El terapeuta puede motivar y estimular el pensamiento del paciente preguntándole *¿Cómo considera que otra persona podría responder a ese problema?*, esto ayudará al paciente a reducir su preocupación respecto a generar ideas que cree que no son buenas y estimulando su creatividad.

Ventajas	Desventajas

Tabla 11 Ejemplo de material de ayuda para la toma de decisiones

Una vez que se elige la solución que mejor resuelva cada problema, pasamos a la acción para la solución preferida, estableciendo los pasos para lograr el recurso a cada uno de sus problemas, planeando cuándo, qué y cómo lo va hacer, siempre y cuando comprenda que es la solución que mejor se adapta a sus metas, que tiene más ventajas y beneficios personales o tiene menos obstáculos o menos efectos negativos en relación con otras propuestas. Finalmente, viene la puesta en práctica de la solución preferida o elegida.

El objetivo es elaborar un plan de acción para implementar la solución elegida, para asegurarse que las buenas intenciones sean trasladadas a acción.

Problema1: ¿Qué va a hacer?, ¿Cuándo, Dónde, Cómo?

Y así consecutivamente se hará con el problema dos, tres hasta que se haya llegado al objetivo de cumplir con los problemas elegidos. El paciente debe contar con una lista cronológica de las tareas que va a realizar en casa o donde las tenga que realizar, el terapeuta se tiene que asegurar que esas labores se lleven a cabo como se planearon para lograr la solución del problema. Este conjunto de tareas el paciente las completará en las

sesiones subsecuentes, revisando el terapeuta esa tarea con el paciente en cada sección para reforzar este pasó y se cumplan. Se revisa y se anota su progreso, continúa con tus esfuerzos para resolver tu problema cada semana y revisar si has cumplido, de acuerdo con tus metas que te propusiste o bien revisar por que no se cumplieron.

Actividades		S	E	M	A	N	A	S
Sesiones	1	2	3	4	5	6	7	8
1.-								
2.-								
3.-								
4.-								
5.-								
6.-								
7.-								
8.-								

Tabla 12. Ejemplo de autor registro que ayuda al paciente a evaluar sus herramientas personales y vislumbra su posibilidad de éxito

1.10.3 Evaluación de la TSP

Objetivo: evaluar si la solución aplicada resolvió el problema y se lograron las metas planeadas. El terapeuta y paciente evalúan el resultado de la solución del problema elegido, inmediatamente después de haberla puesto en práctica, implicando los siguientes puntos.

Verificar la realización de las tareas asignadas para implementar la solución. En caso de que las tareas no se hayan cumplido satisfactoriamente, es importante identificar las causas.

- ✚ Falta de comprensión del paciente en la tarea específica.
- ✚ Falta de motivación del paciente para realizar las tareas
- ✚ Falta de compromiso del paciente para trabajar el problema.
- ✚ La solución del problema elegido no es factible de resolver en este momento.
- ✚ La elección de la solución preferida no era la adecuada.

Verificar el logro de las metas a corto plazo.

- ✚ Verificar si se lograron las metas, en caso contrario, reflexionar si las metas fueron poco realistas e identificar que obstáculos se encontraron.

Verificar el resultado de la solución elegida y puesta en marcha.

- ✚ Si la solución tuvo un efecto positivo, el terapeuta le pide que reflexione sobre aquellos factores que influyeron para que los resultados fueran exitosos y se lograra la meta deseada. También le sugiere tomar en cuenta cuándo puede aplicar nuevamente esa solución.
- ✚ Si la solución no fue favorable para el paciente, igualmente se le pide que reflexione sobre los factores que influyeron para que no funcionara y use esa información para redefinir el problema, independiente de los resultados se menciona al paciente la importancia de atreverse a hacerlo, que finalmente es un aprendizaje y que de esa manera resolverá los problemas que se presenten a futuro.

Verificar por qué la solución elegida no fue puesta en práctica.

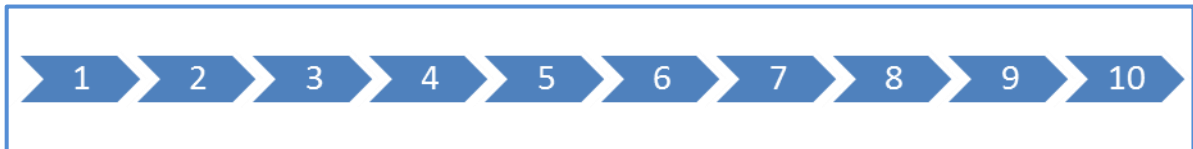
- ✚ El terapeuta pregunta al paciente por qué no fue posible implementar la solución, después juntos decidirán si el problema puede ser redefinido, considerando los obstáculos para la puesta en práctica de cierto tipo de soluciones.

- ✚ El terapeuta pregunta al paciente que obstáculos o problemas no previstos surgieron durante la implementación de la solución.
- ✚ Reconoce el paciente los obstáculos enfrentados.
- ✚ El terapeuta vincula las tareas realizadas con la reducción de síntomas.
- ✚ El terapeuta pregunta al paciente cómo se siente, después de participar activamente en todas las actividades de la TSP. Utilizando una escala de avances (cero al diez).

1.9.4 Autoevaluación

En una escala del uno al diez, donde uno es muy malo y diez es excelente, tu estado físico y emocional ¿Dónde se encuentra en este momento? Si lograste llegar a este punto te diste cuenta que no es tan difícil solucionar problemas cotidianos.

Tabla 13. Escala en la que el sujeto identifica a través de una autoevaluación su grado de satisfacción, antes y después de la terapia de solución de problemas.



En conclusión, podemos determinar que la TSP bien aplicada disminuye los síntomas de depresión y ansiedad, ya que la experiencia clínica sugiere que los pacientes que aceptan fácilmente la relación que existe entre sus problemas y sus síntomas, y los que están dispuestos a colaborar activamente en la TSP tienen más oportunidad para mejorar su salud. Los resultados positivos promueven la futura implementación en los servicios asistenciales sanitarios para los pacientes con enfermedades crónicas, debido a esto, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz (2013) busca mejorar dicho programa proponiendo un modelo terapia de solución de problemas para el cuidado de la salud mental en primer nivel de atención, basado en la evidencia que incluye los siguientes componentes principales: el empleo de criterios médicos basadas en la evidencia, la reorganización de la asistencia médica para satisfacer las necesidades de los enfermos crónicos, la educación del paciente y sistemas formados por especialistas o enfoques multidisciplinarios de labor asistencial.

Con el transcurso del tiempo diversos autores han teorizado la conceptualización de la depresión y ansiedad, entre ellos Hipócrates, Inset, Hippus y Nezu, por mencionar algunos, todos ellos reflejan la necesidad de un tratamiento con resultados a corto plazo debido a la afectación social y económica de cualquier comunidad, dando como resultado el desarrollo de un tratamiento interdisciplinario según su gravedad de acuerdo a la escala proporcionada por la OMS y el DSM 5, el tratamiento con mayor confianza ha sido la Terapia de Solución de Problemas (cognitivo-conductual) de la cual hablaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. La terapia de solución de problemas

2.1 Antecedentes de la solución de problemas

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre poderosas fuerzas en la experiencia humana, es decir, hace sentir y pensar; involucrando a todas las esferas del ser humano. Para los conductistas la conducta o la acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto, para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que, que como tú piensas actúas y sientes. Finalmente, para los teóricos emotivos el sentimiento es primario y es lo más poderoso (Mahoney, 1991, mencionado en Becoña, & Orbitas, 2016).

El estudio de las experiencias privadas de las personas fue uno de los temas centrales de los orígenes de la psicología científica desde Wundt. Sin embargo, dependiendo de la concepción de la ciencia y de la psicología ha estado inicialmente considerada como un solo conjunto y objeto de investigación científica, para luego delimitar sus características y así construir modelos más específicos; entre ellos el más destacado es el conductismo, ya que a partir de la segunda mitad del siglo XX, se produce lo que muchos han denominado una revolución cognitiva con el reconocimiento de los procesos internos y la posibilidad de su estudio científico; humanizando así las ciencias.

Watson (1913) cuestiona el objeto y el método de estudio con su famosa declaración sobre la psicología experimental en donde ha mostrado que muchos de estos constructos; también pueden estudiarse a través de distintas tareas o de las verbalizaciones del sujeto; de esta manera posteriormente fueron eliminadas como objeto de estudio de la psicología. Con ello se abre la posibilidad de estudiar en conjunto la conducta manifiesta y la conducta encubierta, en sentido popular lo que llamamos mente, aunque esta dicotomía se ha mantenido y se mantendrá durante mucho tiempo al tener una fuerte carga filosófica que lo cimienta.

Esta última razón, quizás, es la que mejor explica el gran auge de las terapias cognitivo conductuales, dado que la psicología es todavía una ciencia joven de solo 100 años y aún no tiene claramente establecidos sus pilares esenciales, aunque una parte de los mismos hoy ya están claros (Ej. Procesos de aprendizaje, procesos de atención, retención

y memoria; proceso de socialización, desarrollo evolutivo; etc.). Esto explica que haya habido una transición de la consideración de ser terapeuta conductual a terapeuta cognitivo conductual, como lo refiere la encuesta más reciente de los miembros de la Asociación Americana para el Progreso de la Terapia de Conducta (AABT), el 67.4% se consideran de la orientación cognitivo conductual, el 19.9% conductuales, el 8.7% otros y un 4% cognitivos.

Los antecedentes cercanos de las terapias cognitivo conductuales se asientan en el descontento con el psicoanálisis, la limitación del modelo conductual Estimulo-Respuesta (E-R), la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos, y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en la que la conducta, sus pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel.

Las técnicas cognitivas se han conflictuado en un debate filosófico para la detección de las creencias irracionales, las técnicas de persuasión verbal y diálogo socrático, como análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis de evaluación empírica, reacción incrédula del terapeuta, analogías, fantasía racional-emotivo, etc; dando como resultado diversas técnicas y métodos.

Aunque no todos estarían totalmente de acuerdo, Ingram y Scott (1990, citados por Becoña y Orbitas, 2016) indican que todas las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos:

- A. Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos per se.
- B. El aprendizaje esta mediado cognitivamente.
- C. La cognición media la disfunción emocional y conductual. Debe ser notado que esta asunción no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino más bien que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales y entonces afecta a estas variables (y viceversa), es decir su organización no es jerárquica.

- D. Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas (eje. TOC).
- E. Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas.
- F. Como un corolario de las números (c), (d) y (e), alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales.
- G. Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

Un concepto central para la terapia cognitiva es el de cognición. Para Beck (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias y están supeditadas a estos esquemas. Sin embargo, ha sido (Marzillier 1980 citado por Becoña y Orbitas 2016), quien ha distinguido tres elementos de la cognición:

1. Los eventos cognitivos son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de la conciencia, que son identificables y conscientes. Incluiría, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos.
2. Los procesos cognitivos atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (Marzillier, 1980), lo que supone el modo en que nosotros automática o inconscientemente procesamos la información, incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismo de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas,
3. Las estructuras cognitivas son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo (Meichenbaum, 1985).

Existe un gran número de terapias cognitivo-conductuales (Dobson, 1988) que se han visto reflejadas en una importante aplicación de las mismas a distintos problemas comportamentales. Se han hecho varias clasificaciones de las terapias cognitivo-conductuales. Una de las más influyentes ha sido la de Mahoney y Arnkoff (1978) quienes las dividieron en tres grandes grupos:

Dentro de las primeras terapias de solución de problemas se incluyeron.		
Tipo de Terapia	Modelo	Representante
Terapia	Racional Emotiva	Ellis
Entrenamiento	Auto instruccional	Meichenbaum
Terapia	Cognitiva	Beck
Reestructuración	Racional-Sistemática	Goldfried

Tabla 14. Principales enfoques de la TSP con autores (elaborada por el autor) T. de reestructuración cognitiva, T. de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y T. de solución de problemas

Dentro de la terapia de afrontamiento para manejar situaciones el Modelado Encubierto de Cautela, el Entrenamiento en Habilidades para Afrontar Situaciones de Goldfried, el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad de Suinn y el Entrenamiento en Inoculación de Estrés de Meichenbaum; estos finalmente están dentro de las terapias de solución de problemas, incluyeron 3 modelos de TSP.

- ✚ La terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried.
- ✚ La terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure.
- ✚ La ciencia personal de Mahoney.

Posteriormente, Hollon y Beck (1986) han sugerido tres categorías para clasificar las terapias cognitivo-conductuales: Las que enfatizan la racionalidad, como la terapia racional emotiva de Ellis, dando una gran importancia al contacto terapéutico, a la empatía con los clientes y a mostrarse activo-directivo con ellos con un buen uso de la dialéctica y del sentido del humor; las que enfatizan el empirismo, como la terapia cognitiva de Beck y los procedimientos que enfatizan la repetición, como el entrenamiento en inoculaciones de estrés de Meichenbaum. Recientemente Hollon y Beck (1994) también mencionan que son las más relevantes sumando la terapia de solución de problemas de D’Zurilla la cual se completa con técnicas conductuales, técnicas emocionales y las tareas para la casa; lo que se pretende en la terapia es que el cliente cambie sus creencias o pensamientos irracionales, que le crean problemas, lo que lleva en muchos casos necesariamente a una nueva filosofía de vida, fruto del cambio emocional y conductual correlativo (D’Zurilla y Nezu, 1999).

Beck es hoy conocido por su aportación esencial al tratamiento de la depresión (Beck, citados por Becoña & Orbitas, 2016). Dada la alta prevalencia de este trastorno, las miles de consultas anuales que se realizan a psiquiatras y psicólogos clínicos cada año y a necesidad de contar con técnicas efectivas hacen de Beck y sus aportaciones al tratamiento de la depresión de uno de los autores más relevantes de la psicología clínica de las últimas décadas, al proponer su terapia cognitiva, de gran efectividad en el tratamiento de la depresión, que se basa en su modelo de la depresión (Beck, 1979) dentro del cual considera la triada cognitiva como los esquemas y los errores cognitivos.

Para conseguir la reducción de la grave sintomatología depresiva al inicio se utiliza otro amplio conjunto de técnicas conductuales como las siguientes: programación de actividades, evaluación de la destreza y del placer, ensayo cognitivo, entrenamiento asertivo y representación de papeles. Igualmente se pueden incluir otras técnicas que sean necesarias para el sujeto, especialmente si tiene otros problemas asociados, aunque, como ya hemos indicado, el modelo cognitivo de la depresión supone que son las condiciones las que causan y mantienen el problema depresivo. Por ello la combinación de unas y otras técnicas consiguen el resultado adecuado.

En los últimos años la terapia cognitiva de Beck se ha expandido a otros campos distintos al de la depresión, como trastornos de ansiedad y pánico (Beck y Emery, 1985), trastornos de la personalidad (Beck, Freeman y Pretzer 1990); conductas adictivas (Beck, Newman 1993) y otros, como los trastornos de la alimentación y la obesidad, trastornos infantiles y de la adolescencia, medicina conductual y problemas maritales (Beck, 1993; Hollon & Beck, 1994).

