



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**Fobia Social en Lupus Eritematoso Sistémico.**

TÉSIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**DAVID GUERRERO MAYORGA**

TUTOR PRINCIPAL  
Dra. María Dolores Rodríguez Ortiz  
Facultad de Psicología UNAM

REVISOR: Dr. Juan José Sánchez Sosa.

SUPLENTE: Dr. Samuel Jurado Cárdenas.  
Dr. Edgar Landa Ramírez.  
Dra. Sofía Sánchez Román.

Ciudad de México, Mayo 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Índice

Resumen-----	4.
<b>Capítulo 1</b> -----	<b>6.</b>
Descripción del Lupus Eritematoso Generalizado-----	6.
Ansiedad Social-----	12.
Método-----	17.
Estrategias de evaluación-----	20.
Formulación de Caso-----	22.
Mapa de Patogénesis-----	24.
Familiograma-----	26.
Cogniciones de la paciente-----	27.
Condición afectiva-----	28.
Reacción fisiológica-----	29.
Variables Respuesta-----	29.
Información psicométrica-----	29.
Selección de tratamiento-----	30.
Mapa de alcance de metas-----	31.
Intervención psicológica-----	34.
Consideraciones generales del proceso terapéutico-----	34.
Resultados-----	35.
Percepción de la paciente-----	46.
Discusión-----	47.
<b>Capítulo 2</b> -----	<b>50.</b>
Medicina Conductual-----	50.

Revisión de casos-----	52.
Sesión bibliográfica de psiquiatría-----	52.
Consulta externa-----	53.
Atención Hospitalaria-----	55.
Seminario de psicología-----	57.
Sesión de Medicina Interna-----	57.
Sesión General-----	57.
Clases de Metodología-----	57.
Rotaciones-----	57.
Psiquiatría de enlace-----	59.
Neuropsicología-----	69.
Consulta de psiquiatría en dermatología-----	75.
Unidad de Terapia Intensiva-----	80.
Consulta psiquiátrica de trasplantes-----	86.
Consulta psiquiátrica en VIH-----	91.
Dolor y cuidados paliativos-----	95.
Obesidad y trastornos alimenticios-----	100.
Biología de la Reproducción-----	108.
Centro de atención Integral para el Paciente con Diabetes-----	111.
Trastornos del dormir-----	117.
Actividades Profesionales no programadas y eventos académicos-----	123.
Competencias profesionales-----	123.
Conclusiones y sugerencias-----	125.
Referencias-----	128.
Anexos-----	162.

## **Resumen.**

El presente documento se divide en 2 secciones, en el primer capítulo se presenta un caso de Ansiedad Social y Lupus Eritematoso Generalizado, empezando por una descripción general de los dos padecimientos, su estado en la investigación médica y psicológica, y la descripción del estudio de caso. El capítulo 2 describe la residencia en el Instituto Nacional de Ciencia Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, iniciando con la descripción de medicina conductual, posteriormente se presentan datos relacionados a las actividades del residente, además de la descripción y revisión de la literatura de investigación en cada una de las siguientes rotaciones: psiquiatría de enlace, neuropsicología, psiquiatría de enlace en dermatología, psiquiatría en la unidad de terapia Intensiva, consulta de psiquiatría de la unidad de trasplantes, consulta de psiquiatría en VIH, dolor y cuidados paliativos, obesidad y trastornos alimenticios, centro de atención integral para la diabetes, biología de la reproducción y clínica de sueño. Finalmente, se concluye con sugerencias y propuestas por parte del alumno en medicina conductual para las futuras generaciones.

**Palabras clave:** Ansiedad Social, Cognitivo Conductual, Lupus Eritematoso Sistémico, Medicina Conductual.

## **Abstract**

The present paper is divided into 2 sections, the first chapter presents a case of Social Anxiety and Generalized Lupus Erythematosus, beginning with a general description of the two conditions, its status in medical and psychological research, and the description of the study of case. The Chapter 2 describes the residency at the National Institute of Medical Science and Nutrition Salvador Zubirán, beginning with the description of behavioral medicine, subsequently presenting data related to the activities of the resident, in addition to describing and reviewing the research literature in each One of the following rotations: liaison psychiatry, neuropsychology, liaison psychiatry in dermatology, psychiatry in the Intensive therapy unit, transplant unit psychiatry consultation, HIV psychiatry consultation, pain and palliative care, obesity and eating disorders , Integral care center for diabetes, reproduction biology and sleep clinic. Finally, concludes with suggestions and proposals by the student in behavioral medicine for future generations.

**Key words:** Social Anxiety, Cognitive Behavioral, Systemic Lupus Erythematosus, Behavioral Medicine.

# CAPÍTULO 1

## Descripción del Lupus Eritematoso Generalizado

El Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) es una enfermedad autoinmune inflamatoria, crónica y multisistémica, su etiología suele ser multifactorial, se caracteriza por la producción de autoanticuerpos y puede llegar a ser una enfermedad órgano-específica y/o sistémica, afectando a uno o varios órganos, mostrando diversas manifestaciones clínicas (Martínez, Oliva, Zapata & Sánchez, 2012). Para realizar el diagnóstico del LEG los clínicos se apoyan de estudios de laboratorio, imagen y evaluación neuropsiquiátrica. Al presentar datos heterogéneos ninguno de los síndromes es exclusivo (Aguilera & Abud-Mendoza 2013). La American College of Rheumatology (1982) fijó los criterios de evaluación para una revisión detallada del LEG para que posteriormente fueran revisadas (Hochberg, 1997) y actualmente siguen siendo el parámetro para el diagnóstico del LEG.

Los criterios son los siguientes:

1. Erupción malar: eritema fijo, plano o alto, sobre las eminencias malares, que no suele afectar a los surcos nasogenianos.
2. Erupción discoide: placas eritematosas altas, con descamación queratósica adherente, y tapones foliculares; puede haber cicatrices atróficas en las lesiones más antiguas.
3. Fotosensibilidad: erupción cutánea a causa de una reacción insólita a la luz solar, referida por el paciente u observada por el médico.

4. Úlceras bucales: ulceración nasofaríngea, por lo común indolora, observada por un Médico.

5. Artritis: artritis no erosiva que afecta a dos o más articulaciones periféricas, caracterizada por dolor a la palpación, tumefacción o derrame.

6. Serositis:

- Pleuritis: claro antecedente de dolor pleurítico, frote o signos de derrame pleural
- Pericarditis: comprobada por electrocardiograma, frote o signos de derrame pericárdico.

7. Afectación renal:

- Proteinuria persistente mayor a 0,5 g/día o mayor de 3+ si no se ha cuantificado.
- Cilindros celulares: pueden ser de eritrocitos, hemoglobina, granulares, tubulares o mixtos.

8. Afectación neurológica:

- Convulsiones: en ausencia de tratamientos farmacológicos o alteraciones metabólicas conocidas; p. ej., uremia, cetoacidosis, desequilibrio electrolítico
- Psicosis: en ausencia de tratamientos farmacológicos o alteraciones metabólicas conocidas; p, ej., uremia, cetoacidosis, o desequilibrio electrolítico

#### 9. Afectación hematológica:

- Anemia hemolítica: con reticulocitosis.
- Leucopenia: menos de 4.000/mm<sup>3</sup> en dos o en más ocasiones.
- Linfopenia: menos de 1.500/mm<sup>3</sup> en dos o más ocasiones.
- Trombocitopenia: menos de 100.000/mm<sup>3</sup> en ausencia de fármacos que produzcan esta alteración.

#### 10. Alteración inmunológica:

- Anti-ADN: título anormal de anticuerpos contra ADN nativo, o bien
- Anti-Sm: presencia de anticuerpos contra antígeno nuclear Sm
- Hallazgo positivo de anticuerpos antifosfolipídicos (AFL) basado en:
  - Nivel sérico anormal de anticuerpos anticardiolipina IgG o IgM.
  - Resultado positivo para anticoagulante lúpico utilizando un método estándar, o
  - Falso positivo en pruebas serológicas de sífilis (VDRL), que persiste por lo menos durante 6 meses y se confirma por pruebas de *Treponemapallidum* o prueba de absorción de anticuerpo treponémico fluorescente (FTA-Abs).

11. Anticuerpos antinucleares: un título anormal de ANA por inmunofluorescencia o análisis equivalente en cualquier momento y en ausencia de medicamentos relacionados con el síndrome de lupus de origen farmacológico.

Cabe destacar que estos criterios no tienen un fin diagnóstico, si no de evaluación.

El LEG afecta al 1% de la población, suele ser más común en mujeres que en hombres, con una proporción de 6:1 o incluso 9:1 (Martínez, Oliva, Zapata & Sánchez, 2012; Aguilera & Carlo Abud-Mendoza, 2013). El rango de edad en mujeres con más riesgo de padecer LEG es de 15 a 45 años y es más común en mujeres afroamericanas que caucásicas (Enberg et al., 2009). La prevalencia en México es de 1.3% (Ochoa et al., 2010).

Debido a que el LEG puede afectar diversos órganos, existen una gran gama de manifestaciones clínicas que pueden expresarse. Entre ellas están: artritis, dolores musculares, artralgias, fiebre, úlceras mucosas, alopecia y lesiones cutáneas; fotosensibilidad y eritema sobre las mejillas y el dorso de la nariz, hipertensión arterial, orinas espumosas, dolor pleurítico o dolor abdominal. En casos más graves hay un compromiso de conciencia, accidente cerebrovascular, convulsiones o inclusive psicosis; o con compromiso neurológico medular o periférico, síndrome nefrítico o nefrótico, equimosis o anemia hemolítica. El diagnóstico es difícil de establecer ya que estos síntomas pueden ser causa de otra enfermedad, por lo tanto el médico debe establecer las siguientes pruebas para tener mayor fiabilidad (Ministerio de Salud Guía Clínica AUGÉ, 2013):

1. Hemograma (en busca de anemia crónica o de carácter hemolítico, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia).

2. Orina completa (para evidenciar proteinuria, hematuria especialmente con dismorfia, leucocituria, cilindros celulares).

3. Estudio de la función renal (compromiso reciente o rápidamente progresivo).

4. Complemento C3 y C4 (disminuidos en enfermedad activa).

5. VDRL o RPR falsamente positivo.

6. Anticuerpos antinucleares (ANA).

Al considerarse al LEG como una enfermedad crónica, no existe tratamiento aun para su cura. Por tanto el objetivo de la intervención médica es el control de síntomas, siendo comúnmente tratados con: antiinflamatorios no esteroideos, corticoesteroides, hidroxicloroquina, fármacos inmunosupresores y antocuaagulantes.

En años recientes ha comenzado a asociarse a los trastornos psicológicos y psiquiátricos como mediadores importantes en el proceso de afrontamiento en pacientes con LEG, y por tanto ha ido en incremento el estudio de las principales variables mediadoras y moderadoras implicadas en ello. En 2011 un grupo de psiquiatras (Hawro et al., 2011) evaluaron en 52 pacientes los posibles trastornos que pudieran estar relacionados con el LEG, encontrando que 30,77% contaban con un diagnóstico psiquiátrico: 11.54% presentaron depresión mayor, 9.62% disfunción cognitiva, 7.69% algún trastorno de ansiedad, 1.69% psicosis. Sin embargo la muestra de pacientes no es lo suficientemente grande para ser concluyente. Mahdavi, Haghghi y Malakouti (2016) reportaron que los trastornos cognitivos son 3 veces más frecuentes en pacientes con LEG en comparación con

sujetos normales. Los dominios más deficientes incluyen la orientación, la memoria (recuerdo), lenguaje, función ejecutiva, y la velocidad psicomotora.

Por tanto, el paciente que cursa con LEG tiende a presentar dificultades importantes en el ajuste de su enfermedad (adaptación al dolor y a la fatiga) y un afectación constante en las esferas afectiva y cognitiva, lo que deteriora directamente su Calidad de Vida (CV) (Pettersson et al., 2012). Este constructo ha tomado mayor relevancia en los últimos años para el estudio del LEG, considerado junto a la actividad y al daño como algo necesario para la toma de decisión del tratamiento (Nuttall & Isenberg, 2013). Por ejemplo, Choi y colaboradores (2012) identificaron en 160 pacientes (108 con LEG y 52 sanos) que la baja calidad de vida correlacionaba con síntomas de depresión y de fatiga, con el uso de glucocorticoides como tratamiento. Schmeding y Schneider (2013) realizaron una búsqueda exhaustiva en la bases de datos Medline y Pubmed de los artículos publicados en la década del 2000 al 2010, para identificar el impacto que tiene el Lupus sobre la CV, concluyendo que las personas con LEG tienen un considerable impacto en la capacidad para llevar a cabo actividades diarias, lo que promueve una alta recurrencia de inactividad e incapacidad. Inclusive identifican que estos pacientes presentan una CV más baja en comparación de personas sin ningún padecimiento o inclusive otro tipo de enfermedad crónica. La CV suele ser más baja, cuando hay una edad avanzada, fatiga y presencia de trastornos neurológicos o psiquiátricos comórbidos, en particular depresión o ansiedad.

Resultados similares encontraron Shen y colaboradores al evaluar a 170 pacientes con LEG y 210 individuos sanos. En este estudio los pacientes con LEG

que padecen depresión y/o ansiedad son más propensos a tener una menor calidad de vida en comparación con aquellos que no están deprimidos. Concluyen que los principales factores que influyen con la CV son: la depresión, la ansiedad, el nivel de educación, ingresos / familia, actividad de la enfermedad, la edad y la situación laboral.

Por su parte Shakeri y colaboradores (2015) encontraron en un total de 310 individuos (160 pacientes con LEG y 150 sujetos sanos) que la prevalencia de depresión y ansiedad rondaba sobre el 20% entre las personas con LEG. Este porcentaje era notablemente más alto, pero no significativamente diferente de los individuos sanos. La depresión más grave se asoció con puntuaciones más bajas en los dominios de funcionamiento físico y la limitación de los roles debido a problemas físicos. El Eritema malar, fotosensibilidad, erupción discoide, pleuritis, pericarditis, y antecedentes de convulsiones se asociaron con un peor funcionamiento social. Estudios más recientes verifican la relación que existe entre la ansiedad y la depresión como factores que perjudican la CV (Yilmaz et al., 2015; Mazzoni, 2016; Moc, Chan & Ho, 2016; Macêdo, Appenzeller & Costallat, 2016).

### **Ansiedad Social.**

La ansiedad social (o también conocida como fobia social), es un trastorno de ansiedad que se caracteriza por un temor exagerado y persistente a sentirse expuesto a la opinión de los demás y a actuar o desempeñarse de una manera que resulte humillante o embarazosa (Cia, 2007). Históricamente la Ansiedad social ya

había sido descrita desde inicios del siglo XX por Janet (citado por Caballo, 1995). Sin embargo, no es hasta 1980, gracias a la descripción hecha por Marks sobre este cuadro, que se agrega en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, considerándolo como un trastorno de Ansiedad, y manteniéndose así hasta su última versión publicada en el 2013 (APA). Los criterios para el diagnóstico de ansiedad social son los siguientes:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla). Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

La manera en la que se categoriza la gravedad es por dos tipos, la ansiedad social generalizada, y la ansiedad social específica. La primera hace énfasis en aquellos pacientes que presentan un temor y evitación marcados a todas las situaciones sociales, y la segunda es un temor a uno o dos estímulos sociales (por ejemplo, acercarse a las mujeres o una entrevista de trabajo).

La prevalencia de este trastorno en mujeres va de 0.54 a 18.5, en los hombres es de 0.0 a 14.6 y en ambos es de 0.53 a 15.6 (Olivares et al., 2003). Siendo verificados estos datos en un estudio más recientes (Steve et al., 2017) Existen dos estudios que han evaluado los síntomas de fobia social en la ciudad de México. El primero se realizó en 1999 por Caraveo, Colmenares y Saldívar para evaluar la prevalencia de trastornos los psiquiátricos en población mexicana. De acuerdo a sus datos el 2.6% presentan síntomas de Ansiedad Social, por cada 2.2 mujeres hay 1 hombre con este trastorno. El otro estudio fue realizado por Medina-Mora y colaboradores en 2003 en el marco de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. En esta investigación se concluyó que 3.8% de los hombres alguna vez en su vida había desarrollado fobia social en 1.8% en los últimos 12 meses y 0.5% en el último mes. Por otro lado en las mujeres 5.4% los habían desarrollado alguna vez en su vida, 2.7% en los últimos 12 meses y 0.9% en el último mes. Lo que lo ubicó en el segundo trastorno de ansiedad más común, después de las fobias específicas.

Existen diversos antecedentes del estudio de la ansiedad como fenómeno, sin embargo desde la psicología, es relativamente reciente la explicación de la ansiedad social. El estudio de los trastornos de ansiedad por parte del paradigma

cognitivo de Beck y colaboradores (Beck & Emery, 1979; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Beck y Clarck, 1989) es fundamental para el inicio del estudio detallado de cada uno de los trastornos de ansiedad. Sin embargo es el modelo tripartito de Lang (1971) el que marca la manera en la que se dirigirán los esfuerzos por explicar el fenómeno de la ansiedad social. Este modelo menciona que las emociones humanas se expresan mínimamente por tres vías: el cognitivo, el fisiológico y el conductual, y la manera en que se evalúen estos tres sistemas, guiará el proceso en que se tendrá que intervenir para su modificación. Es decir, es un conjunto de respuestas que pueden no parecer similares, sin embargo son compatibles. En conjunto estos modelos son: Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante y Procesamiento de la Información. Riso (1988) elaboró una compilación de los principales aportes de cada una de esta aproximaciones, agregando una más, el modelo de rasgos. Los principales puntos son los siguientes:

1.- Déficits en habilidades sociales (conductual): el individuo presenta dificultad para utilizar componentes motores verbales y no verbales para un comportamiento socialmente aceptable.

2.- Inhibición de la respuesta por ansiedad condicionada: las respuestas que necesita el individuo en un ambiente social suelen verse afectados por los niveles altos de activación autónoma.

3.- Modelos cognitivos: estilos disfuncionales del procesamiento de la información y distorsiones cognitivas enfocadas en sí mismo (percibiéndose como alguien poco eficaz) y en los demás (denotando un fuerte énfasis en la evaluación negativa).

4.- Modelo de rasgos: considera a la asertividad como una característica de la personalidad.

En las siguientes décadas se proponen varios modelos que reúnen los principales hallazgos en estos 4 factores como es el caso de; Rapee y Heimberg (1997) Clark y Wells (Clark, 2001), Bados (2001), Barlow (2003).

Es menester puntualizar que en la actualidad se siguen reforzando estos modelos y conceptos teóricos de la ansiedad social, buscando evidencia de las variables que influyen en el origen y mantenimiento. Por ejemplo Rapee y Spence (2004) mencionan la necesidad de enfocar los aportes más recientes a un modelo que incluya todas las variables psicológicas descritas en los referentes teóricos del enfoque cognitivo-conductual. Entre estos temas se encuentran los factores genéticos, el temperamento, la crianza, eventos negativos de la vida, y las experiencias sociales adversas. Posteriormente, refuerzan su modelo en el 2016 dando evidencia de la relación existente entre estas variables con la ansiedad social. (Spence & Rapee, 2016).

En el 2016 Wong y Rapee proponen un Modelo que denominaron: integración del mantenimiento-etilogía de la ansiedad social. En este, ponen especial atención a un conjunto de posibles variables etiológicas, entre las que se encuentran; las tendencias genéticas, comportamiento de los padres, aprendizaje vicario, eventos de la vida y a la cultura. Se propone posteriormente el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales primarias que tienen como objetivo detectar y eliminar la amenaza de evaluación social. Se pone especial énfasis en los cambios neurobiológicos que se producen en la amígdala y la corteza pre-frontal, además de

la evaluación negativa de la situación social como amenaza, aumentando la probabilidad de tres resultados:

- 1.- Mantenimiento del valor de la amenaza: El individuo tiene una predisposición a la hipervigilancia y el automonitoreo, poniendo especial énfasis en que está siendo juzgado. Además de optar por la evitación o el escape
- 2.- Desarrollo de un déficit en la actuación: El paciente no muestra conductas socialmente aceptables y hay un incremento en la ansiedad.
- 3.- Desarrollo y funcionamiento de los procesos cognitivos y conductuales secundarios: procesos anticipatorios y procesamiento posterior al evento (insatisfacción del propio actuar). Además de que se desarrollan conductas de seguridad, y evitación cognitiva.

Esto invariablemente lleva a que haya un mantenimiento de la ansiedad y la persona refuerce su manera de actuar, pensar y sentirse en situaciones sociales futuras.

## **Método.**

*Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia.*

Paciente femenina de 31 años de edad, soltera, con licenciatura en Administración. Nivel socioeconómico medio-bajo, actualmente habita con su mamá en Ecatepec Estado de México, aunque se encuentra rentando una casa en Cuernavaca Morelos, y en alguna ocasiones reside ahí.

La paciente es atendida en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran (INCMNSZ). Tiene diagnóstico de Lupus Eritematoso Generalizado (LEG), Serología Positiva para Síndrome Antifosfolípido y Tuberculosis Latente. Presenta síntomas de úlceras aftosas en mucosa oral, dolor torácico retro esternal, distensión abdominal, se acompaña de náusea, estreñimiento constante, úlcera aftosa en cara interna de labio inferior, temblor fino en las manos. Actualmente lleva tratamiento de Omeprazol, Diclofenaco, Plaquienil, Paroxetina y Aspirina. De acuerdo a las notas del servicio de psiquiatría la valoración inicia en Mayo del 2015 con diagnóstico de duelo complicado no resuelto y trastorno depresivo mayor. De acuerdo al reporte de psiquiatría la paciente se presenta a sus consultas en buenas condiciones de aliño, higiene, concentración, memoria y comprensión. Discurso coherente y congruente, sin ideas de muerte, no presenta psicosis, juicio conservado, afecto hipotímico.

Se tiene el primer contacto en junio de 2015 y se tienen 3 sesiones de entrevista inicial. En ella se detecta que el principal motivo de consulta es que en noviembre de 2014 sufrió la pérdida de su padre en un homicidio por asalto, y esto desencadenó varios estresores familiares relacionados a la herencia. Refiere no estar involucrada en cuestiones legales, por lo que se alejó de esta situación, y ha evitado exigir su parte. Se percibe como autosuficiente. Desde ese evento refiere sentir ansiedad y temor a salir a la calle, insomnio, disminución del apetito y cansancio. Comenta no haber podido llorar por su papá, ni haber tenido la oportunidad de despedirse de él. En ese momento no contaba con un empleo constante, lo conseguía y posteriormente renunciaba o la despedían, debido a que

tenía que asistir al hospital varios días para su chequeo. Presenta alexitimia, anhedonia, irritabilidad enfocada en su pareja y familia, abulia, hipervigilancia, con pensamiento catastrófico y anticipador, sensación de desesperanza del futuro, además de baja adherencia a su tratamiento. Además de ello, los síntomas que refiere en relación al LEG son de fatiga, dolor en articulaciones y “problemas gástricos”, interfiriendo considerablemente en sus actividades, ya que hay momentos en el que decide no hacer nada, lo que afecta su actividad diaria, su ingreso económico y su relación con los demás. Además de ello, cree desesperanzador su futuro, “porque a fin de cuentas jamás se le quitará su enfermedad, y estará condenada a sentir dolor”, esto le genera un estado de desmotivación y no puede evitar compararse a las demás personas que pueden hacer su actividades, por lo que prefiere evitar pensar en cómo crecer personalmente y solo preocuparse por sus gastos básicos.

Se decide referir a la paciente al centro de servicios psicológicos de la facultad de Psicología de la UNAM, para intervención de tipo cognitivo conductual para el duelo y el afrontamiento de su enfermedad, debido a que no existía un horario disponible para iniciar un proceso psicoterapéutico por parte nuestra. Sin embargo, la paciente expresa su interés en seguir su atención psicológica en el INCMNSZ aunque quede en lista de espera, por tanto, se le ofrece citas cada 21 días para fines de exploración y contención. Es así que se tiene 6 citas más hasta febrero del 2016, en las cuales se dieron estrategias de entrenamiento de autoexploración (entrenamiento meta cognitivo) siendo evidente su dificultad para identificar emociones, además de utilizar técnicas narrativas para la despedida

simbólica de padre. Se trabaja psicoeducación sobre el papel de los pensamientos, conducta y reacción fisiológica sobre las emociones, siendo evidente la dificultad de relacionarse con las demás personas, es por ello que se comienza a sospechar de rasgos de ansiedad social. Sin embargo el trabajo no es constante en este periodo debido a la amplitud de las citas. Es así que en febrero se pone una pausa al seguimiento terapéutico debido a que la paciente tiene problemas económicos inclusive para asistir al hospital. En mayo del 2016 se vuelve a retomar habiendo una mejora en su oportunidad para asistir al hospital y en la disponibilidad de espacios por parte del terapeuta, por tanto el proceso se enfoca en verificar los rasgos de ansiedad social. Se comenta con el servicio de psiquiatría sobre estos síntomas, y en junio de 2016 verifica el diagnóstico de ansiedad social. Por tanto, se propone a la paciente una Intervención cognitivo conductual enfocada en la ansiedad social y el manejo de sus síntomas del LEG, que en conjunto promueven, un estilo desesperanzador, una evitación del contacto social y rasgos depresivos.

#### *Estrategias de evaluación.*

- Entrevista clínica semi-estructurada diseñada por el terapeuta con base a los síntomas del DSM V para el diagnóstico de ansiedad social y síntomas activos del LEG.
- Inventario de depresión de Beck. Desarrollada por Aaron T. Beck 1988. Escala de autorreporte, contiene 21 reactivos que se basa en los criterios de un episodio depresivo mayor. Con una escala tipo Likert de 4 opciones y dando un puntaje de leve, moderado o grave. Los puntos de corte son; de 10

a 15 puntos como síntomas leves, 16 a 30 síntomas moderados y de 31 en adelante síntomas graves. La versión mexicana fue adaptada por Jurado y colaboradores (1988). Cuenta con una alta consistencia interna, un valor alfa de Cronbach de 0.83 y confiabilidad test-retest de  $r=.75$ , para población mexicana.

- Inventario de ansiedad de Beck. desarrollada por Aaron T. Beck en 1988. Escala de autorreporte, contiene 20 reactivos calificado en una escala Likert de 4 puntos que van desde 0 (nada o poco) 1 (leve) 2 (moderadamente) y 3 (Gravemente). Los puntos de corte son; de 10 a 15 puntos como síntomas leves, 16 a 30 síntomas moderados y de 31 en adelante síntomas graves. Cuenta con una alta consistencia interna, un valor alfa de Cronbach de 0.83 y confiabilidad test-retest de  $r=.75$ , para población mexicana (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).
- Escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HAD). Está conformada por 14 reactivos, 7 corresponden a los síntomas de ansiedad y 7 a síntomas de depresión. Son respuestas de tipo Likert y pueden tomar valores de 0, 1, 2 o 3. A partir de una calificación de 6 en adelante se considera como clínicamente significativo. La validación en México fue realizada por López-Alvarenga y colaboradores (2002) con una consistencia interna de .90.
- Escala de ansiedad social de Liebowitz. Escala de Ansiedad social de Liebowitz fue desarrollada por Liebowitz en 1987. Es una escala de autorreporte que consta de 24 reactivos, 13 agrupados en situaciones de actuación social y 11 de interacción. Cada una se puntúa en una escala likert

de 4 puntos (rango de 0 a 3) evaluándose las respuestas cognitivas y motoras. Un puntaje de 0 a 52 puntos es considerado como síntomas leves, 53 a 82 como síntomas moderados y de 83 en adelante como síntomas graves. Cuenta con una buena consistencia interna y un alfa de Cronbach de .90 en población española (Cox et al., 1998).

- SF 36 Consta de 36 ítems, que se conforman por 8 dimensiones: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos, limitaciones del rol, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general (Secretaría de Salud, 2016).

#### *Formulación de caso.*

Se establece una formulación del caso basándose en un enfoque de solución de problemas propuesto por Nezu, Nezu y Lombardo (2006). Con la información recabada en las sesiones anteriores, por medio de la entrevista inicial y entrevista de análisis funcional, la entrevista semiestructurada basada en el DSM, y los autoinformes se elaboró el siguiente análisis funcional (figura 1) de la ansiedad social en forma de mapa de patogénesis.

En las primeras sesiones la paciente comentó que le interesaba el apoyo psicológico debido a que a raíz de la muerte de su papá, no “rendía”. Es como si “no quisiera hacer nada”, a pesar de que no era muy cercana a él. Sus papás jamás vivieron juntos y ella es la mayor de 8 hermanos, como se puede ver en la familiograma (figura 2). Refiere no haber sido planeada y sus papas la procrearon

siendo aún adolescentes. Su papá contó con otras dos parejas, con la primer pareja tuvo 3 hijos varones y con la segunda pareja tuvo dos hijos varones y una hija. Por parte de su madre sólo hubo una relación de pareja con quien tuvo un hijo y una hija. La paciente comenta que vivió hasta el inicio de su adolescencia con su mamá, hasta que su papá la buscó ella decidió irse con él. Así fue como conoció a sus otros hermanos: por motivos de desacuerdo con su padre, regresó a casa de su mamá. Lo que la motivo a que desde la adolescencia intermedia comenzara a plantear su independencia económica, lo que la llevo a trabajar mientras estudiaba.

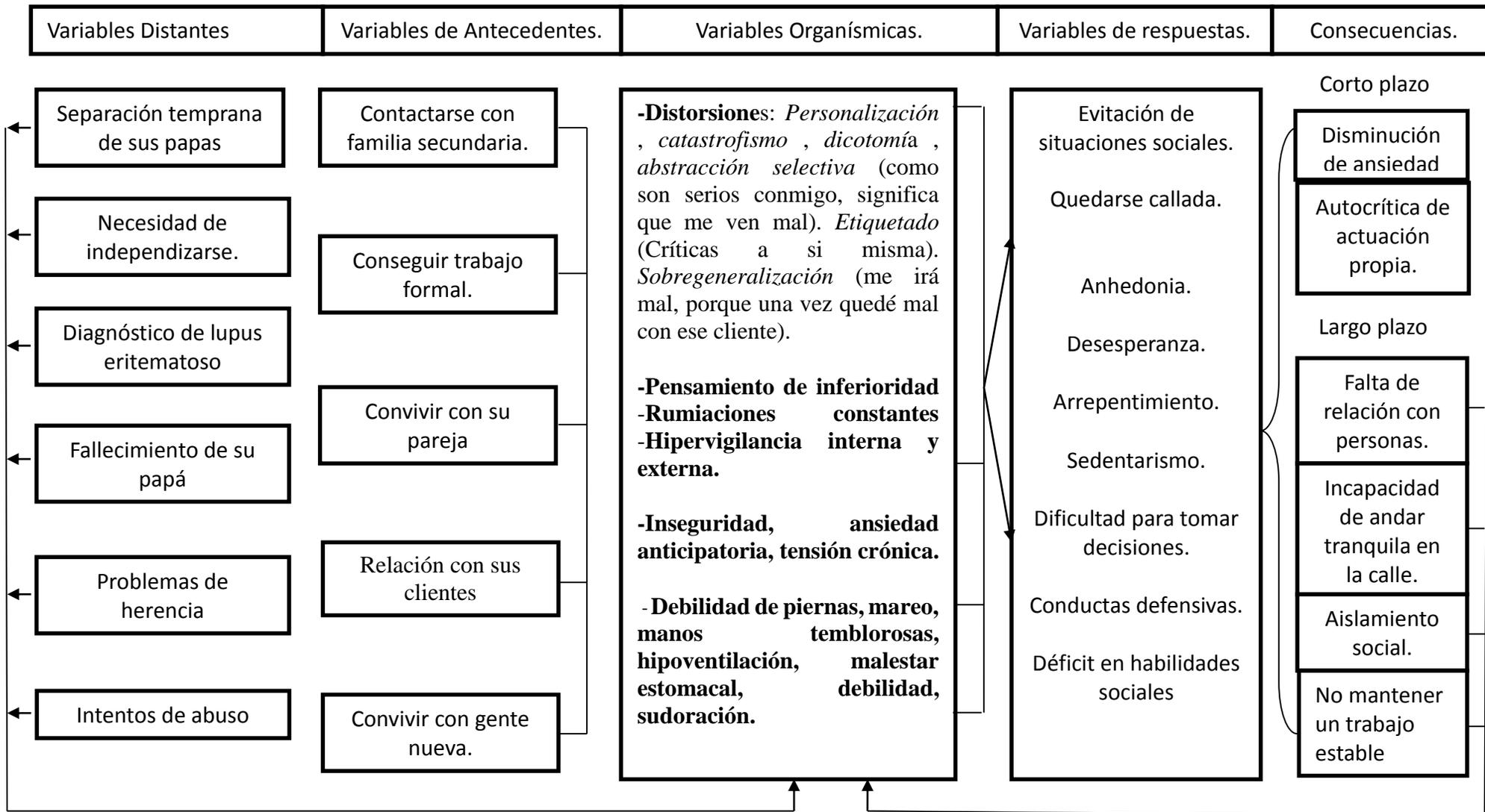


Figura 1. Mapa de patogénesis.

