



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Modelo de Intervención Cognitivo conductual,
un Programa para usuarios con enfermedades
crónico degenerativas (Diabetes e Hipertensión)**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
José María Plascencia Reyes
Sergio Rodríguez Guerrero

Director:

Lic. **Ángel Enrique Rojas Servin**

Dictaminadores:

Dra. **Rocío Tron Álvarez**

Lic. **Marco Vinicio Vélasco del Valle**



Los Reyes Iztacala, Edo de México,

Noviembre 2010



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.

“El amor, la salud y la paz son conceptos intangibles y muy complicados, no se definen de manera fácil, hay que comportarlos, y no se llega enteramente nunca al pleno uso de la definición, por tal motivo son los aspectos más intrigantes de la vida humana” JMPR.

Paseaba cierto día un nigromante indio por la orilla del Ganges, cuando acertó a volar sobre su cabeza un búho que llevaba un ratoncito en su corvo y agudo pico.

Asustada el ave, soltó la presa, y el nigromante, que era hombre de delicados sentimientos, tomó el magullado ratoncito, y después de curarlo lo transformó en una encantadora joven.

-Ahora, amiga mía, se trata de buscaros un esposo. ¿A quién os gustaría dar vuestra mano? Sabed que yo soy un gran mago y poseo el don de ejecutar los mayores portentos y satisfacer todos vuestros deseos.

Mirábale la hija adoptiva contenta, y sus ojos brillaban de alegría.

-Pues bien: me gustaría ser la esposa del ser más poderoso del universo -le respondió.

-Nada hay en el mundo más grande y excelso que el Sol -replicóle el encantador-. Así, pues, os casaré con el astro rey.

Y el mago suplicó al Sol que aceptara la mano de su protegida.

-Yo no soy el ser más poderoso -respondió el Sol-. Mirad si no cómo basta una nube para cubrirme y velar mi luz. Ella es más fuerte y su poder sobrepuja al mío.

Acudió el hechicero a la nube y le ofreció la mano de la joven.

-Hay una cosa más fuerte que yo -le respondió la nube-. El viento me arrastra donde le place.

Pero luego vio el mago que la montaña era más poderosa que el viento, pues, elevándose altiva entre las nubes, detenía con su mole los más fieros vendavales.

-Alguien es más fuerte que yo -dijo la montaña-. Mira aquel ratoncillo que me horada y vive en mi seno contra mi voluntad. Mi poder, que divide las tormentas, no basta para infundir respeto a esa bestezuela.

Quedó el mago entristecido por el fracaso de sus tentativas, pensando que su protegida no consentiría descender a ser la esposa de un ratón. No obstante, acababa de aprender que el ratón era el ser más poderoso del mundo. Convirtiéndola, pues, de nuevo en una ratita y la casó con el ratón de la montaña, que la hizo feliz, y así vivieron ambos dichosos largos años.

Buda.

Agradecimientos:

A mis padres:

Por ser la luz, la fuerza y los guías de mi camino.

Por enseñarme el valor de las cosas.

Por ser tan tolerantes y pacientes.

Por darme el amor suficiente para seguir adelante.

Por disciplinarme y enseñarme a ser responsable...

Pero sobre todo, por darme la oportunidad de vivir y de conocer a dos seres tan maravillosos. Gracias por todo los amo.

A mi hermana y sobrinos:

Gracias por darme los ánimos en mis tiempos difíciles.

Gracias por sacarme esas sonrisas cuando más lo necesitaba.

Gracias por ser una fuente muy importante de mi motivación.

Gracias por apoyarme y creer en mí. Gracias por todo lo que me han dado los amo a los tres.

A mi esposa:

Gracias Mona por que sin ti no lo hubiera logrado.

Gracias por levantarme cada vez que caí.

Gracias por ponerme los pies en la tierra.

Gracias por amarme y luchar conmigo.

Gracias por ser lo más importante en mi vida.

Esto es tuyo, es gracias a ti, te amo nunca lo olvides.

Gracias a ti Julieta amor de mi vida:

Gracias por hacerme sentir el ser más afortunado del mundo.

Gracias por darme esas sonrisas tan maravillosas.

Gracias por existir y dejarme ver el universo en tus ojos.

Simplemente gracias por aparecer en mi vida, te amo.

A ti Sergio:

Gracias por vivir este momento conmigo.

Gracias por no dejarme salir del camino que recorrimos juntos.

Gracias por ser mi cómplice en la carrera.

Gracias por ser mi apoyo y apoyarte en mí.

Gracias totales.

Gracias a ti Hiram:

Por crear esos momentos de despreocupación.

Por enseñarme a divertirme y a vivir la carrera de otra manera.

Por acercarte a mí y ser mi amigo.

Por cuestionarme y poner a prueba lo que soy

Por todo eso gracias hermano.

Gracias a ti Enrique:

Gracias por enseñarme de lo que soy capaz.

Gracias por fomentar en mí el amor por lo que hago.

Gracias por formar parte de lo que soy profesionalmente.

Gracias por la confianza y la ayuda que me has dado.

Gracias por mostrarme que la felicidad no depende de otra persona que no sea yo mismo.

Gracias por ser mi maestro en la escuela y en la vida.

A la UNAM FES "IZTACALA":

Por adoptarme en la máxima casa de estudios de Latinoamérica.

Por darme la oportunidad de ser un PUMA.

Por abrirme las puertas del mundo a través de tu conocimiento.

Gracias por ser la mejor.