Mientras que en el campo de la depresión su utilidad es clara, no siempre su aplicación a otros trastornos ha recibido total apoyo (Robins Hayes, 1993), aunque las técnicas que incluye en sus últimas aplicaciones son ya paquetes de tratamiento que incluye tanto componentes cognitivos como conductuales y un amplio abanico de técnicas.

Comparar y juzgar las alternativas de solución disponible y seleccionar la mejor para ponerle en práctica en la situación problemática. En este momento de la terapia para cada solución alternativa, se indican los costes y los beneficios, a corto y largo plazo, y se

juzga el resultado esperado a la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas, y se selecciona la solución o combinación de soluciones, con la mejor utilidad esperada.

Como ya hemos comentado con anterioridad, el entrenamiento específico en solución de problemas es una parte básica de una intervención cuando aplicamos esta técnica, pero no hay que olvidar las fases previas de evaluación y al término del tratamiento, posteriormente el seguimiento. Para esto resultan de gran ayuda las distintas tareas que el cliente ha llevado a cabo en las sesiones de terapia y en las tareas para casa. También se puede proporcionar al cliente distintos materiales en las sesiones, que luego puede seguir utilizando una vez que finalice el tratamiento, como el manual para el cliente (Becoña, 1993).

La solución de problemas es a veces el único tratamiento que se necesita utilizar. Sin embargo, puede ser un adjunto a otros tratamientos psicológicos o físicos (Hawton & Kirk, 1989), tal como más de un autor lo ha indicado ya que tiene la ventaja de basarse en principios de sentido común y es por lo tanto atractiva tanto a los pacientes como a los terapeutas.

Su rango de aplicación a distintos problemas es amplio. Pero junto a ese importante rango de aplicaciones va cobrando más y más importancia conocer para qué problemas comportamentales es más efectiva, bien utilizada sola o dentro de un paquete de tratamiento, junto con aquellos factores que impiden una adecuada aplicación de esta terapia. Distintos autores se han detenido en el análisis de esos factores que impiden a los sujetos “funcionar” adecuadamente en el entrenamiento en la solución de problemas (ej, Chiauzzi, 1991). Un aspecto en el que debe profundizarse en los próximos años con la terapia de solución de problemas es demostrar su eficacia con buenos resultados en trastornos específicos, como por ejemplo su aplicación al tratamiento de la depresión, donde el entrenamiento para el terapeuta que lleve a cabo la terapia de solución de problemas sea positivo y semejante a la terapia cognitiva de Beck.

No cabe duda que la facilidad y la racionalidad de este entrenamiento continuará sumando adeptos en el futuro, ello redundará en un mayor análisis y validación de la

eficacia de este entrenamiento para terapia de solución de problemas (Becoña y Orbitas, 2016).

En esta nueva era, las terapias breves, como la terapia de solución de problemas son de las más utilizadas por su fácil aplicación, además de sus resultados significativos que afectan de manera positiva la vida futura del sujeto, aplicada en primer nivel de atención, evitando cuidados mayores en diferentes áreas médicas. En los últimos años, han estado proliferando los tratamientos breves, tanto desarrollándose como dividiéndose para el desarrollo de modelos específicos; como lo ilustra y ejemplifica la colección reciente de artículos de Barten, llamada “Terapia breve” que enfatiza las diversas conceptualizaciones de la terapia breve, según el autor y su formación académica. Sin embargo, han llegado a una conceptualización particular de la naturaleza de los problemas humanos y su resolución efectiva, y de los procedimientos relacionados. Estos modelos se han desarrollado recientemente, en respuesta a las necesidades del paciente y limitaciones situacionales, consiste esencialmente en versiones más breves de las formas convencionales de terapia individual o familiar. Están involucrados los mismos conceptos básicos y, correspondientemente, los métodos empleados son similares, excepto por las limitaciones de la adaptación a la realidad de menos sesiones, que pueden ser 3, 5, 8, 12, 15 o 20.

Los terapeutas reconocen y valoran las ventajas prácticas y económicas para los pacientes y la sociedad, gracias al acortamiento de los tratamientos. Se ve, sin embargo, un tratamiento breve como mecanismo, la brevedad en sí misma no es una meta, pero si se una ventaja positiva tanto en terapeutas como en pacientes. La naturaleza de esta terapia, incluyendo su brevedad, es primariamente una consecuencia de las premisas sobre la naturaleza y conducción de los problemas psiquiátricos y psicológicos. La premisa fundamental es que sin consideración de sus orígenes básicos y etiológicos, si ellos pudieran ser realmente determinados de manera confiable la clase de problemas que la gente le presenta a los psicoterapeutas persisten solamente si son mantenidos por el funcionamiento actual de la conducta del paciente y de otros con quienes interactúan socialmente. Si tal conducta de manutención del problema es apropiadamente cambiada o eliminada, el problema será resuelto o desaparecerá, sin consideración de sus naturaleza,

origen, o duración; es decir, el contexto influye en la sintomatología y estructuras del sujeto.

2.2 Relación entre depresión, ansiedad y terapia de solución de problemas

El nivel primario de análisis del modelo de solución de problemas de la depresión se centra en las relaciones recíprocas entre las grandes experiencias y las pequeñas experiencias negativas del día a día, las reacciones depresivas a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento de solución de problemas. Este último componente es el más importante del modelo. El término *afrontamiento* se refiere a aquellas actividades cognitivas y conductuales con las que una persona intenta manejar una situación problemática estresante (D’Zurilla y Nezu, 1999). Los déficits en las habilidades de solución de problemas son un importante factor de vulnerabilidad para la depresión. La depresión es más probable que ocurra cuando estos déficits conducen a intentos de afrontamientos ineficaces bajo niveles elevados de estrés, procedentes de experiencias vitales negativas. La habilidad de solución de problemas modula la relación entre los eventos estresantes negativos y el humor depresivo (Nezu, Saraydarian, Kalmar y Ronan, 1986).

2.3 La OMS y la depresión y ansiedad

1) La depresión es un trastorno mental y físico frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

2) La depresión y la ansiedad pueden llegar a hacerse crónicas o recurrentes y acostumbrarse a vivir con ellas ocasionando dificultad en el desempeño del trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos administrados por un psiquiatra; y terapia psicológica. La depresión y ansiedad son trastornos que se pueden diagnosticar de forma fiable y que pueden ser tratados por especialistas en el ámbito de atención primaria.

2.4 Terapia de Solución de Problemas (TSP)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) hay más de 450 millones de personas con trastornos mentales entre los que se encuentra la Depresión y Ansiedad en la mayoría de los países, se observa una mayor prevalencia en las mujeres. En México la encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica encuentra que entre los trastornos más frecuentes esta la Ansiedad y los trastornos afectivos, los cuales son más comunes entre la población femenina, mientras que los trastornos por uso de sustancias (adicciones) lo son entre los hombres.

Dado que en los últimos años se ha incrementado la prevalencia de las enfermedades mentales en todo el mundo, muchos países realizan esfuerzos para mejorar la atención de la salud mental y atender las necesidades crecientes para contener este problema, ya que dejarlo sin dar solución pudiera pasar a ser una pandemia social. Entre estos esfuerzos se encuentra, la definición de la política pública en salud mental, la formación de recursos humanos y de capacitación al personal de salud así como la difusión de la prevención de estos trastornos mentales. Entre las intervenciones psicosociales para la depresión, y Ansiedad la OMS (2013) recomienda la terapia Cognitivo Conductual y la terapia de Solución de Problemas (TSP), las cuales se han sugerido como estrategias de intervención que pueden incorporarse al primer nivel de atención.

La OMS en 2013 recomienda la terapia de solución de problemas como una opción de tratamiento para la depresión y ansiedad, establece que la TSP es un tratamiento psicológico que ofrece apoyo directo y practico a corto plazo para los pacientes. El terapeuta y el paciente trabajan juntos para identificar y aislar las áreas problemáticas claves que pudieran estar contribuyendo a los problemas de salud mental, para desglosarlas en tareas manejables y específicas y resolver problemas y desarrollar estrategias de afrontamiento para problemas que no le permiten vivir con calidad emocional. En este contexto, la terapia de solución de problemas es una intervención breve que puede aplicarse de forma individual o grupal, con técnicas dirigidas para desarrollar habilidades para la solución de problemas de una manera estructurada. Se ha demostrado que la TSP es una estrategia que el psicólogo puede reproducir en primer nivel de atención.

En esta tesis se presenta la terapia de solución de problemas para disminuir la Ansiedad y Depresión en primer nivel de atención en pacientes diabéticos TII, con una guía de intervención breve cuyo objetivo es proporcionar conocimientos sobre los objetivos, fundamentos, características y etapas de la TSP y facilitar el desarrollo de habilidades de los psicólogos para su aplicación y práctica clínica.

2.5 Metas de la Terapia de Solución de Problemas (TSP)

- ❖ Aumentar la comprensión del paciente sobre la relación entre sus síntomas actuales y sus problemas actuales en la vida.
- ❖ Aumentar la habilidad del paciente para definir claramente sus problemas y visualizar metas concretas y reales.
- ❖ Enseñarle al paciente un procedimiento específico y estructurado para resolver problemas.
- ❖ Aumentar las actividades placenteras, físicas y sociales.
- ❖ Producir experiencias positivas relacionadas con la habilidad del paciente para resolver problemas y así aumentar su confianza y sensación de auto control.

2.6 Tipos de Terapia de Solución de Problemas (TSP)

- ❖ Terapia de Solución de Problemas Sociales (D'Zurilla & Nezu, 1987).
- ❖ Terapia de Solución de Problemas para el primer Nivel de Atención Médica (Gath et al, 1989).
- ❖ Terapia de Solución de Problemas para Adultos de Edad Avanzada (Arean, Shermer, Perri & Nezu, 1993).
- ❖ Terapia de Solución de Problemas para el Cáncer (Nezu & Nezu, 1997).
- ❖ Terapia de Solución de Problemas para la Disfunción Ejecutiva (Alexopoulos, Raue & Arean, 2002).

Los déficits en solución de problemas están relacionados con la depresión y ansiedad. La terapia de solución de problemas para la depresión, ansiedad debería producir una disminución en la sintomatología. La meta de este estudio es someter a prueba esta hipótesis ayudados de pacientes con Diabetes Mellitus TII. La investigación citada proporciona apoyo para la eficacia de este tipo de psicoterapia para tratar la Depresión y

Ansiedad. La terapia de solución de problemas para la ansiedad representa un enfoque lógico, sistemático y razonablemente fácil de aprender que se puede usar para ayudar a un amplio rango de pacientes deprimidos o ansiosos en contextos psiquiátricos y psicológicos.

Los estudios revisados presentan un elevado rigor metodológico. La evidencia muestra que la terapia de solución de problemas no sólo es una intervención eficaz para la depresión o ansiedad, sino que es un enfoque que puede ser utilizado con pacientes deprimidos o ansiosos de todas las edades y en una variedad de contextos. Estas características la convierten en un enfoque atractivo para el tratamiento de la depresión y ansiedad, tanto para los pacientes como para los terapeutas.

2.7 La técnica de la Terapia de solución de problemas aplicada a la depresión y ansiedad

Todos los seres humanos, indistintamente de su edad, están expuestos a una serie de situaciones que implican o demandan en ellos la capacidad de afrontar y resolver situaciones que presentan un conflicto. Muchas personas adolecen de la capacidad de encontrar una gama amplia de soluciones ante las situaciones que considera conflictivas o problemáticas, pues en su repertorio comportamental y cognitivo no ha construido o ejercitado estas habilidades.

Las personas que carecen o no ejercitan estas habilidades, experimentan el fenómeno conocido como “Visión de Túnel”, el cual consiste en la incapacidad de enfocar la atención en otra cosa distinta que no sea el problema (Shneidman, 2010). Esta incapacidad incluye, evidentemente, a las soluciones posibles del problema.

Lo cierto es que ante cada situación que se presenta, existe siempre una gama de alternativas que pueden traer paz a la persona que se encuentra emocionalmente perturbada por alguna situación que considere irresoluble. Confucio dijo hace más de dos mil años “Si tus problemas tienen solución, no te preocupes; si tus problemas no tienen solución, no te preocupes. En esta milenaria frase se resume la simpleza de la solución de problemas, lo único que necesita el individuo es la tranquilidad emocional para lograr encontrar la o las soluciones racionales pertinentes para hacer frente al problema. El entrenamiento en la

terapia de solución de problemas es un proceso cognitivo y comportamental que ayuda al sujeto a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre las alternativas posibles.

La terapia de solución de problemas, también llamada entrenamiento en resolución de problemas, es una estrategia de intervención clínica en primer nivel de atención que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales. Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried son, a saber:

- I. Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- II. Desarrollar soluciones alternativas ("Lluvia de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.
- III. Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- IV. Evaluar los resultados. Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).

La terapia de solución de problemas es una estrategia cognitivo-conductual y donde se aplica una versión simplificada del método científico, adaptada a problemas prácticos cotidianos.

2.8 TSP en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz de la Ciudad de México

El proyecto de investigación "*Modelo de intervención en salud mental en primer nivel de atención*" que desarrolla el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a cargo de la Dra. Blanca Estela Vargas Terrez, Jefa del Servicio de Psiquiatría Comunitaria. La guía se elaboró con el apoyo de la fundación Miguel Alemán y se editó con el apoyo del Programa Igualdad entre Hombres y Mujeres (Vargas, Villamil & Ventura, 2013).

La terapia de solución de problemas (TSP) es una intervención Psicológica breve estructurada, cuyos fundamentos establecen que los síntomas del paciente se originan debido a sus problemas cotidianos y que si esos problemas se solucionan, los síntomas del paciente mejoran, de aquí la importancia de que la terapia de solución de problemas se aplique al primer nivel de atención y no mandar a los pacientes a una especialidad ocupando un lugar que tal vez se le pueda dar a otra persona con un trastorno de mayor gravedad que lo requiera.

En la actualidad la terapia de solución de problemas se aplica en el primer nivel de atención de la Secretaria de Salud Pública, Jurisdicción Coyoacán, y diversos estudios han avalado la eficacia de la TSP.

El procedimiento del programa que se describe en este estudio se llevó a cabo en tres fases. La primera concierne a la línea base, en la cual se identificó a los sujetos candidatos a participar que se caracterizaron por ser pacientes diabéticos TII, con ansiedad y depresión. Estos pacientes pasan por una selección y se refieren a su centro de salud que les corresponde para darle seguimiento a su terapia de solución de problemas, si es que aceptan participar en el programa, posteriormente se les da la información necesaria.