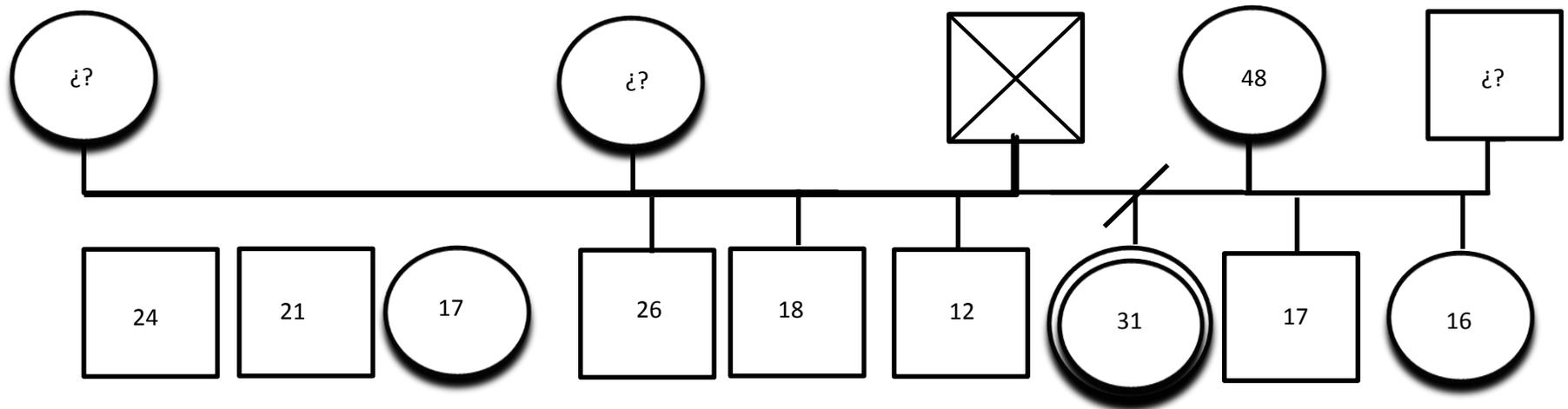


Figura 2. Familiograma. La paciente está representada dentro del círculo con doble línea. El recuadro cuadrado superior a ella representa a su padre fallecido, los recuadros que sobresalen a su izquierda representan a sus dos parejas y sus respectivos hijos. El recuadro circular superior a la paciente representa a su mamá y los recuadros que sobresalen a su derecha representan a su pareja y sus respectivos hijos.

Debido a que desde adolescente se vio en la necesidad de trabajar, por tanto se percibe como alguien independiente y trabajadora. Pasó por una situación de intento de abuso por parte de dos tíos en la infancia (uno paterno y otro materno en diferentes situaciones). Refiere que en ese momento nadie le creyó e incluso la culparon por “provocarlos”. Comenta que probablemente desde ahí no le gustaba relacionarse con las demás personas. Pudo terminar la universidad por sus propios medios y consiguió trabajos relacionados a su carrera. Hace aproximadamente 5 años fue diagnosticada con lupus, lo que comenta como algo bastante desgastante, ya que dejó de procurar las responsabilidades propias del ámbito académico y/o laboral, dando prioridad a sus citas en el hospital. Comenta que con ayuda del proceso terapéutico que inició en el INCMNSZ, se percató que fue el “pretexto perfecto” para dejar de asistir a situaciones que involucraban un contacto social, detectando que de esa manera no tenía que relacionarse con suficientes personas, lo que le generó cierta tranquilidad y permitió que se estableciera un estilo evitativo en el aspecto social. Actualmente se dedica al comercio de diversos artículos, además de mensajería que le requiere una persona de confianza, con ello solventa gastos para la renta de su cuarto en Cuernavaca, atención médica y transportes.

En la actualidad una de las situaciones complicadas para ella es mantener contacto con sus hermanos, sobre todo con sus tíos, ya que el contacto con él evoca recuerdos frecuentemente de la situación que ocurrió en el pasado. Además de que evita buscar trabajos, siendo insoportable tener que entrevistarse con alguien que la percibe como superior económica o académicamente. Suele pasar

tiempo con su pareja, pero es justamente en esa relación donde surgen conflictos sumamente desgastantes e innecesarios, teniendo dificultad constante para llegar a acuerdos con él. Una de las situaciones más frecuentes y que refiere hacer por necesidad, es vender sus productos. Expresa que cuando tiene que cobrar cuando al cliente se le olvidó pagar, ha llegado a ser demasiado permisiva. Además, cuando necesita conocer gente nueva, “sea del lugar que sea” le es difícil poder entablar una conversación, prefiriendo evitar esas situaciones.

Cada una de estas situaciones reafirman estilos de afrontamiento que tienen diversas características que se describen enseguida:

*Cogniciones de la paciente.*

*Personalización:* tiene la creencia o la mayoría de las ocasiones piensa que las personas la están criticando, ya sea en su manera de actuar o de decir las cosas, esto suele ser más común con personas que le imponen o tienen una jerarquía mayor a la de ella. Además suele pensar que no sabe cómo interactuar, platicar o responder.

*Catastrofismo:* Creer que por generar una mala impresión sucedió “lo peor” que le pudo haber pasado, así jamás será capaz de tener una estabilidad, y andará por la vida sin tener estabilidad.

*Dicotomía:* creencia de que la gente que vale la pena es la gente que trabaja y hace dinero, si no sabe hacer eso no valen la pena y jamás serán valiosas.

Abstracción selectiva: Suele enfocarse en detalles que verifican sus creencias de irracionales o pensamientos automáticos negativos sobre la impresión que está causando en el otro, minimizando los aspectos positivos de la situación, el interlocutor o ella misma.

*Etiquetado:* Criticas a sí misma por no sobresalir, definiéndose como un fracaso.

*Sobregeneralización:* suele creer que cuando le va mal en un asunto de sus ventas, le seguirá yendo mal, así que prefiere no llamar o contactar de nuevo a ese cliente.

Suele tener rumiaciones constantes sobre su inferioridad como persona, detonadas constantemente por la situación. Además de presentar una hipervigilancia interna (sobre sus reacciones fisiológicas) y externa (la reacción del otro).

Cuando no se encuentra en alguna situación social, evita pensar en situaciones que le pueden generar ansiedad o alguna emoción negativa, lo que promueve que no planee o que posponga actividades.

*Condición afectiva.*

Se siente insegura al andar en la calle, presentando una marcada ansiedad anticipatoria y prefiriendo no ponerse en acción. Además llega a sentirse irritable al tener la sensación de no hacer nada. Suele evitar sentirse triste, ya que “no debería sentirse así”.

### *Reacciones Fisiológicas.*

Debilidad de piernas, mareo, manos temblorosas, hipoventilación, malestar estomacal, debilidad, sudoración.

### *Variables de respuesta.*

Su manera de reaccionar ante estas situaciones son: suele evitar situaciones sociales. Ante críticas o cuando se siente presionada suele quedarse callada o retirarse. Evita situaciones que antes le generaban placer (Anhedonia) teniendo una sensación de desesperanza. Se arrepiente por haber dicho o por no haber dicho ciertas cosas. Y en algunas cuestiones prefiere no hacer nada. Su círculo cercano la identifica como alguien desidiosa, y la mayor parte de las veces no sabe cómo responder.

### *Información psicométrica.*

Como calificación de sus instrumentos psicométricos la paciente puntuó lo siguiente:

BAI: Obtuvo Una puntuación de 49, considerado como de gravedad.

BDI: Obtuvo una puntuación de 30, lo que significa que puede está en rango para considerarse con síntomas depresivos graves.

HADS: Obtuvo una apuntación de 14 en ansiedad y puntuación de 15 en depresión lo que nos permite concluir que es clínicamente significativo

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: Obtuvo una puntuación de 56 en la subescala de temor/ansiedad y una puntuación de 40 en la subescala evitación. La puntuación total fue de 115 considerada como una complicación grave debido a la ansiedad social.

Calidad de vida: La puntuaciones obtenidas en SF-36 son: Función física 85%; Limitaciones del rol debido a la salud física 0%; Limitaciones de rol debido a problemas emocionales 33.33%; Fatiga-Energía 47.5%; Bienestar emocional 48%; Funcionamiento social 67.5%; Dolor 45%; Salud en General 50%. Sumando estos 8 factores el promedio es de un puntajes de 47%, lo que indica que su calidad de vida está siendo afectada de manera considerable por su situación de salud.

#### *Selección de tratamiento.*

Con base al diagnóstico de Ansiedad Social corroborado por el servicio de psiquiatría, los resultados de la batería de pruebas psicológicas aplicadas y el mapa de patogénesis, y los objetivos buscados por la paciente se elabora el mapa de alcance de metas (figura 3), con el fin de intervenir con aquellas estrategias basadas en la evidencia, fundamentadas en un apoyo empírico. Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos para la intervención de pacientes con LEG y Ansiedad Social: Cochrane , Pubmed, Elsevier, psycinfo, Ebsco, Cinhal y Medline. A continuación se presentan los principales estudios al respecto.

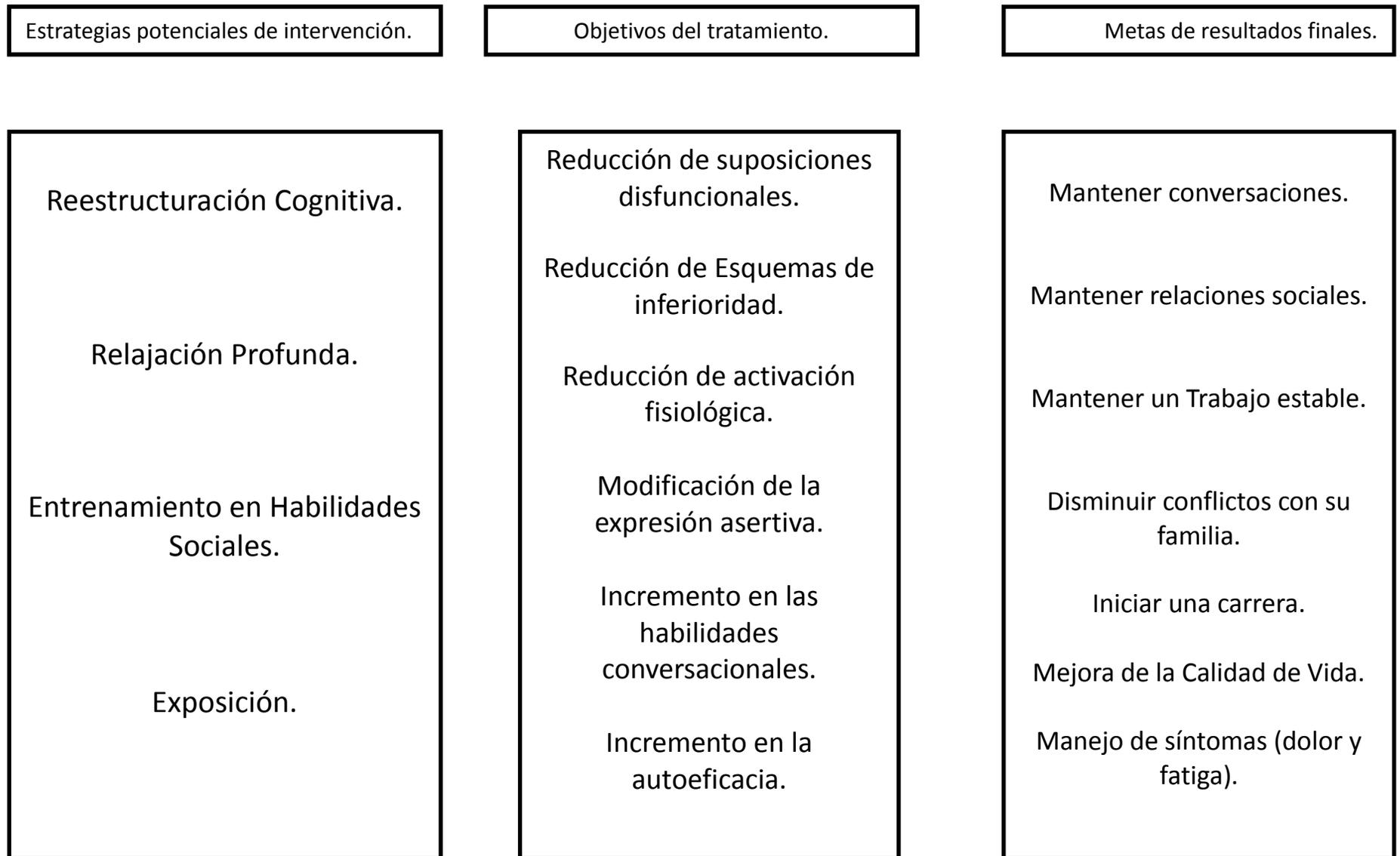


Figura 3. Mapa de Alcance de metas.

Greco, Rudy y Manzi . (2004) evaluaron una intervención cognitivo conductual para la reducción del estrés sobre el dolor, la función psicológica, y la función física en las personas con LEG. Lo compararon con una intervención en el monitoreo de síntomas, y el tratamiento médico habitual. Observaron que el grupo de Terapia cognitivo conductual tuvo resultados superiores en las tres mediciones, en comparación con los otros dos grupos.

Karlson y colaboradores (2004), realizaron un ensayo controlado aleatorizado, y en el concluyeron que una intervención para mejorar la auto-eficacia, la comunicación de pareja sobre el lupus, el apoyo social y la resolución de problemas, muestra mejores resultados que el tratamiento habitual (información general del lupus).

Otro estudio del 2005 (Haupt et al.), elaboró una intervención psicológica enfocada en la mejora del afrontamiento en pacientes con LEG. La intervención fue de manera grupal y consistió en una psicoeducación enfocada en los problemas que generan el lupus y su relación con las emociones, además del manejo de síntomas como la fatiga y el dolor. Se comparó con pacientes en lista de espera y se observaron resultados favorables de la intervención.

Una revisión sistemática hecha en el 2014 (Yuen & Cunningham), identifica que de 9 estrategias revisadas para el manejo de la fatiga en pacientes con LEG, son el ejercicio y la Terapia Cognitivo Conductual son las que muestran mayor superioridad.

Las revisiones más actuales, hacen mayor énfasis en que la intervención debe de ser desde un enfoque multidisciplinario (Schneider & Haupt, 2015) y desde la psicología la intervención debe fundamentarse en proporcionar habilidades para el sentido de autoeficacia, y la mejora de la CV. Otros estudios fortalecen la evidencia de la Terapia Cognitivo Conductual para el manejo de los síntomas del LEG (Del Pino, Trujillo, Ruiz, Cuellar, Pascual & Serrano, 2016) tanto en población infantil (Nabors Ige & Fevrier, 2015) como en población femenina adulta (Macêdo , Appenzeller & Costallat, 2016).

Respecto a la ansiedad social, desde comienzos del siglo XX, se han iniciado una serie de estudios para promover a la Terapia Cognitivo Conductual como el enfoque más eficiente en su tratamiento, utilizando estrategias basadas en el control fisiológico (relajación o exposición), manejo de cogniciones (reestructuración cognitiva) y conductas (habilidades sociales) (Heimberg, 2002; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004). En un ensayo controlado aleatorizado (Stangier , Heidenreich , Peitz, Lauterbach & Clark , 2004) se examinó la eficacia de la terapia cognitivo conductual individual vs grupal, basados en el modelo cognitivo de Clark y Wells (Clark, 2001). Se observó que los dos tipos de intervención obtuvieron resultados favorables, sin embargo la intervención individual fue superior.

En la actualidad, hay suficiente evidencia que apoya la intervención cognitivo conductual, tanto en niños y adolescentes (Scaini , Belotti , Ogliari & Battaglia, 2016), y con la utilización de la realidad virtual (Kampmann et al., 2016; Kampmann , Emmelkamp & Morina, 2016).

## **Intervención Psicológica.**

Como se comentó en la revisión bibliográfica, la intervención que fundamenta efectos favorables en paciente con lupus y ansiedad social es la TCC. Por tanto se establecieron 6 etapas de la psicoterapia que conforman la intervención, estas etapas son: Psicoeducación, Entrenamiento en Relajación, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertividad, Desensibilización Sistemática. La descripción de cada módulo se puede observar en el anexo 1.

El proceso psicoterapéutico fue aplicado en 24 sesiones durante un periodo de 5 meses (Julio-Noviembre). Las sesiones se iban adecuando de acuerdo a los tiempos de la paciente y el psicoterapeuta. Las primeras 12 sesiones tuvieron una duración de una hora aproximadamente. A partir de la treceava sesión se recurrió a dos sesiones por semana con una duración de 2 horas y media aproximadamente. La descripción de las actividades se puede observar en el anexo 2.

### *Consideraciones generales del proceso terapéutico.*

La necesidad de empoderar a la paciente a su problema fue necesaria, es por ello que se utilizó la metáfora del ella como científico de sus problemas, y el terapeuta como un auxiliar en la búsqueda de soluciones. Por ello se utilizó el automonitoreo para la búsqueda de información de su problemática y retroalimentaba en las primeras sesiones, dando como resultado el mapa de patogénesis elaborado entre el terapeuta y la paciente. Se fomentó la participación activa y las dudas relacionadas con cada sesión, promoviendo que la paciente explicara y explorara cada una de ellas sin la impresión/sensación de ser juzgada. La paciente mostró una

gran participación en cada una de las actividades, teniendo una adecuada comunicación con el terapeuta dentro y fuera de la sesión, avisando con anticipación las citas canceladas y siendo activa en la búsqueda de soluciones ante problemas relacionadas a las citas psicológicas. En resumen la paciente invirtió de acuerdo a sus posibilidades recursos temporales, físicos, emocionales y económicos que percibió como necesarios para la mejora de su salud mental.

## **Resultados.**

### *Síntomas depresivos.*

La puntuación en el BDI pre-tratamiento fue de 32, lo que corresponde a síntomas depresivos graves, mientras que en el pos test hay una puntuación de 24, lo que corresponde a síntomas depresivos moderados. Como se puede observar en la figura 4 los síntomas que tuvieron un efecto favorable después de la intervención fueron; la desesperanza, sentimientos de castigo, autocrítica, irritabilidad, aislamiento social, toma de decisiones, y ganancia de peso. Mientras que los síntomas de anhedonia, desilusión, incapacidad para el llanto, satisfacción de la propia apariencia, abulia y sexualidad, no tuvieron efecto alguno.

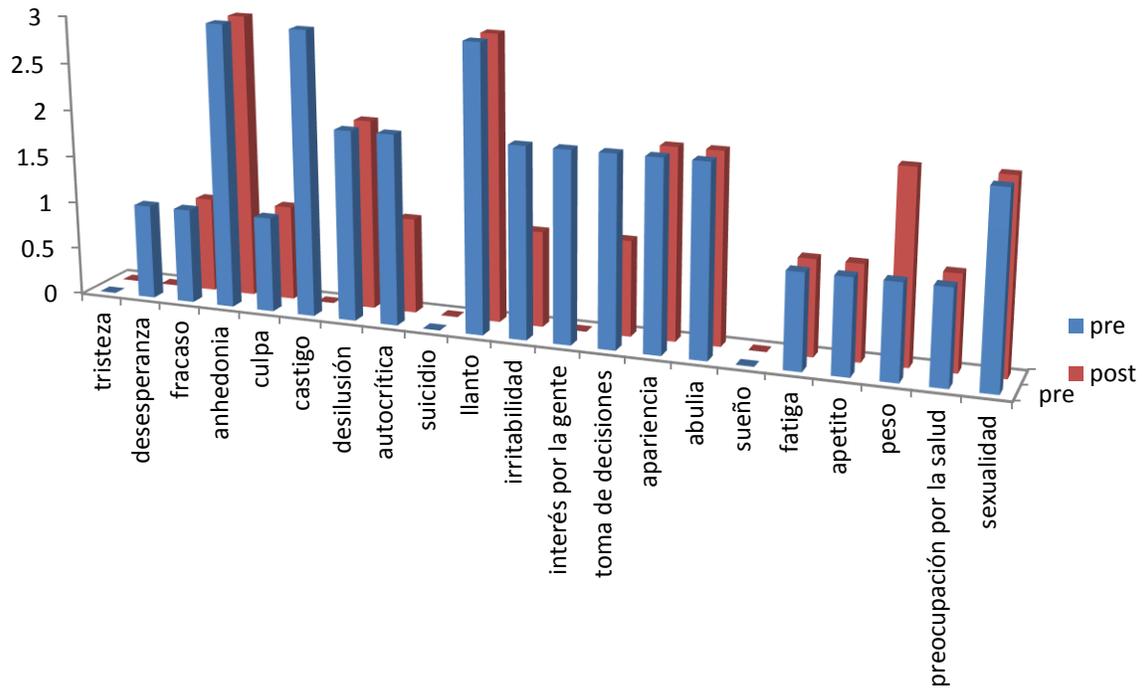


Figura 4. Puntuación del BDI pretest y postest de cada uno de los reactivos de la prueba. El eje de la X corresponde a los síntomas y la el eje de la Y a la intensidad de este.

Con respecto a la aplicación del HADS, los síntomas depresivos se redujeron considerablemente, observando una puntuación de 15 en el pre-test de la subescala de depresión y una puntuación de 9 en el pos-test. Como se puede observar en la figura 5 hubo una disminución en los síntomas relacionados a; capacidad para disfrutar las cosas, buen humor, alegría, lentitud y torpeza, ilusión y diversión. Mientras que en la autoimagen no hubo cambios.

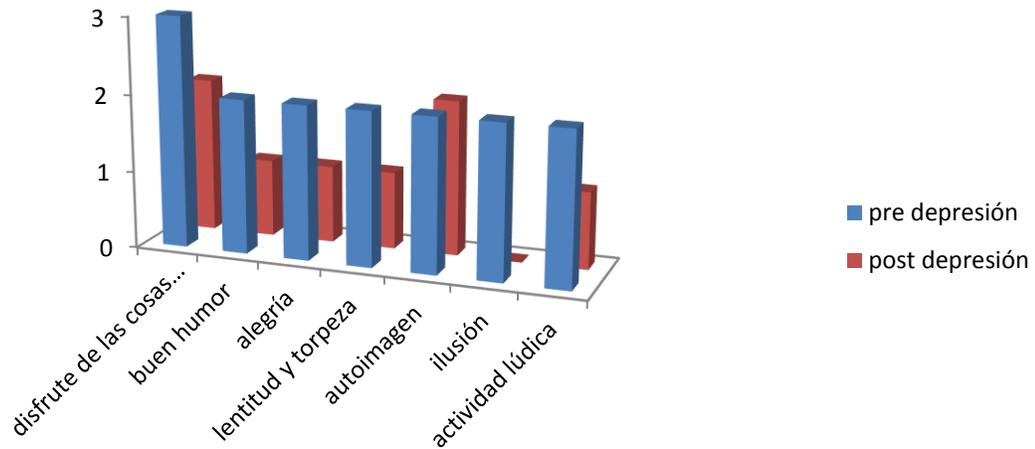


Figura 5. Puntuación del HAD subescala de depresión. Pretest y postest de cada uno de los reactivos de la prueba. El eje de la X corresponde a los síntomas y la el eje de la Y a la intensidad de este.

De acuerdo a estos datos corroborados en la dos pruebas con respecto a los síntomas de depresión, existe una congruencia con el reporte verbal de la paciente, llegando a describir que ha tenido una sensación de mayor actividad, mejorado la motivación para el trabajo de sus estado emocional y así salir de sus problemas, sin embargo, aún le es difícil poder “atacar” algunos pensamientos de pesimismo y desesperanza, ya que es inevitable pensar sobre su situación de salud y sí en algún momento podrá “avanzar” suficiente como se lo había propuesto en su adolescencia. Sin embargo se muestra menos irritable, pudiendo tolerar más el malestar, y encontrando beneficios en las personas de su círculo personal (Mamá,

hermana y pareja). Algo que es menester mencionar, es que la anhedonia sigue presente, probablemente debido a que económicamente se ve limitada, y es recurrente el pensamiento de no poder disfrutar de nada. Aunque la paciente no presenta un diagnóstico de depresión mayor, podría encontrar beneficios (en el plano del seguimiento psicoterapéutico) de una intervención basada en la activación conductual, para el manejo de la búsqueda y convivencia de situaciones potencialmente reforzantes, además de poder reforzar pensamientos que ayuden a un estilo de afrontamiento enfocado en el bienestar emocional.

#### *Síntomas de Ansiedad.*

La puntuación reflejada en el pre-test del BAI fue de 49, mientras que el pos-test fue de 34, ambos corresponden a síntomas de Ansiedad Grave. Como se puede ver en la figura 6 los síntomas de ansiedad en los que hubo mejora fueron; la debilidad de piernas, sensación de mareo, taquicardia, inseguridad, terror, sensación de ahogo, manos y cuerpo tembloroso, miedo a perder el control, dificultad para respirar, sonrojamiento y sudoración. Mientras que hubo un incremento en bochorno, miedo a que pase lo peor, nerviosismo y el miedo a morir. La dificultad para relajarse, la indigestión y la debilidad se mantuvieron igual.

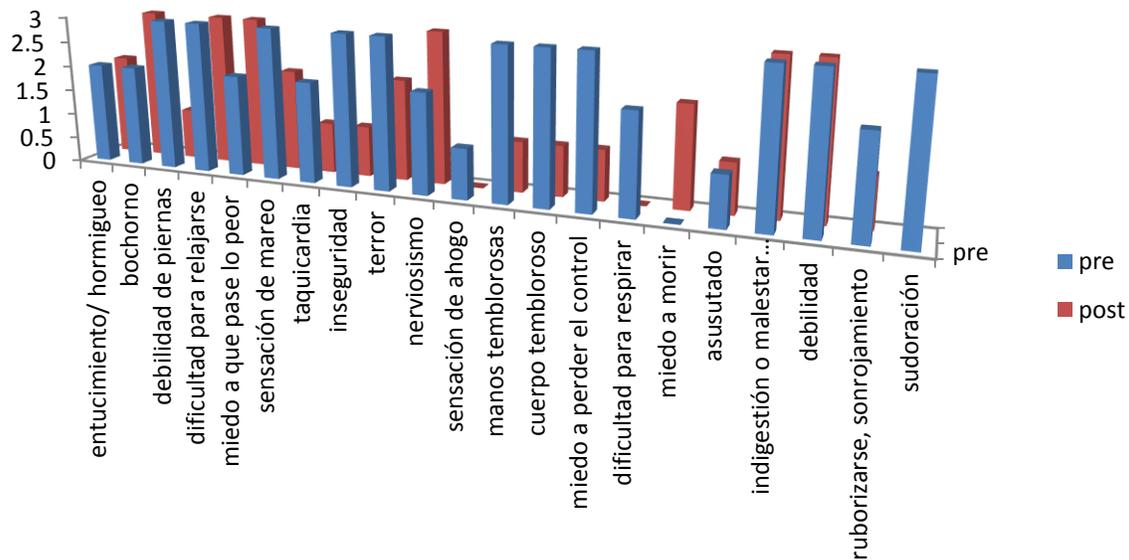


Figura 6. Puntuación del BAI. Pretest y postest de cada uno de los reactivos de la prueba. El eje de la X corresponde a los síntomas y la el eje de la Y a la intensidad de este.

En la subescala de ansiedad del HADS hubo una puntuación de 15 en el pre-test y 8 en el pos-test. De acuerdo a la figura 7, se observa que hubo una mejora en los síntomas de temor, preocupación, tranquilidad, nervios y vacío estomacal, y angustia, mientras que los síntomas tensión e inquietud se mantuvieron en los mismos valores.

De acuerdo a la paciente, los síntomas de ansiedad han sido más manejables, responsabilizando de ello a las técnicas de relajación, sobre todo por le ayudan a enfrentarse a situaciones que antes solía evitar, refiere: antes tenía miedo y no lo hacía, pero ahora me agarro de valor, y presionó y destenso mis músculos (relajación muscular progresiva), y hago lo que tengo que hacer. Sin embargo, así como se pudo ver en la depresión, la paciente percibe la ansiedad como algo muy difícil de manejar, ya que siempre la ha acompañado en su vida.

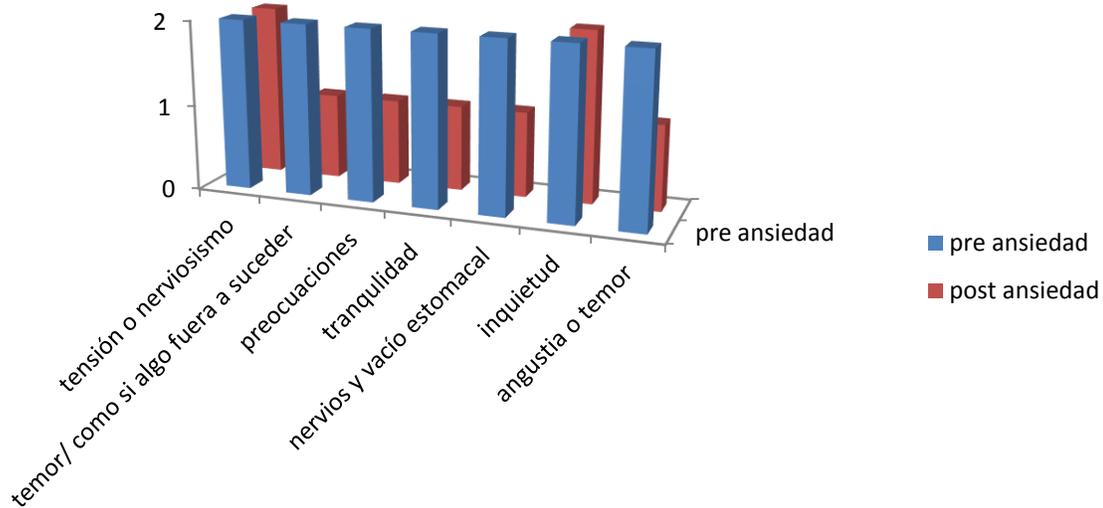


Figura 7. Puntuación del HAD subescala ansiedad. Pretest y postest de cada uno de los reactivos de la prueba. El eje de la X corresponde a los síntomas y la el eje de la Y a la intensidad de este.