Dedicatorias:

- En particular deseo dedicar la conclusión de este proyecto a mis padres; A mi madre porque gracias a su impulso de cada día desde el inicio de mi existencia, así como su amor incondicional son el motor de mi vida. A mi padre porque justamente con su apoyo y confianza me han permitido culminar una meta más la vida, así como tú has logrado tantas cosas.
- A mis hermanos; Paola porque a pesar de no expresar con frecuencia mi agradecimiento por tus cuidados y preocupaciones, hoy aprovecho este momento para dedicarte este proyecto como muestra de agradecimiento. A Hugo porque con tu apoyo y tiempo junto a mí, me has enseñado el concepto de tenacidad y nobleza gracias hermano y muchos viajes más nos quedan por realizar. A Paco porque tu ejemplo de dedicación y profesionalismo fue lo que me inspiro en muchas ocasiones a superarme día a día. A ti en especial te dedico este esfuerzo Pamela, porque de la infinidad de posibilidades de la vida me toco compartir un fragmento de tiempo junto a ti como tu hermano, jugando, riendo, criticando, peleando y sobre todo aprendiendo, hoy te sigo llevando en mi corazón y sé que en algún momento una vez más nos reuniremos, para ti es este trabajo hermanita.
- Sin olvidar al pequeño solecito que llevo a nuestras vidas a llenarlas de resplandor y alegría, también es para ti este esfuerzo Emiliano (Bichito).
- De igual manera dedico este trabajo a mis tíos y tías que con su muestra de unidad y apoyo familiar en todas las circunstancias han contribuido a mi formación personal y profesional.
- Así mismo una especial dedicatoria a mis primates, difícil mencionar a cada uno de ellos sin pasar por alto a alguno, porque junto a ellos desde que era un niño compartí muy gratos momentos, incluso con aquellos que sin ser de mi generación permitieron que conviviera y aprendiera de la vida.
- Por otra parte le dedico esta tesis a la pequeña de la sonrisa más linda, Juliet, espero sea un ejemplo para ti pequeña.

Agradecimientos:

- A todos los profesores que han sido parte de mi formación profesional, pero en particular al Director de esta tesis, gracias a ti Enrique, porque has contribuido enormemente para mi formación como psicólogo ampliando mi visión técnica y humana. Además me has ayudado en mi formación como mejor ser humano al compartir tus anécdotas, historias, metáforas, frases, en fin. Me has instruido en la transferencia del material teórico de un libro hacia con la vida misma, gracias maestro por su tiempo.
- A mis asesores de tesis y sinodales como el profesor Vinicio y la Dra. Rocio Tron porque este documento es el reflejo de su dedicación y profesionalismo que han imprimido en cada uno de sus alumnos y quienes como yo los admiramos y agradecemos sus enseñanzas.
- A mis amigos que he contado con ellos en situaciones distintas y peculiares, porque identifiqué que también las borracheras te dejan experiencias de aprendizajes
- En particular un enorme agradecimiento a mi compadre, amigo, compañero y hermano Chema, has estado en esos momentos difíciles y también en situaciones tan gratas. Para mí siempre será un tremendo gusto el compartir un vaso de whiskey junto a vos y emitir una serie de juicios de toda la serie de situaciones y/o fenómenos que hemos compartido durante nuestra historia interactiva, para con ello generar una serie de respuestas funcionales y con ello ejecutar una conducta inteligente, es decir responder de manera variada y efectiva a cualquier evento disposicional. Vos sabés de que hablo..
- Si olvido a alguien ruego me disculpe, pero el alcohol ya daño mi sinapsis neuronal. Gracias Totales...

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. SALUD: UN BREVE VISTAZO HISTÓRICO	5
1.1. Civilizaciones Griega y Romana	6
1.2. Renacimiento	8
1.3. Siglos del XVIII al XIX	9
CAPÍTULO 2. CONCEPCIÓN ACTUAL DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD	12
CAPÍTULO 3. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD	15
3.1. Psicología Clínica	16
3.2. Psicología Médica	16
3.3. Medicina Conductual	19
3.4. Psicología Comunitaria	20
3.5. Sociología Médica	21
3.6. Diferencias principales entre conceptos	21
CAPÍTULO 4. PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD	23
4.1. El perfil profesional del Psicólogo de la Salud	28
4.2. Escenarios del Psicólogo de la Salud	29
4.2.1. La evaluación	30
4.2.2. Promoción y mantenimiento de la salud	31
4.2.3. Prevención	32
4.2.4. Tratamiento	32
4.2.5. Investigación	34

4.3.	Formación de Políticas de Salud	35
4.4.	El Psicólogo de la Salud en México	36
4.4.1.	Niveles de Intervención	38
CAPÍTULO 5. TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES		41
5.1.	Reestructuración Cognitiva	47
5.2.	Asertividad	50
5.3.	Relajación	55
5.4.	Solución de Problemas	56
CAPÍTULO 6. DIABETES E HIPERTENSIÓN		59
6.1.	Hipertensión arterial	59
6.1.1.	Fisiopatología	60
6.2.	Diabetes mellitus	61
CAPÍTULO 7. JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA		64
7.1	Justificación	64
7.2	Metodología	67
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS		69
DISCUSIÓN		84
BIBLIOGRAFÍA		88
ANEXOS		