La segunda fue la aplicación de la Terapia de Solución de Problemas y se efectuó según el Manual de Procedimientos diseñado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Vargas, Villamil & Ventura, 2013) ex profeso para esta investigación. La intervención se resume en las siguientes fases:

1. Descripción del problema. Se busca lograr una descripción conductual del motivo de consulta.
2. Búsqueda de excepciones. Se pretende identificar los problemas más significativos y los menos significativos y las ocasiones en que el problema no está presente.
3. Construcción de situaciones hipotéticas. De acuerdo con el problema, se plantea una serie de situaciones donde no está presente el problema.

4. Se identifica la forma de cooperación del paciente para diseñar la intervención. En donde se le da una guía ya elaborada para la terapia de solución de problemas (TSP)
5. Definición de objetivos. Se acuerdan objetivos que implican un cambio mínimo de conductas observables y alcanzables.
6. Construcción de la solución. Se genera una solución efectiva, según las fases previas.
7. Evaluación de la intervención por medio de una escala de valoración del paciente.
8. Cierre del proceso terapéutico. Se resumen los cambios realizados durante el proceso terapéutico; se hace énfasis en los recursos que permitieron lograrlos.

La última etapa consistió en un seguimiento a doce meses después de la última sesión de terapia. Se aplicaron nuevamente los inventarios de Beck de depresión y ansiedad; para poder percibir el grado de persistencia de los resultados anteriores; de la misma forma se aplicó el cuestionario de satisfacción.

Este programa se hace por pasantes de las carreras de Psicología, Medicina, así como Residentes de la especialidad de Psiquiatría, en la cual se capacita a los pasantes mediante un curso para el uso del manual ya elaborado por la institución que tiene una duración de una semana o 20 horas, cuatro por día.

De esta manera se elige al personal profesional para hacer la TSP, la oportunidad de hacer prácticas profesionales y servicio social en los Centro de Salud que pertenece a la jurisdicción Coyoacán de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México. Los directores de centro de salud expiden las cartas en donde recomiendan al pasante de medicina o psicología para poder participar en las investigaciones que tiene el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, para realizar el servicio social en la investigación que se estaba llevando a cabo llamada Terapia de Solución de Problemas (TSP), posteriormente se contacta a la Dra. Blanca E. Vargas Terrez, Jefa del Servicio de Psiquiatría Comunitaria, Quien toma la decisión de aceptar o no al personal profesional después de haber realizado una entrevista previa con ella. Ya que este INPRFM, cuenta con un programa de prácticas profesionales y servicio social.

Además cuando te aceptan, te capacitan una semana, y te asignan a un centro de salud. Se proporcionan los materiales para poder iniciar con TSP, se seleccionaron pacientes con las siguientes características, ser diabéticos TII, con depresión y ansiedad, leve, moderada o mayor, en caso de diagnosticar depresión mayor se les refiere primero a psiquiatría para proporcionarles un tratamiento farmacológico y después los incluíamos en el programa de investigación terapia de solución de problemas.

Los pacientes que ya llegaban medicados, ya que eran pacientes que se trataban en ese centro de salud, pero aun con las características que se requerían para la terapia de solución de problemas, no todos aceptaban la terapia, y en un principio eran uno o máximo dos los que se quedaban, los viernes se asiste al instituto para dar el reporte semanal, se platicó lo que sucedía con la asistencia de los pacientes que se referían a cada centro de salud para revisar que estaba pasando y si teníamos problemas, allí se expuso que algunos médicos les comentaban que era opcional y que si querían hacerlo que si no había problema. Ya que a los médicos no se les había informado de la TSP, lo que se realizó una junta en donde se les explico la importancia que la TSP tenía para los paciente, y la importancia que tiene la terapia y que te la den los psicólogos, y que todo esto le da al paciente un tratamiento integral teniendo como resultado una buena calidad de vida. Dotándolo habilidades para poder resolver problemas. Es importante mencionar que los psicólogos son profesionales que tienen la habilidad de diagnosticar y elaborar un tratamiento individual para cada paciente, y que no a todos los pacientes les funciona lo mismo. También depende de la corriente que cada psicólogo escoge para trabajar, esto posiciona al psicólogo con una estrategia de alta complejidad, en tanto en el ejercicio de sus competencias que tiene que mediar entre la norma, el rol instituido y las expectativas, representaciones, valoraciones que la propia institución y sus actores vierten sobre él.

Ante esta situación se propuso abordar directamente al grupo de diabetes Mellitus TII, con el que cuenta cada Centro de Salud para explicar qué era la terapia de solución de problemas, cuáles eran sus beneficios que obtendrían al tomarla, y explicarles que asistir a un proceso terapéutico con un psicólogo, que funciona para proporcionar herramientas, a través de la escucha enfocados a la solución de problemas, dando como resultado el incremento en la asistencia a la terapia, en donde unos terminaban y otros a la segunda o

cuarta sesión desertaban. No todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión aceptaron el abordaje, por lo que la muestra fue reducida.

Como se puede apreciar a lo largo de este capítulo, la terapia de solución de problemas no es algo novedoso, sin embargo, sus áreas de aplicación si han tenido cambios significativos y por ende se ha perfeccionado la técnica incrementando su efectividad. Como ejemplo existen tres investigaciones de suma relevancia en la Terapia de Solución de Problemas que en el siguiente capítulo se describirán.

Capítulo 3. Investigaciones relacionadas con la Terapia de Solución de Problemas

3.1 Estudios sobre la efectividad de la TSP

Areán (2013), del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California en San Francisco, dice que la terapia de solución de problemas (TSP) es una intervención psicológica, habitualmente concebida bajo la etiqueta cognitivo conductual, que aspira a mejorar la capacidad de enfrentarse eficazmente tanto a estresores mayores (acontecimientos traumáticos) como a estresores menores (problemas cotidianos crónicos) para reducir los problemas de salud mental y de salud física.

Esta investigación está basada en el estrés psicosocial, bien sea producido por acontecimientos importantes de la vida o por problemas cotidianos, está relacionado con la depresión, debido a que gran parte de los problemas que conllevan a la depresión parecieran de lo más común, sin embargo la no resolución de estos estados críticos puede desatar un episodio depresivo (Nezu, 1986).

Desde su comienzo, la TSP ha pasado a ser una intervención ampliamente estudiada y aplicada. En los últimos 20 años se han publicado alrededor de 44 estudios empíricos que apoyan a la TSP como una intervención psicosocial eficaz. Además, se han publicado varios libros acerca de la teoría y práctica de la TSP en poblaciones específicas. En el caso de la depresión, la TSP se ha adaptado y se ha probado empíricamente en jóvenes adultos deprimidos (Nezu, 1986), pacientes geriátricos deprimidos (Areán et al, 1993), adultos suicidas (Lerner y Clum, 1990) y pacientes médicos deprimidos (Mynors-Wallis, 1996 mencionado en Areán, 2000).

El propósito de este trabajo “*Terapia de solución de problemas en pacientes diabéticos TII, con ansiedad y depresión*” es analizar brevemente la teoría relacionada con la TSP, presentar los hallazgos de la investigación que apoyan la TSP como una intervención psicosocial para la depresión y describir su aplicación a la misma. Este artículo no pretende ser una revisión exhaustiva, sino un repaso general para familiarizar al lector con este tipo de psicoterapia. Por último, hay un apoyo creciente a favor de la TSP como una intervención eficaz para la depresión en pacientes médicos. Mynors-Wallis y colaboradores han adaptado el modelo de la TSP de Nezu para la atención médica primaria.

En este modelo, la TSP puede ser administrada por los profesionales de salud mental, internistas y enfermeras. La única diferencia entre los dos modelos es la omisión del estadio de Orientación hacia el problema, que se suprimió para facilitar el uso de la TSP a otros profesionales de la salud no expertos en la salud mental. Según los datos de Wilkinson y Mynors-Wallis (1994) y Mynors-Wallis et al. (1996, 1997, 2000), la TSP es muy eficaz en el tratamiento de la depresión leve, el malestar psicológico general y la depresión mayor. De hecho, muchos de sus estudios muestran que la TSP es tan eficaz como los fármacos antidepressivos (Mynors-Wallis et al, 2000).

Esta versión de la TSP es una adaptación del modelo de TSP-AT descrito anteriormente. Dicha versión es un tratamiento muy dinámico y breve. La adaptación hace a la TSP fácil de aplicar en la práctica de la medicina general y por el personal que trabaja por lo general en estos contextos. Dura 6 sesiones, siendo la primera sesión de una hora de duración y las sesiones restantes de 30 minutos. La TSP-AT es también idónea para que la apliquen los médicos o las enfermeras que no tienen entrenamiento en salud mental. La TSP-AT no sólo difiere de la TSPS en duración, sino en sus contenidos y en la forma de enseñarlos. Primero, la TSP-AP no incluye el estadio de orientación hacia el problema, ya que en ésta se utilizan estrategias de reestructuración cognitiva y los creadores pensaron que el personal médico no sería capaz de enseñar estas habilidades adecuadamente, siendo además para los pacientes un período de difícil aprendizaje de esta habilidad. Segundo, la TSP-AP divide los cuatro estadios que quedan en siete pasos: Definición del problema, Establecimiento de una meta, Generación de soluciones, Toma de decisiones, Selección de la solución, Puesta en práctica y Evaluación.

Como se ha podido ver a lo largo de este trabajo, la TSP es una intervención eficaz y flexible que se puede utilizar en diversos contextos y aplicar a distintos problemas, como es, por ejemplo, el caso de la depresión. Es una intervención breve y focalizada que enseña a la gente cómo resolver problemas de forma sistemática con el fin de que puedan manejar su mundo más eficientemente. Mientras que la TSP está ganando consideración como una intervención para las principales enfermedades mentales y para el tratamiento del dolor crónico, es necesario realizar más investigaciones en esta área. Por ejemplo, de momento poco se sabe acerca de los efectos de la TSP a largo plazo. Se supone que al enseñar a la

gente a resolver de forma más eficaz sus problemas, éstos debieran tener menos problemas emocionales.

En conclusión, la TSP es una intervención eficaz con apoyo creciente. Es lo que dice este modelo de asistencia proporcionando una alternativa de tratamiento excelente para aquellos profesionales que tienen que tratar trastornos como la depresión durante un período de tiempo relativamente breve

3.2 Efectos de la Terapia de Solución de Problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa

Rangel et al (2013), de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y el Instituto Nacional de Cancerología, realizaron un estudio piloto llamado *Efectos de la Solución de Problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa*. Los investigadores de estas instituciones dicen que cuidar de un familiar con cáncer avanzado trae consigo una serie de problemas familiares, laborales, económicos, y sociales que impactan negativamente sobre la calidad de vida y la salud física y psicológica de los cuidadores primarios.

La familia del paciente con cáncer es afectada por el proceso de enfermedad de forma emocional, cognitiva y conductual. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), en el 2002 un total de 1.738.756 personas dedicaban parte del día al cuidado de un familiar enfermo. No se cuenta con los datos que reflejen el tipo de enfermedades que aquejaban a estas personas. Las personas que cuidan de un familiar enfermo experimentan un deterioro importante en su estilo de vida ya que se reducen mucho sus oportunidades de desarrollo personal y profesional; las relaciones que establecen con otros familiares como los hijos o la pareja se tornan problemáticas y sus recursos económicos pueden ser insuficientes debido a la pérdida de horas laborales o incluso del empleo. Los cuidadores presentan también aislamiento social y conducta agresiva hacia el personal de salud y hacia el propio paciente.

Se ha encontrado que los cuidadores presentan alteraciones de los patrones de sueño, fatiga, alteraciones osteomusculares como lumbalgia y artrosis, cervicalgia hipertensión, infecciones frecuentes; presentan una mayor probabilidad de padecer

afecciones cardiacas y alteraciones metabólicas en comparación con los no cuidadores y utilizan sustancias como ansiolíticos y antidepresivos con mayor frecuencia. Así, el deterioro que sufre el individuo que cuida de un paciente crónico puede llegar a ser muy serio. Adicionalmente, se ha documentado que los cuidadores de pacientes oncológicos presentan sintomatología depresiva y ansiosa con mayor frecuencia que la población en general.

Los participantes fueron cuidadores primarios de pacientes atendidos en el Programa de Atención y Cuidados en Oncología del Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Se realizó un muestreo no probabilístico de participantes voluntarios. y fueron incluidos aquellos que aceptaron participar entre los meses de septiembre y diciembre del 2011.

Se identificó como cuidador primario aquella persona que ejecutaba las tareas de cuidado que requería un paciente con cáncer avanzado y que no recibía remuneración económica por tal actividad. Se consideraron como criterios de inclusión ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, firmar el consentimiento informado y concluir la entrevista general. Como criterios de exclusión se tomó en cuenta que participaran en otro protocolo de investigación o atención psicológica o psiquiátrica, y finalmente el criterio de eliminación fue que fueron evaluados trece cuidadores primarios. De los trece participantes evaluados solo una concluyó la intervención.

Las diversas causas por las que los cuidadores salieron de la investigación son

- ✚ El paciente muriera durante el proceso
- ✚ Que los cuidadores fueran canalizados a la atención tanatología brindada por la unidad de cuidados paliativos.
- ✚ Se encontraba en tratamiento psiquiátrico
- ✚ El paciente ingresó a programa de visita domiciliaria
- ✚ El cuidador ya no acudía a consulta en cuidados paliativos por reasignación de tareas
- ✚ El cuidador manifestó no querer continuar en el tratamiento

Comportamientos de autocuidado: Conductas que las personas llevan a cabo con el objetivo de preservar y mejorar su salud a nivel físico y psicológico. Se evaluaron a través de auto-registros conductuales que consideraban la frecuencia con que los cuidadores llevaban a cabo tales acciones. Además se empleó un cuestionario de conductas de autocuidado diseñado para esta investigación.

Es la percepción que las personas tienen de su posición en la vida considerando el contexto cultural y el sistema de valores en el que se desenvuelve, se consideran además sus metas y expectativas. Además de los instrumentos mencionados, se empleó una entrevista estructurada diseñada “ex profeso” para esta investigación que recababa información sobre variables como sexo, edad y parentesco con el paciente que permitieron identificar las características generales de los cuidadores. Además exploraba las características del cuidado que los participantes brindaban a sus familiares enfermos, así como las actividades realizadas y el tiempo requerido. Con el objetivo de tener conocimiento de eventos que pudieran afectar la intervención (progresión de la enfermedad, cambio de tratamiento, fallecimiento del paciente) durante cada sesión se realizó un resumen de la misma y se registró en una bitácora clínica.

Se inició la evaluación comentando con los cuidadores que la aplicación de los instrumentos tenía como objetivo valorar cuáles eran los problemas más frecuentes que se derivaban del cuidado de su paciente, cuáles eran las habilidades con las que contaban y cómo se sentían con la experiencia de cuidar de alguien más. La duración de la evaluación osciló entre 30 y 60 minutos. Intervención: La intervención se llevó a cabo en 2 sesiones individuales, 1 por semana con una duración aproximada de 90 minutos. El programa estuvo formado por tres etapas:

Etapa 1. La solución de problemas, su relación con el bienestar emocional y la calidad de vida. En esta fase se brindó psicoeducación a las participantes respecto a la relación entre el bienestar emocional, la calidad de vida y las habilidades de solución de problemas.