Sin embargo considera que con entrenamiento irá mejorando el manejo de su ansiedad hasta hacerse experta. Al ser evidente que la ansiedad aún se mantuvo en niveles de sintomatología grave en el BAI, se le cuestionó sobre los reactivos en los que no hubo modificación o que incrementaron sus niveles, a lo que respondió que se debía a que en esa semana de aplicación tenía dos pendientes; una fue que visitó a su hermano que se encuentra en el reclusorio, con motivo de poder aclarar detalles sobre la muerte de su papá, algo que la mantuvo en un estrés constante, la otra situación estuvo relacionada a tener que platicar con la familia de su papá sobre la herencia, considerando que a ella se le dificulta demasiado poder tocar ese tema con ellos. Sin embargo en la subescala de ansiedad del HAD, se puede observar

un mejora significativa, esto corrobora que la paciente ha encontrado estrategias para el control simpático de su ansiedad, sin embargo, el manejo cognitivo de pensamientos de catastrofización y pérdida de control suelen ser frecuentes, aunque existe mejoría en el enfrentamiento de las situaciones, evitando así un estilo “evitativo”. Es conveniente que en el seguimiento psicoterapéutico se exploren y fortalezcan estas habilidades.

### *Ansiedad social.*

La ansiedad enfocada a las situaciones sociales tuvo una puntuación en la escala de Liebowitz de 56 en el pre-test y 52 en el pos-test. Mientras que en la evitación obtuvo una puntuación de 40 en el pre-test y 32 en el pos-test. Lo que da un total de 108 en el pre-test y 72 en el total.

En la figura 8 se puede observar que hubo una disminución en la reacción de ansiedad antes diversas situaciones sociales, entre ellas son: Telefonar en público, hablar en grupos pequeños, beber en lugares públicos, hablar con gente importante, dar una charla frente a una audiencia, escribir mientras la observan telefonar con desconocidos, platicar con desconocidos, reunirse con desconocidos, tomar la palabra en un examen y organizar una fiesta. Mientras que en la figura 9 se puede ver que la evitación disminuyó en la mayoría de las situaciones sociales, excepto; hablar con gente importante, orinar en baños públicos, realizar un examen, intentar ligar a alguien y devolver una compra.

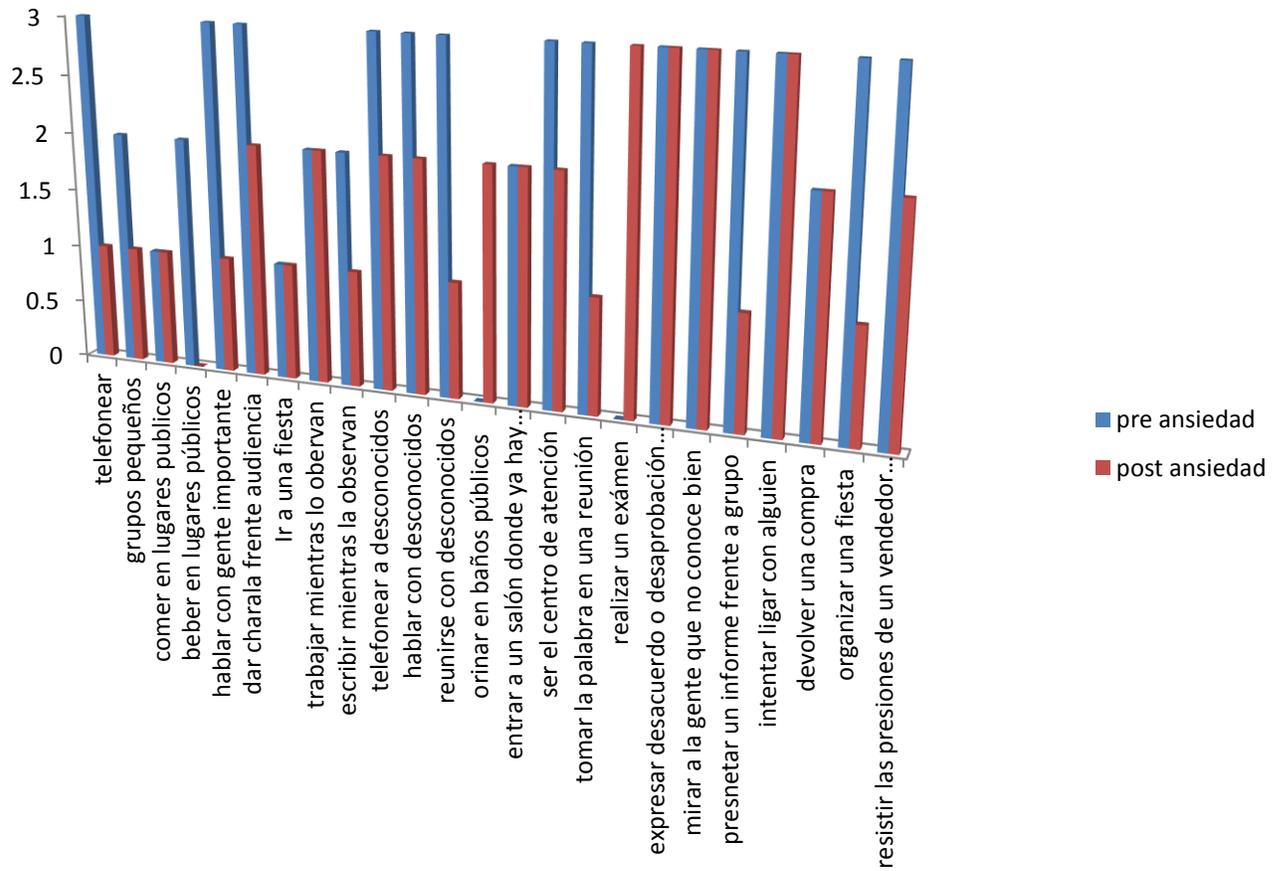


Figura 8. Puntuación de la subescala de ansiedad/temor de la escala de Liebowitz. Pretest y postest de cada uno de los reactivos de la prueba. El eje de la X corresponde a los síntomas y la el eje de la Y a la intensidad de este.

Los efectos que se tuvieron en la gravedad de los síntomas de ansiedad social corresponden a un nivel leve. De acuerdo a la paciente, se corroboran estos efectos,

ya que ha sentido una mejoría en el manejo de su ansiedad cuando sale a la calle, o necesita interactuar con alguien más. El hecho de poder trabajar cada una de las situaciones que ella cree problemáticas, fue sustancial para explorar el tipo de cogniciones, respuestas fisiológicas, y habilidades sociales en cada una de las situaciones. Es decir, las estrategias anteriormente enseñadas, fue adaptada a cada una de las situaciones expuestas en la jerarquía, lo que hizo más nutritiva la exposición de tipo imaginario, ya que se determinó un plan de acción para cada una de ellas. La paciente utilizó la analogía del terapeuta como si fuera un manager, “que a pesar de que ella sabe qué hacer en cada

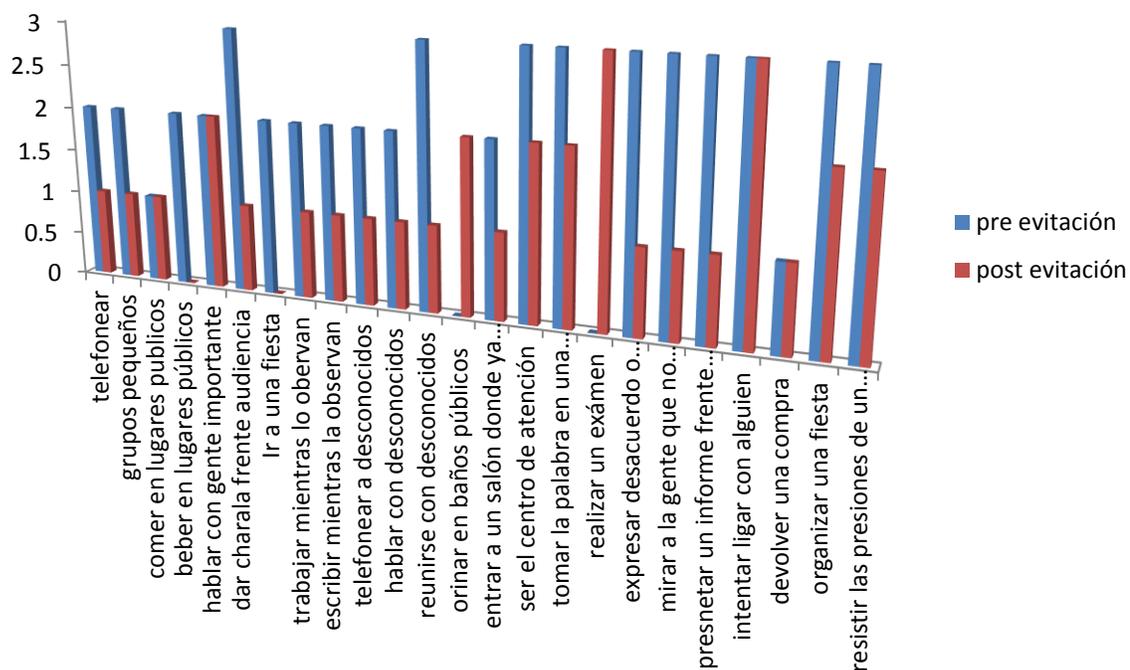


Figura 9. Puntuación de la subescala evitación de la escala de Liebowitz. Pretest y postest de cada uno de los reactivos de la prueba. El eje de la X corresponde a los síntomas y la el eje de la Y a la intensidad de este.

una de estas situaciones, el terapeuta perfecciona la manera en que tiene que reaccionar". Es importante mencionar que los efectos fueron favorables en no utilizar la evitación como un recurso, sitiándose motivada en exponerse en vivo a cada una de las situaciones fuera de sesión (actividad propuesta por el terapeuta o ella misma por iniciativa), aunque aún hubo presencia de ansiedad reportó que llegaba a sentirse satisfecha de no haber evitado, lo que le promovió volver a hacerlo posteriormente. Aunque hubo situaciones que aún le generan un malestar significativo, por ejemplo, convivir con figuras de autoridad que puede ser; una entrevista de trabajo, o también personas que demuestran un alto nivel académico. Ante esto, se propone en el seguimiento psicoterapéutico monitorear cada una de las situaciones, y hacer un trabajo enfocado en la situación problema, y si es posible generar la posibilidad de exponerse en vivo a ese tipo eventos.

#### *Calidad de Vida.*

Las puntuaciones obtenidas en la prueba Sf-36 se pueden observar en la figura 10. La función física y el funcionamiento social tuvieron una disminución en su puntuación, mientras que el rol físico, limitaciones del rol debido a problemas de salud, la fatiga/energía, el bienestar emocional, el manejo del dolor y la salud en general tuvieron un incremento.

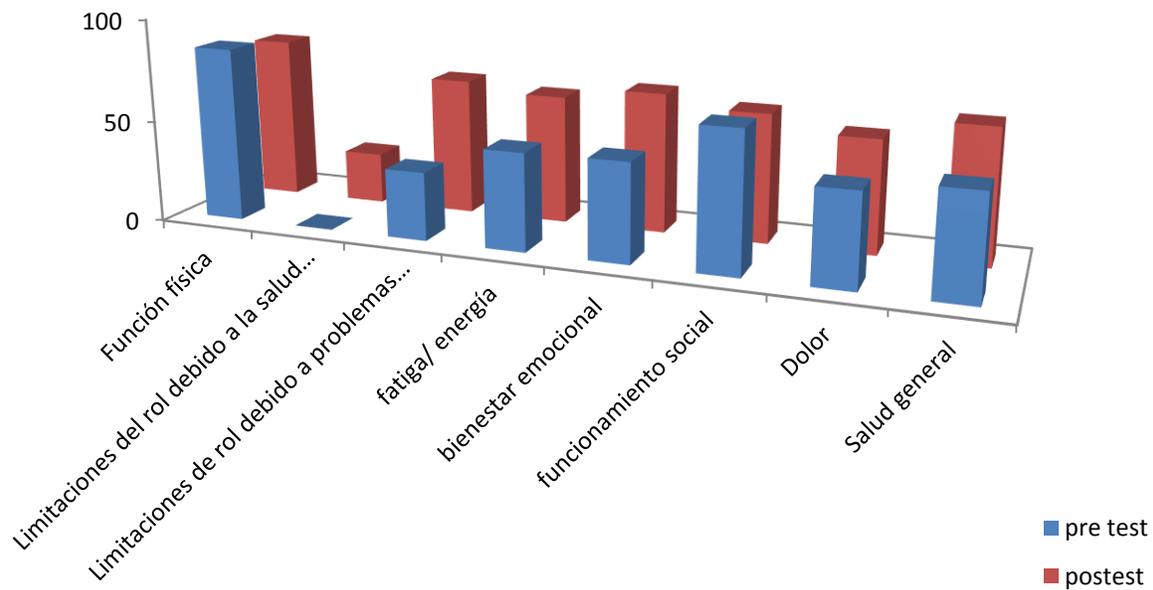


Figura 10. Puntuación Pretest-Postest del SF-36 en cada una de sus 8 sub escalas. El eje de la X corresponde a los síntomas y la el eje de la Y a la intensidad de este.

Con respecto a la calidad de vida, la paciente reporta sentir mejoría en el manejo del dolor y de la fatiga, comentando “que desde un inicio no sabía que era lo que le pasaba, ella simplemente se sentía mal y ya, y no sabía qué hacer con ese sentir”. Sin embargo después del tratamiento supo cómo diferenciar los síntomas propios de la actividad lúpica, y la ansiedad social, es decir, la responsabilidad que tiene la fatiga en sus decisiones, por ejemplo, no salir, o preferir no ir a la escuela o el trabajo ya que tenía una sensación de no poder levantarse y preferir estar en la cama todo el día, y la responsabilidad de evitar salir porque tiene que enfrentarse a un ambiente en donde habrá relaciones con otras personas, es decir, los dos promovían evitar la actividad, sin embargo era por diferentes motivos. Además el hecho de saber expresarse con el profesional de la salud (debido a la estrategias

de asertividad enseñadas) incrementó el sentido de autoeficacia al momento de saber expresar sus síntomas, y hacer preguntas sobre su padecimiento y su tratamiento (algo que era bastante difícil anteriormente).

### *Percepción de la Paciente.*

Subjetivamente la paciente refiere haber encontrado mayor estructura a un problema que tiene desde hace años, inclusive saber y nombrar su problema como ansiedad social fue importante para poder hacerse cargo de algo que era desconocido para ella, sin saber que era el principal obstáculo que en combinación con el lupus afectaba su día a día. En sus propias palabras indica: “me siento sorprendida por saber que algo intangible (la ansiedad social), puede llegar a afectar algo tangible (su vida cotidiana): La terapia para ansiedad social me ha permitido tener un panorama transparente sobre el problema que me ha sometido por años. Me ha beneficiado para identificar los factores de alerta que ponen en peligro mi desempeño social en mi vida diaria, en los cuales si no utilizo las herramientas enseñadas me traen altos problemas económicos, emocionales, laborales y personales. He llegado a la conclusión en cuestión personal que gracias a la psicoterapia he logrado conocer lo que significa la ansiedad social, me he dado cuenta de la cárcel en la que he vivido por años y que ahora puedo ver un camino distinto, viviendo el día a día con herramientas que me permiten controlar todos los efectos que esta produce y con ello estoy comenzando a recuperar mi trabajo, lo cual me va a llevar a mejorar mi economía, poder relacionarme mejor con el medio

que me rodea, es decir, familia, amistades, medio laboral, utilizando de manera lo más correcta posible “la asertividad” para poder expresar mis puntos de vista, saber decir no, tomar decisiones sin temor, controlando la sensación de angustia, enojo, miedo, ansiedad que provoca a mi cuerpo malestar. Ayuda mucho en mi autoestima que relaciono con el lupus porque me siento a veces con menos valía que los demás por ser paciente con lupus. Así mismo me permite conocerme por completo para trabajar en lo que más puede afectarme al momento de desempeñarme en mis actividades” (sic).

### **Discusión.**

El objetivo de este estudio fue desarrollar una intervención con fundamento en la terapia cognitivo-conductual para síntomas de ansiedad social, depresión y ansiedad en general en una paciente con LEG, además de evaluar su impacto en la calidad de vida.

De acuerdo a los datos descritos en los resultados, la terapia cognitivo conductual ofreció una disminución en los puntajes de la batería de pruebas que exploraron los síntomas emocionales, la ansiedad social y la calidad de vida. Los datos se corroboran en consonancia con las intervenciones elaboradas para pacientes con LEG, tanto para el manejo emocional del dolor, la función física y psicológica (Greco, Rudy & Manzi, 2004; Haupt et al.; Yuen & Cunningham, 2014) así como el sentido de la autoeficacia (Karlson et al., 2004) y la mejora de la calidad de vida (Schneider & Haupt, 2015). Además de ello se corroboran los datos con la

mejora de los síntomas de ansiedad social con estudios que utilizaron las estrategias propuestas en el presente trabajo (Heimberg, 2002; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2004; Scaini, Belotti, Ogliari & Battaglia, 2016; Kampmann et al., 2016; Kampmann, Emmelkamp & Morina, 2016).

Existe una carencia en los estudios que relacionen a las personas con Lupus y Trastornos específicos, por tanto no existe en la actualidad alguna intervención o protocolo sistematizado que intervenga en pacientes que compartan estas dos problemáticas.

A pesar de que hubo una disminución en los síntomas emocionales en la paciente, existen algunos síntomas que siguen siendo clínicamente significativos. En el caso del BDI el puntaje del pos test corresponde a síntomas moderados, y en el BAI a síntomas graves, quizá esto sea explicado con que algunos reactivos de este par de pruebas suelen confundirse con los síntomas propios de la activación del lupus, lo que puede explicar el por qué la puntuación obtenida en el pos test del HADS (leve tanto en ansiedad como en depresión) fue más visible la diferencia, ya que esta prueba es altamente sensible es diferenciar los síntomas de la ansiedad y de la depresión, sin tener que ser explicados por síntomas de algún tipo de enfermedad. Respecto a los síntomas de la ansiedad social, hubo una mejora tanto en el manejo de los síntomas de temor, como en el grado de evitación, siendo más notable en este último el cambio. Con respecto a la calidad de vida hubo un aumento de un 46% a un 60.5% de bienestar global, observando parcialmente una mejora más notable en el bienestar emocional, manejo de la fatiga y percepción del dolor y

las limitaciones del rol debido a problemas emocionales, lo que probablemente pueda ser explicado debido a que la paciente tiene un mayor rol activo sobre su enfermedad, evitando conductas enfocadas al rol del enfermo, y reestructurando su situación socioeconómica, lo cual le impedía tener un trabajo estable y por tanto una menor adherencia a su tratamiento de salud. Las metas alcanzadas de acuerdo al mapa de alcance de metas fueron: mantener conversaciones, mantener un trabajo estable, mejora de la calidad de vida y el manejo de síntomas (dolor y fatiga).

Por otro lado, es importante mencionar las limitaciones del estudio. Teóricamente es difícil delimitar cuál fue el peso de cada una de las estrategias con respecto a los resultados, haciendo difícil limitar el aporte que da cada técnica ante cada síntoma de ansiedad social y síntomas de lupus presentado por la paciente. Además el control de variables extrañas es deficiente, al no contar con una muestra de pacientes con los que pudiesen comparar los resultados.

## **CAPÍTULO 2.**

### **RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL.**

#### **Medicina Conductual.**

De acuerdo a la página oficial del programa de maestría y doctorado en psicología de la Universidad Autónoma Nacional de México (2016): “La medicina conductual es el campo multidisciplinario interesado con los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas”. Históricamente el término es propuesto por Birk en 1973 para el uso del tratamiento en retroalimentación biológica en diversos padecimientos como epilepsia, cefaleas, migrañas etc. (Mejía, 2014). Posteriormente se formaliza el concepto en la reunión en 1977 en la Universidad de Yale que organiza el Primer Congreso de Medicina Conductual, reuniendo a diversos expertos en campos de aplicación como: antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología, poniendo en el contexto de la salud-enfermedad la necesidad de un enfoque multidisciplinario (Reynoso & Becerra, 2013).

La maestría en Medicina Conductual surge con el propósito de la formación de profesionales con habilidades para detectar, evaluar e intervenir en un modelo biopsicosocial. El programa se elaboró en 1998 y se aplicó por primera vez en 1999 en un plan articulado y flexible organizado para el desarrollo de competencias mediante residencias con práctica profesional supervisada en diversos

escenarios donde se realiza el ejercicio de la profesión (Reynoso, Hernández, Bravo & Anguiano, 2011).

La maestría en Medicina Conductual se divide en dos etapas; la primera etapa consiste en la asignación de un tutor académico, que se encarga de la orientación académica, teórica y práctica de las competencias del alumno. En este caso es la Dra. María Dolores Rodríguez Ortiz, funge como Profesora de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la UNAM. Además existen un temario en el primer semestre de 2 asignaturas: Métodos de Investigación Aplicada I y Teorías y Modelos de Intervención I. Hay una serie de talleres que tienen como función la adquisición de habilidades para la asimilación de destrezas metodológicas y clínicas. Los talleres fueron : Evaluación y tratamiento de la Depresión, Medicina Conductual Basada en Evidencias, Destrezas interpersonales en la intervención Cognitivo Conductual, Técnicas cognitivo conductuales en enfermedades crónico degenerativas, Ansiedad en niños, Retroalimentación Biológica, Atención Plena *Mindfulness*, Aplicación de la terapia cognitivo conductual para pacientes oncológicos, Adhesión terapéutica en el paciente crónico y El trabajo interprofesional en hospitales.

La segunda etapa se compone de clases de asignatura: Métodos de investigación aplicada II, Medición y Evaluación II, Teorías y Modelos de Intervención II y Teorías y Modelos de Intervención III. A partir del segundo semestre inicia la Residencia en diversas sedes propuestas por la coordinación de posgrado, cada alumno elegirá el más acorde de acuerdo a sus necesidades e intereses. En

este caso la sede es el Instituto Nacional de Ciencia Médica y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Se asigna un supervisor académico universitario, profesional de alto nivel y docente de la UNAM quien acude periódicamente a los escenarios de práctica profesional, en este caso es el Dr. Edgar Landa Ramírez. El supervisor in situ es una adscrita del INCMNSZ, quien es responsable de que los alumnos cumplan las políticas y funciones de la institución receptora sede, en este caso es la Dra. Sofía Sánchez Román, jefa del servicio de psicología. El objetivo del Servicio de Psicología del INCMNSZ es brindar atención psicológica a pacientes que presentan algún padecimiento médico y que tienen problemas para adaptarse a su enfermedad, adherirse a sus tratamientos o que manifiestan alguna morbilidad psiquiátrica. El servicio se encuentra adscrito al departamento de Neurología y Psiquiatría y generalmente se atienden pacientes referidos por otras áreas del Instituto, predominantemente el servicio de psiquiatría. Los padecimientos que se atienden más frecuentemente son problemas de ansiedad, depresión, adherencia al tratamiento, o ajuste emocional.

El Residente en Medicina Conductual tiene una serie de actividades que se pueden observar en el anexo 3. Las actividades son:

**Revisión de casos.** Se discute sobre los casos más relevantes con el propósito de que el residente tenga una asesoría por parte de los adscritos del servicio de psicología, además de la toma de decisión tanto en interconsulta como en la evaluación y el tratamiento del paciente.

**La sesión bibliográfica de psiquiatría** es llevada a cabo por el servicio de psiquiatría de enlace, cada sesión es presentada por un residente de psiquiatría y

coordinada por un adscrito. Aproximadamente una vez al mes al servicio de Psicología le corresponde presentar la sesión según los requerimientos del residente de psiquiatría, por lo que el residente de Medicina Conductual tendrá que exponer un tema de psiquiatría con enfoque cognitivo conductual, el cual será supervisado por las adscritas del servicio de psicología.

El tema de revisión está enfocado en algún tema de las otras especialidades médicas (por ejemplo gastroenterología, infectología, reumatología, medicina interna, dolor y cuidados paliativos etc.) y su relación con temas de salud mental (comorbilidad psiquiátrica, farmacología, modelos de intervención etc.).

**Los pacientes de consulta externa.** Existe un espacio de atención psicoterapéutica y/o asesoría psicológica a pacientes que suelen ser referidos por diferentes servicios del Instituto y son enviados ya sea a evaluación o a terapia cognitivo conductual. El residente en medicina conductual organiza su agenda con respecto a su atención. La duración de cada sesión es en promedio 50 minutos. Se lleva un expediente por cada paciente, este se archiva en el servicio de psicología, además de ello se elaboran notas clínicas para el expediente general del paciente que son revisadas por las adscritas del servicio de psicología. La intervención está dirigida a pacientes con trastornos psiquiátricos (con frecuencia trastornos de ansiedad y afectivos), además de la comorbilidad clínica (Diabetes, Cáncer, Hipertensión arterial, Apnea, etc.). Debido a la demanda de trabajo, en ocasiones los pacientes son canalizados a otros centros de atención. En la mayoría de las entrevistas de primera vez se exploró el motivo de consulta, y cómo afecta en el área interpersonal, social, laboral, académico, de pareja y de salud. Con ello se

formulaba el caso y hacia una propuesta de intervención. Hubo una atención total de 38 pacientes con una edad promedio 38.34 años, teniendo un promedio aproximado de 15 sesiones, En total se proporcionaron 559 sesiones. Los diagnósticos médicos se pueden ver en la tabla 1. Los motivos de consulta para la intervención psicológica se observan en la tabla 2.

Tabla 1. Diagnóstico médico de los pacientes atendidos por el residente de medicina conductual.

Diagnóstico	No. Paciente.
Sin diagnóstico	8
SAOS	4
Obesidad	3
Diabetes	3
Cáncer	2
Hipertensión	2
Deterioro cognitivo	2
Virus de papiloma humano	2
Trasplante	1
Artritis	1
VIH	1
Disfunción eréctil	1
Disfagia	1
Cirrosis	1
Fístula intestinal	2
Taquicardia supraventricular	1
Síndrome de Sjörgen	1
Tiroides	1
Lupus	1
<b>Total</b>	<b>38</b>

Tabla 2. Motivos de consulta en los pacientes atendidos en psicoterapia.

Diagnostico	No.paciente
Depresión	9
Síntomas ansiosos	9
Baja adherencia	7
Ansiedad social	3
Ataque de pánico	2
Trastorno obsesivo compulsivo	2
Trastorno disociativo	1
Trastorno límite de la personalidad	1
Distimia	1
Trastorno esquizofreniforme	1
Estrés postraumático	1
Ansiedad Generalizada	1
<b>Total</b>	<b>38</b>

**Atención hospitalaria.** Para pacientes hospitalizados, la atención estaba centrada en el pase de visita con cualquier adscrito de psiquiatría. No hubo un horario establecido, ya que se aprovechaban momentos de la rotación o pacientes de consulta externa que cancelaban su cita para la intervención hospitalaria. Hubo una atención total de 44 pacientes hospitalizados y se proporcionaron un total de 162 sesiones. Los diagnósticos médicos se pueden observar en la tabla 3. Los motivos de consulta se pueden observar en la tabla 4.

Tabla 3. Diagnóstico médico de los pacientes de hospitalización atendidos por el residente de medicina conductual.

Diagnóstico	No. pacientes
Dolor	7
Trasplante	7
Cáncer	5
Pancreatitis	3
Paliativos	3
Insuficiencia renal	2
Fístulas	2
Diabetes	2
Lupus	2
Accidentes	2
Cirugía	2
Cirrosis	1
VIH	1
Linfoma	1
Pérdida de peso	1
Úlcera gástrica	1
Sepsis abdominal	1
Enfermedad de Crhön	1
<b>Total</b>	<b>44</b>

Tabla 4. Motivos de consulta en los pacientes atendidos en hospitalización

Diagnóstico	No. De pacientes
Síntomas Ansiosos	13
Síntomas Depresivos	7
Dolor	7
Delirium	4
Adherencia	3
Personalidad	2
Duelo	2
Ataques de pánico	2
Problemas Adaptativos	2
Relación médico-paciente	1
Problemas Familiares	1
<b>Total</b>	<b>44</b>

**Seminario de psicología.** Es organizado y llevado a cabo por el servicio de psicología, y se tocan tópicos selectos de psicoterapia en donde se expresan los puntos de vista de los enfoque cognitivo conductual y psicoanálisis, comentando y discutiendo sus convergencia y divergencias ante diversas problemáticas de la salud.

**Sesión de medicina interna.** Es en al auditorio del INCMNSZ y es organizado por medicina interna, en ésta se invita a las especialidades a aportar su punto de vista ante un caso de hospitalización que se ha complicado o su abordaje ha sido problemático. Entre estos servicios se cuentan psiquiatría y psicología.

**Sesión general** es en el auditorio del INCMNSZ y constituye un foro donde se presentan las actividades clínicas y de investigación que desempeña cada uno de los departamentos del Instituto; en ocasiones se presentan casos clínicos en los que han interconsultado a psiquiatría y psicología.

**Clase de Metodología.** Se realiza en el área de psicología, en ella se revisan conceptos teóricos y prácticos sobre estadística, metodología, epidemiología clínica y uso del SPSS.

### **Rotaciones.**

En las diferentes rotaciones, el residente en Medicina Conductual fungió como un profesional que aportó (según sea el caso) una visión del fenómeno psicológico, utilizando el método clínico como principal herramienta, en el que existieron los

siguientes componentes; observación, entrevista, evaluación psicométrica y nosológica, intervención y uso de la evidencia científica. Las rotaciones a diversos servicios son las siguientes: Psiquiatría de enlace, neuropsicología, psiquiatría de enlace en dermatología, psiquiatría de enlace en la unidad de terapia intensiva, psiquiatría de enlace en la unidad de trasplantes, psiquiatría de enlace y VIH, servicio de dolor y cuidados paliativos, servicio de obesidad y trastornos alimenticios, biología de la reproducción, centro de atención integral del paciente con diabetes y trastornos del sueño.

El siguiente apartado describe cada una de las rotaciones con la siguiente estructura:

1.- Descripción de actividades programadas, intervención con pacientes (el total de pacientes de la suma de todos los servicios e interconsultas se observan en el apartado de la descripción de pacientes de consulta externa y atención hospitalaria) y estrategias/habilidades utilizadas.

2.- Revisión de bibliografía sobre la descripción de la condición o enfermedad en cuestión, relación y prevalencia con datos de salud mental y tratamientos psicológicos disponibles.

3.- Habilidades adquiridas.

## **Psiquiatría de enlace.**

La rotación al servicio de psiquiatría de enlace fue a partir del 1 al 30 de Enero del 2015, bajo la supervisión de la Dra. Natasha Viviana Alcocer Castillejos. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio. Una de las actividades en este tipo de rotación consistió en hacer una visita diaria a pacientes ingresados a hospitalización, con diversos problemas de salud, y que se encuentran en una situación médica crítica. La interconsulta se llevó a cargo por parte de los residentes de medicina interna, considerando que sus pacientes a cargo necesitaban una valoración y en caso de que fuera el requerimiento, tratar el motivo de interconsulta. Entre los más comunes son: síntomas de ansiedad y/o depresión, mala adherencia terapéutica, “paciente difícil”, dificultad para dormir o adaptarse al ambiente hospitalario, recibir malas noticias, relación médico paciente, dificultad para tomar decisiones, delirium, entre otras. Las intervenciones farmacológicas más comunes por parte de psiquiatría se debían a manejo de sintomatología ansiosa y depresiva, problemas de sueño, episodios psicóticos, entre otras. El psiquiatra de enlace se encarga del manejo del entorno del paciente, poniendo atención al personal que interviene en el seguimiento del paciente hospitalizado, así como las condiciones físicas y ambientales del sitio donde se encuentra el enfermo; la psicoterapia y el fortalecimiento del apoyo social del paciente en el cual participan su familia y miembros de su comunidad (Sotolongo, Menéndez, Valdés, Campos & Turró, 2004). De acuerdo a este punto de vista, el adscrito en psiquiatría (Dra. Alcocer) contó con un rotante en psiquiatría y además un rotante de medicina conductual que ofreció su servicio para evaluar el contexto de los pacientes y aportar

estrategias que ayuden a que haya un beneficio integral hacia ellos mientras se encuentran hospitalizados. Las estrategias utilizadas fueron: entrevista y análisis funcional, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de exposición. Cabe señalar que existía comunicación e interacción constante con los residentes de psiquiatría de enlace que se encontraban a su cargo sobre la evolución del paciente.