RESUMEN

El presente trabajo constituye un esfuerzo más para enfrentar de manera directa una de las mayores problemáticas que existen en nuestro país en las últimas décadas, el notable incremento en casos de Diabetes e Hipertensión y los decesos ocurridos debido a estas enfermedades crónico degenerativas, que las colocan como la primera causa de muerte en México. Después de una revisión histórica de los antecedentes de la Psicología de la Salud y de los principales problemas a los que se enfrentan los psicólogos que ejercen en esta área, se resaltan las habilidades y competencias del profesional de la Psicología y su campo de intervención en distintos niveles. Además en este trabajo se diferencia entre las diversas posturas que abordan las problemáticas de y en la Psicología de la Salud para finalmente realizar una propuesta de intervención desde la Terapia Cognitivo Conductual. Esta propuesta de intervención tiene como principio fundamental el trabajo multidisciplinario, se pretende intervenir de manera funcional con diversos profesionales de la salud: Médico, Nutriólogo, Podólogo, Dentista y Psicólogo. Los pacientes diagnosticados participarán en un programa que contempla la reestructuración de pensamientos y creencias, la modificación de las conductas de riesgo y el entrenamiento en conductas protectoras de la salud, el cambio de los hábitos de alimentación y actividades físicas, el cuidado del pie diabético, los cuidados dentales y la sintomatología general de los padecimientos anteriormente referidos.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha observado un incremento de la población mundial afectada por padecimientos crónicos degenerativos, tal es el caso de la diabetes e hipertensión arterial entre otras. En México, actualmente vemos campañas de prevención enfocadas al cambio de conductas alimentarias y en general, a llevar un estilo de vida menos sedentario, así mismo, la industria farmacéutica ha comercializado una serie de productos que ayudan al tratamiento de dichos padecimientos.

Lo que hemos visto generalizado por parte de autoridades y población, es el pretender reducir las cifras de afectación, sin embargo, estos esfuerzos no garantizan un resultado favorable, porque si bien los especialistas de la salud han volcado su interés en este objetivo en común, lo siguen haciendo de manera individual, es decir, se mantiene el protagonismo que comúnmente es otorgado al médico por una tradición histórica como encargado de la salud. Por otra parte, el trabajo del psicólogo en el abordaje de los padecimientos crónicos degenerativos ha ido en aumento y mostrado resultados favorables.

Por otra parte, para identificar el campo de acción del psicólogo es necesario entender el concepto de salud es por ello que durante el primer capítulo de este trabajo se hace una revisión histórica de dicho concepto, desde las concepciones mágico religiosas hasta el concepto definido originalmente por Matarazzo en 1980, como el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, dicho análisis se detalla durante la revisión del segundo capítulo.

Las funciones del psicólogo en el área de la salud no siempre han estado bien delimitadas, en el tercer capítulo, se revisan concepciones plurales de la salud ligadas a la naturaleza de las dimensiones psicológicas, sin embargo, este

análisis ha resultado ineficaz en el desarrollo de un modelo funcional de intervención, por ello es parte fundamental de esta tesis considerar la dimensión del comportamiento individual como posibilitador en la modificación de los estados de salud, ya que la revisión de este capítulo, nos ayuda a identificar como tradicionalmente se he empleado un modelo generalizado de abordaje medicobiológico y sociocultural, dejando de lado la dimensión de los propios factores psicológicos. Como consecuencia de este abordaje hoy en día el campo de acción del psicólogo, en particular en nuestra nación, esta subyugada a la labor del médico dejándonos restringidos en nuestro quehacer profesional de manera institucional.

Es objetivo del cuarto capítulo describir el perfil profesional del psicólogo de la salud, haciendo una descripción de los escenarios de intervención, tales como promotor de la salud, desarrollando programas de prevención y tratamiento los cuales pueden a formar parte de las políticas de salud públicas de la nación.

A partir de dicha revisión, se puede delimitar el campo de acción del psicólogo así como desarrollar programas de intervención haciendo uso de las tecnologías de modificación conductual para abordar los factores psicológicos. Durante el quinto capítulo se describen las técnicas que se proponen en esta tesis para la modificación conductual bajo el marco teórico cognitivo-conductual. Se propone el uso de un paquete de técnicas tales como la Reestructuración Cognitiva, Asertividad, Relajación y Solución de Problemas, para con ello incidir sobre la dimensión psicológica.

En el sexto capítulo se hace una revisión estadística del nivel de afectación en la población mundial y en nuestra nación de la diabetes e hipertensión, situación que nos obliga a generar propuestas como esta para dar una respuesta funcional. Durante el esbozo de nuestro programa de intervención se considera muy importante la dimensión psicológica, sin embargo, para el adecuado tratamiento de estos padecimientos, no podemos recaer en protagonismos y por

ello consideramos que la intervención del médico, odontólogo, podólogo y nutriólogo es valiosa, es decir, el trabajo multidisciplinario representa una alternativa de solución en cualquier programa tal como el nuestro.

Se requiere de la aplicación conjunta de medidas de tipo biomédico y conductual, pues no sólo las condiciones orgánicas afectan al comportamiento, sino que ésta afecta también a los estados y reacciones del organismo. Esta mutua influencia entre comportamiento y condición orgánica alterada delimita la problemática psicológica en el campo de la salud.

CAPITULO 1. SALUD: UN BREVE VISTAZO HISTÓRICO

El concepto de salud y la manera en la que ésta se concibe ha tenido una larga evolución que va desde las concepciones mágico-religiosas de las primeras civilizaciones, al concepto oficial dado por las actuales organizaciones mundiales.