Etapa 2. Solucionando los problemas de cuidadores. En esta etapa el terapeuta leyó las historias de cuidadores primarios contenidas en la guía de solución de problemas y que

estaban ya resueltas. A lo largo de la lectura se hizo énfasis en los diferentes pasos de la solución de problemas.

Etapa 3. Solucionando mis problemas como cuidador. En esta fase se pidió a los participantes que formularan un problema que experimentaban como cuidadores primarios y con ayuda de la terapeuta se implementó y ejecutó un plan de solución de problemas. En la segunda sesión de la intervención se revisaron las metas alcanzadas a través de plan y se realizaron las modificaciones necesarias. Se pidió a las participantes que realizaran el auto registro de conductas de autocuidado y malestar físico por una semana más y que lo entregaran en la siguiente consulta.

La participante que concluyó la intervención fue una mujer de 43 años de edad, casada, madre de dos hijos (15 y 17 años), con educación secundaria completa, comerciante. Era la esposa del paciente, a quien cuidaba desde que éste recibió el diagnóstico de cáncer gástrico, 18 meses previos a su ingreso al servicio de cuidados paliativos. Al momento de la evaluación inicial, la cuidadora dedicaba en promedio cinco horas al día al cuidado del paciente, el resto lo distribuía entre el cuidado de sus hijos y el de su padre quien estaba diagnosticado con cáncer de próstata y recibía tratamiento con quimioterapia. Los cuidados hacia su esposo y su padre consistían en la preparación de alimentos y la administración de medicamentos principalmente.

La participante también apoyaba con las labores escolares a sus dos hijos y atendía un puesto de dulces, que era la única fuente de recursos económicos de la familia tras la pérdida del trabajo de su esposo. Previo a la intervención, la cuidadora presentaba malestares físicos y estaba en protocolo de estudio por una probable pancreatitis, sin embargo tuvo que dejar inconcluso el proceso de atención ante la falta de recursos económicos. En el mes previo a la evaluación, la cuidadora presentó dolores diversos (lumbalgia y cefalea) casi todos los días y alteraciones del sueño frecuentemente. El principal malestar reportado por la cuidadora fue el cansancio, el que estuvo presente todos los días del mes.

Al igual que en investigaciones previas se encontró que, es viable utilizar la terapia de solución de problemas en la población de cuidadores primarios de pacientes con cáncer

y que ésta tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida y la reducción de la ansiedad. Sin embargo, con respecto a la sintomatología depresiva se encontró que ésta no disminuyó. La razón que se encontró fue que las cuidadoras de éste tipo de pacientes desempeñan su rol acompañadas de la inminente muerte de su familiar, lo que puede favorecer la presencia de otras variables de orden psicológico como el proceso de duelo anticipado.

Dado que no era el objetivo del presente estudio la variable duelo no fue abordada sin embargo se considera importante incluirla en otras investigaciones que se realicen con cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. Por otra parte, es importante destacar el papel central que en esta investigación se dio a la variable conductas de autocuidado, ya que de acuerdo con la literatura previa, ésta no había sido abordada. En el caso de la participante que concluyó la intervención se registró un incremento en la frecuencia de conductas de autocuidado, lo cual cobra importancia al considerar que ha sido documentado ampliamente un deterioro en la salud física y psicológica de las cuidadoras primarias, la que las coloca en una situación de alta fragilidad. El que la intervención basada en la terapia de solución de problemas contribuya en la ejecución de conductas de autocuidado abre la puerta a la posibilidad de contar con intervenciones dirigidas a la prevención y atención de problemas de salud en una población altamente vulnerable.

Otras variables que impidieron que las cuidadoras se presentaran a todas las sesiones programadas fueron: el alto porcentaje de participantes originarios de lugares distintos al Distrito Federal que decidieron regresar a sus lugares de origen cuando el paciente presentó un mayor deterioro, con lo que se interrumpió la atención al cuidador primario dentro de la unidad. El factor económico también impactó sobre la adhesión al tratamiento ya que en algunos casos las cuidadoras no acudieron a las sesiones debido a que implicaba un gasto económico.

A pesar de las múltiples dificultades para la realización de la intervención se encontró que las cuidadoras identificaban a la terapia de solución de problemas, en particular al paso de formulación de soluciones, como una herramienta valiosa para la resolución de problemáticas psicosociales.

También se destaca que en la investigación se guio hacia la mejora de estrategias de autocuidado de los cuidadores, lo que no había figurado como un objetivo central de investigaciones previas. Si bien en la presente investigación no se logró obtener datos con significancia estadística si se identificaron cambios clínicos en las habilidades de las cuidadoras para llevar a cabo conductas de autocuidado que permitieron a su vez mejoras en otras áreas como la social y la relación con la familia.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de una intervención basada en la terapia de solución de problemas sobre la adquisición de habilidades de autocuidado, para mejorar la calidad de vida, y la sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores primarios de pacientes que reciben cuidados paliativos. Se utilizó un diseño con evaluación pre y post- test con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, el Inventario de Calidad de Vida WHOQol Bref, y un cuestionario de conductas de autocuidado diseñado ex profeso para esta investigación. Se identificaron mejoras clínicamente significativas en las medidas de sintomatología ansiosa y depresiva, un incremento en la calidad de vida y la identificación de la Terapia de Solución de Problemas como una herramienta útil para afrontar las problemáticas derivadas de las actividades de cuidado. La principal limitante para el desarrollo de la intervención fue que el tiempo propuesto no correspondió con el promedio de sobrevida de los pacientes atendidos en el servicio.

3.3 La técnica de la terapia de solución de problemas aplicada a la depresión mayor

Vázquez González (2002), de la Universidad de Santiago de Compostela, encontró que los déficits en solución de problemas están relacionados con la depresión y ansiedad, por lo que la terapia de solución de problemas para la depresión debería producir una disminución en la sintomatología depresiva. La meta de este grupo de estudios, los cuales se han revisado en este artículo, ha sido la de someter a prueba esta hipótesis. La investigación citada proporciona apoyo para la eficacia de este tipo de psicoterapia para tratar la depresión. La terapia de solución de problemas para la depresión representa un enfoque lógico, sistemático y razonablemente fácil de aprender que se puede usar para ayudar a un amplio rango de pacientes deprimidos en contextos psiquiátricos y no psiquiátricos.

El objetivo de esta revisión es describir la relación entre la depresión y las habilidades de solución de problemas y las adaptaciones específicas de la terapia de solución de problemas para tratar la depresión, así como exponer, analizar y discutir los resultados de las investigaciones que se han hecho con este enfoque.

El nivel primario de análisis del modelo de solución de problemas de la patogénesis de la depresión se centra en las relaciones recíprocas entre las experiencias puntuales vitales muy negativas, las pequeñas experiencias negativas del día a día, las reacciones depresivas a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento de solución de problemas (Nezu, 1986, 1987). Este último componente es el más importante del modelo (Nezu et al., 1989). El término afrontamiento se refiere a aquellas actividades cognitivas y conductuales con las que una persona intenta manejar una situación problemática estresante (D'Zurilla y Nezu, 1999).

Arean et al (1993) llevaron a cabo un estudio para evaluar la eficacia de la terapia de reminiscencia y la terapia de solución de problemas en 75 personas mayores con depresión mayor, que se asignaron al azar a los grupos de terapia de solución de problemas, de terapia de reminiscencia y de lista de espera. Las dos terapias se aplicaron a lo largo de 12 sesiones, una por semana, de una hora y media de duración. La terapia de solución de problemas que se aplicó fue una adaptación del enfoque propuesto por Nezu et al. (1989). Tanto en el pos tratamiento como en el seguimiento a los 3 meses, se encontró que ambas terapias habían reducido significativamente los síntomas depresivos con respecto a los sujetos del grupo control. La terapia de solución de problemas redujo en mayor medida más la sintomatología depresiva que la terapia de remembranza.

Las modalidades breves de terapia de solución de problemas se han aplicado fundamentalmente en contextos de atención primaria y comunitaria. Mynors-Wallis et al. (1995) compararon la terapia de solución de problemas con medicación antidepresiva para el tratamiento de depresión en pacientes de atención primaria. 91 sujetos con depresión mayor fueron asignados al azar a terapia de solución de problemas, amitriptilina o placebo. En los tres grupos se ofreció a los participantes 6 ó 7 sesiones de 30 a 60 minutos durante 3 meses. Los tratamientos fueron aplicados por un psiquiatra y dos médicos que fueron entrenados en terapia de solución de problemas y la administración del fármaco. En la

semana 6 y 12 del pos tratamiento, los grupos de terapia de solución de problemas y la amitriptilina puntuaron significativamente menos en depresión en comparación con el placebo. No se encontraron diferencias entre las dos condiciones experimentales.

Los investigadores plantearon un estudio para conocer si se podría entrenar a enfermeras en la aplicación de terapia de solución de problemas y, una vez entrenadas, cuál sería su efectividad para tratar los trastornos emocionales en atención primaria. 70 pacientes referidos por sus médicos de cabecera y diagnosticados con un trastorno emocional (ej., depresión, trastorno de ansiedad generalizado, depresión-ansiedad mixta) fueron asignados aleatoriamente para recibir terapia de solución de problemas aplicada por una enfermera o para recibir el tratamiento médico usual. No se hallaron diferencias en el resultado clínico entre pacientes que recibieron tratamiento de solución de problemas y los pacientes que recibieron el tratamiento usual de su médico de cabecera. La suma de los costes directos e indirectos fue menor para la terapia de solución de problemas que para el tratamiento médico usual.

Dowrick et al (2000) llevaron a cabo un estudio para determinar la aceptabilidad de dos intervenciones psicológicas para adultos con trastornos depresivos, distímicos, trastornos adaptativos, duelo u otros trastornos depresivos, en un contexto comunitario en el que participaron 9 comunidades rurales y urbanas de Finlandia, República de Irlanda, Noruega, España e Inglaterra. Se asignaron 425 pacientes a una intervención de tratamiento individual de terapia de solución de problemas de 6 sesiones adaptada de Hawton y Kirk (1989), al curso de prevención de la depresión de formato grupal de 8 sesiones y al grupo control. Las intervenciones fueron administradas por personal calificado en psicología, enfermería o profesiones afines a la salud. A los 6 meses, la proporción de participantes deprimidos en el grupo de solución de problemas fue del 17% menos que en los controles. A los 12 meses, no hubo diferencias entre las dos intervenciones y los controles. Ni los diagnósticos específicos, ni el tratamiento con antidepresivos afectaron a los resultados.

En otro estudio (Mynors-Wallis, Gath, Day y Baker, 2000) se evaluó la efectividad de la combinación de fármacos antidepresivos y la terapia de solución de problemas. Se asignaron al azar a 151 pacientes con depresión mayor a los grupos:

- (a) Terapia de solución de problemas aplicada por médicos de atención primaria
- (b) Terapia de solución de problemas aplicado por enfermeras y psicólogos.
- (c) Medicación antidepresiva prescrita por médicos de atención Primaria.
- (d) Combinación de solución de problemas y antidepresivos.

Los tratamientos se aplicaron en 6-7 sesiones a lo largo de 12 semanas. Los pacientes de todos los grupos mostraron una clara mejoría durante el tratamiento. La combinación de los tratamientos de solución de problemas y farmacológico no fue más efectiva que cuando se aplicaron por separado.

Los resultados hallados en los distintos estudios proporcionan un fuerte apoyo a la efectividad de esta modalidad de terapia para el tratamiento de la depresión mayor. Los análisis estadísticos tradicionales (ej., Nezu, 1986; Nezu y Perri, 1989) y de significación clínica (ej., Nezu, 1986; Mynors-Wallis et al., 1995) de los resultados indican que las personas que recibieron terapia de solución de problemas tuvieron reducciones significativas en su depresión, tanto al final del tratamiento como en los seguimientos (ej., Nezu y Perri, 1989). Las puntuaciones en depresión son por lo general sustancialmente más bajas en los grupos de terapia de solución de problemas que en otras terapias, se sugieren para el contexto de atención primaria que la terapia de solución de problemas sería el tratamiento de elección cuando los Psicólogos estén entrenados y dando consulta en primer nivel de atención y que el paciente sea motivado por el área de psicología, dando pláticas informativas de TSP para así obtener resultados positivos.

Los estudios revisados muestran que la terapia de solución de problemas no sólo es una intervención eficaz para la depresión, y ansiedad sino que es un enfoque de tratamiento lógico, sistemático y razonablemente sencillo de aplicar, que puede ser utilizado con pacientes deprimidos de todas las edades y en una variedad de contextos. Estas características la convierten en un enfoque atractivo para el tratamiento de la depresión tanto para los pacientes como para los terapeutas.

En este apartado se puede comprobar la efectividad de la TSP validada a nivel nacional por distintas instituciones como el Instituto Nacional de Cancerología, la

Universidad Autónoma de México y el Instituto Politécnico Nacional, así como a nivel internacional en EUA y España hasta la fecha; diversificando su aplicación en múltiples áreas del bienestar humano como son tratamiento contra las adicciones, trastornos obsesivos compulsivos y de la alimentación entre otros. Gracias a ello el panorama para la TSP es positivo en atención primaria, apelando al mejoramiento de la calidad de vida y reflejando un interés global por la salud mental.

Capítulo 4. Método

4.1 Planteamiento del problema

En la actualidad la depresión es considerada como un problema de salud pública, debido a la gran incapacidad que causa en las diversas esferas de desarrollo de la persona afectada, se estima que en el 2020 será la segunda causa de mortandad a nivel mundial (Caraveo, Colmenares y Saldívar, 1999).

La depresión y la ansiedad son reacciones emocionales que suelen estar presentes en la mayoría de las enfermedades crónicas y que tienen un impacto que va más allá del importante malestar que implican, puesto que afecta a la puesta en marcha o no de conductas de autocuidado y de control de la enfermedad. Por ello, es muy importante entender con precisión su papel y relación con diversas variables propias de esta enfermedad, puesto que interesa no sólo conocer cómo se produce una reacción depresiva, sino también cómo puede convertirse en un factor añadido de riesgo para su propia evolución y pronóstico a mediano y largo plazo.

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con cifra actual estimada en más de 347 millones de personas con diabetes. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son –en ese orden– los países con mayor número de diabéticos. La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura. Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años. En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años (OMS 2016). El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.