Otra actividad consistió en la consulta de psiquiatría de primera vez y seguimiento a pacientes que hayan sido canalizados por otra especialidad médica. Esto se llevó a cabo los días martes y jueves. En este tipo de consultas el residente de medicina conductual entró como observador de la entrevista usual para la exploración de síntomas psiquiátricos, y además de dar una propuesta de solución. Debido a que fue la primer rotación de la sede, hubo oportunidad de poder ofrecer espacios de psicoterapia si así lo requiriera el servicio, por tanto el residente en psiquiatría y el residente en medicina conductual comentaban diversos casos observados en la consulta, y en caso de que cumplieran criterios como facilidad para asistir al instituto una vez por semana, interés en un proceso psicoterapéutico, problemas de salud mental que requirieran un intervención breve (síntomas moderados de ansiedad o depresión, problemas de ajuste, adherencia al tratamiento etc.), o evaluación psicológica, se iniciaba con el paciente un proceso psicoterapéutico que correspondía a la consulta de psicología por parte de medicina conductual. En caso de que no cumpliera esos criterios se ofreció y propuso asistencia a otros institutos o dependencias (por ejemplo, Centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila, centro los volcanes, Centro Eleia, entre otros).

Es importante mencionar que la dinámica de las dos actividades antes descritas, son similares en los servicios en donde el adscrito encargado de la rotación es un psiquiatra de enlace (Dermatología, UTI, Trasplantes, y VIH).

### *Revisión bibliográfica.*

Existe poca información con respecto a protocolos de intervención cognitivo conductual en pacientes que se encuentren hospitalizados. En su mayoría son estudios que se enfocan en el padecimiento concreto del paciente, y que no es necesariamente una condición de hospitalización. Los ensayos o protocolos en este tipo de población es limitada por la complejidad y heterogeneidad de las características de este tipo de población, es decir, no se evalúa el meramente el tipo de padecimiento del paciente, si no la condición de estar internado en un hospital (Remor, Arranz & Ulla, 2003).

Un internamiento hospitalario supone un cambio en la “rutina del individuo y suele caracterizarse por síntomas que conllevan a diferentes grados de estrés, dolor, molestias somáticas, miedo a lo negativo, relación con personas desconocidas a cargo etc. Esto supone algo diferente a la cotidianeidad, sometiendo al paciente a intervenciones (pruebas diagnósticas, traslados), afectándose la intimidad, dificultad de comunicación y acompañamiento familiar, compartir con otras personas el espacio físico y presión por tomar la mejor decisión posible con respecto a su salud (Soriano, 2009). Por tanto, el papel del psicólogo encargado de la atención de este tipo de población tendrá que recurrir a estrategias que proporcionen habilidades al

sujeto para la reducción de un malestar psicológico generalizado, en el que habrá una constante variabilidad de factores que contribuyen a desestabilizar. Es por ello que dependiendo del caso, hubo una evaluación abierta por parte del estudiante en medicina conductual, fundamentado en el análisis funcional de la conducta, que daba pauta a una propuesta de intervención establecida para cada paciente, por lo que dependiendo del problema se elegía la estrategia más acorde a la situación (Nezu, 2006). Por tanto, se recurrió a las estrategias cognitivo conductuales más comunes, y que se engloban en lo que es denominado como la inoculación del estrés. Se llegó a un acuerdo con la coordinación de psiquiatría para elaborar un taller dedicado a los residentes de psiquiatría de enlace en el que se dieran a conocer las principales estrategias del enfoque cognitivo conductual que se utilizan tanto para pacientes en hospitalización como en consulta externa. Las sesiones fueron de una hora y se impartieron en el departamento de neurología y psiquiatría del INCMNSZ.

### **Sesión 1:** *Introducción a la TCC y Formulación de caso.*

Se da una introducción de la terapia Cognitivo Conductual fundamentada en el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales de Ángeles, Díaz y Villalobos (2012).

Se explicó y discutió la definición de la TCC propuesta por las autoras que menciona que: la TCC es la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente.

Además de ellos se vio cada uno de los principios que sostienen la filosofía y aplicación de la TCC.

1.- La TCC se enfoca en respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, y que se caracterizan por ser aprendidas. Por tanto están sujetas a modificación y se ponen a disposición por parte del individuo, que se responsabiliza en los fenómenos que le afectan y requiere ejercer control sobre ellos.

2.- La TCC aplica diversas técnicas y estrategias para varios problemas y tiene un tiempo limitado.

3.- La TCC tiene una naturaleza educativa y cuenta con módulos establecidos..

4.- La TCC es autoevaluadora, plantea la necesidad de fundamentar sus resultados con base a la evidencia empírica con continua referencia a la metodología experimental.

Posteriormente se procedió a explicar los fundamentos de la formulación de caso con un enfoque en solución de problemas.

De acuerdo a Nezu (2006) existen 3 tipos de sesgos a los que se enfrenta un psicólogo clínico para evaluar la problemática del paciente:

- a) Juicio de disponibilidad: Cuando las personas tratan de estimar la frecuencia de una clase o la probabilidad de un evento basándose en la facilidad con la que los elementos de dicha clase o evento vienen a la mente.

- b) Juicio de representatividad: Se intenta evaluar el grado con que algunos eventos se relacionan entre sí, pero la decisión se basa en el grado percibido con el que A se asemeja a B.
- c) Anclaje: Cuando se emplea un método de cálculo como atajo, según el cual las decisiones finales se basan más en las impresiones iniciales que en la información posterior, aunque esta nueva información se contraponga a aquellas.

Posteriormente se definió la formulación de caso como: el conjunto de hipótesis, por lo general delineadas por una teoría de la personalidad u orientación de psicoterapia particulares, respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo.

Por último se mostró la propuesta del mapa de patogénesis y se dio un estudio de caso como ejemplo.

## **Sesión 2. Relajación.**

Se propuso una presentación donde se abordaron las tres principales técnicas de relajación, todas revisadas por Amutio (1998).

*Relajación autógena:* Utiliza las frases auto sugestivas sobre:

- 1) sensaciones de pesadez y calor.

- 2) Latidos del corazón;
- 3) Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo;
- 4) concentración pasiva en su respiración.

*Relajación muscular progresiva:* La técnica fue desarrollada por Jacobson en 1938. La técnica consiste en la presión y distensión de grupos musculares, esto para promover la discriminación de estados de tensión en diversas partes del cuerpo.

*Respiración diafragmática:* Técnica que promueve la respiración utilizando el diafragma en conjunto con los pulmones, para lograr una mayor profundidad del aire inhalado y exhalado.

### **Sesión 3 Reestructuración cognitiva.**

Se explican los principales aportes de Albert Ellis (Terapia Racional Emotiva) y Aaron T. Beck (Terapia Cognitiva). Se comienza con una explicación del contexto influyente que llevo a los autores a crear sus modelo de psicoterapia y la importancia de su influencia en la segunda ola cognitivo conductual. Posteriormente se enseña el modelo ABC y el registro de pensamientos automáticos para después hacer hincapié en la importancia de identificar las principales distorsiones cognitivas y creencias irracionales.

Posteriormente se enseñaron las principales estrategias para el cambio cognitivo que son: Debate socrático, búsqueda de alternativas, Técnicas de atribución, experimentos guiados, intención paradójica etc.

#### **Sesión 4 Solución de problemas.**

Se revisa el modelo de solución de problemas propuesto por Zurilla y Nezu (2006). Entre sus principios se encuentra generar en el paciente un sentido de autoeficacia, y promover que el individuo genere las soluciones ante los problemas de su vida cotidiana, se revisó cada uno de los puntos.

1.- Orientación al problema: Por medio de psicoeducación o en su defecto reestructuración cognitiva, se analizan las creencias o actitudes que tiene el paciente sobre los problemas. La manera en la que el paciente afronta los problemas existiendo tres maneras: evitativo, impulsivo y racional.

2.- Resolución Racional de problemas.

A) Definición del problema: Separar detalles innecesarios sobre el obstáculo que se presenta en la actualidad para las necesidades del individuo. Además de ellos, puntualizar los factores que influyen el mantenimiento del problema. Se utilizan las palabras; qué, cómo, cuándo, quién, dónde.

B) Generación de alternativas: Se incita al paciente que formule todas las soluciones posibles con base a la lluvia de ideas. Se utilizan tres principios: a) Principio de cantidad b) Principio de aplazamiento de juicio c) Principio de estrategias-tácticas.

C) Toma de decisiones. De acuerdo a las alternativas encontradas de solución, se elabora un proceso de toma de decisión basado en la probabilidad de que una opción permita alcanzar una meta particular, por tanto se evalúa que probabilidad de que con dicha opción el paciente alcance sus metas, sea razonablemente

alcanzable, cuente con la habilidad de echar a andar esa opción, que los recursos físicos, psicológicos y sociales están disponibles, además de que el valor de dicha opción tome en cuenta: consecuencias personales, consecuencias sociales, efectos a corto plazo y efectos a largo plazo.

D) Evaluación de resultados. Se evalúan los resultados de dicha opción, tomando en cuenta los objetivos planteados desde la definición del problema.

### **Sesión 5** Técnicas de exposición.

De acuerdo a Bados y García (2011) consisten en dar al sujeto la manera de afrontar las situaciones extremas o estímulos internos que generan emociones negativas (asco, ira, ansiedad) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada.

Se centró la atención especialmente en la desensibilización sistemática. Esta estrategia fue desarrollada por Wolpe para el tratamiento de las fobias. De acuerdo a (Turner 1991) se fundamenta en los principios de condicionamiento clásico. Se basa en el principio de inhibición recíproca y contracondicionamiento. Su procedimiento consiste en: 1.- Entrenamiento en el empleo de la escala SUDS (Escala de unidades subjetivas de ansiedad): se entrena al paciente para elaborar una jerarquización de los estímulos provocadores de miedo o ansiedad. 2.- Entrenamiento en relajación: Se entrena al paciente para que tenga en su repertorio la manera en que pueda regular al sistema simpático, esto para producir el efecto contrario a la ansiedad. 3.- Construcción de la jerarquía: Se le pide al paciente que

describa situaciones pasadas y futuras que podrían provocar ansiedad, en relación al estímulo tratado. 4.- Exponer al sujeto: Se expone al paciente a la primera (en vivo o de manera imaginaria), siempre y cuando se sepa que se está listo para producir el fenómeno de inhibición recíproca.

## **Sesión 6** Entrenamiento en asertividad.

De acuerdo a Caballo (1991) la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que se expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Se explicaron los tres tipos de comunicación (asertivo, agresivo y pasivo), se revisaron los derechos asertivos y se explicaron las principales técnicas de la asertividad: disco rayado, banco de niebla, la pregunta asertiva, acuerdo asertivo, aplazamiento asertivo, entre otras.

### *Habilidades adquiridas durante la rotación y sugerencias.*

Debido a que fue la primer rotación por la que el residente en medicina conductual prestó su servicio, las habilidades adquiridas fueron; la adquisición de un lenguaje médico que se caracterizó por ser concreto y preciso evitando hablar tecnicismos propios de psicología, implementación de técnicas cognitivo

conductuales en hospitalización, familiarización de tratamiento farmacológico, entrevista de exploración para delirium y verificación de diagnósticos nosológicos.

### **Neuropsicología.**

La rotación al servicio de neuropsicología fue a partir del 2 al 27 de Febrero del 2015, bajo la supervisión de la Psic. Sandra Guadalupe Juárez Arellano. Cumpliendo un total de 72 horas de servicio. Los días en que se asistió con el servicio de neuropsicología fueron los lunes, martes y viernes exclusivamente en su atención de consulta externa para pacientes con problemas neurológicos referidos por diversos servicios, entre los principales son: Medicina Interna, Geriátrica, Neurología, Psiquiatría, entre otros. Como función del rotante en medicina conductual fue dar una opinión sustentada sobre los casos de la consulta con respecto a los mecanismos de afrontamiento de los pacientes y sus familiares a diversos problemas, como pueden ser, Alzheimer, Demencias, Esclerosis múltiple, Esclerosis lateral amiotrófica, Ataxia de Friedreich, Enfermedad de Huntington, Demencia con cuerpos de Lewy, Enfermedad de Parkinson, Atrofia muscular espinal etc. Otra función fue evaluar síntomas de depresión, ansiedad, irritabilidad y desajuste, por medio de una entrevista semi estructurada, y así determinar si existen problemas cognitivos debido a síntomas afectivos. Las estrategias utilizadas fueron, formulación de caso, entrevista basada en dialogo socrático, solución de problemas, arreglo contextual y uso de diarios y agendas, y aplicación de pruebas psicológicas como: BAI, BDI, y HAD. Además el residente en medicina conductual tuvo la oportunidad de conocer y aplicar la prueba Neuropsi y el TAVEC.

Como cuestión teórica se propuso una revisión de la literatura sobre la intervención de la terapia cognitivo conductual en personas con deterioro cognitivo, y a manera de ponencia se aportó el siguiente contenido.

*Aproximación cognitivo conductual para la Demencia.*

La Terapia Cognitivo Conductual se fundamenta en diversos principios ante la práctica clínica, por ende es necesario establecer el marco conceptual con el que se abordaran los diversos problemas de atención en el sistema de salud.

Por tanto, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse como: la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Cuenta con un entramado de principios teórico-conceptuales a diferencia de otros modelos de psicoterapia y técnicas compartidas de forma generalizada, que parten de un paradigma de los diversos modelos de aprendizaje (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Parte de una comprensión del paciente en la que su contexto es esencial para comprender la manera en que sus estilos de respuesta interactúan con este. Por ende se considera el modelo de los 5 factores de Padesky (1990) como uno de los más utilizados por los practicantes en TCC para la formulación de los problemas e y el principal conector con la elección del tratamiento. El modelo se puede observar en la figura 11.

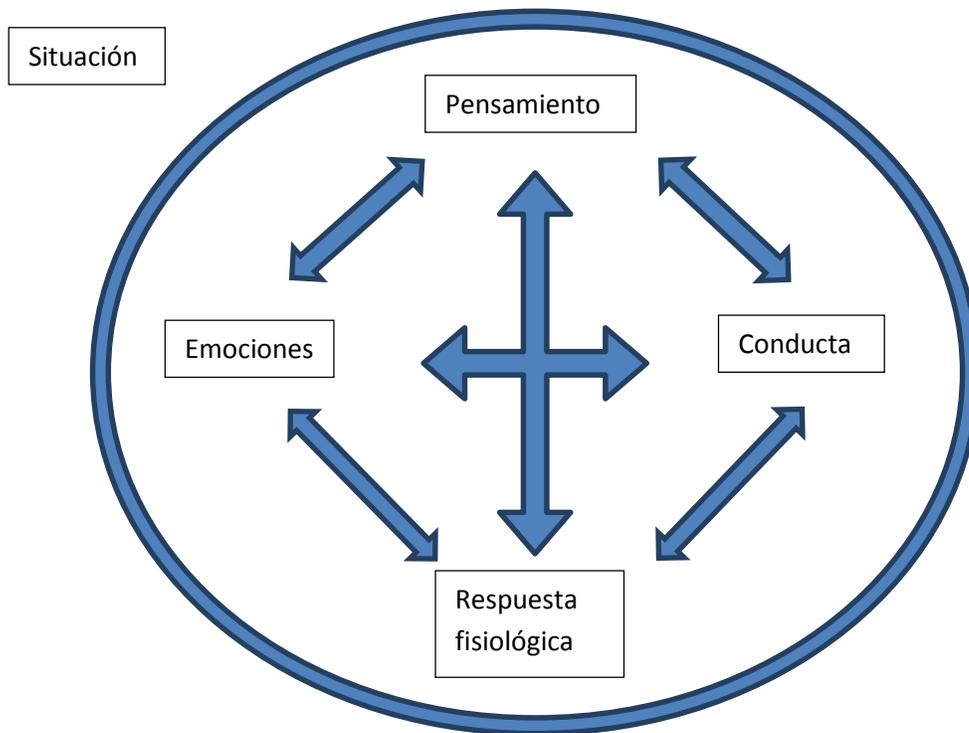


Figura11. Modelo de los 5 factores de Padesky (1990)

Posterior a una evaluación fundamentada con base a la entrevista y el análisis funcional (Nezu, 2004), el psicoterapeuta cuenta con un variedad de estrategias que pertenecen a diferentes “olas”. Las principales estrategias se pueden observar en el anexo 4.

Para que este modelo pueda ser aplicable a diversos problemas de salud, es necesario conocer las implicaciones biopsicosociales de cada uno de ellos. Es el caso de los pacientes que pasan por un problema de deterioro cognitivo (DC). El DC se define como un conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además

de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social (Wells, 1977), la vida de estos pacientes presenta cambios constantes, en el que las capacidades se ven afectadas con el paso del tiempo. Sin embargo uno de los problemas más comunes en estas alteraciones es la demencia. De acuerdo a la OMS (2016) la demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Afecta a un gran porcentaje de personas de la tercera edad, sin embargo no es una consecuencia del envejecimiento. Se estima que hay alrededor de 47,5 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de casos nuevos, siendo una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero provocando problemas de tipo físico, psicológico, social y económico afectando a los cuidadores, las familias y la sociedad. Por tanto, el estudio desde la psicología se ha centrado en atender no solo la discapacidad, sino el deterioro emocional que esta característica promueve. Históricamente en la conferencia de consenso convocada por la Asociación Internacional de Psicogeriatría en 1996 fue un parteaguas para acuñar el término síntomas cognitivos y conductuales de la demencia. En ellos identifican los síntomas psicológicos divididos en dos partes (Olazarán, Agüera & Muñiz, 2012): Síntomas psicológicos, más complejos y elaborados (por ejemplo, depresión, ansiedad, psicosis) que se caracterizan por una aproximación nosológica; y los 'síntomas' (en realidad signos) conductuales, más básicos, obtenidos mediante la observación directa del paciente (por ejemplo, agresividad, hiperactividad motora, desinhibición).

Por tanto, se identificaron los signos y síntomas característicos de los pacientes con demencia, y que son los actuales factores a intervenir. Como se puede ver en el anexo 5 se identifican las principales definiciones de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. En el anexo 6 se encuentran las recomendaciones para el manejo de estas. Sin embargo, los síntomas que corresponden a un enfoque psicoterapéutico son 5: agresividad, depresión, ansiedad, irritabilidad y alteraciones del sueño.

Existen trabajos que se han enfocado en la intervención en este tipo de población. Por ejemplo, Kiosses, Arean, Teri y Alexopoulos (2010) evaluaron la efectividad de la Terapia de adaptación al problema (derivado de la terapia de solución de problemas) vs Terapia de Apoyo. Evaluaron e incluyeron a 30 personas con deterioro cognitivo con un promedio 65 años de edad. Los evaluaron de acuerdo a los criterios del DSM IV, Escala de depresión Hamilton; Escala de evaluación de la demencia (iniciación /pergraveción) y el mini mental. En sus resultados encontraron que en la depresión la Intervención en solución de problemas fue superior a la terapia de apoyo ( $F=120.88$ ,  $df=1$ ,  $31.8$ ,  $p<0.0001$ ). En discapacidad ( $F=27.57$ ,  $df=1$ ,  $47.1$ ,  $p<0.0001$ ) la Intervención en solución de problemas también fue superior a la terapia de apoyo. Existen trabajos similares que proponen que la terapia solución de problemas es un tratamiento de la gama de estrategias cognitivas conductuales de elección para el tratamiento de personas con demencia leve o moderada (Areán, Raue, Mackin, Kanellopoulos, McCulloch & Alexopoulos, 2010; Alexopoulos, Raue, Kiosses, Mackin, Kanellopoulos, McCulloch & Areán P, 2011; Kiosses, Ravdin, Gross, Kotbi & Alexopoulos, 2015). Ortega, Qazi, Spector, y Orrel

(2014) elaboraron una revisión sistemática en donde incluyeron seis ensayos controlados aleatorizados, (439 participantes con demencia). Incluyeron aquellos trabajos que hayan comparado la efectividad de la TCC con alguna otra forma de psicoterapia o una intervención tradicional. Cinco de esos estudios no cumplen con criterios Consort., uno si los presentó. El metanálisis mostró un efecto positivo de los tratamientos psicológicos de la depresión (95% de intervalo de confianza (IC) con un rango de -0.41 -0,03). En el caso de la ansiedad que fue evaluada con una clasificación clínica (datos nosológicos) hubo cambios significativos (2 ensayos, 65 participantes; IC del 95% -7.81 -1.32 a,) pero no sobre la ansiedad auto-percibida (2 ensayos, IC del 95% -0.44 a la 0.54). Los autores concluyen que las intervenciones psicológicas tienen el potencial de mejorar el bienestar del paciente, sin embargo se necesitan más estudios (con un estándar de calidad) que identifiquen que tipo de intervenciones son más efectivas.

En México existe un trabajo enfocado en pacientes de la tercera edad elaborado para el manejo de síntomas psicológicos para el deterioro intelectual (Vergara Lope & González-Celis, 2009). Es un diseño cuasi experimental con grupo control con mediciones pre-post y dos seguimientos y con comparación intra e inter grupo. Dentro del grupo TCC incluyeron técnicas como: Relajación, Reestructuración Cognitiva y Solución de problemas contra lista de espera. Encontraron una eficacia estadísticamente significativa en la disminución de la ansiedad, la depresión y las ideas irracionales, así como en el aumento del bienestar subjetivo y de algunas conductas de la vida diaria; tales cambios lograron mantenerse en los seguimientos de uno y tres meses.

### *Habilidades adquiridas.*

Las habilidades adquiridas en este servicio fueron: observación y adquisición de habilidades para el tamizaje de deterioro cognitivo, aplicación del Neuropsi y TAVEC para la exploración de dificultades en la memoria y la atención, exploración afectiva de familiares y del propio paciente que cursa por una enfermedad neurodegenerativa y aplicación de una intervención para la mejora de la calidad de vida en este tipo de población.

### **Consulta Psiquiátrica en Dermatología.**

La rotación al servicio de psiquiatría encargada de la consulta de dermatología fue llevada a cabo a partir del 2 al 31 de Marzo del 2015, bajo la supervisión de la Dra. María de los Ángeles Vargas Martínez. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio. Como se mencionó en el apartado de psiquiatría de enlace, las actividades relacionadas a pase de visita a hospitalización y consulta externa, fueron similares en cada una de las rotaciones donde estuvo presente un adscrito de psiquiatría. Además de ello en esta rotación hubo oportunidad de observar la consulta dirigida a pacientes con problemas dermatológicos, esto como parte de un protocolo encargado de explorar la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con problemas dermatológicos. La consulta encargada de este padecimiento se llevó a cabo los viernes, observando desde un inicio a los residentes de psiquiatría aplicar el SCID I para que después el residente de medicina conductual tuviera la oportunidad de aplicarla. Con respecto a las estrategias utilizadas en este tipo de consulta, no hubo

oportunidad de intervenir, ya que el estudio era meramente correlacional, es decir el objetivo era explorar más no intervenir por parte de la salud mental, ya que originalmente no estaba planeado el proyecto para la intervención por parte de psiquiatría de enlace. Sin embargo en los pacientes de hospitalización y consulta externa se utilizaron las intervenciones fundamentales (relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales y técnicas de exposición).

### *Revisión bibliográfica.*

En las últimas décadas, ha existido un creciente interés en el estudio que relacionan las enfermedades dermatológicas con la salud mental, denominando a la psicodermatología como el trabajo conjunto entre la dermatología, psiquiatría y psicología (Korabel , Dudek , Jaworek & Wojas, 2008). Se ha descrito una compleja interacción entre los sistemas neuroendocrino e inmunológico que se ha denominado sistema neuro-inmuno-cutáneo. Los problemas psicológicos perturban la homeostasis de la permeabilidad epidérmica, y puede actuar como precipitante para algunos trastornos inflamatorios como la dermatitis atópica y la psoriasis (Garg et al., 2001). Por tanto, hay una necesidad de un enfoque biopsicosocial para los pacientes con enfermedades de la piel, y un equipo multidisciplinario sería la mejor opción para la intervención de diversos problemas de la piel (Picardi et al., 2004).

Koo y lee en 2003 (citado por Basavaraj, Navya & Rashmi, 2010) propusieron una clasificación de los trastornos psicocutáneos. Esta ha sido una de las más

aceptadas en la actualidad, separándolos en tres grupos: Trastornos psicofisiológicos, trastornos psiquiátricos primarios y trastornos psiquiátricos secundarios.

- 1) Trastornos psicofisiológicos: los factores psiquiátricos son fundamentales en la etiología y el curso de las condiciones de la piel, sin embargo la enfermedad no es causada por el estrés, pero si exacerbada por este. En este grupo se encuentran: la psoriasis, dermatitis atópica, y la dermatilomanía.
- 2) Trastornos psiquiátricos primarios: La mayoría de estos trastornos ocurren en el contexto de trastorno somatoforme, trastorno de ansiedad, trastorno facticio, trastornos del control de impulsos o trastornos alimenticios. En este grupo de encuentran: excoriación psicógena, delirio de parasitosis, tricotilomanía, dermatitis artefacta, y prurito psicógeno.
- 3) Trastornos psiquiátricos secundarios: Esta categoría se encuentran los padecimientos de los pacientes que tienen problemas emocionales como resultado de una enfermedad de la piel: en este grupo se encuentran: alopecia areata y el vitíligo.

La incidencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades de la piel se estima entre el 30 y 60%. Los diagnósticos más comunes son trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión (con ideación suicida), y una tendencia a los trastornos de ansiedad, entre los más comunes son el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada (Korabel, Dudek, Jaworek , &

Wojas, 2008). La psoriasis, dermatitis atópica, alopecia areata y urticaria crónica son las enfermedades dermatológicas en las que se ha encontrado mayor comorbilidad psiquiátrica. Como posibles factores etiológicos se ha encontrado que la severidad de la dermatosis, cronicidad, repercusiones estéticas, acontecimientos vitales, autoimagen corporal y auto concepto, ansiedad social, atractivo interpersonal percibido son variables que funcionan como mediadoras o moderadores en el desarrollo de problemas psiquiátricos y psicológicos (Hernández, Doblado & Andaluz, 2000).

Uno de los padecimientos más estudiados en el ámbito de la psicología es la psoriasis, esta es definida como una enfermedad de la piel, con etiología desconocida y de variedad clínica que se caracteriza por la erupción bilateral y simétrica de placas cubiertas de escamas. La prevalencia oscila entre 2- y 5% y no tiene una edad específica de inicio (Brufau et al., 2010). Esta enfermedad puede tener un impacto afectivo, como problemas con el auto concepto, la autoestima, la imagen corporal y el estigma (Kotrujila, 2010). Un estudio identificó que la prevalencia de vulnerabilidad psiquiátrica en pacientes con psoriasis es de 34,5% (Valverde, Mestanza & Asenjo, 2003). Otro estudio evaluó a 239 pacientes con psoriasis y 123 sanos, se identificó que los pacientes con psoriasis se encuentran en mayor riesgo de depresión, incrementando la probabilidad en mujeres y personas mayores (Pietrzak et al., 2016). La calidad de vida se ve afectada moderadamente, siendo la edad un factor que modera el impacto en la funcionalidad (Randa, Todberg, Skov, Larsen & Zachariae, 2016).

La intervención psicológica muestra resultados favorables para el tratamiento de la psoriasis, por ejemplo Zachariae, Oster, Bjerring y Kragballe (1996), elaboraron una intervención que consistió en dotar de habilidades para el manejo del estrés, imaginería guiada y relajación, observando resultados significativos en mediciones de flujo sanguíneo de la piel por Doppler y el índice de gravedad del área de psoriasis. Otro estudio en 2009 utilizó como única estrategia la relajación autógena, comparándolo con un grupo de pacientes que no han recibido tratamiento, se encontró efectos favorables en el manejo de nuevas lesiones, fisuras, eritemas, prurito entre otros síntomas. Es importante mencionar, que aunque la dermatología tenga una aceptación cada vez más constante en la atención multidisciplinar, aún hay retos en el trabajo hospitalario, sobre todo que de manera institucional la atención del paciente con problemas dermatológicos tenga un tratamiento integral en donde el trabajo del psicólogo pueda fundamentarse en trabajos que se centren en población mexicana y que aun resultan ser escasos.

#### *Habilidades adquiridas.*

En esta rotación las habilidades adquiridas fueron: aplicación y calificación del SCID I, conocimiento de los padecimientos dermatológicos más frecuentes en la consulta psiquiátrica y una mayor comunicación con el equipo de psiquiatría

## **Unidad de Terapia Intensiva.**

La rotación al servicio de Psiquiatría encargado de la atención a la Unidad de Terapia Intensiva, fue a partir del 1 de Abril hasta el día 30 de este mes. La encargada de dicho servicio es la Dra. María del Carmen Flores, cumpliendo un total de 84 horas en el servicio. La dinámica de la visita a pacientes de hospitalización y consulta externa es similar a la de los otros servicios en donde está presente un psiquiatra de enlace, al igual que la atención habitual en estos espacios. Sin embargo el pase de visita a la Unidad de Terapia Intensiva fue diario. Debido a la condición delicada de los pacientes ingresados, el acceso era con cuidados especiales, además de que las condiciones en la mayoría de estos pacientes hace que la comunicación con el especialista sea de mayor dificultad, por tanto desde un inicio se observó la entrevista con comunicación basada en respuestas dicotómicas, apoyándose de apretones de mano o movimientos de cabeza por parte del paciente para responder un “sí” o un “no”. Además se detalló el aprendizaje para la exploración del delirium y la agitación. La única estrategia utilizada dentro de terapia intensiva fueron las técnicas de relajación, siempre con la certeza de que el paciente no se encontraba en delirium y contaba con síntomas de ansiedad, el trabajo más constantes y se daba cuando al paciente lo daban de alta de UTI y pasaba a una cama para la recuperación.

### *Revisión bibliográfica.*

La Unidad de Terapia Intensiva (UTI) o Unidad de Cuidados Intensivo, se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, La UTI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados (MSPS, 2010).

La tecnología, la investigación y los procedimientos novedosos en la actualidad permiten que la tasa de sobre-vivencia incremente año con año. De acuerdo a Gardner y Griffiths (2014) el ambiente de la UTI para el paciente ingresado es por sí sólo un ambiente estresante; es decir, el paciente tiene que lidiar con:

*-Alejamiento de familiares:* La necesidad de tener un ambiente libre de agentes patógenos que amenacen o afecten al paciente requiere de una privación de contacto social, es decir, la visita al paciente es restringida y las únicas personas permitidas para asistir al paciente son los profesionales de la salud.

*-Procedimientos incómodos:* es necesario que al paciente se le apliquen procedimientos invasivos (traqueostomía, catéter venoso central, catéter arterial

pulmonar) y terapéuticas (antibióticos, nutrición artificial, ventilación mecánica invasiva, diálisis y uso de hemoderivados). Sin embargo la incomodidad, y el dolor suelen ser frecuentes en pacientes que se encuentran en cuidados intensivos

- *Sujeción*: Debido a la agitación que presenta algunos pacientes que se encuentran en delirium, Incrementa la probabilidad de querer extubarse o levantarse de cama, por tanto, se recurre a la sujeción de extremidades para poder evitar cualquier riesgo.