Las primeras civilizaciones consideraban las enfermedades como producto de la fuerza de demonios u otras fuerzas espirituales, actuando como castigo sobre los cuerpos, de ahí que la medicina tuviese un tinte religioso y ritual. De la Fuente (1960) afirma que el hombre primitivo desconocía las leyes de la causalidad natural y ante la necesidad de explicarse fenómenos como la salida del sol, la periodicidad de las estaciones, la tormenta, el rayo y las erupciones volcánicas, atribuyó estos acontecimientos a seres sobrenaturales a quienes concibió antropológicamente, y los hizo responsables de todo aquello que para él resultaba incomprensible. Una de las prácticas mágico-religiosas prevalentes en las culturas primitivas era la de rendir homenaje a un animal o a una planta determinada cuyo espíritu se considera ligado al grupo. El totemismo consiste en la creencia de que cada miembro del clan está mágicamente aliado con una especie de animal o de planta y que de esta relación va a depender su bienestar.

De acuerdo con Konz (2005) los aspectos sociales en tiempos ancestrales, tomando en cuenta las relaciones interpersonales, eran reconocidos como contribuyentes a la enfermedad, a los accidentes, a la recuperación e incluso a la misma muerte.

El rito es una de las prácticas religiosas más comunes en los pueblos primitivos. Algunos de ellos tenían el propósito de superar crisis colectivas como las epidemias y el hambre, o bien el de promover las buenas relaciones entre los espíritus y los miembros del grupo. Adicionalmente, Álvarez (2002) comenta que las diferentes enfermedades se atribuían a la ira de determinados dioses y su cura a la bondad de los mismos.

El miembro de la tribu que padecía una conducta extraña y se diferenciaba de forma importante de la del resto de los individuos, era visto con admiración si se pensaba que un espíritu bueno se había apoderado de él, o con horror si su conducta peculiar se atribuía a la penetración de un espíritu maligno. En este último caso se recurría al exorcismo, y/o los encantamientos; en casos extremos los brujos y los chamanes a cuyo cargo estaba el tratamiento, empleaban la flagelación y el hambre como recursos más energéticos. (De la Fuente, 1960.)

Por algunos escritos se considera que el pensamiento de los antiguos chinos, hebreos, caldeos, asirios, y egipcios fue igualmente mágico y animista ya que las perturbaciones mentales eran atribuidas a demonios que se apoderaban de los individuos. En el papiro Ebers (1500 A. C.) se mencionan ciertos trastornos mentales relacionados con espíritus malignos. En el Ayur-Veda (1400 A.C) el sistema médico más antiguo de la India, se establece una clasificación de enfermedades mentales debidas a posesión demoníaca (De la Fuente, 1960).

Aunque algunas de las aseveraciones planteadas anteriormente relacionadas con la salud y llevadas a cabo en tiempos ancestrales se basan en pensamientos mágico-religiosos, es decir, que atribuyen situaciones a factores meramente no comprobables, han sido determinantes en la evolución del concepto de salud y enfermedad e incluso en la actualidad, se siguen tomando en cuenta algunos pensamientos de esta índole aunque adecuándolos al contexto actual.

1.1. Civilizaciones Griega y Romana

Durante la época clásica de estas civilizaciones, la griega produjo la mayor parte de las expresiones emocionales e intelectuales que prevalecerían inclusive en la actualidad en el hombre occidental.

Álvarez (2002), comenta que en la antigua Grecia la perfección y la hermosura eran consideradas como el ideal. Esta forma de entendimiento de su sociedad y la persona en sí, tuvo como resultado que las personas que enfermaban fueran consideradas como seres inferiores, así como la enfermedad una maldición de sus dioses.

Floréz-Alarcón (2006) refiere que debido al razonamiento científico de Hipócrates (460-370 A.C.) y de sus discípulos, se pudieron llevar a cabo observaciones clínicas y hacer inferencias mediante conceptos que no sólo trascienden al pensamiento demonológico, sino que incluso superan a las ambiciosas teorías generales. Hipócrates, expresó el punto de vista de que el cerebro es el órgano del pensamiento y su creencia de que las enfermedades de la mente tienen, como cualquier otro padecimiento, causas naturales. Morales (1999) explica que Hipócrates consideró la enfermedad como un proceso que afecta al individuo integralmente, señalando que la existencia del organismo está determinada por cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y negra, así la salud es una consecuencia del equilibrio entre estos.

Por otra parte, Platón (429-347 A.C.) consideraba que el equilibrio entre el cuerpo y el alma es un elemento importante en la salud y que los desórdenes mentales pueden deberse a trastornos morales o corporales. Areteo (30-90 D.C.) señaló la relación ente ciertos rasgos psicológicos de las personas y su relación con las enfermedades “mentales”, fue el primero en describir las fases maniaca y melancólica de la psicosis como expresiones de una misma enfermedad, así como en expresar con toda claridad el concepto de que ciertas enfermedades físicas tienen causas psicológicas cuando hace mención de los trastornos de la mente y de la emoción como una de las causas de la parálisis. Galeno (130-200 D.C.) además de sus contribuciones de la anatomía del sistema nervioso, señaló diversas causas para las enfermedades mentales como lesiones en la cabeza, alcoholismo, el periodo de la adolescencia, la menstruación y fracasos amorosos entre otros (De la Fuente, 1960).

De acuerdo con lo planteado se podría mencionar que durante este periodo, grandes pensadores y filósofos empezaban a cuestionarse sobre la naturaleza de las enfermedades y comenzaban a identificar contradicciones entre sí. Algunos concebían la enfermedad como algo natural, sin la intervención de aspectos religiosos, a diferencia de las ciencias en tiempos ancestrales, sin embargo, se empezaba a considerar la relación entre situaciones emocionales que repercutía en la enfermedad.