Además, es muy preocupante que uno de los problemas para el diabético es vivir con depresión y ansiedad, y es un punto que no siempre se toma en cuenta por el sector salud sino que lo miran de forma separada cuando es parte del problema desde un inicio empezando por la pérdida de su salud, problemas económicos, afectando sus diferentes esferas de desarrollo como son Laboral, Social y económico. Entre las intervenciones psicosociales para la depresión y la, ansiedad, la OMS recomiendan la terapia cognitivo conductual y la terapia de solución de problemas (TSP), las cuales se han sugerido como estrategias de intervención que pueden incorporarse en el primer nivel de atención. La OMS (2011) recomienda la TSP como una opción de tratamiento para la depresión y ansiedad: en la *Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en nivel de atención no especificada* establece que la TSP es un tratamiento psicológico que ofrece apoyo directo y practico.

Esta investigación fue realizada con la finalidad de mejorar el estado de ánimo en los pacientes con Diabetes Mellitus TII, a través de la Terapia de Solución de Problemas con el objetivo principal de reducir signos y síntomas de depresión y ansiedad.

4.2 Pregunta de investigación

¿La Terapia de Solución de Problemas ayudará a disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes diabéticos TII?

4.3 Objetivos

Objetivo General. Determinar la efectividad de la terapia de solución de problemas para disminuir la ansiedad y depresión.

Objetivos específicos

- ✚ Aplicación de pruebas antes y después de la TSP para determinar la ansiedad y la depresión en pacientes diabéticos TII (Inventario de depresión y ansiedad de Beck)
- ✚ Intervención Terapia de Solución de Problemas (TSP) será de 8 sesiones una por semana de 45 minutos de duración por paciente.
- ✚ Analizar y calificar los resultados para conocer si hay disminución significativa de los síntomas ansiosos y depresivos en pacientes diabéticos tipo II.

- ✚ Identificar la disminución que existe con la terapia de solución de problemas en pacientes diabéticos T II después de ocho sesiones.

4.4 Variables

VD 1: Ansiedad

VD 2: Depresión.

VD 3: Autoevaluación

VI: Terapia Solución Problemas

Variable Dependiente 1:

Ansiedad

Definición conceptual

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Lazarus (1966) explica que la ansiedad tiene la función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, para hacer lo necesario y evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Definición operacional

Se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck, el cual consta de una ficha de identificación básica que engloba datos como el número de expediente, fecha de aplicación y datos sociodemográficos como sexo, edad, escolaridad y estado civil. El sujeto responde a 21 ítems en el que se le pide al paciente clasificar una afirmación en cuatro posibles jerarquías (poco-nada, Más o Menos, Moderadamente y Severamente) para así conocer sus síntomas físicos y psicológicos en la última semana incluyendo el día de la aplicación. Su valoración consta de 1 clasificación en 5 posibles intervalos según su puntuación obtenida, siendo el primero Ansiedad Mínima (0-7 pts.) hasta la más alta Ansiedad Severa (26-63 pts.).

Variable Dependiente 2:

Depresión.

Definición conceptual

(Hall Ramírez 2003, citado en Cobo, 2005) menciona que es un sentimiento de tristeza intenso, desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho que la ocasiona y persiste más allá de un periodo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) complementa con la pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Definición operacional

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, que consta de una ficha de identificación básica que engloba datos como el número de expediente, fecha de aplicación y datos sociodemográficos como sexo, edad, escolaridad y estado civil. El sujeto responde a 21 ítems que contienen cuatro posibles afirmaciones acerca de su estado de ánimo e intereses durante la última semana incluyendo el día de la aplicación. Su valoración consta de una clasificación en cuatro posibles intervalos según su puntuación obtenida, siendo el primero Depresión Mínima (0-13 pts.), hasta la más alta, Depresión Grave (29-63 pts.).

Variable Dependiente 3:

Autoevaluación

Definición Conceptual

Solórzano (2008, citado por Pérez de la Roca, 2012) menciona que la autoevaluación es un método que consiste en valorar uno mismo la propia capacidad que se dispone para calificar, tal o cual tarea o actividad, especialmente la calidad del trabajo que se lleva a cabo por uno mismo y es totalmente personal. De la autoevaluación normalmente hacen uso, un individuo, una organización, una institución o entidad, ya que se trata de una herramienta muy práctica a la hora de conocer los avances y las desviaciones respecto de los objetivos, programas, planes, y muy especialmente de las cuales dependen las mejoras de la funcionalidad de un proceso o sistema. Mientras tanto, el sujeto que se autoevalúa a sí

mismo, estará tomando en sus manos el proceso de valoración de sus propias conductas, ideas y conocimientos aprendidos. Siendo una herramienta muy útil si se realiza con honestidad.

Definición Operacional

Este método se aplica de la siguiente manera: primero se hace una autoevaluación inicial, se evalúa el estado de ánimo de cada paciente de acuerdo a los siguientes parámetros, estado emocional, satisfactorio, insatisfactorio o menos satisfactorio, luego se realiza un análisis complementario donde cada sujeto, posteriormente se elabora un plan de acción que pueda implementar asesorías al Sujeto, por ejemplo en este caso terapia. Al finalizar se hace otra autoevaluación. Por último, se realiza un seguimiento para verificar o comprobar el desempeño de cada paciente. Dentro de las ventajas de la aplicación de este método se puede decir que aumenta la confiabilidad del sujeto, es uno de los métodos más completo de evaluación, permite una estimación profunda e imparcial y objetiva. (Spreng, Mckinnon, Mar, & Levine 2009), citado por Olivera, Braun, Roussos 2011)

Variable Independiente

Terapia de Solución de Problemas

Definición conceptual

Es una intervención Psicológica estructurada de duración breve, cuyos fundamentos establecen que los síntomas del paciente se originan debido a sus problemas cotidianos y que si estos se solucionan, los síntomas del paciente desaparecen (Vargas, Villamil & Ventura, 2013).

Definición operacional

Tiene como objetivo enseñar a los pacientes a mejorar su capacidad para resolver problemas, dirigiéndose a los déficits de esta habilidad para afrontar acontecimientos vitales o cotidianos (Nezu y Perri, 1989). Esto a través de 8 sesiones con una periodicidad de 1 sesión por semana, cuyas sesiones tiene como objetivo clarificar y definir sus problemas, establecer metas factibles y alcanzables, generar soluciones en conjunto con el

paciente, elegir soluciones tomando en cuenta sus ventajas y desventajas, elaborar diferentes planes, actuar de acuerdo a lo decidido, por último se evalúa su toma de decisiones y su satisfacción con esta.

4.5 Hipótesis

Hipótesis de investigación

La terapia de solución de problemas disminuye la depresión y la ansiedad en pacientes diabéticos tipo II.

Hipótesis nula

La terapia de solución de problemas no disminuye la depresión y la ansiedad en pacientes diabéticos tipo II.

4.6 Tipo de investigación

Investigación Comparativa

4.7 Diseño

Se utilizó un diseño preexperimental pretest- posttest con grupo experimental e intervención de seis meses. Se hicieron comparaciones transversales intergrupales (antes y después del tratamiento) y longitudinales para evaluar los cambios y después del tratamiento. Se trata, pues, de un ensayo clínico cuyo objetivo no es buscar representatividad estadística de muestras para grandes poblaciones, sino el examen del número de réplicas individuales de un efecto clínico en los sujetos de una intervención (McGuigan, 1997).

4.8 Muestra

Cabe mencionar que el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón De La Fuente Muñiz” realizó una preselección de pacientes de consulta general empleando el Kessler10 (K10), instrumento que mide la depresión, aplicándolo en cada Centro de Salud de la Jurisdicción Coyoacán.

Estos pacientes fueron canalizados al Centro de Salud donde se llevó a cabo esta investigación. Tanto en la consulta habitual como en sesiones informativas en sala, se les

proporcionó información sobre la terapia de solución de problemas, cómo funcionaba y para qué sirve, así como los beneficios que obtenían al recibirla.

De esa manera se seleccionaron 20 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II (DMII) del Centro de Salud TII, Ajusco, de la Jurisdicción Coyoacán, estos pacientes que se seleccionaron cumplían con los diagnósticos de depresión y ansiedad.

A estos sujetos se les aplicó el Inventario de Beck para Ansiedad y Depresión en la modalidad de pre y postest.

4.9 Muestreo

No probabilístico de sujetos tipo (se le aplicó a 20 sujetos con Diabetes Mellitus TII).

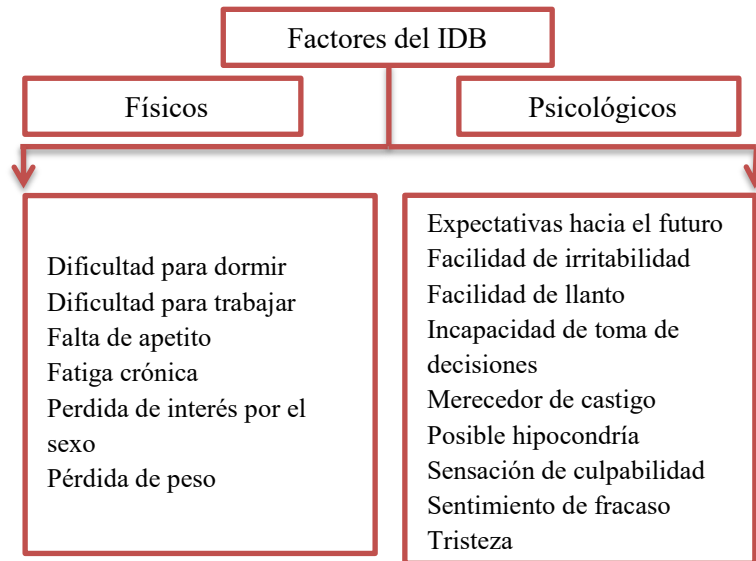
4.10 Instrumentos

Inventario de Beck de Depresión II

Los autores de la última revisión del test en su adaptación española del 2011 son Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown los cuales evalúan el Constructo de la Depresión en el área de la Psicología clínica, forense y Neuropsicología.

El Inventario de Depresión de Beck-II (IAB) es un auto informe compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario ha sido de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Citado por (Beck, Steer & Brown 2011) Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El IAB-II ha experimentado algunas modificaciones para representar mejor los criterios de diagnóstico en el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). Requiere de entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en completarlo; es necesario tener de 13 años en adelante. Los factores que evalúa se mencionan en la Tabla 15:

Tabla 15. Factores físicos y psicológicos del Inventario de Depresión de Beck



✚ Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

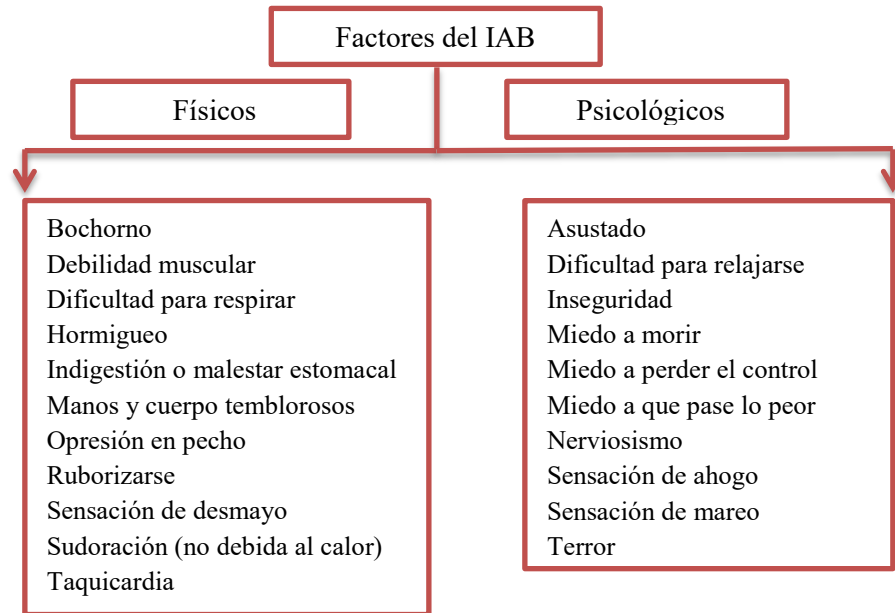
Su versión original se denomina Beck Anxiety Inventory (IAB) y sus autores son Aaron T. Beck y Robert A. Steer; posteriormente Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández realizaron la adaptación a la versión española, siendo 2011 la última fecha de revisión.

El IAB (Inventario de Ansiedad de Beck) se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. Mientras que varios estudios han demostrado que varias medidas de la ansiedad, están muy correlacionadas o son indistinguibles de las de la depresión, el IAB se muestra menos contaminado por el contenido depresivo. En el estudio de Piotrowsky & Gallant (2009), citado en el Manual, se indica que es el instrumento más utilizado en la investigación psicológica.

Su uso comprende diversas poblaciones adultos y adolescentes (13 años o más). Los materiales son adecuados, claros y sencillos de utilizar, sus ítems representan el dominio de los trastornos de ansiedad. A pesar de que el IAB fue desarrollado para reducir al mínimo su superposición con las escalas de depresión, como el IDB, el Manual muestra que la media de las correlaciones entre IAB y IDB es 0.53, lo que indica que ambas pruebas no

son del todo independientes. En resumen, se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo en la población general. Los factores que evalúa son:

Tabla 16: Factores físico y psicológicos del inventario de Ansiedad de Beck



4.11 Procedimiento

- ✚ La selección del tema de investigación y su delimitación comprenden el primer paso del proceso, la importancia del mismo la determinó su relevancia social debido a la afectación poblacional por la Diabetes Mellitus II.
- ✚ Se gestionaron los permisos pertinentes para su aplicación en los centros de salud de la ciudad de México.
- ✚ Se canalizó a los pacientes registrados con DMII de cada centro de salud para la aplicación de los pretest de IAB y IDB, y así seleccionar a los pacientes con depresión y ansiedad para este estudio clínico.
- ✚ Posteriormente se dio inicio a la TSP con los pacientes que aceptaron la terapia de 8 sesiones de 40 minutos cada una.

- ✚ Al término de la terapia se aplicaron los posttest de IAB y IDB.
- ✚ Cada paciente se auto-evaluó de acuerdo a los cambios percibidos de su estado físico y emocional después de la terapia en una escala del uno al diez, donde uno es muy malo y diez es excelente.
- ✚ Las pruebas de pretest y posttest se analizaron para determinar la relevancia de la investigación. Posteriormente se enviaron al Instituto Nacional de Psiquiatría para su resguardo y quede como antecedente de la investigación.

4.12 Análisis de datos

El análisis de resultados se realizó de acuerdo a la estadística descriptiva ya que se recolectaron y presentaron un conjunto de datos con el fin de describir apropiadamente las diversas características de ese conjunto.

A continuación se presenta una breve definición de las principales formulas estadísticas utilizadas en esta investigación.

- ✚ Desviación Estándar: Se define como la raíz cuadrada de los cuadrados de las desviaciones de los valores de la variable respecto a su media. Es una medida estadística de la dispersión de un grupo o población.
- ✚ Moda: Es el valor que más se repite, es decir, el que tiene el mayor número de frecuencias absolutas. Puede ser no única e inclusive no existir. Es una medida de tendencia central importante, porque permite planificar, organizar y producir para satisfacer las necesidades de la mayoría.
- ✚ Mediana: Es el punto central de una serie de datos ordenados de forma ascendente o descendente.
- ✚ Media: La media aritmética de n valores, es igual a la suma de todos ellos dividida entre n . Se denota por x .