- *Incapacidad de no poder comunicarse de manera verbal*: Si el paciente se encuentra intubado, o con ventilación mecánica, no es posible una comunicación de manera verbal, lo que afecta en su estado de ánimo.

- *Delirium*. El paciente se encuentra en un ambiente donde sus ritmos biológicos sufren cambios, existen ruidos constantes, falta de comunicación hacia otras personas, y sujeción, esto invariablemente aumenta la probabilidad de volverse condicionantes para el estado de delirium. El tratamiento farmacológico para este fenómeno se ve limitado, ya que la interferencia con la gran gama de medicamentos dados en la UTI no permite la accesibilidad de diversos antipsicóticos.

Por tanto estos factores interfieren en la salud psicológica del paciente promoviendo sintomatología ansiosa, depresiva de estrés agudo y postraumático además de disminuir su calidad de vida considerablemente (Jones, Griffiths, Humphris & Skirrow, 2001).

Existen algunos reportes sobre la correlación de la salud mental en pacientes que están o pasaron a la UTI, encontrando una fuerte relación de síntoma de Estrés

Postrauumático en ellos. Por ejemplo Scragg, Jones y Fauvel (2001) refieren que en una muestra de 80 pacientes, un 38% de ellos presentó sintomatología de ansiedad y depresión, y un 15% de ellos presentaron síntomas de estrés postraumático.

Griffiths, Fortune, Barbe y Young (2007) realizan una revisión de la literatura en la que incluyen 30 estudios, en el concluyen que la prevalencia de estrés postraumático oscila entre 0%- 64%. En una revisión sistemática del 2008, Davydow y colaboradores identificaron que en un total de 1104 pacientes, la sintomatología de estrés postraumático se encontró en un 22%. Además proponen como factores de riesgo para la adquisición de éste psicopatología previa al ingreso, administración de benzodicepinas, memorias de los eventos que sucedieron dentro la UTI, y experiencias de delirium.

Por su parte Myhren, Ekeberg, Toien, Karlsson y Stokland (2010) encontraron en una muestra de 194 pacientes durante un seguimiento de 12 meses, que la prevalencia de estrés postraumático es de 27%-35%. Además observaron que el recuerdo del trauma, el pesimismo y las memorias del dolor son considerados predictores independientes de los síntomas del estrés postraumático.

Vannini, de Araújo y Baxter (2010) en un revisión sistemática identificaron en 38 artículos que hay una prevalencia en un rango de 17% a 30% y una incidencia de 14% a 24%. Los factores de riesgo previos fueron, historia de sintomatología ansiosa, depresión o pánico, memorias de alucinaciones, ventilación mecánica y experiencias estresantes. Además altas dosis de opioides, sedación o analgesia

para control de síntomas, y uso de lorazepam incrementaron la memoria de alucinaciones y delirium.

Wade et al. (2012) en un estudio prospectivo transversal identificaron que existe un riesgo de 27.1%.a 55% de presentar trastorno por estrés postraumático; 46.3% presentaron sintomatología depresiva, y un 44.4% síntomas de ansiedad. En 2013 Wilder y colaboradores encontraron que existe una tasa de 14% a 45% de presentar depresión, 13% a 61% es la tasa para sintomatología ansiosa y para el estrés postraumático es de 19% a 27%. En un estudio más reciente, Zimmerli y colaboradores (2014) identificaron en un estudio de cohorte prospectivo que en 101 un pacientes el 40% de ellos presentó sintomatología de trastorno de estrés postraumático. El mismo año Sundararajan y colaboradores identificaron que un 41.2 de los pacientes mostraron sintomatología de Trastorno de estrés Postraumático (2014).

Actualmente en México existen nulas referencias sobre la morbilidad y prevalencia psiquiátrica en pacientes dados de alta de la Unidad de Terapia Intensiva.

Respecto a la sintomatología causada en la UTI no existe suficiente trabajo que de validez del tipo de psicoterapia que mejoré estos problemas. Por ejemplo se han evaluado los efectos que tiene la musicoterapia dentro de la UTI, sin embargo la metodología es pobre y los resultados no son concluyentes (Chlan, et al., 2013). Algunos estudios (Knowles & Tarrier, 2009; Jones et al., 2010; Egerod, Christensen, Schwarz & Agard, 2011) indican que el uso de diarios dentro

de terapia intensiva tanto para pacientes como para cuidadores primarios son esenciales para reducir este tipo de sintomatología, sin embargo en una revisión sistemática (Ullman et al., 2015) compuesta de 6 estudios identificaron que no hay efectos significativos de este tipo de intervención para la disminución de sintomatología ansiosa, depresiva o de estrés postraumático.

En un ensayo controlado aleatorizado (Jones y et al., 2003), se evaluó la efectividad de un programa de rehabilitación con pacientes en recuperación física y psicológica. En un grupo se ubicaron a pacientes en lo que sólo se hacía una visita pero sin ningún enfoque psicoterapéutico, y en otro grupo a una intervención de grupo con enfoque cognitivo conductual de seis semanas. Encontraron que aquellas personas que tenían una intervención terapéutica, reducían la sintomatología depresiva, más no la de ansiedad. Posteriormente Peris y cols. (2011) compararon la efectividad de una intervención temprana y en seguimiento de pacientes en UTI. Dentro de la unidad utilizaron estrategias de psi-coeducación y manejo conductual, e hicieron un seguimiento de 6 sesiones después de dados de alta en el que utilizaron estrategias de afrontamiento y reestructuración cognitiva. Los resultados sugirieron que la intervención temprana y posterior al alta del UTI, ayudó a disminuir el riesgo de adquirir sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático.

Sin embargo no hay estudios que den cuenta de aquellos tratamientos basados en la evidencia para el Trastorno de Estrés Postraumático en población dada de alta en UTI. Por ejemplo, en una revisión sistemática con meta-análisis (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis 2013) incluyó 70 ensayos controlados

aleatorizados, y concluyó que la terapia cognitiva centrada en el trauma y la desensibilización por movimiento ocular rápido son más efectivas que la Terapia cognitivo conductual, terapia psicodinámica, o terapia centrada en esquemas.

Habilidades adquiridas.

Las habilidades adquiridas en esta rotación fueron: conocimiento y utilización de equipo para la protección del paciente (lavado de manos, utilización de batas, gorros, cubre bocas especiales y guantes). Entrevista con respuesta no verbal. Entrevista para la exploración de delirium y adaptación de estrategias en relajación para pacientes que están intubados o con ventilación mecánica.

### **Consulta Psiquiátrica en Trasplantes.**

La rotación al servicio de psiquiatría encargada de la consulta de trasplantes fue llevada a cabo a partir del 1 al 29 de Mayo del 2015, bajo la supervisión del Dr. Mario Cesar García Alanís. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio. Como se ha mencionado anteriormente, esta rotación comparte las mismas características que los servicios donde existe psiquiatría de enlace, refiriendo la consulta externa y pase a hospitalización. Además de ello el residente en medicina conductual asistió a la consulta de seguimiento de personas trasplantadas, para evaluar características y síntomas psiquiátricos. El residente en medicina conductual tuvo la libertad de opinar con respecto a algunos casos, y en otros intervenir con

estrategias como: balance decisional, atención plena, reestructuración cognitiva, relajación, detención de pensamientos, habilidades sociales y terapias de tercera generación. Además se hizo un seguimiento de personas que tuvieron un trasplante de médula y necesitaron aislamiento , lo que promovía sentimientos de soledad y separación, por lo que las estrategias por parte de psicología estuvieron encaminadas a la tolerancia la malestar, estrategias para el manejo de las emociones y relajación.

#### *Revisión bibliográfica.*

Con el desarrollo de las terapias inmunosupresoras, el trasplante de órganos se ha desarrollado como una alternativa para aquellos pacientes que presentan alguna falla en el funcionamiento de un órgano vital (Martínez, 2003). Sin embargo, aunque ofrece una mayor cantidad y calidad de vida, el proceso de trasplante (desde el planteamiento de un posible trasplante hasta la adaptación post- trasplante tiene repercusiones psicológicas que impactan tanto en el paciente como en sus familiares. Pérez, Rodríguez y Galán (2005) en una revisión identifican los principales problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos.

- Repercusiones psicológicas: Delirium (debido al postoperatorio o inmunosupresores), trastornos sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, fantasías sobre el donante (cadavérico o donador) y/o insatisfacción con la imagen corporal.

- Variables psicosociales: apoyo familiar, trastornos psicológicos en los familiares, duración de la hospitalización, expectativas pre-trasplante y pos trasplante, estrategias de afrontamiento, duración de la enfermedad, etiología del trasplante y procedencia del órgano implantado.

-

De acuerdo al Centro Nacional de trasplantes (2016) en México existen 491 establecimientos autorizados para un servicio de trasplantes, de los cuales 386 cuentan con licencia para procuración, 373 licencia para trasplante y 63 licencia de banco. Existen 12,404 receptores en lista de espera para riñón, 7,377 para cornea, 403 para hígado, 56 para corazón y 9 para riñón-páncreas. Por tanto, ante la gran demanda de órganos el curso del trasplantes requiere de un proceso que ayude a delimitar quienes son los mejores candidatos para recibir un órgano que en condiciones de salud pública son escasos.

De acuerdo a Rodríguez (2009) el proceso de trasplante se puede dividir en cuatro fases:

Evaluación. Seleccionar a los candidatos que presentan características de cuidados adecuados al trasplante. Tomando en cuenta contraindicaciones del tipo: abuso de sustancias, psicosis, rechazo del trasplante, ideación suicida, trastornos facticios, baja adherencia a las indicaciones del trasplante entre otros (Kuntz, Weinland & Butt, 2015).

Periodo preoperatorio. Los trastornos más frecuentes en esta fase son: trastornos adaptativos, depresión y ansiedad.

Periodo postoperatorio. Puede presentar delirium debido a la recuperación hospitalaria en la que se incluye la utilización de fármacos que funcionan como condicionantes.

Seguimiento. Es necesario dar un seguimiento para observar las formas en las que el paciente se adapta a sus antiguos roles, las nuevas complicaciones o comorbilidades posteriores al trasplante, además de la relación donador-receptor, que puede presentar problemas en la dinámica de la relación.

Se ha identificado que aquellos pacientes con trastornos de ansiedad o depresión antes del trasplante informan una menor calidad de vida, además se han relacionado con la gravedad de la enfermedad y la aparición de complicaciones, la depresión puede duplicar la posibilidad de mortalidad. Se ha observado que más de la mitad de los receptores experimentan al menos un episodio de angustia o depresión (Butt, Parikh, Skaro, Ladner & Cella, 2012; Chen, Yam, & Wang, 2012). En un estudio López y colaboradores (2011) encontraron en una muestra de 70 pacientes pre-trasplante que 47% de ellos mostraron síntomas de depresión y los factores predisponentes a esta característica son; trastornos mentales psiquiátricos, no contar con pareja, abuso de alcohol, alteraciones emocionales, ansiedad, e ideación paranoica, además de un estilo de afrontamiento de indefensión y preocupación insistente. Otro estudio relaciona que en una muestra de 50 pacientes en lista de espera para trasplante el 54% muestran síntomas de obsesiones-compulsiones, dificultad para tomar decisiones, dificultad para concentrarse, sensación de que la mente se queda en blanco, tener que comprobar repetidamente lo que se está haciendo y tener que hacer las cosas lentamente para asegurarse de

que son hechas correctamente (López et al., 2010). Otro estudio identificó que de 339 pacientes que esperaban un trasplante de hígado, el 51.6% reportó síntomas depresivos, además aumentaba de 3 a 4 veces el riesgo de fracaso en el injerto a diferencias de quienes no presentaban síntomas de depresión (Corruble et al., 2011).

Existen intervenciones psicológicas enfocadas en pacientes que pasan por el proceso de trasplantes, contando que la comorbilidad de síntomas depresivos y ansiosos, es bastante grande. Por tanto las intervenciones fundamentadas en un marco cognitivo conductual han dado evidencia parcial para el aporte multidisciplinario. Kim y Kim (2005) evaluaron los efectos de la respiración diafragmática en pacientes que se sometieron a un trasplante de médula ósea, concluyeron que es una técnica eficaz para el manejo de ansiedad y algunos síntomas de depresión, además identificaron que hay efectos beneficios para el manejo de la fatiga que produce la recuperación. En otro estudio (Rodríguez, Mandelbrot & Pavlakis, 2011), se evaluó la efectividad de la intervención para la calidad de vida que se fundamenta en la Psicología Positiva y conceptos de la Terapia Cognitiva Estándar de Beck contra una intervención tradicional de apoyo psicológico en paciente en lista de espera para trasplante de riñón, encontrando que hay mayor efectividad para el funcionamiento psicológico y la intimidad social en la primera. En México se evaluaron los efectos de una intervención cognitivo conductual y un programa de actividad física en pacientes sometidos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, quienes presentaron ansiedad, depresión y estrés, encontrando que los pacientes que se beneficiaron de esta intervención

tuvieron variaciones que se mantuvieron en rangos normales de su estado de ánimo además de que requirieron menor número de interconsultas y una estancia hospitalaria más corta en comparación con un grupo control donde no se intervino (Rivera-Fong , Landa, Valero & Riveros, 2014).

#### *Habilidades adquiridas.*

Las habilidades adquiridas en esta rotación fueron: Conocimiento y noción sobre las comorbilidades más frecuentes en el fenómeno del trasplante. Explorar la diada de donador-receptor dentro del proceso del trasplante y reforzamiento de estrategias en hospitalización.

#### **Consulta Psiquiátrica en VIH.**

La rotación al servicio de psiquiatría encargado de la consulta de VIH fue llevada a cabo a partir del 1 al 30 de Junio del 2015, bajo la supervisión de la Dra. Elizabeth Medina Tapia. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio. Como se ha descrito anteriormente en otros servicios donde se encuentra psiquiatría de enlace como servicio, es similar la aproximación del pase de visita y la consulta externa. La consulta de VIH se llevó a cabo los días viernes. Las actividades acordadas por parte del alumno en medicina conductual fueron observar la consulta psiquiátrica de pacientes con VIH y si fuese el caso intervenir de acuerdo a su formulación de caso. Sin embargo cabe aclarar que en este servicio, la participación activa fue poca,

debido a que el departamento de infectología cuenta con su propio servicio de psicología (cuenta con dos residentes de medicina conductual), por lo que la atención psicoterapéutica fue poca, por no decir nula. Sin embargo, el residente en medicina conductual tuvo la libertad de opinar y proponer una visión enfocada en la manera de intervenir en cada uno de los pacientes observados en la consulta de VIH.

### *Revisión bibliográfica.*

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un lentivirus de la familia retroviridae, que se incuba por un tiempo prolongado y es el responsable de producir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (DGE, 2012). Es una enfermedad crónica que a finales del 2014 afecta a 36.9 millones de personas, por lo que ha introducido cambios en la vida de estas personas de manera significativa. De acuerdo a Censida (2014) la estimación de adultos y niños con VIH y SIDA en México ese 180,000, siendo la prevalencia de 0.2%, habiendo 9300 casos nuevos por año, el 50% de esas personas no saben que tienen VIH, 89,410 personas reciben tratamiento retroviral y existe una tasa de mortalidad de 4.2 por 100,000 habitantes. El porcentaje de casos que corresponden a mujeres es de 19.8% y 33.5% se encuentran entre los 15 y 29 años de edad. El 95.1% de los casos con VIH son resultado de relaciones sexuales no protegidas, el 2.9% por vía sanguínea y el 2.0 por transmisión perinatal.

EL diagnóstico en el paciente con VIH promueve un malestar significativo en el individuo, que conlleva a un estrés significativo, atentando contra su auto

concepto, su relación con los demás y su actividades diaria, lidiando con el estigma y problemas en la comunicación con seres queridos y personas allegadas (Remor, 2003). Se ha referido que el apoyo social y la red de apoyo familiar se relacionan con bajos niveles de emociones negativas y un mayor afrontamiento a comparación de quienes no cuentan con ello (Martínez, Sánchez, Aguilar, Rodríguez & Riveros, 2014).

Se ha observado que los pacientes con VIH tienen un riesgo mayor de padecer una enfermedad psiquiátrica. Se dice que la depresión y los síntomas subsindrómicos, así como el trastorno de ansiedad y el abuso de sustancias son más frecuentes entre los pacientes con VIH que entre la población en general. Además son frecuentes los trastornos neurocognitivos y la demencia, asociados al estado de SIDA (Larsson , Säll, Salamon & Allgulander, 2009). Otro estudio en Sudáfrica corrobora estos datos además de identificar en algunas personas síntomas de trastorno bipolar, además de encontrar abuso de sustancias (Säll, Salamon, Allgulaner, Larsson, 2009). En otro estudio realizado en el 2013 se encontró que de 19 pacientes el 53% presentó síntomas de algún trastorno del estado de ánimo (Uys, 2013). En un estudio más reciente (Tesfaw et al., 2016) se ha encontrado que la prevalencia de depresión y ansiedad co-mórbida entre los pacientes con VIH fue de 24.5%, y la prevalencia de ansiedad por si sola fue de 41.2% y 32.4% en depresión, además se encontró que el estigma del VIH, cursar por el estadio III de éste, pobre apoyo social y la mala adherencia a la medicación están asociados a la depresión. Mientras que ser mujer, pasar divorcio, tener tuberculosis mórbida y el estigma están asociados a la ansiedad. En otro estudio se evaluó a 3,816 pacientes

seropositivos encontrando una prevalencia de 28% con síntomas depresivos. De estos 957 el 43% tuvo un episodio depresivo (Choi et al., 2016).

Con respecto al tratamiento psicológico a personas que padecen VIH, existen resultados favorables desde la terapia cognitivo conductual. Por ejemplo, un estudio en 1999 (Cruess et al., 1999) identificó que una intervención cognitivo conductual mejoró los niveles de sulfato de dehidroepiandrosterona y el cortisol, y que están relacionados con el estrés y la perturbación del estado de ánimo en los pacientes. Una revisión meta-analítica (Crepaz et al., 2006) identificó que una las intervenciones basadas en un enfoque conductual ayudan a disminuir el riesgo de transmisión del VIH a otras personas. Brown y Vanable (2008) elaboraron una revisión de 21 intervenciones para el manejo del estrés en personas infectadas por el VIH, concluyendo que aquellas estrategias basadas en habilidades cognitivas y conductuales son esenciales para obtener resultados favorables en el grado de estrés percibido, depresión, ansiedad, funcionamiento psicológico, apoyo social y calidad de vida, estos resultados se corroboran en un meta análisis elaborado en 2008 por Sheldon, Kalichman, Carey y Fielder en el que se incluyeron los resultados de 35 ensayos controlados aleatorizados (N= 3,077). Otros estudios verifican que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento que tiene beneficios sobre prevención de relaciones sexuales de riesgo (Jonshon et al., 2008), prevención de contagio en adolescentes (Ingram, Flannery, Elkavic & Rotheram, 2008), mejorar el funcionamiento inmunológico, regulación emocional y adherencia al tratamiento (Crepaz et al., 2008).

Remor (2003) resume cuales son los temas y factores a intervenir en aquellos pacientes que padecen VIH (Ver anexo 7).

#### *Habilidades adquiridas.*

Las habilidades obtenidas en esta rotación consistieron en: reafirmar la comunicación interdisciplinaria y fundamentar la opinión con base a la evidencia. Familiarizarse con el fenómeno psicológico influyente en síntomas psiquiátricos en pacientes con VIH y elaborar un discurso de psicoeducación enfocado del sexo seguro.

#### **Dolor y Cuidados Paliativos.**

La rotación al servicio Dolor y Cuidados Paliativos fue llevada a cabo a partir del 1 al 29 de Julio del 2015, bajo la supervisión de la Dra. Argelia Lara Solares. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio.

Las actividades realizadas en este servicio consistieron en: clases sobre temas relacionados a la investigación y el manejo clínico de paciente con dolor, que se llevaban a cargo de un adscrito especialista algólogo en un horario de 7 a 8 de lunes a jueves. Además hubo revisión diaria de casos de pacientes en hospitalización con un horario de 8:30 a 10:00, en la que el residente en medicina conductual aportaba en una mesa de discusión, los beneficios de una intervención psicológica en cada uno de los pacientes hospitalizados que cursan por dolor crónico o son

considerados pacientes paliativos. Consulta externa de pacientes con dolor, en donde el médico algólogo requería apoyo del psicólogo en caso de que observara un beneficio para el paciente, las técnicas enfocadas para ello se basan en técnicas de relajación, habilidades sociales, solución de problemas, reestructuración cognitiva, terapia de aceptación y compromiso, terapia de dignidad y terapia de conducta para el manejo de la conducta de enfermo. Como consideración general el papel del estudiante en medicina conductual fue aportar con base a la evidencia información relacionada con los problemas psicológicos por los que pasa el paciente con dolor crónico, observar, evaluar e intervenir en pacientes que pasan por este problema y por una situación paliativa en consulta externa y hospitalización, trabajando en conjunto con residentes algólogos en proceso de formación.

### *Revisión bibliográfica.*

El dolor según The International Association for the Study of Pain (1979) es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. El dolor es considerado como un fenómeno subjetivo y existirá siempre que un paciente refiera que lo experimenta. El dolor es un fenómeno complejo con múltiples causas, que contiene componentes sensoriales, afectivos, motivacionales, cognitivos, y sociales. Lo que implica que el dolor requiere de un tratamiento psicológico como coadyuvante para la intervención del paciente (Bazako, 2003).

De acuerdo a López, Iturralde, Clerencia y Ortiz, (2008) el dolor tiene una alta prevalencia y un gran impacto individual, familiar, laboral, social y económico. Se estima que un 30% de la población refiere haber tenido dolor anteriormente, el 42.6% de los pacientes con dolor se encuentra a partir de los 65 años en adelante, las mujeres son más afectada que los hombre por el dolor, de todos los pacientes que sienten dolor el 60.5% lo padece desde tres meses previos, la mujer suele estar más afectada que el hombre, los dolores más comunes en población joven es el de cabeza, en cambio en población mayor a las 65 años padecen más dolor en las extremidades inferiores. El 61% de las personas con dolor toman algún fármaco y el 29% se auto recetan.

Existen dos manera de clasificar el dolor; dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo, se presenta por una lesión específica como resultado de un daño en un lugar específico y se caracteriza por ser de una duración corta, en cambio el dolor crónico se define como el dolor sin una causa específica aparente, que persiste en el tiempo inclusive sí los tejidos se han repuesto, y usualmente, se considera con una duración mayor a tres meses.

Al ser un padecimiento que afecta a un número amplio de personas, los retos para la mejora de la funcionalidad, la calidad de vida y el bienestar psicológico de la población han ido en incremento. Los pacientes que padecen dolor crónico en su vida diaria se ven afectados en su actividad física, problemas en el ciclo sueño-vigilia, actividades laborales y de casa, actividades sociales, transportarse e inclusive en su actividad sexual (Kopt & Patel, 2010). Esto impacta directamente en la manera en la que la persona con dolor afrontará dicho problema, resultado de

un proceso psicosocial complejo, exigiendo que el paciente se adecue a una serie de condiciones que dificultaran su relación con las personas y actividades en las que el sujeto está inmerso.

La prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico es alta, por ejemplo, en un estudio de elaborado por Arnold, Crofford, Martin, Young y Sharma (2007) identificaron que en un total de 579 pacientes, 71% de los pacientes mostraron síntomas de ansiedad y 56% de depresión, mientras que Arnold, Leon, Whalen y Barrett (2010) encontraron que 38% de los pacientes presentaron ansiedad y 27% depresión en pacientes con fibromialgia. Otro estudio identifico que los trastornos más comunes en pacientes con dolor son, los ataques de pánico, ansiedad generalizada, y el trastorno depresivo mayor (Means-Christensen, Roy-Byrne, Sherbourne, Craske & Stein, 2008), aunque Asmundson y Katz (2009) encontraron alta prevalencia en síntomas de estrés postraumático. Un estudio realizado en Nueva Zelanda (Bhana, Thompson, Alchin & Thompson, 2015) identificó que aquellos pacientes que tienen la esperanza de volver a su vida “normal” y que desean cura, o reducción de dolor significativo, obtienen resultados menos favorables en el tratamiento del dolor. Además Identificaron que en estos pacientes existen tres temas que se encuentran frecuentemente en las dudas del paciente: el deseo de entender su dolor, recuperar la “normalidad” de su vida diaria, y la preocupación por el régimen de medicación.

La dinámica que existe entre los factores psicológicos y el modo en que afronta el paciente el dolor es variada, por ejemplo, una revisión sistemática identificó algunos factores psicológicos relacionados con dolor oncológico (Syrjal , Jensen,

Mendoza, Yi, Fisher & Keefe, 2014). Entre ellos se encontró que la depresión, la ansiedad, el distres, el estrés, la soledad, la, el miedo a la recurrencia, y fatiga, están relacionados a estilos cognitivos de pérdida de control, catastrofización, poco control de predicción (incertidumbre), y que a pesar de los intentos que se realicen no vale la pena lo que se intente (desesperanza).

Para que la intervención desde el enfoque psicológico aporte resultados favorables es importante que se promueva en el paciente un estilo activo para el afrontamiento del dolor, por ello la perspectiva psicosocial va encaminada a que el paciente entienda y maneje la información relacionada a su dolor, de tal forma que comprenda temas como: la actuación de los fármacos, la raíz de dicho dolor, la relación del estado de ánimo, la relación con el médico, la adherencia al tratamiento, etc. ( Sheinfeld, Gorin , Krebs & Badr, 2013 ). Desde la psicología de la salud, identificar estos factores que moderan la manera en que el sujeto interpretará y afrontará el dolor es esencial para poder generar intervenciones específicas hacia determinados problemas. Existe evidencia de que la psicoterapia con un enfoque cognitivo conductual es eficaz para el abordaje del paciente con dolor (Brox, et al., 2003; Loebach et al., 2011; Gorin et al., 2012; Sturgeon, 2014). En estos trabajos se concluye que los modelos de psicoterapia más apropiado y con evidencia empírica son: Terapia con Aproximación Conductual, Terapia Cognitivo Conductual, Mindfulness y Terapia de Aceptación y Compromiso

Como conclusión es menester mencionar que el manejo del dolor crónico necesita de un papel activo por parte del paciente, evitar en mayor medida conductas que refuercen el papel del mantenimiento de la enfermedad y no de la

búsqueda del alivio. Además el médico necesita tener una visión enfocada en el manejo multidisciplinario para el tratamiento del dolor en el paciente, tomando la idea propuesta por la OMS de la salud como un bienestar físico, psicológico y social.

#### *Habilidades adquiridas.*

Las habilidades que el residente en medicina conductual adquirió fueron: búsqueda en la base de datos para las intervenciones mejor fundamentadas en psicología para el manejo del dolor y manejo del paciente paliativo, aplicación de técnicas específicas para el manejo del dolor crónico y disminución de la conducta del enfermo por parte del paciente, además hubo una mayor relación con el fundamento molecular, estructural, fisiológico y psicológico del dolor.

#### **Obesidad y Trastornos de la Alimentación.**

La rotación al servicio de Obesidad y Trastornos de la Alimentación fue llevada a cabo a partir del 1 al 31 de Agosto del 2015, bajo la supervisión de la Dra. Verónica Vázquez Velázquez. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio.

La rotación en este servicio consistió en ser observador y participe en la consulta que se ofrece a pacientes con obesidad mórbida en el Programa de Atención para el Paciente con Obesidad (PAPO). De acuerdo a la información publicada por el servicio de obesidad y trastornos alimenticios en la página de internet del INCMNSZ: “El objetivo del programa es brindarle al paciente los conocimientos necesarios para que mejore su salud, a través de la modificación de su estilo de vida, incorporando

hábitos de alimentación y de actividad física acordes a las necesidades de su cuerpo y así lograr la pérdida de peso. La duración del programa es de 20 semanas, el paciente viene al menos una vez por mes, teniendo un total de 7 visitas. Dentro del PAPO, el paciente es atendido por médico, nutriólogo, psiquiatra y psicólogo. Los cuales hacen un diagnóstico integral y definen un tratamiento individualizado, dentro de un esquema estructurado”. De acuerdo a la petición de la Dra. Verónica, se llegó a 3 puntos para la estancia en el servicio:

1.- Fungir como observador de la consulta de nutrición, psiquiatría, endocrinología y psicología en pacientes que asisten al PAPO. Con la finalidad de hacer aportes a los especialistas con respecto a los casos en cuestión, y si fuera el caso, ofrecer una asesoría psicológica al paciente o intervenir a manera de psicoterapia. Para ellos se utilizaron estrategias como entrevista motivacional, reestructuración cognitiva, psicoeducación y dialogo socrático.

2.-Porporcionar a manera de ponencia al equipo del servicio de obesidad, información sobre qué es la Terapia Cognitivo Conductual, información que fue tomada del manual de técnicas intervención cognitivo conductuales de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) tomando en cuenta los siguientes puntos.

- a) Introducción de los conceptos de condicionamiento clásico, operante y vicario.
- b) Introducción de los conceptos de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y esquemas centrales.
- c) Análisis funcional como fin de evaluación

d) Diseño de tratamientos psicológicos con base a la evidencia.

3.- Hacer una búsqueda bibliográfica sobre la conducta de atracón en obesos, esto con el fin de un posible protocolo para la intervención en dicho servicio.

Es importante mencionar que este servicio cuenta con servicio de psicología, lo que llevó a que el residente en medicina conductual pudiera contribuir a observar la consulta de los estudiantes de nutrición y endocrinología, y así retroalimentar la manera en que promueven una relación médico-paciente benéfica.

#### *Revisión bibliográfica.*

La obesidad es una de las enfermedades que en la actualidad se relaciona con múltiples factores etiológicos, además de múltiples consecuencias de salud relacionadas a ella. La visión de la obesidad como una enfermedad va en constante aumento en la percepción de la sociedad y por ello la atención y el tratamiento en hospitales de todos niveles se han visto obligados a dar una solución. Además es principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, enfermedades osteoarticulares y algunos tipos de cáncer (Barquera et. al., 2009; Barquera, Campos, Rojas y Rivera, 2010).

En la actualidad es poco probable que exista un enfoque médico que excluya los factores biopsicosociales para el manejo de la obesidad. El paciente con obesidad que inicia un tratamiento para su enfermedad se enfrenta a; cambios en su estilo de alimentación, estigma por parte de otras personas, auto-control, estrés,

presión social, entre otras (Vázquez & López, 2001; Diggins, Cheryl & Waters, 2015; Puhl & Suh, 2015).

La obesidad tiene una marcada comorbilidad con trastornos psiquiátricos; entre ellos se encuentran la ansiedad, depresión, abuso de sustancias y algunos trastornos alimenticios (Baile & González, 2011). Uno de ellos es el trastorno por atracón (TPA) (Gempeler, 2005).

Este es definido como la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intentan compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno (Cuadro, 2015). Actualmente el DSM V lo nombró como una entidad descrita por sí sola y no es explicado por Anorexia, Bulimia, Abuso de sustancias o un problema de Salud, aunque puede haber comorbilidad entre ellos (APA, 2013).

En la última década la evaluación de este tipo de conducta ha incrementado debido a la necesidad de delimitar el diagnóstico que permite diferenciarla de otros trastornos alimenticios como una entidad por sí sola, además que previo al DSM V no existe un acuerdo a las características del trastorno (Wonderlich et al., 2009). Por tanto la evaluación psicométrica se ha tratado de delimitar para una evaluación precisa. Algunos instrumentos han sido adaptados para la medición precisa de la conducta de atracón. Uno de ellos es el Bulimia Test of Edimburg (BITE). EL BITE fue desarrollada por Henderson y Freeman en 1987, aunque originalmente fue diseñado para evaluar sintomatología de bulimia, se utiliza muy frecuentemente para la evaluación de la conducta de atracón en obesidad (Fogelholm, Kukkonen &

Oja, 1999; Panchaud et al., 2014) siendo una de las pruebas de elección que refleja los síntomas de TPA ( Burton et al., 2016).