1.2. Renacimiento

De la Fuente (1960), explica que el estudio de la mente quedó en el campo de los intereses del clérigo y del filósofo especulativo, así el médico se limitó al estudio de las operaciones corporales. Esto se tradujo en una separación entre la psicología y la medicina, cuyas consecuencias fueron notables en el desarrollo de ambas: por una parte la psicología desligada del resto de las ciencias naturales, no participó del desarrollo de ellas y el esfuerzo de sus estudios se desvió hacia la especulación metafísica. A su vez, el médico dedicado al estudio del cuerpo, se olvidó de las concepciones personológicas de la enfermedad (Cantú y López, 2009).

La última parte del siglo XV, XVI y XVII, fueron épocas de transición durante las cuales el humanismo, racionalismo, la reforma religiosa y el desenvolvimiento de la ciencia natural debilitaron el orden natural y prepararon la cosmología moderna. Morales (1999), argumenta que se comenzó a incorporar el método científico y así se desarrolló la estructuración de dos cuerpos teórico-prácticos: la medicina clínica (paradigma individual-reduccionista) y la medicina social (paradigma social expansivo).

Para la primera parte del siglo XVI, los conceptos demonológicos que habían obstaculizado por siglos el progreso de la ciencia médica y principalmente de la psicología, comenzaron a ser atacados por personajes como Paracelso

(1493-1541) quien afirmó que las enfermedades mentales pueden tener causas psicológicas y recomendó el uso del magnetismo corporal como tratamiento. Aunque rechazó las teorías demonológicas, estaba convencido de que la luna y otros astros ejercen una influencia sobrenatural sobre el cerebro. San Vicente de Paul (1576-1660) declaró que las enfermedades mentales no son diferentes de las enfermedades corporales y que ambas clases de enfermos requieren la misma ayuda (De la Fuente, 1960).

Para estos periodos donde el conocimiento y las nuevas ideas eran determinantes, los conceptos de salud y enfermedad fueron alejándose de atribuciones religiosas, ofrecieron un panorama más amplio llegando a entender la enfermedad como un solo elemento. Ya no se creía que las personas estaban poseídas y que por tal motivo, estas merecían ser dañadas para deshacerse de esta posesión, sino que se clarificaron cada vez más los conceptos, atribuyendo aspectos conductuales y/o psicológicos a los procesos de enfermedad, así como también empezaron a surgir los cuidados de salud en general (Cantú y López, 2009).

1.3. Siglos del XVIII al XIX.

La ilustración como se conoce a la ideología escéptica y racionalista del siglo XVIII y cuyos objetivos principalmente se basaban en la razón y el conocimiento, representó un movimiento intelectualista de gran alcance.

Al respecto Álvarez (2002) comenta que surgieron nuevas formas de organización social llamadas estados, empezaron a hacerse cargo de las diversas actividades de la sociedad, teniendo un papel activo dentro de la creación del derecho social y económico mediante la implementación de leyes, de esta manera uno de los objetivos principales era precisamente la salud, en donde se tenía la idea de que la salud del pueblo concierne a toda la sociedad. Se obtuvo un nuevo conocimiento sobre la forma en que debe de entenderse el origen, distribución y

sobre todo diversas maneras de solución a los problemas de salud que se plantean en la nueva forma de organización social por grupos que asumen el poder. A su vez, se realizó una nueva definición del enfermo, concibiéndose como la persona que no podía trabajar o bien que no era productiva.

Durante el siglo XIX la medicina y sus practicantes adquirieron su connotación de científicos, en tanto que sustentaron sus conocimientos y su práctica en una serie de fundamentos teóricos y metodológicos que les permitió un accionar sistemático (Fernández y Reynoso, 1983). De esta forma, como consecuencia del establecimiento del modelo biomédico en el siglo XIX surgieron grandes progresos científicos y tecnológicos en todos los campos de la medicina, desde la química hasta la fisiología, que permitieron superar algunas de las principales causas de enfermedad y muerte que habían asolado al mundo en la antigüedad. Sin embargo, surgieron diversas críticas y cuestionamientos ya que era insuficiente para explicar muchos problemas de salud e ignoraba las variables psicológicas y sociales. Las principales críticas a los supuestos modelos son:

- Intransigencia al no reconocer los determinantes psicológicos, sociales y culturales en la salud / enfermedad (Kato y Mann, 1996, Roa, 1995 y Vega, 2002)
- La decisión de buscar ayuda médica resulta más del malestar o angustia asociada a los problemas cotidianos que a una patología orgánica concreta (Mechanic, 1980; citado en Ballester, 1997).
- La Bio-Medicina no presta suficiente atención a la experiencia del paciente, especialmente cuando no hay patología orgánica y sus tratamientos a veces pueden incluso empeorar el malestar que experimenta éste, por una mecanización innecesaria.
- En la provisión de cuidados sanitarios deberían estar implicadas otras disciplinas tales como la Psicología, sin embargo, la organización basada en el modelo biomédico pone barreras a esta colaboración.

Ya entrados en el siglo XX, los médicos tuvieron la exclusiva en este campo como lo mencionan entendiendo la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales, utilizando diversos métodos.

Hablar de las definiciones del proceso salud-enfermedad es como hablar de las definiciones de paz y amor, por tal motivo a finales del siglo XX nace una nueva concepción de este proceso como se mencionará en el siguiente apartado.