Se llevó a cabo también un análisis de estadística inferencial mediante la prueba t de muestras relacionadas, para averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el posttest.

Capítulo 5. Analisis de resultados

A continuación se describen de forma detallada las cifras obtenidas en el análisis estadístico realizado para esta investigación, en donde participaron 8 mujeres y 5 hombres.

En la tabla 17 se muestra la media de edad de la muestra, la cual se puntúa en 51.62 años, las personas con 29 años de edad en este caso representan la moda de los sujetos y la edad mínima de los participantes, la máxima fue de 67 años, obteniendo una suma de 671 años.

Tabla 17. Se muestran datos estadísticos de edades

Estadísticos		
Edades		
N	Válido	13
	Perdidos	0
Media		51.62
Mediana		54.00
Moda		29
Desviación estándar		11.616
Varianza		134.923
Rango		38
Mínimo		29
Máximo		67
Suma		671

En la tabla 18 se presentan los resultados del Inventario de Depresión de Beck, del pre y post test la muestra al principio tuvo una media de 21.69 que corresponde a depresión moderada, con una desviación estándar de 13.585. En la aplicación final la media fue de 11.08 y la desviación estándar de 5.575, lo que refiere a una disminución de 10.615 y con resultados más consistentes en comparación con las desviaciones estándar con mayor consistencia en los últimos resultados antes.

Tabla 18 .Resultado de la prueba t de muestras emparejadas del inventario de depresión de Beck

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	IDB Pre	21.69	13	13.585	3.768
	IDB Post	11.08	13	5.575	1.546

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	IDB Pre - IDB Post	10.615	9.386	2.603	4.944	16.287	4.078	12	.002

Con respecto a los resultados mostrados por el Inventario de Ansiedad de Beck, se puede observar en la Tabla 19 una media de 24.77 y una desviación estándar de 14.143 en el pretest, con una diferencia de 12.538 respecto al post-test, que tuvo una media de 12.23 y una desviación estándar de 5.732, lo que refleja una diferencia importante y mayor consistencia en los últimos resultados.

Tabla 19: Estadística de la muestra emparejada

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	IAB Pre	24.77	13	14.143	3.923
	IAB Post	12.23	13	5.732	1.590

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	IAB Pre - IAB Post	12.538	10.469	2.904	6.212	18.865	4.318	12	.001

En la tabla 20 se presentan los resultados de la prueba de Satisfacción en cuanto al estado de ánimo de los pacientes donde 1 es malo y 10 es excelente. Se aplicó antes y después de la terapia y arrojó los siguientes resultados: La pre-evaluación arrojó una media de 2 y el post-test una media de 8.54. La desviación estándar del pre-test fue de 1.225 y del post-test es de .877. La diferencia de las medias de antes y después es de -6.538. Los resultados fueron consistentes en ambos casos pero la diferencia en las medias de los post test fue considerable, lo que denota una mejora en el estado de ánimo de los pacientes traduciéndose en resultados positivos con respecto a la terapia.

Tabla 20: Estadísticas de pruebas emparejadas de la variable de Satisfacción

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	Satisfacción Pre	2.00	13	1.225	.340
	Satisfacción Post	8.54	13	.877	.243

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Satisfacción Pre - Satisfacción Post	-6.538	1.450	.402	-7.415	-5.662	-16.258	12	.000

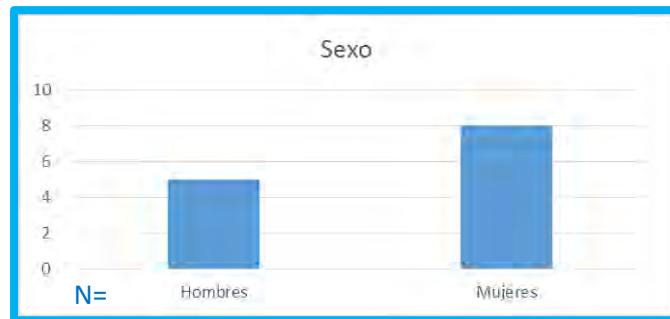


Tabla 21. Resultados de participación por sexo de este estudio

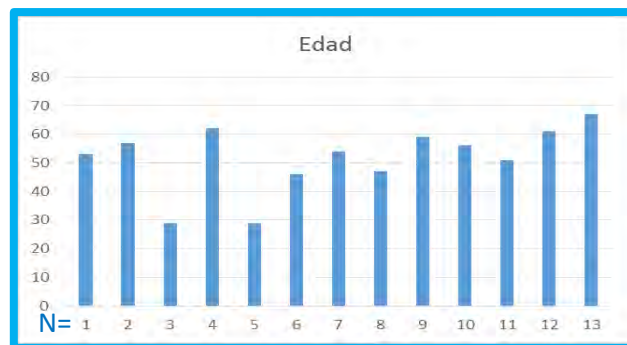


Tabla 22. Resultados por edad de los sujetos que es de 30 a 62 años

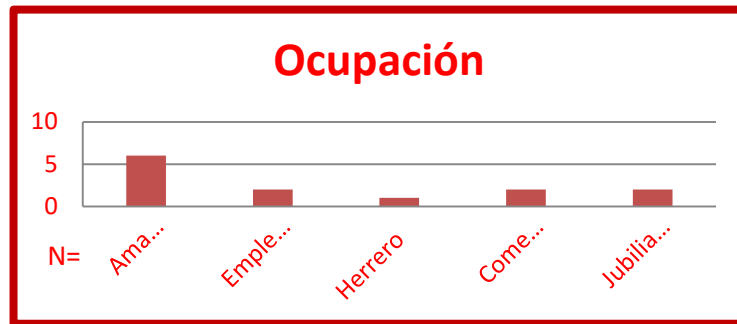


Tabla 23. Resultados de ocupación de los sujetos

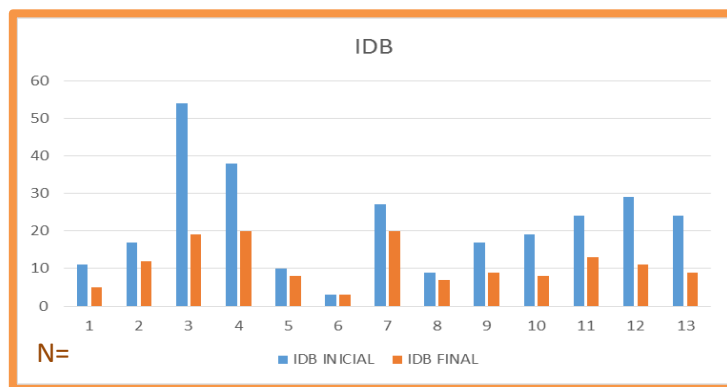


Tabla 24. Valores iniciales y finales del pretest y el post-test del inventario de Depresión de Beck.

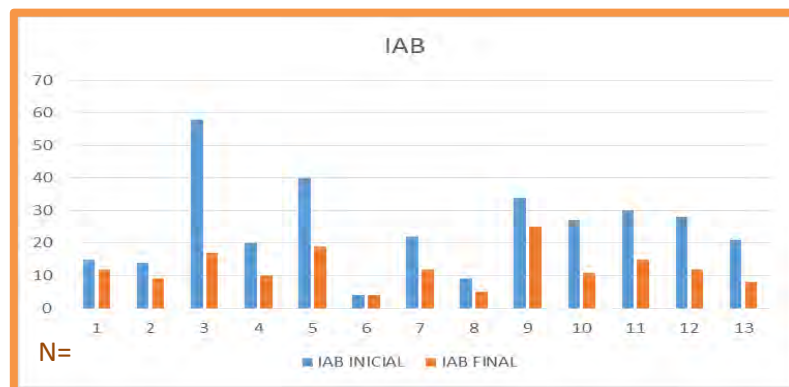


Tabla 25. Valores iniciales y finales del pretest y el post-test del inventario de Ansiedad de Beck.

Lo anterior proporciona una visión de cómo las variables, depresión, ansiedad y satisfacción cambiaron sus valores de forma positiva al obtener datos más consistentes respecto a las desviaciones estándar y al manejo de las variables con la TSP. De esta

manera se demuestra que estadísticamente el uso de la TSP es de utilidad en primer nivel de atención dando resultados positivos para esta población.

Capítulo 6. Discusión

Esta investigación permite identificar y tener en cuenta la necesidad de los pacientes con Diabetes Mellitus TII, de complementar su terapia farmacológica con una terapia que les proporcione herramientas para afrontar los problemas que surgen en su vida diaria, la terapia propuesta para fortalecer dicho sistema de intervención es la terapia de solución de problemas. A continuación se discutirán los principales hallazgos de este estudio, comparándolos con otras investigaciones que se han realizado.

En primera instancia, Nathan y Gorman (1988), de la Universidad de Puerto Rico, realizaron una investigación con el fin de integrar el tratamiento farmacológico de pacientes diabéticos con la Terapia de Resolución de Problemas, aunado al rol de la psicología en el cuidado de la misma. También hicieron hincapié en su efectividad para tratar la depresión mayor en atención primaria (Mynors- Wallis et al., 1995, 2000). Dichas características la convierten en un enfoque atractivo para el tratamiento de la depresión, debido a que se genera una retroalimentación positiva para el paciente como para el terapeuta. Otro aspecto que resaltaron fue la relación entre sufrir diabetes y la presencia de desórdenes psicológicos, tales como la depresión, ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria, tratados con terapia de resolución de problemas. Sus resultados arrojaron que las personas que recibieron terapia de solución de problemas presentaron reducciones significativas en su nivel de depresión, principalmente en la sintomatología, tanto al final del tratamiento como en el proceso de seguimiento.

Los resultados del presente estudio coinciden con los resultados de Nathan y Gorman (1988) ya que los resultados obtenidos al recurrir a la terapia de solución de problemas, para el tratamiento de pacientes con diabetes Mellitus TII con depresión y ansiedad, fueron estadísticamente significativos en cuanto a la reducción de síntomas y satisfactoria para los pacientes, debido al mejoramiento en su calidad de vida. La única diferencia entre dicha investigación y el presente trabajo es la cantidad de sesiones, ya que Nathan y Gorman realizaron 6 sesiones y en esta se realizaron 8 sesiones, en ambos casos con seguimiento. Esta característica la recomienda el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ya que con un número mayor de sesiones el sujeto obtiene mayores herramientas para la toma de decisiones y la satisfacción del sujeto aumenta.

Otra investigación destacada en este ramo la realizó Williams et al en 2004, quien demuestra que tanto los medicamentos antidepresivos (ej. nortriptyline, fluoxetine) como la terapia de resolución de problemas han sido eficaces en la disminución de los síntomas de la depresión, ansiedad y los trastornos alimentarios en adultos con diabetes.

También exteriorizan, como observación, la reciente atención que ha comenzado a recibir en los últimos años la investigación psicosocial y conductual en la diabetes, mediante la realización de estudios de prevalencia de desórdenes psicológicos, de conducta y actitudes relacionadas con el cumplimiento del tratamiento de intervenciones psicosociales para mejorar el automanejo y la calidad de vida, y se han validado instrumentos psicológicos específicos para pacientes con diabetes teniendo como finalidad poner mayor atención a los problemas psicológicos de una población con diabetes. Esta inquietud motivó al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz a diseñar un programa terapéutico lo más completo posible, debido a la necesidad que requería esta población.

En lo que toca al tratamiento de la ansiedad, Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003) con apoyo de la Universidad de Murcia (España), publicaron el artículo “La Terapia de Resolución de Problemas (TRP) basado en el modelo cognitivo-conductual para ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficiencia”. Este artículo tiene como objetivo revisar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación en niños y adolescentes. Los resultados indicaron que la T.R.P. es una intervención eficaz, con base en los criterios de la Comisión de Expertos, de la División de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), ya que se describe como el tratamiento con mayor impacto y eficacia en la muestra; sin embargo, se menciona la necesidad de investigar en distintas poblaciones. La intervención, además, incluía diversos componentes como la reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, modelado y manejo de contingencias, lo que la hace una herramienta completa.

Con base en los resultados del estudio, se concluye que la terapia de resolución de problemas puede considerarse como el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes (Kendall, 1990). El artículo

resalta el estatus del tratamiento considerándolo probablemente como el más eficaz de los modelos de Terapia de Resolución de Problemas- cognitivo-conductuales, del mismo modo destaca la importancia de realizar nuevos estudios de otros grupos de investigación independientes que repliquen los resultados obtenidos hasta el momento y permitan otorgar en su caso el estatus de tratamiento bien establecido para ambos procedimientos, he aquí la urgencia por sustentar a la TRP como la más efectiva en primer nivel de atención.

Esta investigación acentúa la necesidad de que el terapeuta deba estar adecuadamente capacitado y que posea experiencia para la aplicación de dichas técnicas; ya que de esto dependerá lograr los objetivos que se persiguen para la disminución de síntomas y dotar de habilidades a los pacientes para confrontar problemáticas cotidianas. A partir de la experiencia profesional de quien esto escribe como terapeuta, se está de acuerdo con la observación realizada por Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, en cuanto a la adecuada formación académica, sin embargo a dicha premisa debe sumársele la necesidad de ser un psicólogo la persona facultada para la aplicación de este modelo, debido a que posee un conocimiento mayor del funcionamiento psíquico, lo cual le permite mayor sensibilidad, empatía y comunicación para con el paciente, ya que su formación va encaminada al entendimiento humano biopsicosocial; siempre en busca de la mejora continua a través de la capacitación y la supervisión de un experto, para así generar una experiencia acertada, permitiendo la consolidación de procesos teórico-prácticos, sin olvidar la ética profesional y los valores en busca de un bienestar común.

Vázquez González de la Universidad de Santiago de Compostela, en el 2002, quien define la TSP como una terapia que representa un enfoque lógico, sistemático y razonablemente fácil de aprender que se puede usar para ayudar a un amplio rango de pacientes deprimidos en contextos psiquiátricos y no psiquiátricos. El objetivo de esta revisión es describir la relación entre la depresión y las habilidades de solución de problemas y las adaptaciones específicas de la terapia de solución de problemas para tratar la depresión, así como exponer, analizar y discutir los resultados de las investigaciones que se han hecho con este enfoque. Debido a su aplicación en otros trastornos, como en la depresión mayor, se ha encontrado que los déficits en solución de problemas están relacionados con este trastorno.