Como modelo explicativo que fundamenta el apoyo de tipo psicológico, se encuentra la ingesta emocional y la desregulación emocional como principales factores que regulan la conducta de atracón (Cuadro, 2015). La evidencia demuestra que aunque la desregulación emocional no es exclusiva de los trastornos alimenticios, si es un principal factor de riesgo y mantenimiento de conductas de atracón (Svaldi, Griepenstroh, Bruna & Ehrin, 2012; Gianini, Marney & Masheb, 2013). Un estudio relacionó el nivel de cortisol en las mañanas con el manejo del estrés, se encontró una relación entre el estrés y la conducta de atracón como predictor, inclusive es más común esta característica en mujeres (Chao et al., 2016).

En otro estudio refieren que la regulación emocional implícita puede ser un mecanismo mediador del TPA y que este tendría que ser uno de los objetivos terapéuticos para la psicoterapia, ya que directa o indirectamente, disminuye la sensibilidad al conflicto emocional (Robinson et al., 2015). Una revisión sistemática (Leehr et al., 2014) verifica en una búsqueda de 18 artículos, que la desregulación emocional o las emociones negativas son un predictor y un detonador potencial de la conducta de atracón en aquellas personas obesas que presentan este tipo de comportamiento, en comparación de aquellas personas que no tienen un diagnóstico de TPA. En otra revisión sistemática (EvaVall, 2015) se encontró que el estado de ánimo negativo, la tristeza, la tensión y la inestabilidad de las emociones son potenciales antecedentes para la conducta de atracón. Una revisión sistemática (Nicholls, Devonport & Blake, 2016) concluyó que algunas variables con un fuerte

factor de predicción de los resultados al final del tratamiento son; índice de Masa Corporal más alto, disminución de las conductas de atracon/purgación, mayor motivación para la recuperación, menor presencia de depresión, menor preocupación acerca de la figura/peso, menos comorbilidades, mejor funcionamiento interpersonal y menos problemas familiares.

En la actualidad, la concepción multidisciplinaria para el TPA se ha fundamentado de una manera precisa desde la psiquiatría y la psicología, lo tratamientos tradicionales para la reducción de peso necesitan de intervenciones basadas en la evidencia que contribuyan al manejo de variables biopsicosociales (Amianto, Ottone, Abbate & Fassino, 2015). Desde la psicología, originalmente los tratamientos que comenzaron a ser efectivos son la Terapia Interpersonal (TI) y la TCC (Wilson et al., 2010; Ramacciotti et al., 2013), aunque las revisiones más reciente agregan como una intervención prometedora a la Terapia Dialectico Conductual (TDC) (Iacovino et. al., 2012).

Desde hace una década la TCC ha mostrado resultados eficientes, por ejemplo, Grilo y Masheb (2005) compararon una intervención con Terapia Conductual de pérdida de peso, encontrando beneficios próximo y de mantenimiento de dos años en aquellos paciente que estuvieron en el grupo de TCC. En otro estudio Grilo Masheb y Wilson (2005) compararon un programa de TCC contra tratamiento de Fluoxetina. Se observó que los efectos de la TCC son superiores a los de la Fluoxetina, aunque solo impacta en la Conducta de Atracón y no en la obesidad. En otro estudio (Wilson et al. 2010) se comparó la TC, la TI y la terapia Conductual para la pérdida de peso encontrando mejores efectos en la

Terapia Cognitivo Conductual impactando en la conducta de atracón y la autoestima de los pacientes. Existen algunos otros estudios que avalan los resultados de la Terapia Cognitivo Conductual (Grilo et al., 2011; Safer & Joyce, 2011, Masheb, Grilo & Rolls, 2011) como uno de los tratamientos de elección para la conducta de atracón. La TCC hace hincapié en que el paciente adquiera estrategias de afrontamiento óptimas para enfrentarse a estímulos que favorecen la conducta de comer, además de impactar sobre el manejo afectivo desde tres vías: cogniciones, conducta y sistema autónomo.

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) utiliza estrategias que se enfocan en el contexto del sujeto y sus necesidades, utilizando una manera de aceptar su propia condición y fortalecer aspectos de atención plena, regulación emocional y tolerancia emocional. Hasta la fecha ha mostrado resultados favorables pero son pocos los estudios con un fundamento metodológico bien establecido que comparen su eficiencia con otras medidas farmacológicas o no farmacológicas. Por ejemplo en un estudio Telch, Stewart y Linehan (2000) propusieron una intervención derivada del protocolo de intervención para el Trastorno Límite de la Personalidad Desarrollado por Linehan.

En ella encontraron que 82% de los pacientes pudieron detener su conducta de atracón al final del tratamiento, además de que mostraron resultados favorables en la regulación emocional. En un estudio en donde se comparó la TDC con Terapia Grupal de Comparación, se encontró que lo TDC tiene resultados más favorables (Safer, Robinson y Jo, 2010). En un estudio se comparó una guía de autoayuda con

una fundamentación de la TDC contra una lista de espera, se observó una mayor tasa de abstinencia (de 40.0 % en el grupo De TDC vs 3% Lista de espera) (Masson, Ranson, Wallace & Safer, 2013). Una revisión sistemática enfatiza mediante una búsqueda de la literatura, la necesidad de implementar protocolos basados en modelos de Mindfulness o atención plena, que se incluyen normalmente en la TDC (Godsey, 2013). Por ejemplo Katterman y colaboradores (2014) Identificaron que aquellas intervenciones identificadas con un fundamento de Mindfulness tuvieron efectos favorables a largo plazo en la reducción de la conducta de atracón e inclusive superior a la TCC, los resultados en el control de peso no son completamente efectivos. Un meta-análisis (Gosfrey, Gallo & Afari 2015) refiere que los tratamientos basados en Mindfulness reducen considerablemente la conducta de atracón a mediano y largo plazo con tamaños del efecto promedio de -0.70 (IC= -1.16, -0.24).

#### *Habilidades adquiridas.*

Las habilidades adquiridas en el servicio de obesidad fueron: mejorar la comunicación con profesionales de otras áreas de especialidad, generando retroalimentación con respecto a sus habilidades clínicas, además de promover los beneficios de la atención psicológica en población con problemas de alimentación, otro beneficio de haber pasado en este tipo de servicio fue adquirir la noción del tratamiento nutricional como base para el control del peso, es decir, identificar a mayor detalle el contexto en el que se desenvuelve el paciente con obesidad mórbida y los retos de modificar sus hábitos. Además de ello se conoció el modelo

de intervención para la atención de un gran número de pacientes, fortaleciendo la visión necesaria del modelo multidisciplinar, y la eficiencia de colaborar en conjunto. En conclusión, los beneficios de esta rotación se basaron en ser parte de la solución en concordancia con otros especialistas.

### **Biología de la reproducción.**

La rotación a la clínica de biología de la reproducción fue llevada a cabo a partir del 1 al 30 de Septiembre del 2015, bajo la supervisión de la Dra. María del Carmen Cravioto Galindo. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio. El papel del estudiante en medicina conductual consistió en observar la consulta de seguimiento en mujeres con Virus de Papiloma Humano, con el objetivo de hacer una retroalimentación de aquellas pacientes que no se adhieren al tratamiento o a la revisión oportuna para poder evitar un riesgo de contraer cáncer cervicouterino. Las estrategias utilizadas fueron, psicoeducación, entrevista motivacional, asertividad, reestructuración cognitiva y estrategias dialécticas de validación.

### *Revisión bibliográfica.*

La infección por virus de papiloma humano (VPH) es un virus de ADN pequeño que se transmite por contacto sexual y es el factor de riesgo más común para desarrollar cáncer cervicouterino (Meza et al., 2011). En la mujer es el segundo cáncer más

frecuente después del de mama. Hay 500,000 nuevos casos cada año y mueren 234,000, de los cuales el 80% fallecen en países en vías de desarrollo (Muñoz et al., 1992).

En México, hasta el año 2006 había 24,780 casos de infección por VPH con una tasa de 23.2 por 100 mil habitantes. Aunque la mayoría de los tipos de virus resultan ser asintomáticos algunos se asocian con verrugas genitales; y algunos se relacionan con la displasia cervical, principal precursor del cáncer cervical (Godoy, Zonana & Anzaldo).

Esto implica que aquellas mujeres que portan el VPH comienzan a presentar síntomas psicológicos, por ejemplo, Silva y Giménez (2005) hay un gran porcentaje de mujeres que presentan síntomas de preocupación por la curación, además de presentar dificultades de pareja por la decepción de haber sido infectadas de una enfermedad incurable por una persona en quien confiaban. Además se afecta su esfera sexual y una ansiedad marcada de contraer cáncer cervical (McCaffery et al., 2004). Otro estudio verificó que aquella mujeres positivas en VPH pasan por consecuencias sociales y psicológicas adversas, describiendo sentimientos de que serán estigmatizadas, ansiedad y estrés, preocupación por sus relaciones sexuales y falta de comunicación de su condición a personas íntimas. La carga psicológica de la infección se relaciona con el estatus e historia de sus normas sociales y culturales en torno al sexo (McCaffery, Waller, Nazroo & Wardle J., 2006; Candince et al., 2011).

Con respecto a modelos de intervención en mujeres con VPH son deficientes los estudios enfocados a modelos de intervención que trabajen con este tipo de población. Se elaboró un estudio (Jensen et al., 2013) que examina los efectos de una intervención a manera de psicoeducación del manejo del estrés desde un enfoque cognitivo-conductual en mujeres con VPH con comorbilidad de VIH, encontrando resultados favorables en el bienestar psicológico positivo, pero no en la regulación emocional, esto quizá debido a la duración de la intervención (1 día). La deficiencia de estudios en este tipo de población quizá se deba a que hay mayor atención a aquellas pacientes en las que se ha desarrollado cáncer cervicouterino. Los modelos de prevención en México son escasos, y la motivación de las mujeres para prever alguna complicación mayor viene acompañada del temor ante un diagnóstico desfavorable.

#### *Habilidades adquiridas.*

Las habilidades adquiridas en esta rotación fueron: Conocer el fenómeno biopsicosocial por el que la paciente que cursa por una infección de Virus de Papila Humano, debido a que este servicio se caracterizó por la ausencia de algún especialista de salud mental de base, el residente en medicina conductual mantuvo una actitud de exploración, encontrando la necesidad de poder poner atención en varios puntos y hacer las recomendaciones a los especialistas en ginecología y biología de la reproducción. 1) Adherencia terapéutica: se observó que en la mayoría de las pacientes el tratamiento para el papiloma humano disminuía

mientras había mejora, es decir, había mejor adherencia mientras había una atención de prevención terciaria, y menos adherencia en prevención secundaria y sobre todo primaria. Como propuesta se recomendó la elaboración de folletos explicativos de la necesidad de adherirse y asistir a cada una de las citas de seguimiento, además de utilizar el modelo de etapas de motivación al cambio. Y si fuera posible un taller introductorio. 2) Dificultad para la comunicación del diagnóstico. En aquellas pacientes que no sabían que eran portadoras del VPH, se recomendó que en el futuro pudiera plantearse un taller para dar “malas noticias”, esto como forma de entrenamiento para los especialistas encargados de esta población, ya que se observó que en su mayoría las pacientes que no tenían suficiente información sobre la concepción del VPH, presentaban rasgos de ansiedad y preocupación sobre el estigma y mala comunicación con sus parejas. 3) Incrementar el uso de la interconsulta al servicio de psicología, ya que la mayoría de los residentes que cursan en el servicio de biología de la reproducción ignoraba que en el INCMNSZ se imparte psicoterapia.

### **Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes (CaiPadi).**

La rotación al (Centro de atención integral para el paciente con diabetes) CaiPadi fue llevada a cabo a partir del 3 al 31 de Octubre del 2015, bajo la supervisión de la Lic. Denise Arcila Martínez. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio. La rotación consistió en fungir meramente como observador, debido a que es un protocolo sumamente cuidado en variables que pueden influir en los resultados del

paciente, una de ellas es la pericia del terapeuta por lo que es más conveniente que no existan cambios con respecto a al protocolo que se lleva en este centro. La visión no es de psicoterapia, sin embargo si es psicoeducativa, y así se promueve explorar la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente. La última semana el residente de medicina conductual pudo fungir como aplicador de la entrevista estructurada de seguimiento con respecto a la exploración de: su adaptación al tratamiento para la diabetes, su estado emocional, apoyo social, etapa de motivación etc. Esto siempre con el formato establecido propio del programa.

De acuerdo a la página del INCMNSZ “el Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes tiene como misión mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes por medio de una intervención estructurada que busca el empoderamiento del individuo para modificar sus conductas y creencias de su padecimiento por periodos prolongados, utilizando los estándares internacionales de tratamiento que han mostrado mayor beneficio”. El manejo del paciente con diabetes en este centro consta de 4 visitas mensuales en 9 servicios que valoran, diagnostican, e intervienen de acuerdo a las características del paciente. Después de las 4 visitas se hace una nueva visita al año y dos años.

Su objetivo evaluar de manera integral al paciente con diabetes, proporcionando herramientas desde diversos servicios.

- *Endocrinología*: Se encargan de la evaluación física, estableciendo metas control y en caso de ser necesario se da un tratamiento médico.

- *Educación para la diabetes.* Se brinda información necesaria para evitar complicaciones que puede ocurrir por el mal cuidado de la Diabetes.
- *Nutriología.* El objetivo es modificar los hábitos alimenticios y que haya un mejor toma de decisión con respecto a la alimentación en su vida diaria.
- *Odontología.* Previenen, diagnostican y tratan las diversas alteraciones bucales frecuentes en personas con diabetes.
- *Psiquiatría de enlace.* Observar, diagnóstica tratar y monitorear comorbilidades de padecimientos mentales en el paciente con diabetes.
- *Actividad física.* Se elabora y proporciona un plan de actividad física de acuerdo a las necesidades físicas del paciente.
- *Oftalmología.* Se encarga de diagnosticar prevenir y educar sobre las complicaciones oculares debido a la diabetes.
- *Cuidado de pies.* Detectar el riesgo de desarrollar lesiones, úlceras y pie diabético, para así prevenir las amputaciones.
- *Psicología.* se valora el estado emocional, motivacional y las barreras con las que se enfrenta el paciente con la finalidad de favorecer la adherencia al tratamiento.

### *Revisión bibliográfica.*

De acuerdo a la OMS en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, y se prevé que las muertes por diabetes se dupliquen en el 2030. La diabetes tipo 2 representa el 90% de los casos y es debido a estilos de vida insalubres, como sedentarismo y sobrepeso. De acuerdo a la encuesta nacional de

salud y nutrición (2012) la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México, 4 millones de personas fueron diagnosticadas con diabetes y la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2%. El gasto en salud pública para la diabetes es de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones. Poco más del 80% de la personas con diabetes recibió tratamiento, 25% presentó evidencia de un adecuado control metabólico, 13% requieren de insulina y la complicación más reportada es la visión disminuida hasta en un 47.6% de los pacientes, el 7% está en riesgo alto y 49.8% está en riesgo muy alto de padecer las complicaciones y existe una comorbilidad con la hipertensión de 47%. Por tanto, el problema de la diabetes sigue contando con retos que promuevan una mejora en la disminución de la prevalencia de este padecimiento.

Desde la psicología de la salud, el trabajo en pacientes con diabetes ha sido uno de los más nutritivos, mostrando resultados favorables en el cambio y manteamiento de conductas enfocadas en un estilo de vida saludable, además de promover el la motivación y adherencia al tratamiento y cuidados que requiere la condición de diabetes (Taylor, 2007). Además la prevalencia de estados afectados afectivos negativos son muy frecuentes, promoviendo una mala adaptación a la enfermedad. Una revisión sistemática en el año 2000 (Lustman, Anderson, Freedland, de Groot , Carney & Clouse, 2000) identificó que la depresión es común entre los pacientes con diabetes, observaron en un total de 24 estudios que la depresión se asoció significativamente con la hiperglucemia ( $Z = 5,4$ ,  $P < 0,0001$ ). En otra revisión (de Groot , Anderson , Freedland , Clouse & Lustman, 2001) se menciona que en un total de 5374 pacientes (27 estudios) se encontró una asociación significativa entre

la depresión y las complicaciones de la diabetes ( $p < 0,00001$ ,  $z = 5,94$ ) como la retinopatía diabética, nefropatía, neuropatía, complicaciones macrovasculares y disfunción sexual. En otra revisión meta-analítica (Anderson, Grigsby, Freedland, de Groot, McGill, Clouse & Lustman, 2002) se estudió la relación de la ansiedad con las hiperglucemias, encontraron 12 estudios que determinaron que hay una significancia en el tamaño del efecto (ES: 0,25, IC del 95% = 0,10 a 0,38), concluyendo que los trastornos de ansiedad están estrechamente relacionados a la diabetes. Otro estudio (Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2002) menciona que los síntomas de ansiedad elevados se encontraron en el 27%-40% de 2584 pacientes con diabetes. La prevalencia fue significativamente mayor en mujeres que en hombres (55,3% vs. 32,9%,  $p < 0,0001$ ) y similar en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 (41,3% vs 42,2%,  $P = 0,80$ ). En Población mexicana se elaboró un estudio en el que se evaluó la prevalencia de la ansiedad y la depresión en individuos con diabetes de tipo 2. Se incluyeron 702 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2. El 48.48% presentaron ansiedad y el 49.78% depresión (Martínez et al., 2014).

Para el tratamiento psicológico de personas con diabetes, existen algunos estudios que verifican la eficacia de la intervención cognitivo conductual, por ejemplo, en una revisión sistemática, que las intervenciones conductuales tienen efectos moderados para el control de la hemoglobina glucosilada en comparación con intervenciones no conductuales (Ontario Health Technology, 2009). Inouye , Li , Davis y Arakaki (2015) compararon la terapia cognitivo-conductual con la educación sobre la

diabetes, encontrando que la primera tuvo efectos bastantes favorables sobre la segunda. Un trabajo en México (Riveros, Cortazar, Alcazar & Sánchez, 2005). Examinó los efectos de una intervención cognitivo-conductual en 51 pacientes con hipertensión, diabetes, o ambas. Las metas terapéuticas fueron sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Hubo resultados favorables en el manejo de la glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. Otro estudio verificó la eficacia de la terapia cognitivo conductual con entrevista motivacional como coadyuvante para la reducción de la hemoglobina glucocilada (García & Sánchez, 2013).

#### *Habilidades adquiridas*

Las habilidades adquiridas en el servicio de CaiPadi fueron. Noción de la intervención de otros servicios con respecto a la intervención integral de otras áreas de especialidad y su relación con el fenómeno psicológico, tomando en cuenta que el manejo de la diabetes es meramente de hábitos saludables, lo que se traduce en terminología psicológica como bagaje de conductas, a pesar de que no hubo oportunidad de aportar algo nuevo en este servicio (debido a su característica de ser meramente observador), esta visión fue importante para el tratamiento de aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes que llegaban directo al servicio de psicología con un diagnóstico de problemas de salud mental (es decir pacientes que no pertenecían al protocolo). Además la comunicación directa con psiquiatría,

funcionó para tener una concepción de cómo es que el factor de problemas de personalidad influye en la visión que tienen los otros especialistas (no expertos en salud mental) sobre el paciente, y los efectos negativos que puede tener la visión de un “paciente difícil” en comparación con la visión de una relación “médico-paciente difícil”.

### **Trastornos del Dormir.**

La rotación al servicio de trastornos del dormir fue llevada a cabo a partir del 3 de noviembre al 23 de Diciembre del 2015, bajo la supervisión de la Dra. Matilde Valencia Flores. Cumpliendo un total de 84 horas de servicio. Las actividades por parte del estudiante en medicina conductual consistieron en observar y ser partícipe de la consulta para pacientes con Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS). Utilizando estrategias en aquellos pacientes que presentan dificultades para la utilización del CPAP, debido a que es bastante incómodo, a sus creencias de la salud, o crisis de angustia promovida por la presión de aire positiva. Las técnicas ocupadas fueron; técnicas de relajación, desensibilización sistemática, y reestructuración cognitiva. La imaginería guiada fue fundamental para que el paciente pudiera adaptarse a la utilización del CPAP, además se utilizaron fundamentos de la entrevista motivacional para la exploración del motivo por el cual no usan el aparato y así evitar que llegasen a sentirse juzgados.

### *Revisión bibliográfica.*

El Saos es un trastorno que se caracteriza por la derivación de la oclusión intermitente y repetitiva de la vía aérea superior durante el sueño. Esta oclusión se debe al colapso inspiratorio de las paredes de la faringe, lo que determina el cese completo (apnea) o parcial (hipoapnea) del flujo aéreo. El tratamiento para este tipo de problema considera, cuidado de hábitos como la higiene del sueño, reducir peso en caso de obesidad, o mejorar la postura en la que se duerme. Como tratamiento farmacológico suele utilizarse medroxiprogesterona, la almitrina, la protriptilina y la teofilina, sin embargo muestran resultados pobres, en algunas ocasiones existen los procedimientos quirúrgicos, sin embargo el tratamiento de oro es la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)(Álvarez, Calle, Fernández, Martínez & Rodríguez, 1999). Consiste en la aplicación a través de una mascarilla nasal, de una presión positiva continua en la vía aérea, esto mientras el sujeto se encuentra en la fase de sueño, impidiendo así el colapso inspiratorio actuando como una férula neumática en la vía aérea. La presión necesaria en cada individuo se fundamenta con base a un estudio de polisomnografía. El CPAP es eficaz para reducir los síntomas de somnolencia y mejorar las medidas de calidad de vida en personas con apnea obstructiva moderada y grave del sueño (Giles, 2006).

El SAOS es un trastorno frecuente en la población mundial, sobre todo en pacientes que sufren obesidad, suele afectar a personas que lo padecen provocando altos porcentajes de ausentismo laboral y accidentes. Existe una prevalencia del 3% a nivel mundial, 2% en mujeres y 4% en hombres. En México la prevalencia de SAOS es de 2.2% en mujeres y 4.4% en hombres. Estos incrementan en cuanto el Índice

de Masa Corporal aumenta, llegando a ser casi del 10% en sujetos con IMC mayor a 40 kg/m (Carrillo, Arredondo, Reyes, Castorena, Vázquez & Torres, 2010).

En 2005 se evaluó a 168 pacientes con un diagnóstico de SAOS, encontraron que la ansiedad puede ser una variable predictora del no cumplimiento del tratamiento del CPAP, mientras que la depresión se asoció con el síntoma de la somnolencia diurna (Kjelsberg, Ruud & Stavem). Un estudio evaluó la morbilidad psicológica en 111 pacientes con SAOS, encontrando que la calidad del sueño suele verse afectada en comorbilidad con datos de depresión y ansiedad, además en las mujeres fue más frecuente un desajuste emocional en comparación con los hombres (Sampaio, Pereira & Winck, 2012), datos similares encontraron Asghari y colaboradores (2012) realizaron un estudio transversal de 685 pacientes diagnosticados recientemente con SAOS, encontrando que es más alta la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres que hombres que comparten el diagnóstico de SAOS. Otro estudio (Bratis et al., 2014) identificó en una muestra de 35 pacientes que hubo una alta prevalencia de síntomas de ansiedad (41,4%), depresión (55,2%) alexitimia (41,4%) concluyendo en este punto que la coexistencia de ésta última puede complicar aún más las manifestaciones clínicas de SAOS debido el paciente los pacientes suele tener dificultad para identificar y describir su sintomatología psicológica subyacente y, además, tienden a presentar síntomas físicos más a menudo atípicos. En otro estudio elaborado en 2014 (Rezaeitalab, Moharrari, Saberi, Asadpour & Rezaeetalab) encontraron que en una muestra de 178 pacientes, la frecuencia de los síntomas de ansiedad es de 53,9%, mientras que el 46,1% presentaba síntomas depresivos, la gravedad de la SAOS,

está asociada con la frecuencia de ansiedad, calambres y somnolencia. Otros Autores encontraron que los síntomas de ansiedad y depresión son más graves en comorbilidad con reflujo larigofaríngeo (Altıntaş, Soyly, Yegin, Çelik, & Kaya, 2016).

En cuestión al tratamiento psicológico, se enfoca en la comorbilidad de los padecimientos que acompañan al saos, por ejemplo en 2004 (Kajaste, Brander, Telakivi, Partinen & Mustajoki) se llevó a cabo una Intervención cognitivo conductual para la reducción de peso en 31 pacientes que comparten SAOS y obesidad, encontrando que la pérdida media de peso a los 6 meses fue de 19,1 +/- 10,2 kg (14% del peso original), 18,3 +/- 13,2 (13%) a los 12 meses y 12,6 +/- 14,7 kg (9%) A los 24 meses. En el 61% de los casos hubo una reducción del número medio de eventos de desaturación de oxígeno con respecto al valor basal de al menos el 50%, encontrando que las correlaciones entre los cambios en el peso y en desaturación fueron de 0,59 (P <0,01) a los 6 meses, 0,68 (P <0,01) y 0,75 (P <0,01) a los 24 meses.

Aunque el CPAP ha mostrado efectos muy favorables para el tratamiento del SAOS, muchos pacientes no suelen utilizarlo debido a la molestia que involucra conciliar el sueño con una mascarilla incomoda o la presión del aire directa sobre la respiración, por tanto Smith, Nadig y Lasserson (2009) hicieron una revisión sistemática buscando las intervenciones educativas, de apoyo y/o conductuales que pueden ayudar a las personas con apnea obstructiva del sueño a reconocer la necesidad de un uso regular y continuo de la presión positiva continua en las vías respiratorias. Un total de 17 estudios (1070 pacientes) fueron incluidos en el análisis, encontrando que la intervención psicoeducativa (1 o 2 sesiones) de corta duración no tuvo más

éxito en la mejora CPAP, sin embargo la terapia cognitivo conductual condujo a una mejora significativa en el uso promedio de la máquina en dos estudios (IC del 95%: 1,93 a 3,92) impactando en la motivación inicial del uso del CPAP, la percepción permanente del beneficio y los beneficios de salud a largo plazo. Posteriormente en otra revisión hecha por Wozniak, Lasserson y Smith (2014) incluyeron un total de 30 estudios (2047 pacientes) en los que se clasificaron 3 tipos de intervención: intervenciones de apoyo durante el seguimiento (explicación continua del CPAP y Revisión constante de su uso), intervenciones psicoeducativas (explicación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas en relación al uso del CPAP y síntomas de estrés) y terapia cognitivo conductual (inicio de un proceso psicoterapéutico). Los tres tipos de intervenciones llevaron a un aumento en el uso de la máquina en los participantes sin CPAP con SAOS moderado a grave. En comparación con la atención habitual, las intervenciones de apoyo aumentaron el uso del CPAP en aproximadamente 50 minutos por noche (0,82 horas, intervalo de confianza del 95% (IC) 0,36 a 1,27, N = 803, 13 estudios, pruebas de baja calidad), aumentó el número de participantes que utilizaron sus máquinas por más de cuatro horas por noche de 59% a 75% (OR) 2,06, IC 95% 1,22 a 3,47, N = 268, cuatro estudios). Las intervenciones psicoeducativas aumentaron el uso del CPAP en aproximadamente 35 minutos por noche (0,60 horas, IC del 95%: 0,27 a 0,93, N = 508, siete estudios), aumentó el número de participantes que usaron sus máquinas por más de cuatro horas por noche de 57% a 70% (OR 1,80, IC 95%: 1,09 a 2,95, N = 285, tres estudios,) La terapia cognitivo conductual condujo a una mejora sustancial en la media del uso del CPAP 1,44 horas por noche (IC del 95%: 0,43 a 2,45, N = 584, seis estudios) y aumentó el número de participantes que utilizaron

sus máquinas por más de cuatro horas por noche de 28% a 47% (OR 2,23, IC 95% 1,45 a 3,45, N = 358, tres estudios), pero con altos niveles de heterogeneidad estadística.

#### *Habilidades adquiridas.*

Las habilidades adquiridas en este servicio consistieron en la familiarización de los conceptos propios de la medicina del dormir, la concepción de la medición por polisomnografía como principal herramienta para la intervención de los problemas de sueño, y además de ello la relación que tienen estos problemas sobre los síntomas de ansiedad y depresión, ya que son un continuo que se relacionan en alta frecuencia. A pesar de que el CPAP es un tratamiento que mejora la calidad de vida de quien presenta un deterioro en sus descanso nocturno debido a la panea del sueño, existe una resistencia al uso de este, en su mayoría debido a la incomodidad del tratamiento. Como habilidad adicional a los otros servicios, dentro de la propia entrevista de base para la exploración síntomas emocionales, es menester mencionar que este servicio abrió un panorama de la importancia que tiene explorar la higiene del sueño y su calidad, ya que la influencia en el estado de ánimo es muy importante.

## **Actividades Profesionales no programadas y eventos académicos.**

Las actividades extraoficiales realizadas en el INCMNSZ se pueden ver en el anexo

8. Se puede observar que el Residente de Medicina Conductual fungió como docente en dos clases de asignatura de la licenciatura de Psicología, 4 cursos intersemestrales, una ponencia en un congreso y una ponencia en un curso.

Competencias profesionales generales de la residencia.

- *Aplicación e interpretación de pruebas psicométricas.* Se utilizaron los siguientes instrumentos; Inventario de Depresión de Beck(BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), en alguna rotaciones se utilizó el SCID-2 para la exploración de los trastornos de personalidad, el WAIS-3 y la aplicación del Neuropsi atención y memoria, y el test Tavec.
- *Conocimientos de farmacología y diagnóstico nosológico.* Con respecto a las rotaciones de psiquiatría, el estudiante en medicina conductual compartió con los residentes de psiquiatría de enlace acceso a la información tanto en ponencias como en documentos científicos y de la literatura, relacionados a temas de farmacología y diagnóstico de trastornos mentales.
- *Evaluación diagnóstica y formulación de caso.* De acuerdo a las necesidades del paciente, aunado a la evaluación psicométrica el alumno de Medicina Conductual pudo poner en práctica la entrevista sustentada en un modelo cognitivo conductual, donde es necesaria la exploración contextual del

paciente y así poder elaborar un análisis funcional para obtener y ofrecer la formulación del caso.

- *Búsqueda de literatura basada en la evidencia y propuesta de intervención.* Posterior a la evaluación y la formulación del tratamiento, el alumno tuvo la necesidad de buscar en la literatura de investigación cuál es la intervención con mayor evidencia para el tratamiento de la problemática del paciente. Además de ello el alumno adquirió la habilidad de adaptar cada uno de los protocolos establecidos desde el modelo cognitivo conductual a problemáticas particulares de pacientes de consulta externa y hospitalización en población mexicana.
- *Comunicación multidisciplinaria.* Como resultado de la comunicación con profesionales de diversas especialidades de la salud, entre los que se encontraron; psiquiatría, enfermería, medicina interna, geriatría, neuropsicología, algología, endocrinología, entre otras, hubo la necesidad de encontrar un espacio de acuerdo multidisciplinario en el que el alumno en medicina conductual ocupó estrategias de asertividad para así poder aportar y obtener información en todos los casos en cuestión.
- *Elaboración de notas clínicas.* La necesidad de documentar lo que sucede en cada sesión con los pacientes, motiva a que se elabore un expediente que corresponde al servicio de psicología, en ellas se plasman los avances de cada sesión y además de ello los objetivos siguientes. Otra segunda nota clínica es elaborada en el expediente general de cada paciente, en ella se utiliza el formato SOAP y se organiza y redacta con un lenguaje entendible

para quienes no están familiarizados con los tecnicismos de los profesionales de la salud mental.