CAPÍTULO 2. CONCEPCIÓN ACTUAL DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud está definida como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”, en México esta definición es aceptada por el sector salud y además le agrega que “ el gozar de un nivel más alto de salud posible constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política y condición económica o social” (Reynoso y Seligson, 2000, pág. 35). Puede entonces conceptualizarse a la salud no solamente como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso dinámico de adaptación a los cambios del medio ambiente tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

Tal noción de salud-enfermedad se ha venido modificando con el tiempo, gracias a los avances en la investigación médica, psicológica y sociológica. Existen estudios que demuestran que no todas las enfermedades son generadas por agentes patógenos, sino que, en algunas colaboran como factores etiológicos, ciertos aspectos de la naturaleza psicológica y que inicialmente se incluyeron en las taxonomías médicas como trastornos “funcionales”, en donde no existe una causa física aparente (Landa, 1999).

Los datos anteriores son el punto de partida para evidenciar cuales son los principales obstáculos que se interponen en el camino del psicólogo de la salud y su práctica, al respecto se puede decir que, *“se ha pretendido entender los problemas de la salud y la enfermedad como un problema empírico con múltiples dimensiones, cada una de las cuales ha sido estudiada por separado por la biología, la química, la física, la antropología, la sociología la economía y por supuesto la psicología”* (Borja, 2000 pág, 10).

Afortunadamente el problema de la salud y enfermedad no se agota en las definiciones biomédicas desarticuladas, ya que las otras dimensiones del análisis reclaman atención y ello fue reconocido incluso por la OMS, según lo menciona Morales (1997, citado en Borja, 2000).

A inicios del siglo XX los supuestos del modelo biomédico clásico se modifican porque se inicia el reconocimiento del importante papel que tienen los aspectos psicológicos y sociales en el proceso de salud y enfermedad, dando lugar a un nuevo modelo de la relación mente-cuerpo y al modelo biopsicosocial de salud enfermedad. Los principales cambios se centran en el papel protagónico de la conducta del paciente y su entorno social, tanto para la génesis como para el tratamiento y la prevención de la enfermedad (Taylor, 1986).

Estos hallazgos tuvieron distintas repercusiones en el campo de la salud. Por un lado se puso en evidencia la inadecuación del modelo médico clínico en la explicación de la salud – enfermedad. Por otro lado se dio un giro en los objetivos del campo, pues ahora; *“la meta no es ahora eliminar las causas de la enfermedad, sino la prevención primaria y la promoción de la salud”* (Rodríguez, 2003 pág. 35).

Es por eso que al hablar del proceso de salud-enfermedad por tradición se piensa en un área que históricamente ha sido del dominio de los médicos, ante esta situación el panorama de salud parece poco optimista ya que si a todo esto se le agrega que las actividades de planeación y organización de los servicios de la salud se encontraban dirigidas fundamentalmente por médicos, puede entenderse por qué los programas operativos muchas de las veces se desarrollaban unidisciplinariamente (Reynoso y Seligson, 2000).

Como conclusión, se puede determinar que las definiciones de salud están influidas por distintos factores y en la actualidad no se ha llegado todavía a un acuerdo entre modelos, pero se han logrado avances al considerar los elementos

psicológicos como parte de la salud, ya que con esta concepción, profesionales como el psicólogo comienzan a integrarse a este campo laboral.

Las concepciones históricas del proceso salud-enfermedad limitaban la actividad del psicólogo que pretendía intervenir en este ámbito, sin embargo, la última definición de la OMS contempla la actividad multidisciplinaria como un factor indispensable para el desarrollo adecuado de programas de intervención en el sector salud. A partir de esto surge un área de la psicología enfocada al abordaje de la salud: la Psicología de la Salud.

CAPÍTULO 3. ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

La psicología surgió a partir de la medicina y la filosofía, aunque si bien los antecedentes confirman que siempre han tenido una relación estrecha, pareciera que hoy en día son disciplinas completamente distintas, sin embargo, se han ido conjuntando de acuerdo a las diversas fuentes de trabajo, los distintos profesionales y las múltiples aplicaciones cuya consideración resulta importante.

La psicología comenzó a alcanzar respeto como ciencia independiente, por medio de la actividad realizada en laboratorios y la aplicación del pensamiento positivista, entre las últimas dos décadas del siglo pasado y las primeras del actual, con trabajos y aportes de estudiosos tales como Watson, James, Freud, Bidet, entre otros (Morales, 1999).

Sigmund Freud, fue formado como médico, durante su experiencia se dio cuenta que algunos pacientes mostraban síntomas de enfermedades físicas aun sin tener algún tipo de daño orgánico. Así usando algunos principios de su teoría psicoanalítica afirmaba que dichos síntomas eran producto de algún conflicto emocional, es decir, que estos conflictos emocionales estaban “convertidos” en síntomas físicos (Sarafino, 2002).

Años más tarde cerca de la década de los treinta, surge la medicina psicosomática. El término psicosomático no significa que los síntomas de los pacientes sean imaginarios, sino que la mente y el cuerpo son una sola entidad. Sus fundadores eran principalmente de formación médica, como su líder el psicoanalista Franz Alexander y el psiquiatra Flanders Dunbar (Sarafino, 2002). Hoy en día, de acuerdo con Landero y González (2009), los síntomas psicosomáticos se refieren a las dolencias físicas para las que no se tiene la opción de considerarlas como un diagnóstico médico, en el que éstas se expliquen. Algunas de las enfermedades o síntomas que pudieran tener cierta

relación y en los que se ha trabajado son, por ejemplo, el asma, las úlceras, hipertensión, diabetes, entre otras.