Los resultados hallados en este estudio indican que las personas que recibieron terapia de solución de problemas tuvieron reducciones significativas en su depresión, tanto al final del tratamiento como en los seguimientos. Estas características la convierten en un enfoque atractivo para el tratamiento de la depresión tanto para los pacientes como para los terapeutas. Los resultados de dicha investigación resaltan el trabajo fisiológico apoyado por la psicología siendo fundamental para este tipo de enfermedades que favorecen los resultados demostrativos en la vida de los pacientes a largo plazo, este fenómeno se replicó en esta investigación debido al impacto que tuvo el tratamiento psicológico en los pacientes con diabetes Mellitus TII, ya que presentaron una disminución de los síntomas fisiológicos y la frecuencia de asistencia se ve en aumento debido a la corta durabilidad del tratamiento con resultados positivos a corto plazo, es decir, los pacientes terminan el tratamiento porque los resultados son continuos y evidentes para el paciente, ya que su estado anímico mejora gradual y constantemente, mejorando sus expectativas de vida.

Otro estudio que valida la utilidad de la Terapia de Resolución de Problemas (TRP) lo realizó la Universidad de Barcelona en el área de Personalidad. Roth y Vivas en el 2014, aplicaron la Terapia de resolución de problemas, describiendo que puede ser tanto o más efectiva que el tratamiento farmacológico, de algunos trastornos y problemas psicológicos que se presentan en el ámbito de Atención Primaria, tales como ansiedad, depresión, dolor, comer o no comer (anorexia, bulimia), obsesividad compulsiva, beber en exceso, crisis por separación, proceso de divorcio, muerte de un ser querido, intento de suicidio y pérdida de trabajo. Roth y Vivas consideran a la TSP como un camino más fructífero hacia la recuperación del paciente.

Este estudio de caso es un buen aprendizaje de habilidades por parte del profesional para aplicar dicha terapia, ya que resolvió con éxito dichos trastornos. Se realizó con un paciente de 28 años de edad, lo cual coincide con el rango de edades de esta investigación, obteniendo resultados positivos y significativos en ambos casos.

Las Doctoras Roth y Vivas concluyen que mediante la TRP, tras una o varias sesiones, no más de seis, el paciente descubre, rectifica y aprende a lidiar con los problemas que se le presenten de forma inesperada en su vida cotidiana, ya que desarrolla herramientas con las que consigue ampliar sus posibilidades de solución, fortalezas

anímicas y redes de apoyo, para así afrontar su día a día. Sin embargo, es necesario asegurarse de cumplir los objetivos de cada una de las sesiones a las que asistirá el paciente, ya que será necesario identificar problemas y plantear soluciones.

En el caso de la paciente de este estudio se observó que era capaz de afrontar y solucionar sus problemas por sí sola, ya que fue ella misma en la tercera sesión, la que solicitó interrumpir la terapia, se siente mejor, menos agobiada y más capacitada para afrontar sus problemas. Existe evidencia de que la TRP en casos como el descrito, es tanto o más efectiva que el tratamiento farmacológico. El tratamiento idóneo consiste en combinar farmacoterapia (especialmente en el período agudo) y la TRP.

De acuerdo al estudio que aquí se presenta, se concuerda con los resultados obtenidos por el estudio de caso, ya que de igual modo se cumplió el objetivo de identificar problemas y plantear soluciones, al disminuir los síntomas de diferentes trastornos, así como los problemas emocionales de los pacientes con alguna enfermedad. Sin embargo, no estoy de acuerdo en cuanto a los términos de la relación terapéutica, debido a que es necesaria la conclusión del tratamiento para así consolidar el aprendizaje de las habilidades de resolución de problemas para el manejo de su vida. es decir terminar con las 8 sesiones que marca el protocolo.

Otra aportación en este tema fue a través de Marrero, Rosario y Carballeira, de la Universidad de Almería que publicaron el 1 de junio del 2002, el artículo “Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer”. Este estudio tiene como propósito mejorar el ajuste psicológico a la enfermedad de los pacientes de cáncer a través del incremento de sus habilidades cognitivas. La muestra se compuso de 46 pacientes de cáncer, de los cuales 33 fueron adscritos aleatoriamente al grupo de intervención y 13 al grupo control. Para la valoración de la eficacia del programa se usaron medidas de auto informe sobre habilidades interpersonales, miedos y capacidad para relajarse, dichas herramientas también fueron aplicadas en esta investigación con el propósito de lograr autorregulación emocional en caso de crisis y autocontrol.

Los resultados obtenidos por la Universidad de Almería, que surgen de la aplicación del programa de entrenamiento en habilidades de solución de problemas, indican un efecto

moderadamente eficaz de cara a potenciar las estrategias de solución de problemas, mostrando una eficacia relativa en la reducción de miedos y en el incremento de la capacidad de relajación. El propósito de este trabajo fue enseñar estrategias para mejorar el ajuste a la enfermedad del paciente oncológico y promover el sentido de control personal. Los resultados indican que el programa, en general, es capaz de mejorar las habilidades de solución de problemas interpersonales en el grupo de pacientes que recibieron tratamiento. Otros estudios que incorporan como ingrediente terapéutico la terapia de solución de problemas también han demostrado la efectividad de esta técnica para incrementar el afrontamiento y reducir el malestar del paciente oncológico (Fawzy, 2001, citado en Quebedo, Rosario & Carballeira, 2002).

Otro aspecto de interés es el efecto que ha tenido el programa, disminuyendo distintos tipos de miedos, como los relacionados con la medicina, objetos asociados a la muerte, aprensión y con el enfrentamiento personal. Estos miedos, habituales en los enfermos oncológicos (Pelechano, 1999, citado en Lacunza, 2011), y que suponen una fuente más de estrés, aunque no se hayan tratado expresamente en el contexto terapéutico, han podido ser abordados desde la solución de problemas.

Al trabajar con procesos cognitivos, el enfoque de solución de problemas genera en el paciente una estrategia de funcionamiento válida para distintas situaciones personales y sociales. También ha permitido disminuir la sensación de falta de relajación, probablemente porque ha generado en los enfermos mayor seguridad y confianza en sí mismos, permitiéndoles tener una actitud positiva ante los problemas. Los resultados de este estudio se asemejan al que aquí se cita, ya que existe coincidencia en el nivel de satisfacción que es muy parecido, lo que indica una alta aceptación del programa y sus resultados.

Otros estudios realizado por el Hospital Universitario (HU) “Dr. José Eleuterio González”, de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), refieren una aplicación a Residentes de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de esta universidad. Los autores mencionan que el objetivo es demostrar la eficacia de la terapia de resolución de problemas (TSP) en pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados (SFMNE). Se refiere a que no tenían orígenes comprobables los síntomas fisiológicos y se consideraba que los síntomas eran de índole psicológico por

lo que decidieron aplicar la terapia de solución de problemas (TSP), eligiéndola por ser una terapia estructurada y de corto plazo con la finalidad de comprobar que los síntomas físicos son reales, pero por el estado emocional del sujeto, descartando un mal funcionamiento orgánico. Esto fue publicado por la Facultad de Medicina el 31 de agosto de 2013 mencionando que la TSP es la terapia adecuada para tratar este tipo de síntomas no asociados a desorden fisiológico, razón por lo que funciona la terapia de resolución de problemas.

La TSP se aplicó en el grupo experimental (GE), mientras que para el grupo control (GC) se realizó un abordaje médico tradicional. El dolor abdominal fue el motivo de consulta más frecuente, mencionando otros síntomas como cefaleas, fiebres, dolor de piernas o columna. Se trató de un estudio experimental aleatorio de 80 pacientes SFMNE, los cuales fueron divididos en dos conjuntos: grupo experimental (RGE) y grupo control (RGC), que se analizaron antes y después de la intervención. El síntoma de estos pacientes era debido a un padecimiento físico, observándose una disminución de la intensidad del síntoma en el GE, tanto de la primera como de la segunda y tercera sesión, siendo esta última una diferencia estadísticamente significativa comparada con GC, en el cual se apreció una disminución menos pronunciada de sus síntomas.

Este estudio comprobó que una intervención psicosocial como la TSP contribuye a disminuir la intensidad y duración de los síntomas de los pacientes con SFMNE y enfatiza la necesidad y utilidad de un estudio con pacientes con SFMNE en diferentes categorías de severidad y de tipos de enfermedad crónico degenerativas o bien enfermedades agudas.

Finalmente el Instituto Nacional de Psiquiatría enfatiza la utilidad y comprueba que la terapia de solución de problemas obtiene resultados positivos para los pacientes. Los residentes de medicina familiar emplean una intervención psicosocial como la TSP, que disminuye la intensidad y duración de los padecimientos de los pacientes con SFMNE, así como con pacientes crónico degenerativos como es la Diabetes Mellitus TII, población que se utilizó en esta investigación.

En este capítulo se demostró la relevancia de la TRP, ya que el interés internacional por la aplicación, reconstrucción e innovación de dicha terapia ha sido paulatino y de esta forma su eficacia se ha incrementado.

Es por eso que el Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz aplica en los centros de salud, en pacientes con diabetes Mellitus TII la terapia de solución de problemas, encontrando similitud en los resultados, disminuyendo los síntomas de la ansiedad y depresión de manera estadísticamente significativa, al igual que la satisfacción; demostrando que un trabajo multidisciplinario aplicado a este tipo de enfermedades aporta resultados evidentes para los pacientes y en pro de la ciencia. Además, se comprueba que las investigaciones citadas proporcionan apoyo para la eficacia de este tipo de psicoterapia al tratar la depresión y ansiedad.

Lo anterior proporciona una visión de cómo las variables, depresión, ansiedad y satisfacción cambiaron sus valores de forma positiva y significativa al obtener y saber que no solo en México sino también en otros países la Terapia De Solución De Problemas (TSP) tiene efectos positivos para cualquier problema fisiológico y emocional, siendo un modelo aplicable en atención medica de primer nivel.

En este capítulo se realizó un recorrido que abarca los aspectos más significativos en comparación con otras investigaciones, permitiendo explicar de forma concreta y significativa los hallazgos de esta investigación, en el siguiente capítulo se tratarán de las conclusiones del presente estudio.

Capítulo 7. Conclusiones

De acuerdo a la pregunta de investigación que se planteó en este trabajo permite identificar y tener en cuenta la necesidad de los pacientes, con Diabetes Mellitus TII, de manera de complementar su terapia farmacológica, con una terapia que les proporcione herramientas para afrontar sus problemas emocionales cotidianos, el modelo propuesto para fortalecer dicho sistema de intervención es la Terapia de Solución de Problemas. Una de las terapias que tienen poco tiempo de utilizarse en Ciudad de México, y que da resultados estadísticamente significativos para los pacientes.

El objetivo general quedó demostrado de acuerdo a los registros de los hallazgos que se encontraron en los resultados obtenidos, determinados por la efectividad de la terapia de solución de problemas para ayudar a disminuir los síntomas de la ansiedad y depresión en pacientes diabéticos TII. Con base en lo encontrado, puede afirmarse que el objetivo mencionado se alcanzó con una muy buena satisfacción para el paciente.

La Terapia de Solución de Problemas, sin embargo y a pesar de muchos esfuerzos realizados, la TSP asumiendo que generalmente puede ayudar al paciente a solucionar su parte emocional al mismo tiempo que su tratamiento farmacológico.

En cuanto a la prueba de satisfacción del estado de ánimo de los pacientes, que se aplicó antes y después de la terapia, arrojó los siguientes resultados: la pre-evaluación arrojó una media de 2 y el post-test una media de 8.54. La desviación estándar del pre-test fue de 1.225 y del post-test es de .877. La diferencia de las medias antes y después es de -6.538. Los resultados fueron consistentes en ambos casos, pero la diferencia en la media de los post test es amplia lo que revela una mejora en el estado de ánimo de los pacientes traduciéndose en resultados positivos con respecto a la terapia. Lo anterior proporciona una visión de cómo las variables; depresión, ansiedad y satisfacción cambiaron sus valores de forma positiva y significativa al obtener datos más consistentes respecto a las desviaciones estándar y al manejo de las variables con la TSP.

Las variables que se abordan en esta investigación y los elementos que las integran, dan forma a la técnica llamada Terapia de Solución de Problemas. La TSP puede ayudar al

paciente a solucionar su parte emocional al mismo tiempo que sigue su tratamiento farmacológico.

Considero que este modelo terapéutico propuesto por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” Llamado TSP y que su rol en las enfermedades crónicas degenerativas específicamente en DM TII tiene buena aceptación en el primer nivel de atención, no es necesario referir al paciente a un tercer nivel de atención para ser atendido por un especialista (Psicólogo o Psiquiatra) ya que los tramites y la saturación del sistema de salud pública hacen de este proceso algo disfuncional para el paciente; es por ello que esta terapia breve y estructuradas TSP le da un plus al primer nivel de atención mejorando la calidad de vida así como disminuyendo los síntomas del paciente en dos problemas muy comunes que padece la población de México la Ansiedad y la Depresión.

Es claro que el papel que puede desempeñar el psicólogo dentro del área de salud va más allá de una colaboración en un programa de apoyo o investigación sino que debe ser permanente, debe ser considerado como un paso irrevocable dentro del proceso de registro en el primer nivel de atención, que debiera ser como cuando mandas a tomar una placa radiográfica o pides a laboratorio toma de muestras para así confirmar un diagnóstico y dar un tratamiento certero, con el fin de mejorar la salud de manera evidente e inmediata, mi propuesta es considerar a la terapia psicológica (TSP) o cualquier otro modelo de psicoterapia como parte del cuadro básico de la salud de un sujeto.

Es muy importante que cómo próximos psicólogos en cualquier área en donde se presenten prácticas profesionales o servicio social, se le de esa seriedad y profesionalismo que se requiere para lograr el respeto al campo profesional de la psicología. En las distintas áreas como son, laboral, social, educativa, clínica, forense. Por lo tanto, es claro que para lograr este objetivo se debe contar con conocimientos teórico - prácticos, éticos y profesionales, si queremos dar ese lugar tan importante al campo de la psicología, en la actualidad de acuerdo a las grandes metrópolis como es la ciudad de México y los avances tecnológicos, con la seguridad será la profesión más solicitada en los próximos años.

Limitaciones

Dentro del desarrollo del programa, no de la investigación, se observaron en la aplicación de este trabajo, no se debe perder de vista, que quien aplicó esta terapia se trató de pasantes de la carrera de psicología y medicina, con la supervisión adecuada y aun así los resultados fueron favorables para ambos, pacientes y terapeuta.

La colaboración de las personas para esta investigación fue de forma voluntaria, ya que cuando tomaban su consulta se les invitaba, para participar en el programa, informándole cómo funcionaba y por qué era importante realizarlo y era decisión de ellos tomarla o no.

Un grupo de control constituye una parte esencial de la mayoría de los diseños de investigación, lo que permite, eliminar y aislar las variables. La carencia de un grupo de control es una limitante, ya que es una parte vital de un experimento científico controlado para evitar que las apariencias lleven a conclusiones erróneas. Su uso se expande a todas las ramas de la ciencia donde se quieran evaluar los efectos de cierta variable.