- *Docencia a otras áreas de especialidad y alumnos de licenciatura.* Con motivos de docencia el alumno en medicina conductual tuvo la oportunidad de mostrar a alumnos de licenciatura los conocimientos adquiridos en el posgrado tanto en clases de asignatura como en cursos intersemestrales, además de ello presentarse ante un congreso y un curso. Dentro del hospital se enseñó el modelo cognitivo conductual a la mayoría de los especialistas que se encontraban en cada una de la rotaciones.

#### Conclusiones y sugerencias.

La sede en el INNCMNSZ permitió que tuviera un aprendizaje en distintos rubros, tanto en la aplicación de los conceptos teóricos, la comunicación con otros especialistas, ser usuario de la investigación internacional y nacional, y sobre todo, aportar de manera profesional una parte al bienestar de salud de los pacientes. A pesar de que la visión multidisciplinar está bien fundamentada para la aproximación de la salud, no es algo que pueda aprenderse en un salón de clase o de manera teórica, la puesta en práctica que permite este tipo de oportunidades incluye retos en la manera de desenvolverse como especialista. Al momento de ser parte del equipo de atención, no solo se da un trato de estudiante, si no de profesional que puede aportar desde su especialidad soluciones para la problemática que surge en un ambiente hospitalario.

Es importante mencionar que la manera en que está organizada la sede, permitió que hubiera un aprendizaje no solamente enfocado en una problemática, sino que se abarcaron una gama de problemas de salud que incluyen por si solas variables psicológicas diferentes en cada una de ellas, por ejemplo, los síntomas psicológicos que presenta un paciente de VIH (estigma, aislamiento,) son diferentes a una situación paliativa (conspiración del silencio, Actitud hacia la muerte, angustia ), o a una situación de obesidad (atracones, impulsividad, disregulación emocional). Es decir la sede permite que se conozcan las diversas problemáticas y sus variantes en el tratamiento psicológico. Además de ello el aprendizaje introductorio de farmacología, anatomía y diversos temas en cada una las rotaciones, permitieron que se ampliara la noción en la que se intervendrá en cada padecimiento, e inclusive se tuvo la oportunidad para empatizar con el médico tratante ante la situación de una decisión médica, y con el paciente (la implicación de un tratamiento que conlleva a efectos secundarios o un cambio en sus estilos de vida).

Como sugerencia se podrían en listar los siguientes puntos.

- Que haya una mayor comunicación entre el plan de trabajo de la UNAM con las sedes, ya que el plan curricular que plantea la residencia carece de contenido clínico hospitalario. Además de ello, fortalecer los aspectos de evaluación y tratamiento psicológico.
- Que en el aspecto metodológico exista una aproximación más acorde a la lógica epidemiológica que se acostumbra en las ciencias médicas, ya que la metodología de las ciencias sociales que va acorde a lo que se enseña en psicología difiere de algunos fundamentos que fortalezcan los requerimientos

que piden en comités de bioética para permitir la implementación de protocolos de intervención psicológica.

- Con respecto a la sede sería de bastante ayuda que se considerara un tiempo específico para el trabajo del protocolo de investigación, ya que al ser actividades diferentes en cada rotación, es difícil enfocarse en un tema y poder llevar una línea por sí sola. Serviría quizá acomodar al estudiante de medicina conductual las rotaciones que van de acuerdo a sus ideas iniciales para el inicio de un protocolo. Además que haya una mayor difusión a este tipo de sede, ya que en la promoción no refleja en su totalidad el provecho de que exista una sede de este tipo.

## Referencias.

- Altıntaş A., Soylu A., Yegin Y., Çelik M. & Kaya K. H. (2016). Impact of Laryngopharyngeal Reflux on the Levels of Depression and Anxiety in Patients With Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Journal of Craniofacial Surgery*, revisado en: [http://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/publishahead/Impact\\_of\\_Laryngopharyngeal\\_Reflux\\_on\\_the\\_Levels.96858.aspx](http://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/Abstract/publishahead/Impact_of_Laryngopharyngeal_Reflux_on_the_Levels.96858.aspx).
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). *Washington, DC*.
- Amianto F., Ottone L., Abbate D. G. y Fassino S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 3, 15-70. doi: 10.1186/s12888-015-0445-6.
- Amutio K. A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. Biblioteca de psicología. España.
- Anderson R.J., Grigsby A.B., Freedland K.E., De Groot M., McGill J.B., Clouse R.E. & Lustman P.J. (2002). Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(3), 235-247.
- Arnold L. M., Crofford L. J., Martin S.A., Young J.P., & Sharma U. (2007). The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia. *Pain Medicine*, 8(8), 633-638.

Arnold L.M., Leon T., Whalen E. & Barrett J. (2010). Relationships among pain and depressive and anxiety symptoms in clinical trials of pregabalin in fibromyalgia. *Psychosomatics*, 51(6), 489-497. doi: 10.1176/appi.psy.51.6.489.

Asmundson G.J. & Katz J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26(10), 888-901. doi: 10.1002/da.20600.

Bados, A.(2001). *Fobia social*. Madrid. Síntesis.

Bados L. A. & García G. E. (2011). *Técnicas de exposición*. Disponible en:  
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>.

Baile J. I. & González M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario*, 34 (2), 253-261.

Barlow, D. (2003). The nature and development of anxiety and its disorders: Triple vulnerability theory. *Eye on Psi Chi*, 7(2), 14-20.

Barquera S., Campos N I., Hernández B. L., Flores M., Durazo A., Kanter R. & Rivera J. A. (2009). Obesity and central adiposity in Mexican adults: results from the Mexican National Health and Nutrition Survey. *Salud pública de México*, 51, 595-603.

Barquera S., Campos N. I., Rojas R. & Rivera J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407.

- Bazako E: en Remor E., Arranz P. & Ulla S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España. Descleé De Brouwer Biblioteca de Psicología.
- Beck A. T. & Emery G. (1979) *Cognitive therapy of Anxiety and phobic Disorders*. Philadelphia. Center for Cognitive Therapy.
- Beck A. T., Emery G. & Greenberg R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A perspective cognitive*. New York. Basic Book.
- Bhana N., Thompson L., Alchin J. & Thompson B. (2015). Patient expectations for chronic pain management. *Journal Primary Health Care*, 7(2),130-136.
- Bison J., Roberts N. P., Andrew M., Cooper R. & Lewis C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). *The Cochrane Library*, 12. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Bratis D., Tselebis A., Zafeiropoulos G., Tsaraklis A., Dumitru S., Moussas G., Kosmas E. & Koutsilieris M.(2014). Psychological burden of patients diagnosed with obstructive sleep apnea. *Psychiatriki*, 25(2), 95-103.
- Brown J. L. & Venable P. A. (2008). Cognitive- behavioral stress management interventions for persons living with HIV: a review and critique of literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 35 (1), 26-40. doi: 10.1007/s12160-007-9010-y.
- Brox J.I., Sorenson R., Friis P.T., Nyegaard O., Indahl A. & Keller A. (2003). A randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention in exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. *Spine*, 28, 1913-1921.

- Brufau R. M., Corbalán B. J., Brufau R. C., Ramírez A. A. & Limiñana G. R. M. (2010). Estilos de personalidad en pacientes con psoriasis. *Anales de psicología*, 26 (2), 335-340.
- Burton A. L., Abbott M. J., Modini M. & Touyz S. (2016). Psychometric evaluation of self-report measures of binge-eating symptoms and related psychopathology: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 49(2), 123-40. doi: 10.1002/eat.22453.
- Butt Z., Parikh N. D., Skaro A. I., Ladner D. & Cella D. (2012). Quality of life, risk assesment, and safety research in liver tranplantation: new frontiers in health services and outcomes research. *Current Opinion in Organ Tranplantation*, 17, 241-247. doi:10.1097/MOT.0b013e32835365c6.
- Caballo V. E. Fobia social en: Caballo V. E., Buela- Casal G. & Carrobles J. A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. España. Siglo veintiuno editores.
- Caraveo-Anduaga J. J., Colmenares B. E. & Saldivar H. G. J. (1999). Morbilidad Psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud mental*, 62-67 .
- Carrillo A. J. L., Arredondo B. F. M., Zúñiga R. M., Castorena M. A., Vázquez G. J. C. & Torre B. L. (2010). Síndrome de apnea obstructiva del sueño en población adulta. *Neumología y Cirugía de Torax*. 69(2) pp. 103-115.

Censida (2014) La epidemia del VIH y el SIDA. Documento revisado el 24 de octubre del 2015 en: [www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L\\_E\\_V\\_S.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf).

Chao A., Grey M., Whittemore R., Reuning S., Grilo C. & Sinha R (2016). Examining the mediating roles of binge eating and emotional eating in the relationships between stress and metabolic abnormalities. *Journal of behavioral medicine*, 39(2), 320-32. doi: 10.1007/s10865-015-9699-1.

Chen P. X., Yan L. N. & Wang W. T. (2012). Health-related quality of life of 256 after liver transplantation. *World Journal of Gastroenterology*, 18, 5114-5121. doi:10.3748/wjg.v18.i36.5114.

Chlan L. L., Weinert C. R., Heiderscheit A., Tracy M. F., Skaar D. J., Guttormson J. L. & Savik K. (2013). Effects of Patients-Directed Music Intervention on Anxiety and Sedative Exposure in Critically Ill Patients >Receiving Mechanical Ventilatory. *JAMA*, 309(22), 2335-44. doi: 10.1001/jama.2013.5670.

Choi S.T., Kang J. I., Park I. H., Lee Y.W., Song J.S., Park Y.B. & Lee S.K. (2012). Subscale analysis of quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: association with depression, fatigue, disease activity and damage. *Clinical and Experimental Rheumatology*, .30(5), 665-72.

Choi, S. K. Y., Boyle, E., Cairney, J., Collins, E. J., Gardner, S., Bacon, J., & Rourke, S. B. (2016). Prevalence, Recurrence, and Incidence of Current Depressive

Symptoms among People Living with HIV in Ontario, Canada: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PLoS ONE*, 11(11), e0165816. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0165816>.

Cía H. A. (2007). *La Ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico Terapéutico*. Buenos Aires. Editorial Polemos.

Clark D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En Ray C. W. & Alden L. E. (Eds.) *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. Wiley. England.

Corruble E., Barry C., Varescon I., Durrbach A., Samuel D., Lang P., Castaing D., Charpenter B. & Falissard B. (2011). Report of depressive symptoms on waiting list and mortality after liver and kidney transplantation: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. Revisado el 13 de Diciembre del 2015 en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-182>.

Cox B. J., Ross L., Swinson, R. P., & Dorenfeld D. M (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285-297.

Crepaz N., Lyles C. M., Wolitski R. J., Passin W. F., Rama S. M., Herbst J. H., Purcell D. W., Malow R. M. & Satll R. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*, 20 (2), 143-157.

Crepaz N., Passin W.F., Herbst J. H., Rama S. M., Malow R. M., Purcell D.W. & Wolitski R.J. (2008). Meta-analysis of cognitive-behavioral interventions on

HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health Psychology, 27*(1), 4-14. doi: 10.1037/0278-6133.27.1.4.

Cruess D. G., Antoni M. H., Kumar M., Ironson G., McCabe P., Fernandez J. B., Fletcher M. & Schneiderman N. (1999). Cognitive-behavioral stress management buffers decreases in dehydroepiandrosteron sulfate (DHEA-S) and increases in the cortisol/DHEA-S ratio and reduces mood disturbance and perceived stress among HIV seropositive men. *Psychoneuroendocrinology, 24* (5), 537-549.

Cuadro E. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*. pp. 97-107.

Davydow D. S., Gifford J. M., Desai S V., Needham D. M., & Bienvenu J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry, 30*, 421-434. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.05.006.

De Groot M., Anderson R., Freedland K.E., Clouse R.E. & Lustman P.J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 63*(4), 619-630.

Del Pino S. T., Trujillo M.M., Ruiz I.G., Cuellar P. L., Pascual M. A. M. & Serrano A. P. (2016). Effectiveness of Nonpharmacologic Interventions for Decreasing Fatigue in Adults. *Arthritis Care & Research, 68*(1), 141-148. doi: 10.1002/acr.22675.

Dirección General de Epidemiología (2012). Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA. Documento revisado el 23 de octubre del 2015 en: [www.epidemiología.salud.gob.mx/30\\_2012\\_manual:VIH-SIDA\\_vFINAL\\_1nov12.p](http://www.epidemiología.salud.gob.mx/30_2012_manual:VIH-SIDA_vFINAL_1nov12.p)

Diggins A., Cheryl W. G. & Waters S. (2015). The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged Black women. *Eating Behaviors*, 19, 188–192. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.09.006.

Egerod I., Christensen D., Schwarz-Nielsen K. H. & Agard A. S. (2011). Constructing the illness narrative: A grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. *Critical Care Medicine*, 39, 1922–1928. doi: 10.1097/CCM.0b013e31821e89c8.

Enberg G. M., Kahn C. M., Goity F C., Villalón S. M. V., Zamorano J R. & Figueroa E. F.(2009) Infecciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Médica de Chile* 137, 1367-1374.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Revisado el 7 de septiembre del 2016 en: <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico>.

EvaVall B. A. & Tracey D. (2015). Predictors of Treatment Outcome in Individuals with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946–971. doi: 10.1002/eat.22411.

- Fogelholm M., Kukkonen H. K. & Oja P. (1999). Eating control and physical activity as determinants of short-term weight maintenance after a very-low-calorie diet among obese women. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 23 (2), 203-208.
- García H. M. J., Ruiz D. S. & Caballero A. R. (2000) Psychodermatology: from emotion to lesion (III): Skin diseases with high psychiatric comorbidity. *Annales of psiquiatry*, 16(10), 393-400.
- García F. R. & Juan José Sánchez S. J. J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193.
- Gardner, A. J., & Griffiths, J. (2014). Propranolol, post-traumatic stress disorder, and intensive care: incorporating new advances in psychiatry into the ICU. *Critical Care*, 18(6), 698. <http://doi.org/10.1186/s13054-014-0698-3>
- Garg A., Chren M.M., Sands L.P., Matsui M.S., Marenus K.D., Feingold K.R & Elias P.M. (2001). Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Archives of Dermatology*, 137(1), 53-59.
- Gempeler R. J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognitivo comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(2), 242-250.

- Gianini L. M., Marney A, W. & Masheb R., M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14, 209-213. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008.
- Giles T.L., Lasserson T.J., Smith B.H., White J., Wright J. & Cates C.J. (2006). Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnea in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 19(3), Dio 001106.
- Greco C.M., Rudy T.E. & Manzi S.(2004). Effects of a Stress-Reduction Program on Psychological Function, Pain, and Physical Function of Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Rheumatology.*, 51(4), 625-634.
- Grigsby A.B., Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. & Lustman P.J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1053-1060.
- Griffiths J., Gillian F., Berber V. & Duncan (2007). The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med*, 33,1506-1518.
- Godsey J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 420-439. doi: 10.1016/j.ctim.2013.06.003.
- Grilo C. M., Masheb R. M. & Wilson T. (2005). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Fluoxetine for the Treatment of Binge Eating Disorder: A

Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Comparison. *Biology psychiatry*, 57, 301-309.

Grilo C. M. & Masheb R. M. (2005). A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43,1509-1525.

Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., Gueorguieva, R., & White, M. A. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy, Behavioral Weight Loss, and Sequential Treatment for Obese Patients with Binge Eating Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 675-685. doi: 10.1037/a0025049.

Godoy V. M. K., Zonana N. A. & Anzaldo C. M. C. (2013). Aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano por parte de madres a hijas entre 9 y 13 años de edad. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 81, 645-651.

Gorin S. S., Krebs P., Badr H., Janke E. A., Jim H., Spring B., Mohr D. C., Berendsen M. A. & Jacobsen P. B. (2012). Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients With Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(6) ,530-547. doi: 10.1200/JCO.2011.37.0437.

Gosfrey K. M., Gallo L.C. y Afari N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal Behavioral Medicine*, 38, 348-362. doi: 10.1007/s10865-014-9610-5.

- Haupt M., Millen S., Jänner M., Falagan D., Fischer- R. B. & Schneider M. (2005). Improvement of coping abilities in patients with systemic erythematosus: a prospective study. *Annals of the RheumatologyDisease*. (11), 1618-1623
- Hawro T., KrupińskaK. M., RabeJ. J., Sysa J. A., Robak E, Bogaczewicz J. & Woźniacka A. (2011). Psychiatric disorders in patients with systemic lupus erythematosus: association of anxiety disorder withshorter disease duration. *Rheumatology International*, 31(10), 1387-1391. doi:10.1007/s00296-010-1689-6.
- Heimberg R. G. (2002) Cognitive-Behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biology of psychiatry*, 51, 101-108
- Henderson M. & Freeman A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. The British Journal of Psychiatry, 150, 18-24.
- Hochberg M.C. (1997). Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification ofsystemic lupus erythematosus . *Arthritis and Rheumatism*, 40,1725.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 432–446. doi:10.1007/s11920-012-0277-8.
- IASP. Subcomitee on taxonomy (1979). Pain terms: a list wuth definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.

- Inouye J., Li D., Davis J., & Arakaki R. (2015). Psychosocial and Clinical Outcomes of a Cognitive Behavioral Therapy for Asians and Pacific Islanders with Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *Hawaii Journal a Medicine & Public Health*, 74(11), 360-368.
- Jensen S.E., Pereira D.B., Whitehead N., Buscher I., McCalla J., Andrasik M., Rose R. & Antoni M.H.(2013). Cognitive-behavioral stress management and psychological well-being in HIV+ racial/ethnic minority women with human papillomavirus. *Health Psychology*, 32(2), 227-230. doi: 10.1037/a0028160.
- Jonshon W. D., Díaz R. M., Flanders W. D., Goodman M., Hill A. N., Holtgrave D., Malow R. & McClellan W. M. (2008). Behavioral interventions to reduce risk for secual transmission of HIV among men who have sex with men. Cochrane database Systemyc Review 16 (3). Prevention programs. *AIDS Behavior*, 12 (3), 374-383. doi: 10.1002/14651858.CD001230.pub2.
- Johnson C. Y., Sharp L., Cotton S. C., Harris C. A., Gray N. M. & Little J. (2011). Human papillomavirus infection and anxiety: analyses in women with low-grade cervical cytological abnormalities unaware of their infection status. *PLoS One*. 6(6). Revisado el 13 de Agosto del 2015 en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=101371/journal.pone.0021046>.
- Jones C., Skirrow P., Griffiths R. D., Humphris G. H., Ingleby S., Eddleston J., Waldmann C. & Gager M. (2003). Rehabilitation after critical illness: A randomized, controlled trial. *Critical Care Medicine*, 31(10), 2456-2461.

- Jones C., Bäckman C., Capuzzo M., Egeröd I., Flaatten H., Granja C., Rylander C. & Griffiths R. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, **14**, R168. doi: 10.1186/cc9260.
- Jurado S., Villegas M. E., Méndez L., Rodríguez F., Loperna V., & Varela R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*, **21** (3), 26-31.
- Kajaste S., Brander P. E., Telakivi T., Partinen M. & Mustajoki P. (2004). A cognitive-behavioral weight reduction program in the treatment of obstructive sleep apnea syndrome with or without initial nasal CPAP: a randomized study. *Sleep Medicine*, **5**(2), 125-31.
- Karlson E.W., Liang M.H., Eaton H., Huang J., Fitzgerald L., Rogers M.P. & Daltroy L.H. (2004). A Randomized Clinical Trial of a Psychoeducational Intervention to Improve Outcomes in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheumatologic*, **50**(6), 1832-1841.
- Kampmann I., Emmelkamp P. M. G. & Morina N. (2016) Meta-analysis of technology-assisted interventions for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, **42**, 71–84.
- Kampmann I. L., Emmelkamp P. M. G., Hartanto D., Brinkman W. P., Zijlstra B. J. H. & Morina N. (2016). Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, **77**, 147-156

- Katterman S.N., Kleinman B.M., Hood M.M., Nackers L.M. & Corsica J.A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2),197-204. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005.
- Kim S.D., & Kim H.S. (2005). Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hemopoietic stem cell transplantation patients. *Cancer Nurse*, 28(1), 79-83.
- Kiosses D. N., Arean P. A., Teri L. & Alexopoulos G. S. (2010). Home-delivered Problem Adaptation Therapy (PATH) for Depressed. Cognitively Impaired, Disabled Elders: A Preliminary Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 988–998. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181d6947d.
- Kjelsberg F. N., Ruud E. A. & Stavem K.(2005). Predictors of symptoms of anxiety and depression in obstructive sleep apnea. *Sleep Medicine*, 6(4),341-346.
- Knowles R.E. & Tarrier N. (2009). Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: a randomized controlled trial. *Critical Care Medicine*, 37, 184–191. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819287f7.
- Kopt A. & Patel N. B. (2010). Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. Document revisado el 8 de septiembre del 2015 en: [http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Spanish.pdf](http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf).

- Korabel H., Dudek D., Jaworek A. & Wojas-Pelc A. (2008). Psychodermatology: Psychological and psychiatric aspects of aspects of dermatology. *Przegląd Lekarski*, 65, 244-248.
- Kotrujila L. (2010). A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Dermatovenereológica*, 90 (3), 252-256. doi: 10.2340/00015555-0838.
- Kuntz K., Weinland S. R. & Butt Z. (2015). Psychosocial Challenges in Solid Organ Transplantation. *Journal of Clinical psychology in Medical Settings*, 22 (2-3), 122-135. doi: 10.1007/s10880-015-9435-6.
- Larsson B. O., Säll L., Salamon e. & Allgulander C.(2009). HIV infection and psychiatric illness. *African Journal of Psychiatry*,12 (2),112-128.
- Leehr E. J., Krohmer K., Schag K., Dresler T., Zipfel S. & Giel K. E. (2014 ) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 49, 125-134. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008.
- Loebach W.J., Afari N., Rutledge T., Sorrell J.T., Stoddard A.J., Petkus J.A., Solomon C.B., Lehman H.D., Liu L., Lang J.A. & Hampton A.J.A. (2011). Randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098-2107. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.016.

- Lopez F. A., Iturralde, G. D. F., Clerencia S. M. & Galindo O. L. J. (2008). Dolor. Documento revisado el 25 de julio en : [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/dolor_1.pdf).
- López N. A., Ríos A., Riquelme A., Martínez A. L., Pons J. A., Ramírez P. & Parrilla P. (2010). Obsessive-compulsive psychological symptoms of patients on the liver transplant waiting list. *Transplant Proceedings*, 42 (8), 3153-3155. doi: 10.1016/j.transproceed.2010.05.060.
- López N. A., Ríos A., Riquelme A., Martínez A. L., Pons J. A., Miras M., Sanmartín A., Febrero B., Ramis G., Ramírez P. & Parrilla P. (2011). Psychological characteristics of patients on the liver transplantation waiting list with depressive symptoms. *Transplantation Proceedings*, 43 (1),158-60. doi: 10.1016/j.transproceed.2010.11.005.
- Lustman P.J., Anderson R.J., Freedland K.E., de Groot M., Carney R.M. & Clouse R.E. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.
- Macêdo E.A., Appenzeller S. & Costallat L.T. (2016). Gender differences in systemic lupus erythematosus concerning anxiety, depression and quality of life. *Lupus*, 25(12), 1315-1327. doi: 10.1177/0961203316638934.
- Martínez G. M. P., Oliva G. E., Zapata Z. M. & Sánchez R. S. H. (2012). Lupus Eritematoso Generalizado: Características Generales, Inmunopatogenia y Antígenos de Relevancia. *Archivos de Medicina*, 8(1,2)1-7.

- Martinez G. S. La intervención del psicólogo en el proceso del trasplante. En: Remor, E, m Arranz p: y Ullua, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España. Descleé de Brower, S. A.
- Martínez B. A. E., Sánchez R. S., Aguilar V., E. J., Rodríguez P. V. & Riveros R. A. (2014). Adaptación y Validación de Cuestionario MOOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 4 (2), 93-101.
- Mahdavi A. A., Haghghi A. & Malakouti S.K. (2016) Prevalence of Cognitive Disorders in Patients with Systemic Lupus Erythromatosus; a Cross-sectional Study in Rasoul-e-Akram Hospital, Tehran, Iran. *Archives if Iran Medicine Journal*, 19(4), 257-261.
- Marques F. M. L. & Marli-Teresina G. G. M. (2005). Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 73, 531-536.
- Martínez H. F., Tovilla Z. C.A, López N. L., Juárez R. I. E., Jiménez S. M. A., González G. C. P. & Pool G. S. (2014). Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. *Gaceta Médica de México*, 1, 101-106.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., & Rolls, B. J. (2011). A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: Low-energy-density dietary counseling and

cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 821–829. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.006.

Masson P. C., Ranson K. M., Wallace L. M. & Safer D. L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behavior Research and therapy*, 51,723-728. doi: 10.1016/j.brat.2013.08.001.

Mazzoni D. & Cicognani E. (2016) Positive and problematic support, stress and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Anxiety Stress Coping*, 29(5), 542-51. doi: 10.1080/10615806.2015.1134785.

MC. Updating The American College Of Rheumatology Revised criterio for the classification of systemic lupus erythematosus [letter]. *ArthritisRheum*1997;40:1725.: documento revisado el 16 de agosto en: [http://www.reumaped.es/images/site/pdf/criterios/docs/LES\\_Revisados.pdf](http://www.reumaped.es/images/site/pdf/criterios/docs/LES_Revisados.pdf).

McCaffery K., Waller J., Forrest S., Cadman L. & Szarewski A. (2004). Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. *BJOG*, 111, 1437–1443

McCaffery K., Waller J., Nazroo J. & Wardle J. (2006). Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sexually Transmitted Infection*, 82, 169–174.

- Means-Christensen A.J., Roy-Byrne P.P., Sherbourne C.D., Craske M.G. & Stein M.B. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depression and Anxiety*, 25(7), 593-600.
- Medina M. M. E., Borges. G., Lara. M. C., Benjet C., Blanco J. J., Fleiz B. C., Villatoro V. J., Rojas G. E., Zambrabo R. J., Casanova R. L., & Aguliar G. S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* , 26 (4), 1-16.
- Mejía C. J. (2014). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestra en Psicología. Terapia Cognitivo conductual para depresión en Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2B: Estudio de caso. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Meza R. M P., Mancilla R. J., Morales C. F., Sánchez B. C. Pimentel N. D. & Carreño M. J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 25(1), 17-22.
- Myhren H., Ekerberg O., Toien K., Karlsson S. & Stokland O (2014). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care*. 14,R14. doi: 10.1186/cc8870.
- Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE Lupus Eritematoso Sistémico Santiago: Minsal, 2013.Documento revisado el 18 de Agosto en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Lupus.pdf>

- Moc C. C., Chan K. L. & Ho L. Y. (2016). Association of depressive/anxiety symptoms with quality of life and work ability in patients with systemic lupus erythematosus. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 34(3),389-395.
- Monastero R., Bettini P., Del Zotto E., Cottini E., Tincani A. & Balestrieri G. (2001). Prevalence and pattern of cognitive impairment in systemic lupus erythematosus patients with and without overt neuropsychiatric manifestations. *Journal of Neurological Science*, 184 , 33–39.
- Muñoz K., Bosh F.X., De Sanjosé S., Talfur L., Izarzugaza I., Gili M. & Viladin P. (1992).The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population based case control study in Colombia and Spain. *International Journal of Cancer*, 52, 743-749.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendación. Documento visto el 24 de febrero en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- Nabors L., Ige T. J. & Fevrier B. (2015). Peer support and psychosocial Pain Management Strategies for Children with Systematic Lupus Erythematosus. *Journal of Immunology Research*, doi 10.1155/2015/238263
- Nezu M, A., Nezu C. M & Lombardo E. (2004) *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo- conductuales: un enfoque basado en problemas..* México. Manual modern.

- Nuttall A. & Isenberg D.A. (2013) Assessment of disease activity, damage and quality of life in systemic lupus erythematosus: new aspects. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, (3), 309-318. doi: 10.1016/j.berh.2013.10.003.
- Nicholls W., Devonport T. J. & Blake M. (2016). The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder, 17, 30-42. doi: 10.1111/obr.12329.
- Ochoa G. A., Chiquete E., Cantú B. C., Arauz A., Murillo B. L., Villarreal C. J, Ruiz S. J. L. (2010). Lupus eritematoso generalizado en un registro hospitalario multicéntrico de enfermedad cerebrovascular aguda en México: Estudio RENAMEVASC. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 11(6), 463-469.
- Olazarán J. R., Agüera O. L. F. & Muñiz S. R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. *Revista de Neurología*, 55 (10), 598-608.
- Olivares R. J., Caballo V. E., García L. L. J., Rosa A. A. I. & López G. C. (2003) Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil adolescente y adulta. *Psicología conductual*, 11(3), 405-427.
- Ontario Health Technology (2009). Behavioural Interventions for Type 2 Diabetes. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 9(21) pp, 1-45.
- Ortega V., Qazi., Spector A. E & Orrel M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Library*, Issue 1. doi: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.
- Padesky C. A. & Mooney K.A. (1990). International cognitive therapy newsletter:[consultado el 23 de mayo del 2015] disponible en:

[http://padesky.com/newpad/wpcontent/uploads/2012/11/v6no\\_1\\_2\\_present\\_model1.pdf](http://padesky.com/newpad/wpcontent/uploads/2012/11/v6no_1_2_present_model1.pdf) .

Panchaud C. M., Szymanski J., Marques V. P. & Giusti V. (2014). Identification of psychological dysfunctions and eating disorders in obese women seeking weight loss: cross-sectional study. *International Journal of Endocrinology*.  
Revisado en: <https://www.hindawi.com/journals/ije/2014/356289/>

Perez S. M. A., Rodríguez A. M., & Galán R. A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Interantional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 99-114.

Peris A., Bonizzoli M., Lozzelli D., Migliaccio M.L., Zagli G., Bacchereti A., Debolini M., Vannini E., Solaro M., Balzi I., Bendoni E., Bacchi I., Giovannini V. & Belloni L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, **15**, R41. doi: 10.1186/cc10003.

Pettersson S., Lövgren M., Eriksson L. E., Moberg C., Svenungsson E., Gunnarsson I. & Henriksson E. W. (2012) An exploration of patient-reported symptoms in systemic lupus erythema and the relationship to health-related quality of life. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, (5), 383-390. doi: 10.3109/03009742.2012.677857.

- Picardi A., Amerio P., Baliva G., Barbieri C., Teofoli P., Bolli S., Salvatori V., Mazzotti E., Pasquini P. & Abeni D. (2004). Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. *Acta Dermato-Venereologica*, 84(3), 213-217.
- Pietrzak D., Pietrzak A., Krasowska D., Makara S. M., Madej A., Baranowska M. & Borzęcki A. (2016). Depressiveness, measured with Beck Depression Inventory, in patients with psoriasis. *Journal of Affective Disorders*, 30,229-234. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.045.
- Puhl R. & Suh Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current Obesity Report*, 4, 182–190. doi: 10.1007/s13679-015-0153-z.
- Ramacciotti C.E., Coli E., Marazziti D., Segura-García C., Brambilla F., Piccinni A., & Dell'osso L (2013).Therapeutic options for binge eating disorder. *Eating and weight disorders*,18, 3. doi:10.1007/s40519-013-0003-5.
- Randa H., Todberg T., Skov L., Larsen L.S. & Zachariae R. (2016). Health-related Quality of Life in Children and Adolescents with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acta Dermato-Venereologica*. Revisado en: <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-2600>
- Rappe, R. M. & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.