3.1. Psicología Clínica.

Morales (1999) explica que la psicología clínica es uno de los modelos más antiguos y comienza a finales del siglo XIX, asociada al trabajo de instituciones para enfermos mentales. En 1896, Witmer establece la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania, aplicando métodos de laboratorio de la reciente psicología experimental a problemas de casos individuales. Se desarrolló el “enfoque de equipo”, el cual consistía en que los neurólogos colaboraban con los psicólogos clínicos en el estudio de casos.

Más adelante, en 1931, la American Psychological Association, elaboró un modelo sobre cómo debía de ser la formación del psicólogo clínico. Este modelo estaba principalmente enfocado en la enfermedad más que en la salud y hacia el individuo más que al grupo o la comunidad, teniendo como referencia la “enfermedad mental”.

3.2. Psicología Médica.

Existen diversas definiciones del concepto de Psicología Médica, entre los cuales abarcan temas como los principios psicológicos aplicados a la problemática en la medicina, así como los distintos factores psicológicos que intervienen en la práctica médica. En general, predominó la idea central de la aplicación de conocimiento psicológico a la comprensión de aspectos emocionales y conductuales del enfermo (Morales, 1999).

La psicología médica tiene en su campo el conjunto de experiencias y conceptos propios de la psicología que pueden ser puestos en práctica en el campo de la medicina. Sus límites son necesariamente un tanto imprecisos y

pueden a veces confundirse con los de otras ramas de las ciencias del hombre y con los de la psiquiatría, considerada como especialidad médica. Sin embargo, el propósito de formar un campo aparte que deje a un lado aquello que es del campo exclusivo del psicólogo y del psiquiatra obedece a una necesidad práctica: *“ni es posible que los médicos sean psicólogos clínicos, ni tampoco se les puede pedir que dominen la técnica del especialista”* (De la Fuente, 1960, pág. 46). Lo que verdaderamente necesitan es tener a su disposición concepciones y técnicas psicológicas que sean aplicables en la práctica cotidiana de una medicina integral.

De la Fuente (1960) afirma que es importante aclarar desde el principio algunos conceptos importantes que engloban las principales aportaciones de la psicología al campo de la medicina, y de las ciencias biológicas al campo de la psicología.

a) Psicogénesis de los síntomas corporales

Proceso etiológico similar al proceso de la infección bacteriana. Para comprenderlo, basta que los conflictos psicológicos de los enfermos sean tomados en cuenta y estudiados con la misma objetividad y detenimiento con que se estudia el funcionamiento del hígado, intestinos o el corazón. Así se puede comprobar que los conflictos psicológicos son tan efectivos para alterar la función de un órgano, como los microorganismos o las toxinas. De esta manera, el criterio psicogenético, permite apreciar que en algunas circunstancias, cierto síntoma puede ser la expresión simbólica de un conflicto mental o bien como una respuesta de un organismo a estímulos emocionales ya sean persistentes o recurrentes.

b) Represión e inconsistente dinámico

Una de las aportaciones más importantes de la psicología al campo de la medicina fue el descubrimiento de Sigmund Freud; el cual hace referencia a que ciertos impulsos, tendencias y afectos pueden ser expulsados de la conciencia y permanecer fuera del campo de advertencia del sujeto, sin que por ello dejen de

ejercer una poderosa influencia sobre su conducta. Freud demostró que gran parte de la vida mental transcurre inconscientemente sin que nos percatemos de ello. Además postuló la teoría de que un mecanismo fundamental al que llamó represión, protege al individuo al eliminar del campo de su conciencia la presencia de impulsos y tendencias que afectarían en forma importante a su equilibrio mental. Un aspecto importante de considerar es el hecho de que no sólo las emociones reprimidas, deben de ser tomadas en cuenta como un factor psicológico en diversos padecimientos orgánicos.

- c) Papel central de las emociones en la determinación de la conducta y el equilibrio orgánico.

Las emociones son el verdadero motor de la conducta, dicha afirmación ha sustituido gradualmente al de la psicología tradicional que atribuía el papel más importante a la voluntad y a los procesos intelectuales.

- d) Concepto unitario de salud y enfermedad

La enfermedad no es suficientemente comprensible como un evento aislado sino como algo que se encadena en forma indisoluble con el resto de la biografía personal. Cuando se está enfermo, el padecimiento que agobia no pudo haber ocurrido en la persona de no ser porque, en un momento biológico y psicológico, factores físicos, químicos u orgánicos y acontecimientos personales dependientes de nuestra relación con otros individuos, han coincidido en un organismo cuya historia personal determina su vulnerabilidad a los agentes ofensores.

- e) Importancia de la relación médico-enfermo

Esto ha representado el análisis por métodos psicológicos de una noción tradicional, por una parte la personalidad del médico como catalizador de los procesos de recuperación del organismo enfermo. Desde la psicología, se ha demostrado que el médico influye sobre el paciente por medio de una interacción

dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, dependencia, transferencia, sugestión, así como la catarsis y el apoyo emocional.

3.3. Medicina Conductual

Este término lo propuso Lee Birken en 1973, como subtítulo del libro *Biofeedback; Behavioral Medicine*. En un principio podemos considerar que el término se refiere particularmente al uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas (Floréz-Alarcón, 2006).

A partir de la conferencia de Yale sobre medicina comportamental, celebrada en 1977 y la reunión del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978 (citado en Reynoso y Seligson, 2005), se concretó el concepto de medicina comportamental quedando establecido como: “El campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamentales y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1977, pág 24).