Sugerencias

- ✚ Que la terapia de solución de problemas se aplique a cualquier edad: A continuación se desarrolla el interés de conocer como las personas y específicamente los niños de 10 años en adelante, pueden desarrollar y aprender la habilidad de Resolver Problemas la cual es contemplada dentro de las habilidades Sociales específicamente en las Cognitivas – Sociales, las cuales desarrollan procesos cognoscitivos que se ven reflejados en la conducta interpersonal.
- ✚ Se recomienda en enfermedades orgánicas o psicológicas y la terapia de solución de problemas funciona eficazmente, por que pude tener tratamiento farmacológico por su enfermedad y al mismo tiempo TSP complementando su salud holísticamente Mente-Cuerpo
- ✚ Que el profesional que aplique esta terapia TSP debe estar bien capacitado y con experiencia en la atención a pacientes, principalmente que tenga práctica o que ya trabaje dando terapia esto le daría a la TSP resultado esperado.

La Terapia de Solución de Problemas es una terapia breve que es considerada buena para la población que vive en metrópolis como la Ciudad de México, ya que la mayoría de la población no tiene tiempo para terapias largas por falta de recursos económicos y tiempo, y menos que la tomen en Primer Nivel de Atención, Centros De Salud, esto se pudo comprobar en pacientes con Diabetes Mellitus TII con ansiedad y depresión, por lo que los pacientes resultaron significativamente compensados, ya no fue mucho tiempo y tuvieron resultados estadísticamente significativos, por lo que se recomienda su aplicación para diferentes trastornos o enfermedades. La TSP queda comprobada que para ansiedad y depresión si es aplicable y funciona.

Referencias

- Areán, P. A. (2000). Terapia de solución de problemas para atención primaria (TSP-AP). *Psicología Conductual*, 8(3) ,547-549. Recuperado de www.behaviralpsycho.com.
- Bados, A. & García, G. E.(02/junio/2004). Resolución de problemas. Universidad de Barcelona. *Revista de Educación y Desarrollo Psicología*, 2, 08 -29.
- Becoña, I. E. & Orbitas, G. A. L. (2016). Terapia cognitivo-conductual: Antecedentes y técnicas. *Veritas*, 03(1).
- Beck, A.T., Steer, A. R. & Brown, K. G. (2011). Resumen de valoración del Test Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. 16/08/2016, del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología, Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España. Recuperado de www.secop@cop.es.
- Brandan, N. (2014). Hormonas tiroideas. Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Medicina, Cátedra de Bioquímica. Corrientes, Argentina: Universidad Nacional del Nordeste.
- Calderón, P., Gutiérrez, R. & Velazco, J. (2002). *Psiquiatría bases fisiológicas: Bases fisiológicas de la práctica psiquiátrica*. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
- Camacho, M. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Escuela de Psicoterapia Cognitiva. 1, 1-15.
- Casado, M. I. & Miguel, J. (1994). *Ansiedad, Stress y Trastornos Psicofisiológicos*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Recuperada de biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4005801.pdf
- Cobo, G. J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición, nosología, clasificación. 19/09/2016, de Universitat Autònoma de Barcelona Sitio web: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/268>

- De la Rosa, M., Ramírez, A. J. García, E.T. Riquelme, H. Rodríguez, R.I. & Duran, G. R. (2013). Eficacia de la terapia de resolución de problemas en pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados; 20(1) pp. 01-12.
- Galletero, M. J., Guinón, J., Echebúrua, E., Yllá, L. & González, J. L. (2012). Etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*, 1(4), 18-22. Recuperado de luisderivera.com/wp-content/2012
- García, A. (Marzo, 2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, (84), 7-11.
- Gobierno de España. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 19/09/2016, de Ministerio De Sanidad, Política Social E Igualdad Sitio web: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental>
- González, M., Mata, I. & Mena, E. (2007). Trastornos de ansiedad–depresión en el entorno de la contingencia común. Universidad de Barcelona Recuperado de [http://www.acmf.cat/trastornos %20%20DE%20ansiedad-depresion.pdf](http://www.acmf.cat/trastornos%20%20DE%20ansiedad-depresion.pdf)
- Gutiérrez, J.P., Hernández, A.M. & Reynoso, N.N. (01/02/2013). Diabetes mellitus en México: estado de la epidemia. 05/08/ 2016, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Sitio web: jpgutier@insp.mx
- Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la depresión. Departamento de Biología Celular y Fisiología. Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM. Recuperado de www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208
- Hall, R. (2003). Depresión, fisiopatología y tratamiento. Facultad de Farmacia Universidad de Costa Rica. Recuperada [http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/ cimed7.pdf](http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf)
- Hernández, A. & Chávez, A. Ch. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidiología moderna. *Salud Mental*, 33, 355-360

- Jarne, A. (2010). Manual de Psicopatología Clínica, Herder. España
- Jiménez, Ch. & Dávila, M. (mayo de 2007). Psicodiabetes., 25. Recuperado de mijimenez@uprrp.edu o marisabeljc@yahoo.com.
- Lazarevich, I. & Mora, F. (2008). Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo. Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, pp.05-10.
- Lacunza, B. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. Fundamentos en Humanidades, 12-23, 159-182.
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, A., Martin, A. & Sergui, M. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. Psicooncología, 10(2-3), 263-274. Recuperado de revistas.ucm.es/index.php/PSIC.
- Levy, M., Koeppen, B. & Stanton, B. (2006). Fisiología. Madrid: Elsevier Mosby.
- Lezcano, M. & Cockburn, W. (2000). La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 28/06/2016, de Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo Sitio web: <http://osha.europa.eu>
- López, F. & Vázquez, G. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Universidad de Santiago de Compostela. Psicothema, 14 (3), 516-522. recuperado de
- Matthew, N., Koeppen, B. & Stanton, B. (2009). Fisiología. Madrid: Gráficas Muriel.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. En Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (pp. 20-34). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Molina, J. T. & Gutiérrez, G. A. Hernández, D. L. & Contreras, M. C. (2008). Estrés psicosocial: algunos aspectos clínicos y experimentales. Recuperada de www.redalyc.org/pdf/167/16711589019.pdf
- Montealegre, V., Martínez, A. & Pedraza M. Incidencia de la Depresión Posparto. Unam, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Mori, N. Caballero J. (2, agosto, 2010). Historia natural de la depresión. Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú, Redalyc. 2, 86-90.
- Navlet, M. (2012). Fundamentos Teóricos de la Ansiedad, Ansiedad Competitiva, Estrés y Afrontamiento en el Deporte. Tesis doctoral (1-47). Madrid: España.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Depresión. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (Nov 2016). Diabetes. Organización, Mundial De la Salud Ginebra, 3-11.
- Orgilés, A., Méndez, C., Rosa, A., & Ingles, S. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. Recuperado de www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.
- Olivera, J., Braun, M. & Roussos, A.. (Agosto, 2011). Instrumentos para la evaluación de la Empatía en Psicoterapia. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 20(2), 121-132.
- Pérez de la Roca, J. (2012). La autoevaluación de los estudiantes de psicología Industrial de una institución educativa de nivel superior sobre las competencias laborales: Trabajo en equipo, relaciones interpersonales y comunicación. Tesis (1-34). Consejo de la Facultad de Humanidades: Guatemala.
- Portilla. L, Romero. M, Román. J, (2014). El Paciente Diabético, Aspectos Psicológicos De Su Manejo. Latinoamericana de Psicología, Volumen 23 – No (2), 199-205.
- Quebedo, R., Rosario, J. & Carballeira, A. (Junio del 2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. Redalyc, 2-1, 23-39.

- Rangel, N.L, Ascencio, L. Ornelas, M., Allende, P., Landa, R.E. & Sánchez. S, J., (2013). Efectos de la Solución de Problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa, un estudio piloto. *Psicooncología*. Vol. 10, 2-3, 365-376.
- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología, Psicología de lo anormal el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.
- Sierra,J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (Marzo del 2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Malestar E Subjetividad*, 3(1), 10 - 59.
- Roca, E. (2008). *Como superar el pánico, con o sin Agorafobia*. Valencia España: ACDE.
- Vargas, B., Villamil, V. & Ventura, R. (2013). *Terapia de solución de problemas para primer nivel de atención*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz- Secretaria De Salud.
- Vázquez, G. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. & Joseph, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35, (25- 32).

Anexos

FOLIO: _____

R: _____

KESSLER 10

Fecha ____/____/2014

Nombre _____ Edad _____ Sexo: F ___ M ___

Domicilio _____

Marque con una cruz las opciones que correspondan

Motivo de consulta: _____

Escolaridad

	completa	incompleta
Analfabeta ()		
Preescolar ()		
Primaria ()	()	()
Secundaria ()	()	()
Preparatoria ()	()	()
Carrera técnica ()	()	()
Licenciatura ()	()	()

Estado civil

() Soltero () Divorciado () Viudo/a
() Casado () Separado () Unión libre

Ocupación ()

1 Ama de casa	2 Estudiante
3 Subempleado/eventual	4 Comerciante
5 Empleado	6 Profesionista (por su cuenta)
7 Jubilado	8 Desempleado
9 Otro _____	

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor encierre con un círculo el número que describa mejor con qué frecuencia ha tenido estos sentimientos.

Q1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió...

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a. ... cansado(a) sin ningún motivo?	5	4	3	2	1
b. ...nervioso(a)?	5	4	3	2	1
c. ...tan nervioso(a) que nada podía calmarlo(a)?	5	4	3	2	1
d. ... sin esperanza?	5	4	3	2	1
e. ...inquieto(a) o intranquilo(a)?	5	4	3	2	1
f. ...tan inquieto(a) que no podía permanecer sentado(a)?	5	4	3	2	1
g. ...deprimido(a)?	5	4	3	2	1
h. ...tan deprimido(a) que nada podía animarle?	5	4	3	2	1
i. ...que todo le costaba mucho esfuerzo?	5	4	3	2	1
j. ... inútil?	5	4	3	2	1

Por favor continúe en el reverso de la página.

Q2. Las preguntas anteriores se referían a sentimientos que pudo haber tenido en los últimos 30 días. Tomándolos todos en cuenta, en los últimos 30 días ¿estos sentimientos fueron más frecuentes que lo que es habitual en usted, fueron casi igual de frecuentes que lo habitual, o fueron menos frecuentes que lo habitual? (Si nunca ha tenido alguno de estos sentimientos, encierre con un círculo la opción "4".)

Más frecuentes que lo habitual			Casi igual de frecuentes que lo habitual	Menos frecuentes que lo habitual		
Mucho	Algo	Poco		Poco	Algo	Mucho
7	6	5	4	3	2	1

Las siguientes preguntas se refieren a cómo estos sentimientos le han afectado en los últimos 30 días. No es necesario contestar estas preguntas si contestó "Nunca" a todas y cada una de las diez preguntas anteriores sobre sus sentimientos.

Q3. En los últimos 30 días, ¿cuántos días fue totalmente incapaz de trabajar o realizar sus actividades habituales debido a estos sentimientos?
_____ (Número de días)

Q4. Descontando los días que apuntó en la pregunta Q3, ¿cuántos días, de los últimos 30, pudo hacer sólo la mitad o menos de lo que normalmente podría haber hecho debido a estos sentimientos?
_____ (Número de días)

Q5. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces visitó a un médico u otro profesional de la salud debido a estos sentimientos?
_____ (Número de veces)

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Q6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia los problemas de salud física fueron la causa principal de estos sentimientos?	5	4	3	2	1

Muchas gracias

Inventario de Ansiedad de Beck

Fecha: _____

Puntaje: _____

Nombre: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: _____

Escolaridad (en años): _____

Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Separado () Viudo ()

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada información e indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy. (MARQUE CON UNA X)

	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor o bochorno (no debido al calor)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad muscular o sensación de desmayo				
20. Ruborizarse, sonrojarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

0 a 7	Ansiedad mínima
8 a 15	Ansiedad leve
16 a 25	Ansiedad moderada
26 a 63	Ansiedad severa

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Modelo de intervención en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención
Terapia de Solución de Problemas
Proyecto núm. 2392

Inventario de Depresión de Beck

Fecha: _____

Puntaje: _____

Nombre: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad: _____

Escolaridad (en años): _____

Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Separado () Viudo ()

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de oraciones. Por favor lea cuidadosamente y escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió durante la semana pasada e incluso el día de hoy. Se le recomienda leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer una elección.

(MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

1. () 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
2. () 0. En general no me siento descorazonado(a) por el futuro
() 1. Me siento descorazonado(a) por el futuro
() 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
() 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. () 0. Yo no me siento como un fracasado(a)
() 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
() 2. Al repasar lo que he vivido todo lo que veo son muchos fracasos
() 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
4. () 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
5. () 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
6. () 0. Yo no siento que este siendo castigado(a)
() 1. Siento que podría ser castigado(a)
() 2. Espero ser castigado(a)
() 3. Siento que he sido castigado(a)
7. () 0. Yo no me siento desilusionado(a) de mi mismo(a)
() 1. Estoy desilusionado(a) de mi mismo(a)
() 2. Estoy disgustado conmigo mismo(a)
() 3. Me odio
8. () 0. Yo no siento que sea peor que otras personas
() 1. Me critico a mi mismo(a) por mis debilidades o errores
() 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
() 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
9. () 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
10. () 0. Yo no lloro más de lo usual
() 1. Lloro mas ahora de lo que solía hacerlo
() 2. Actualmente lloro todo el tiempo
() 3. Antes no lloraba pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Modelo de intervención en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención
Terapia de Solución de Problemas
Proyecto núm. 2392

11. () 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 () 1. Me enoja o irrita más fácilmente que antes
 () 2. Me siento irritado todo el tiempo
 () 3. Ya no me irrita por las cosas por las que solía hacerlo
12. () 0. Yo no he perdido el interés en la gente
 () 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estarlo
 () 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 () 3. He perdido todo el interés en la gente
13. () 0. Tomo decisiones tan bien 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
14. () 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
 () 1. Estoy preocupado de verme viejo o poco atractivo
 () 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo
 () 3. Creo que me veo feo
15. () 0. Puedo trabajar tan bien como antes
 () 1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
 () 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 () 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. () 0. Puedo dormir tan bien como antes
 () 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 () 2. Me despierto 1 o 2 hrs más temprano y me cuesta trabajo volverme a dormir
 () 3. Me despierto muchas hrs antes de lo normal y no puedo volver a dormir
17. () 0. Yo no me canso más de lo habitual
 () 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 () 2. Con cualquier cosa que hago me canso
 () 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. () 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
 () 1. Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
 () 2. Mi apetito está muy mal ahora
 () 3. No tengo apetito de nada
19. () 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
20. () 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
 () 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos: dolores, malestar estomacal, etc.
 () 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 otra cosa
21. () 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en 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

0-13	Depresión mínima
14-19	Depresión leve
20-28	Depresión moderada
29-63	Depresión grave

Autoevaluación

✱ En una escala del uno al diez, donde uno es muy mala y 10 es excelente, tu estado de ánimo es...

¿Dónde te encuentras ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