- Rappe, R. M. & Spence S. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Remor (2003). Intervención del psicólogo en una unidad de tratamiento de pacientes con infección por VIH y SIDA. En: Remor, E, m Arranz p: y Ullua, S. El psicólogo en el ámbito hospitalario. España. Descleé de Brouwer, S. A.
- Remor E., Arranz P. & Ulla (2003). El psicólogo en el ámbito hospitalario. Descleé De Brouwer Biblioteca de Psicología. España
- Reynoso E. L. & Becerra G. A. L. (2013). Medicina Conductual: Teoría y Práctica. Qartuppi. México.
- Rezaeitalab F., Moharrari, F., Saberi, S., Asadpour, H., & Rezaeitalab, F. (2014). The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of Research in Medical Sciences : The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(3), 205–210.
- Rivera-Fong I. M. L., Landa R. E., Valero S. L. M. & Riveros R. A. (2014). Efectos de una intervención cognitivo conductual y actividad física sobre variables médicas y psicológicas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre. *Psicooncología*, 11(2-3), 217-231.
- Riveros R. A., Cortazar P. J., Alcazar L. F. & Sánchez S. J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 445-462.

- Robles R., Varela R., Jurado., & Páez F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Aniedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), 211-218.
- Rodebaugh T., Holaway R M & Heimberg R. G (2004) The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883 - 908.
- Rodriguez H. H. (2009). Evaluación de la calidad de vida, estilos de afrontamiento y sintomatología de ansiedad/ depresión en pacientes candidatos a trasplante hepático. *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de maestría en psicología*.
- Rodriguez J.R., Mandelbrot D.A., & Pavlakis M. (2011) A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(2), 709-715. doi: 10.1093/ndt/gfq382.
- Rodríguez H. M., Trujillo M.M., Rúa-F. I., Cuellar P. L., Quirós L. R. & Serrano A. P.(2016) .Healthy lifestyle habits for patients with systemic lupus erythematosus: A systemic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 45(4), 463. doi: 10.1016/j.semarthrit.2015.09.003.
- Robinson A., Safer D. L., Austin J. L. & Etkin A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter? *Eating Behaviors*, 18, 186-191. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.05.011.
- Ruiz M. A., Díaz M. I. & Villalobos A (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Biblioteca de Psicología. España.

- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, 41(1),106–120. doi: 10.1016/j.beth.2009.01.006.
- Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does Rapid Response To Two Group Psychotherapies For Binge Eating Disorder Predict Abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 339–345. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.001.
- Säll L., Salamon E., Allgulander C. & Larsson B. O.(2009). Psychiatric symptoms and disorders in VIH infected mine workers in South Africa. A retrospective descriptive study of acute first admissions. *African Journal Psychiatry*, 12 (3), 206-212.
- Sala I., Walther J.L., Rubio M. C., Fernández S. A. & Martínez C. R. (2013). Apnea obstructiva del sueño. *Sistema Nacional de Salud*, 23 (5). revisado el 6 de diciembre del 2016 en : <https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/apnea.pdf>
- Sampaio R., Pereira M.G. & Winck J.C. (2012). Psychological morbidity, illness representations, and quality of life in female and male patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Psychology health medicine*, 17(2), 136-149. doi: 10.1080/13548506.2011.579986.
- Scaini S., Belotti R., Ogliari A. & Battaglia M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in

children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 105–112. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.05.008.

Scragg P., Jones A., & Fauvel N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*, 56, 9-14. doi: 10.1046/j.1365-2044.2001.01714.x

Schmeding A. & Schneider M. (2013). Fatigue, health-related quality of life and other patient-reported outcomes in systemic lupus erythematosus. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27(3), 363-375. doi: 10.1016/j.berh.2013.07.009.

Schneider M. & Haupt M. (2015). Overcoming disease in systematic lupus erythematosus. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 7,591-596. doi: 10.1007/s00393-014-1556-z

Sheldon L. A. S., Kalichman S. C., Carey M. P. & Fielder R. L. (2008). Stress management interventions for HIV+ adults: a meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health psychology*, 27(2), 129-139. doi: 10.1037/0278-6133.27.2.129.

Secretaria de salud, Cuestinoario de salud sf-36. Revisado el 7 de septiembre en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/CuestionarioSalud.pdf>

Shakeri H., Arman F., Hossieni M., Omrani H.R., Vahdani A. & Shakeri J. (2015). Depression, Anxiety and Disease-Related Variables and Quality of Life Among Individuals With Systemic Lupus Erythematosus Living in

Kermanshah Province, Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(12), e31047. doi: 10.5812/ircmj.31047.

Sheinfeld G. S., Krebs P., Badr H., Janke E.A., Jim H.S., Spring B., Mohr D.C., Berendsen M.A. & Jacobsen P.B. (2012). Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 539-547. doi: 10.1200/JCO.2011.37.0437.

Shen B., Feng G., Tang W., Huang X., Yan H., He Y., Chen W., Da Z., Liu H. & Gu Z. (2014). The quality of life in Chinese patients with systemic lupus erythematosus is associated with disease activity and psychiatric disorders: a path analysis. *Clinical and experimental rheumatology*, 32(1), 101-107.

Smith I., Nadig V. & Lasserson T.J.(2009). Educational, supportive and behavioural interventions to improve usage of continuous positive airway pressure machines for adults with obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Systemic Review*, 15 (2), CD007736. doi: 10.1002/14651858.CD007736.

Soriano P. J. Estrés y Salud en Enfermos Hospitalizados en: Monsalve D. V., Soriano P. J., C. A. E., & Satoloya F. O. (2009). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Valencia.

Sotolongo García, Yenia, Menéndez López, José Rogelio, Valdés Mier, Miguel Ángel, Campos Zamora, Madelyn, & Turró Mármol, Cruz Minerva. (2004). Psiquiatría de enlace en el paradigma salubrista: reto o salto cualitativo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(1) Recuperado en 11 de

Diciembre de 2016, de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572004000100008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100008&lng=es&tlng=es).

Spence S. H. & Rapee R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder. An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50-67, doi: 10.1016/j.brat.2016.06.007.

Stangier U., Heidenreich T., Peitz M., Lauterbach W. & Clark D. M. (2004) Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(9), 991-1007.

Steve K., Katarzyna A. K., Emma B. B., Siskind D., Spurling G. & Toombs M (2017). The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research* ,84, 137-152. doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.032

Sturgeon J. A. (2014) Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, (7),115-124. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub3.

Sundararajan K., Martin M., Rajagopala S. & Chapman M. J. (2014). Posttraumatic stress disorder in close Relatives of Intensive Care unit patients Evaluation (PRICE) study. *Australian Critical Care*, 27, 183-187. doi: 10.1016/j.aucc.2014.04.003

Svaldi J., Griepenstroh J., Bruna T. C. & Ehrin T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general

psychopathology? *Psychiatry research*, 197(1-2), 103-111. doi:  
10.1016/j.psychres.2011.11.009.

Syrjala K., Jensen M. J., Mendoza M. E., Yi J. C., Fisher H. M. & Keefe F. J. (2014)  
Psychological and Behavioral Approaches to Cancer Pain Management.  
*Journal Clinical Oncology*, 32(16), 1703-1712.  
dx.doi.org/10.1200/JCO.2013.54.4825

Tan E. M., Cohen A.S., & Fries J.F.(1982). The 1982 Revised criterio for the  
classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatology*, 25,  
1271-1277.

Taylor S. E (2007). *Psicología de la Salud*. 6ª ed. México. McGraw Hill  
Interamericana,

Telch C. E., Stewart W. A. & Linehan M. M. (2000). Group Dialectical Behavior  
Therapy for Binge-Eating Disorder: A Preliminary, Uncontrolled Trial.  
*Behavior Therapy*, 31, 569-582. doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80031-3

Tesfaw, G., Ayano, G., Awoke, T., Assefa, D., Birhanu, Z., Miheretie, G., & Abebe,  
G. (2016). Prevalence and correlates of depression and anxiety among  
patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa,  
Ethiopia. doi:10.1186/s12888-016-1037-9.

UllmanA. J., AitkenL. M., RattrayJ., KenardyJ., Le BrocqueR., MacGillivrayS. &  
Hulla. M. (2014). Diaries for recovery from critical illness.*Cochrane*  
*Anaesthesia Group*, 9 (12), CD010468. doi:  
10.1002/14651858.CD010468.pub2.

- Uys H. (2013). Prevalence and clinical presentation of HIV positive female psychiatric inpatients. *African Journal Psychiatry*, 16 (1), 23-28. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.4>.
- Valverde J., Mestanza M. & Asenjo C. (2005). Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica. *Folia dermatologica*. 16 (3), 119-122.
- Vannini S. A., Araújo A. P. B. & Baxter A. S. (2010) Post-traumatic stress disorder in intensive care unit patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(1), 77-84.
- Vázquez V. V., & López A. J. C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(2 ), 91-96.
- Vergara Lope T S & González-Celis R. A. L. (2009). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11, (2), 155-189.
- Wade D. M., Howell D. C., Weinman J. A., Hardy R. J., Mythen M. G., Brewin C. R., Borja.Boluda S., Matejowsky C. F. & Raine R. A. (2012). Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study. *Critical Care*, 16, R192. doi: 10.1186/cc11677.
- Wells Ch. (1977). Dementia: Definition and description. En: Wells ch. (DIR) 2.ed. *Dementia*, Philadelphia.
- Wilder S. K P., Artman L. K., Peberdy M. A., Walker W. C., Ornato J. P., Gossip M. R., & Kreutzer J. S. (2013). Anxiety, depression and PTSD following cardiac

- arrest: A systematic review of the literature. *Resuscitation*, 84, 873-877. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.11.021.
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94–101. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.170.
- Wong Q. J. J. & Rapee R. M. (2016) The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84–100. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.069. Epub
- Wozniak D.R., Lasserson T.J. & Smith I. (2014). Educational, supportive and behavioural interventions to improve usage of continuous positive airway pressure machines in adults with obstructive sleep apnea. *Cochrane Database Systemic Review*, 8(1) CD007736. doi: 10.1002/14651858.CD007736.pub2.
- Wonderlich S. A., Gordon K. H., Mitchell J. E., Crosby R. D. & Engel S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705. doi: 10.1002/eat.20719.
- Yilmaz Oner, Oner C., Dogukan F. M., Moses T. F., Demir K., Tekayev., Yilmaz N., Tuglugar S. & Direskeneli H. (2015). Anxiety and depression predict quality of life in Turkish patients with systemic lupus erythematosus. *Clinical of Experimental Rheumatology*, 33(3), 360-365.

Yuen H. K. & Cunningham M. A. (2014). Optimal management of fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Journal of Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(10),775-786. doi: 10.2147/TCRM.S56063

Zachariae R., Oster H., Bjerring P. & Kragballe K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. *Journal of American Academic of Dermatology*, 34 (6), 1008-1015.

Zigmond A.S. & Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

## Anexo 1.

Descripción de cada uno de los componentes propuestos en la intervención para la ansiedad social.

Título del Módulo	Objetivos	Actividades
Psicoeducación	Que la paciente haga propia la conceptualización de sus problemas desde un análisis relacionado a las características de la ansiedad social y el impacto de los síntomas del LEG en su estado de ánimo.	Se retomó el modelo de los 5 factores de Padesky explicados en sesiones previas, además de ello se dejaron actividades de registros de las situaciones sociales que promueven síntomas significativos. Además se explicó por medio de una presentación en power point el modelo de fobia social de Arturo Bados (2001).
Relajación	Que la paciente cuente con habilidades suficientes para el manejo de su actividad simpática.	Se promovió en la paciente la necesidad de tener estrategias para la relajación, explicando la necesidad de tener controlados varios síntomas fisiológicos que promueven la mala interacción con los demás y que verifican el descontento de la propia actuación. Se enseñaron tres estrategias; Relajación muscular progresiva, Respiración profunda y Relajación autógena.
Reestructuración cognitiva	Que la paciente sea capaz de identificar, categorizar y cambiar pensamientos que influyen en el malestar emocional de la ansiedad social.	Se pide a la paciente que de acuerdo a los autoregistros realizados desde la fase de psicoeducación identifique los pensamientos problemáticos (de acuerdo al modelo ABC propuesto por Albert Ellis). Posteriormente se utilizaron otro tipo de estrategias como: Abogado del diablo, Flecha descendente, Debate Racional Emotivo, Brusquedad de evidencias,

---

		y entrenamiento en auto instrucciones.
Entrenamiento en Habilidades Sociales y Asertivas	Que la paciente sea capaz de poder desenvolverse en situaciones sociales, contando con suficiente habilidades para expresar pensamientos, emociones, actitudes y desacuerdos.	Por medio de una presentación en power point se dio una explicación sobre los tres tipos de comunicación (agresiva, pasiva y asertiva). Se explicaron con base a ejemplos de la vida cotidiana estrategias tales como: banco de neblina, la técnica del sándwich, pregunta asertiva, aclaración de dudas, acuerdo asertivo y aclaración del motivo de una crítica. Además se utilizó modelamiento, moldeamiento y juego de roles.
Desensibilización sistemática.	Que la paciente categorice en orden de dificultad las situaciones sociales que se e dificulten, pudiendo exponer de manera imaginaria cada una de ellas, utilizando la estrategias antes aprendidas	Se pidió previamente a la paciente que categorizara en una escala del 0 a 100 los estímulos sociales relacionados a su temor, teniendo en cuenta que el 100% es la peor situación social por la que ha pasado y 0% una situación social que no genera ninguna respuesta de ansiedad. Posteriormente se categorizaron esas situaciones de menos a más y se precedió a exponer de manera imaginaria cada situación.

---

## Anexo 2.

### Descripción de actividades por sesión para la intervención de la ansiedad social

Sesión	Actividades en sesión.
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se elabora un resumen del diagnóstico verificado de la ansiedad social en sesiones previas, además de haber corroborado el diagnóstico por parte de psiquiatría.</li> <li>- Se exploran síntomas de ansiedad social y el LEG.</li> <li>- Se aplica batería de pruebas.</li> <li>- Se pide autoregistros.</li> </ul>
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa autoregistros. Enfatizando a la paciente la necesidad de conocer de una mejor manera el contexto que influye en sus síntomas.</li> <li>- Se retroalimenta los resultados de la batería de pruebas</li> <li>- Se retoma el modelo de los 5 factores de Padesky, por medio de una presentación de power point. Se pide que los autoregistros en las siguientes sesiones sean diferenciando: situaciones, pensamientos, reacciones físicas, emociones y conductas.</li> <li>- Se muestra el modelo de fobia social de Arturo Bados (2001) por medio de una presentación en power point.</li> <li>- Se pide retroalimentación de la paciente y se enfatiza en la actividad fuera de casa para poder elaborar el mapa de patogénesis. Se llega a un acuerdo para mandar el registro un día antes de la sesión por correo electrónico.</li> </ul>
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisan los autoregistros con la paciente, haciendo hincapié en los errores y aciertos al momento de llenarlo, diferenciando cada uno de los 5 factores.</li> <li>- Se le presenta el análisis funcional de su ansiedad social, el mapa de patogénesis y el mapa de alcance de metas en power point con un proyector, la paciente hace anotaciones en su "libreta de psicoterapia". Además se incita a que puede modificarlo según ella entienda su problema, sin embargo ella prefiere dejarlo así.</li> <li>- Se plantea el inicio formal de cada uno de los tratamientos propuestos en el mapa de alcance de metas, quedando de acuerdo para iniciar técnicas de relajación para la siguiente sesión.</li> </ul>
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa autoregistros, sin embargo la paciente no los lleva por el olvido de su libreta de psicoterapia.</li> <li>- Se procede a dar psicoeducación de los fundamentos de la relajación, poniendo especial relevancia en el manejo del sistema nervioso autónomo.</li> <li>- Se revisa con la paciente los indicadores fisiológicos que le dan información de que está ansiosa, sobresaliendo, la taquicardia, el bochorno, sudoración de manos, entre otras.</li> <li>- Se inicia el entrenamiento en respiración diafragmática.</li> <li>- Se incita a que la paciente aplique esta técnica fuera de sesión, cuando menos una vez por día.</li> </ul>

Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa actividades fuera de casa, se explora la manera en la que lo realizo y se corrigen errores y se refuerzan aciertos.</li> <li>- La paciente comenta que le fue difícil poder realizar la respiración, ya que ha tenido una molestia persistente en la garganta, asistió al otorrinolaringólogo del instituto, y a reumatología para descartar una posible actividad lúpica. Hubo modificación de fármacos por parte de ellos.</li> <li>- Se prosigue al entrenamiento de la relajación autógena, sin embargo no logra concentrarse en ella, por lo que se cambia a la relajación muscular progresiva, utilizando solo los grupos musculares de las manos, brazo, hombros, y cuello, encontrándola como una técnica efectiva en el manejo de su ansiedad.</li> </ul>
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa el autoregistro de su relajación habiendo resultados favorables.</li> <li>- La paciente comenta, que la tensión y distensión le generó una sensación de tranquilidad.</li> <li>- Se prosigue con los siguientes grupos musculares.</li> <li>- Se incita a la paciente a que pueda aplicarlo antes de cada situación social a la que se tenga que enfrentar desde ese momento en adelante.</li> <li>- Se pide registro enfocado en los pensamientos para la siguiente sesión.</li> </ul>
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa registro de pensamientos de la paciente.</li> <li>- Se hace énfasis en los pensamientos de inferioridad, baja autoestima y catastrofización, personalización y adelantarse al futuro.</li> <li>- Se utiliza técnica de flecha descendente para la identificación de más pensamientos.</li> <li>- Se enseña modelo ABC de Albert Ellis como sustituto del modelo de Padesky para el registro de pensamientos.</li> <li>- Se plantea que registre aquellos pensamientos relacionados a situaciones sociales.</li> </ul>
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa el Modelo ABC elaborado por la paciente fuera de la sesión.</li> <li>- Se identifican los pensamientos relacionados a las situaciones sociales. Se entrega hoja de las distorsiones cognitivas identificadas por Aaron Beck.</li> <li>- Se inicia debate racional emotivo.</li> <li>- Se dan estrategias a la paciente para la búsqueda de evidencias a favor y en contra de sus pensamientos. Además se le instruye para la búsqueda de pensamientos alternativos.</li> <li>- Se incita para que la paciente aplique la reestructuración cognitiva fuera de sesión.</li> </ul>
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se revisa el proceso de reestructuración cognitiva hecho por la paciente fuera de sesión, se retroalimenta y se refuerza la manera de aplicarlo.</li> <li>- Se inicia entrenamiento en asertividad.</li> <li>- Se da una explicación sobre los tres estilos de comunicación: asertiva, pasiva y agresiva. Se dan ejemplos y se promueve que la paciente identifique cuál es su estilo de comunicación (pasiva).</li> <li>- Se le entrega a la paciente hojas de derechos asertivos.</li> </ul>

Sesión 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le pide a la paciente encuentre una situación común en su vida en donde la comunicación le es complicada para poder trabajar en ella la siguiente sesión.</li> <li>- Se le pide a la paciente que describa la situación ejemplo que se dejó de tarea. La situación tiene que ver con su pareja.</li> <li>- Se pide a la paciente que emule la manera en que expresaría sus derechos, pensamientos, actitudes o emociones en una situación normal.</li> <li>- Se inicia presentación de las estrategias en asertividad: técnica del sándwich, banco de neblina, disco rayado, pregunta asertiva entre otras.</li> <li>- Se pide a la paciente que aplique las técnicas con personas cercanas en su vida cotidiana (se comparte presentación con ella).</li> </ul>
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pregunta a la paciente la manera en la que pudo aplicar las técnicas en asertividad.</li> <li>- Se escogen las situaciones más complicadas para la paciente y se modela la asertividad por parte del terapeuta.</li> <li>- Se inician estrategias para inicio de conversaciones y mantenimiento de ellas.</li> <li>- Se da la introducción de la escala SUDS para la desensibilización sistemática.</li> <li>- Se pide como actividad fuera de sesión a la paciente las situaciones sociales que le generan ansiedad en su vida cotidiana.</li> </ul>
Sesión 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se explora la asertividad fuera de sesión retroalimentando y reforzando sus esfuerzos.</li> <li>- Se explica a la paciente el fundamento de la desensibilización sistemática y la necesidad de utilizar la exposición imaginaria.</li> <li>- Se revisa lista de situaciones sociales que evocan ansiedad en la paciente, encontrando un total de 18 situaciones sociales.</li> <li>- Se jerarquizan de menor a mayor grado en el que evocan ansiedad en la paciente</li> </ul>
Sesión 13-23.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se inicia cada sesión explorando sus experiencias en relación a la ansiedad social, dando retroalimentación a cada una de las experiencias con cada una de las estrategias aprendidas en psicoterapia.</li> <li>- La paciente describe a detalle cada una de los episodios descritos en la jerarquía de situaciones sociales. Se trabajan dos situaciones por sesión (sesión de 2 horas y media aproximadamente).</li> <li>- Se expone según corresponde a cada una de las situaciones de manera imaginaria y se da la indicación para que aplique la técnica de relajación mientras tiene la visualización.</li> <li>- Se detiene la situación hasta que la paciente logre disminuir la ansiedad en una escala subjetiva por debajo 3 o 4.</li> <li>- Se le proporciona información adicional según corresponda al tipo de situación social trabajada en cada sesión con respecto a las técnicas empleadas. Además se promueve que ella pueda exponerse por sí</li> </ul>

Sesión 24	<p>misma de manera imaginaria a cada una de las situaciones trabajadas en las sesiones, y sí es posible hacerlo en vivo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se hace un resumen de las sesiones vistas en el proceso psicoterapéutico.</li><li>- Se indaga en la paciente la satisfacción del proceso psicoterapéutico, además de los objetivos a seguir.</li><li>- Se plantea el plan en caso de recaídas.</li><li>- Se aplica batería de pruebas postest..</li></ul>
-----------	--

### Anexo 3.

Horario de actividades del estudiante en medicina conductual en el servicio de psicología en el INCMNSZ.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8-9 a.m	Revisión de casos	Rotación correspondiente	Consulta	Consulta	Sesión General del INCMNSZ
9-10 a.m	Sesión bibliográfica con Psiquiatría				Rotación correspondiente
10-11 a.m	Rotación correspondiente	Seminario de psicología			
11-12 a.m		Rotación correspondiente			
12-1 p.m	Rotación correspondiente		Sesión de medicina interna		Consulta
1-2 p.m	Consulta				

## Anexo 4.

### Principales Técnicas de la gama de intervención Cognitivo Conductual.

Relajación muscular progresiva	TREC	Detención del Pensamiento	Terapia interpersonal
Respiración diafragmática	Terapia Cognitiva	Moldeamiento	EMDR
Relajación Autógena	Terapia de Valoración Cognitiva	Modelamiento	Terapia meta-cognitiva
Imaginación Guiada	Entrenamiento en auto-instrucciones	Economía de fichas	Terapia analítico Funcional
Condicionamiento aversivo	Solución de problemas	Contrato Conductual	Terapia Dialéctico Conductual
Reforzamiento	Balance Decisional	Intención paradójica	Terapia de Aceptación y compromiso
Desensibilización Sistemática	Entrenamiento en habilidades sociales	Fundamentos de psicología positiva	Mindfulness
Terapia Implosiva	Arreglo contextual	Juego de Roles	Activación Conductual
Biofeedback	Terapia de autocontrol	Psicoeducación	Terapia Interpersonal
Exposición con prevención de respuesta	Condicionamiento Encubierto	Análisis experimental de la Conducta.	Entrevista Motivacional

## Anexo 5.

Síntomas/Signos	Definición
Alteración del pensamiento	Creencias o narraciones erróneas o falsas: interpretaciones, identificaciones, delirios (ideas de robo, abandono, perjuicio, etc., no justificadas), o fabulaciones.
Ilusiones y alucinaciones	Percepciones distorsionadas (ilusiones) o falsas (alucinaciones), ya sea de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo, somático, u otra experiencia sensorial insólita.
Agresividad	Cualquier conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral; oposición o resistencia, no justificadas, para recibir la ayuda necesaria.
Depresión	Tristeza, anhedonia, sentimiento de ser una carga, falta de esperanza, etc., que provocan malestar significativo o pérdida de funcionalidad.
Ansiedad	Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado, expresado de forma verbal, gestual o motora (p. ej., pegarse al cuidador).
Euforia	Humor anormalmente elevado o inapropiado.
Apatía	Falta de interés, motivación, sentimiento, emoción o preocupación
Desinhibición	Falta de tacto social en el lenguaje, la expresión corporal u otras conductas
Irritabilidad	Mal humor, cambios de humor rápidos no justificados, impaciencia, intolerancia
Hiperactividad motora	Aumento de la deambulación o de otra actividad motora que no se explica por necesidades básicas ni por otro SPCD (p. ej., ansiedad)
Vocalizaciones repetidas	Cualquier sonido o expresión vocal molesta que no obedece a un cambio en el paciente o en su entorno
Alteración del sueño	Pérdida del ciclo sueño-vigilia fisiológico (hipersomnia, insomnio, inversión del ciclo, sueño fragmentado, etc.)
Aumento del apetito	Impulso elevado para la ingesta de todos o de algún tipo de alimento, o ingesta de otras sustancias
Disminución del apetito	Falta del impulso para la ingesta.

## Anexo 6.

Síntomas/Signos	Manejo en general
Alteración del pensamiento	Entorno familiar; evitar los desencadenantes; orientar o distraer hacia otros temas; no discutir, bromear, reforzar ni aumentar el contenido del pensamiento alterado.
Ilusiones	Similar al anterior
Agresividad	Respetar los gustos premórbidos, promover la autonomía y la privacidad, aproximarse de frente, utilizar lenguaje no verbal, avisar, explicar, negociar y reforzar la colaboración; evitar que el paciente sienta mermada su dignidad ante problemas concretos, ahondar en la historia personal y hacer un minucioso análisis de los desencadenantes.
Depresión	Identificar el posible desencadenante, y modificarlo en lo posible; luz algo más intensa de lo habitual, espacios abiertos y agradables, interacción social, conversación, actividades placenteras (paseos, juegos, etc.), recuerdo de hechos pasados placenteros o exitosos.
Ansiedad	Reducción de estímulos; explicaciones continuas acerca de lo que ocurre; evitar situaciones nuevas; distractores; ofrecer seguridad de forma verbal y no verbal; en demencia ligera, reestructuración cognitiva (p. ej., aprender a confiar en el cuidador), técnicas de relajación.
Euforia	No imitar ni reforzar al paciente, no trivializar; corregir u ofrecer afecto de forma respetuosa
Apatía	Solicitud verbal o física; imitación (actividades grupales), modelado; estímulos con movimiento y componente afectivo (música, animales, etc.); proponer o persuadir para actividades de máximo disfrute, sin posibilidad de error; ayudar al cuidador a entender y aceptar el síntoma.
Desinhibición	Estudiar posibles desencadenantes, actividad física, actividades lúdicas, contacto social; respeto, humor, flexibilidad; no juzgar, reforzar ni frivolar; comprender la conducta en él, contexto de la enfermedad; enseñar a los demás a convivir con los síntomas; limitar la contención a la evitación de pérdidas de dignidad de todos los implicados.
Irritabilidad	Reestructuración cognitiva en demencia ligera (aceptar las limitaciones, actividades alternativas y realistas, etc.); estudio y modificación ambiental (ruidos, entorno social, trato del cuidador, etc.).
Hiperactividad motora	Calzado y espacios seguros, vigilancia constante; caminar a su lado y guiar; permitir la actividad, ofrecer objetos para manipular; no intentar detenerlo.

---

Vocalizaciones repetidas	Comprobar las necesidades básicas con especial atención al aislamiento social, la falta o exceso de estímulos (p. ej., ruido) y el dolor; reforzar los momentos de calma (tocarle, darle la mano, hablar de cuestiones intrascendentes, etc.)
Alteración del sueño	Actividades, iluminación, dieta, siesta reducida, retrasarla hora de acostarse, evitar ruidos u otros estímulos nocturnos
Aumento del apetito	Reducir o evitar la exposición a los alimentos o sustancias
Disminución del apetito	Alimentos y ambiente según el gusto premórbido; reforzar culinariamente aromas, sabores y presentación de los alimentos; higiene y revisión dental, limpieza sarrolingual; ayuda gradual (comenzar con solicitud verbal); conversación durante la comida

---

## Anexo 7.

Temas	Estrategias
Afrontamiento del diagnóstico inicial del VIH	Facilitación de la expresión de emociones y apoyo emocional, abordar preocupaciones; reestructuración cognitiva.
Manejo del estigma y la discriminación por padecer VIH-SIDA	Reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y asertivas, manejo de conflictos.
Información sobre la enfermedad y autocuidados	Suministro de información a partir de lo que sabe y quiere saber el paciente. Identificar necesidades.
Deliberación y toma de decisiones sobre el tratamiento (inicio, cambio, dificultades, participación en ensayo clínicos)	Clarificar opciones, evaluando pros y contras; suministro didáctico de información de acuerdo con las necesidades del paciente; modelo de solución de problemas y toma de decisiones.
Adhesión al tratamiento antirretroviral	Planificar horarios y rutinas, reestructuración cognitiva con relación a la importancia del tratamiento, mejorar autoeficacia.
Riesgo de transmitir la infección	Suministro didáctico de información; abordar creencias y valores personales; planificar cambios de conducta graduales en congruencia con los valores del paciente
Manejo de emociones	Reconocimiento y expresión de emociones negativas; explorar preocupaciones, entrenamiento en estrategias de autocontrol emocional; relajación.
Afrontamiento al estrés	Relajación, estrategias de control emocional, planificación de actividades distractoras.
Búsqueda de apoyo social y emocional	Entrenamiento en comunicación asertiva y expresión de emociones.
Revelación de su condición VIH Positivo	Autocontrol emocional y entrenamiento en comunicación asertiva

---

Pactos y cambios en las relaciones de parejas y sexuales	Entrenamiento en comunicación asertiva y petición de cambios; identificar pros y contras relacionados con el cambio
Manejo de efectos secundarios del medicamento	Reestructurar creencias, clarificar opciones.
Reinserción laboral	Planificar alternativas, mejorar recursos internos y externos, habilidades personales, mejora del autoestima y el autocontrol emocional.
Búsqueda de pareja	Entrenamiento en comunicación asertiva, reestructuración cognitiva; planificar alternativas.
Afrontamiento de la muerte y del proceso de morir	Facilitación de expresión de emociones; identificar preocupaciones; jerarquizar las preocupaciones; buscar alternativas y soluciones que el paciente considere adecuadas; apoyo emocional y aceptación

---

### Anexo 8.

Fecha	Evento extraoficial o académico
Agosto- Diciembre 2014	Docencia en la Asignatura de Licenciatura Psicodiagnóstico I impartida en la Facultad de Psicología de la UNAM
Enero-Junio 2015	Docencia en la Asignatura de Licenciatura Psicodiagnóstico II impartida en la Facultad de Psicología de la UNAM.
Enero 2015	Ponente en el curso intersemestral: tratamiento cognitivo conductual para los trastornos de la personalidad, impartido en la Facultad de psicología
Agosto 2015	Ponente en el curso intersemestral: Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual, impartido en la Facultad de psicología de la UNAM
Octubre 2015	Participación en el XXIII congreso mexicano de psicología la ponencia: variables psicológicas implicadas en la Unidad de Terapia Intensiva.
Enero 2016	Ponente en el curso intersemestral: tratamiento cognitivo conductual para la depresión, impartido en la Facultad de psicología de la UNAM
Febrero	Participación como ponente en el curso: temas selectos de Neuropsicología en Salud Mental con la ponencia; Aproximación cognitivo conductual en alteraciones neuropsicológicas asociadas a deterioro cognitivo.
Junio 2016	Ponente en el curso intersemestral: tratamiento cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad impartido en la Facultad de psicología de la UNAM