Se entiende como una continuación del modelo de la psicología médica y se define como un campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad (Miller, 1983 citado en Morales, 1999). Para revisar la historia de la medicina conductual se analizan tres etapas, a) uso del conjunto de técnicas de tratamiento para cambiar el comportamiento principalmente utilizadas en la enfermedad mental y que a su vez sirvieron en la aplicación para otro tipo de enfermedades, b) actividad en el campo de la bioretroalimentación (biofeedback) la cual ayudaba a efectuar cambios fisiológicos que se podían comprobar y c) comenzaba a dirigirse la

atención a las principales fuentes de mortalidad en adultos como lo eran el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Según Carrobles (1984, citado en Morales, 1999) los problemas de salud son multifactoriales y no exclusivos de un enfoque o un profesional determinado, sino patrimonio de varios enfoques y profesionales.

3.4. Psicología Comunitaria.

Se ocupa del bienestar de las distintas subcomunidades dentro del orden social más amplio, entendiendo la comunidad como un subgrupo diferenciado por compartir ciertos aspectos de la sociedad que forma parte. Sus componentes serían tres: a) desarrollo de recursos humanos, b) actividad o acción política, c) método científico para obtener información y conocimientos (Sánchez, 1996).

En la década de los sesentas en los Estados Unidos, Morales (1999) refiere que la psicología aplicada se orientó hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, por tanto la comunidad se torna objeto de intervención. Es importante explicar que en sus inicios el interés estaba orientado hacia la prevención de enfermedades mentales, por lo que se llamó también Movimiento por la Salud Mental Comunitaria.

Por su parte Sánchez (1996) define el concepto de psicología comunitaria como el campo de estudio de la relación en los sistemas sociales, principalmente comunidades y comportamiento humano, así como de su aplicación a la resolución preventiva de los problemas psicosociales y del desarrollo humano integral, desde la comprensión de los determinantes socioambientales de ambos, a través de la modificación racional e informada de los sistemas sociales, de las relaciones psicosociales en ellos establecidas y del desarrollo de la comunidad; todo ello, desde la máxima movilización posible de los propios afectados como sujetos activamente participantes en los cambios, no como objetos pasivos de ellos, es decir, busca la forma de intervenir en la prevención de los problemas

psicológicos, psicosociales, así como el desarrollo positivo de las personas, a partir de la generación de alternativas y el desarrollo de los sistemas sociales en que se encuentran las personas. Entre sus intereses principales se encuentran el cambio social y el desarrollo humano.

Si bien podemos considerar a la Psicología Comunitaria, como una disciplina preocupada por el bienestar grupal, en donde sus integrantes pudieran ser los protagonistas del cambio; ya sea a nivel de variables de salud o bien de las normas por las que se rigen, incorporando a su vez la prevención como herramienta de cambio.

3.5. Sociología Médica

Konz (2005) argumenta que la sociología médica se centra en la socialización de los profesionales del cuidado de la salud, es decir, la relación entre los profesionales y el paciente, así como el estudio de los sistemas de instituciones de la salud y la ética médica.

Por otra parte la Epidemiología es el campo de la medicina que se centra en el estudio de la incidencia y control de las enfermedades así como los problemas que se presentan en la salud pública. Todo esto ha contribuido significativamente en el área de la Psicología de la Salud.

3.6. Diferencias principales entre conceptos

Después de revisar los argumentos anteriores, se entiende que la medicina conductual y la medicina psicosomática fueron términos que evolucionaron a partir de la psicología médica, en donde estas subdisciplinas en conjunto con otras mencionadas tenían en ese momento objetivos de estudio similares, es decir, aspectos conductuales y emocionales relacionados a la enfermedad. Sin embargo, estas subdisciplinas varían en cuanto a la formación profesional de sus

integrantes, la medicina conductual está formada por un conjunto de médicos y psicólogos conductuales, mientras que la medicina psicosomática se formó con médicos psiquiatras, psicoanalistas o bien psicólogos formados desde un enfoque dinámico.

Al evolucionar el conocimiento y teniendo diversas disciplinas de la salud involucradas, se comenzaron a dirigir los esfuerzos hacia una aproximación (Modelo Multidisciplinario), donde aspectos biológicos, psicológicos y sociales afectan la salud, ya no visto desde una postura individual y de enfermedad, sino como una grupal y de salud. Lo que vendría a establecer más adelante el término de Psicología de la Salud (Cantú y López, 2009).

Se considera que la conducta general de las personas se rige por diversas variables, las conductas que tienen que ver con la salud o la enfermedad no son la excepción; de esta manera el rol de los factores biológicos, psicológicos y sociales son aspectos que vale la pena considerar a la hora de entender las conductas o tratar de intervenir en ellas. De ahí la importancia en la formación de un concepto que trate de englobar las variables primordiales de estudio.

Los puntos anteriores demuestran aspectos clave a considerar referente a los elementos psicológicos y sociales dentro del contexto tradicional de salud, cómo también el papel de éstos durante el transcurso de la enfermedad y las relaciones sociales con personas cercanas o bien con los mismos profesionales de la salud, todo lo anteriormente mencionado hizo que poco a poco se le prestara más atención al papel de nuestra disciplina para poder llegar a formar lo que actualmente conocemos como la Psicología de la Salud.

CAPÍTULO 4. PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA SALUD

La psicología de la salud fue definida originalmente por Matarazzo en 1980, como el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la identificación de diagnósticos de salud, enfermedades y disfunciones. Posteriormente Millon, Green y Meagher (1982), señalaban que la psicología clínica de la salud tenía que ver con la aplicación del conocimiento y métodos en los campos sustantivos de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud física y mental del individuo, además de la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de problemas físicos y mentales en los cuales la influencia psicológica favorezca para aliviar el estrés o la disfunción (Reynoso y Seligson, 2005). A partir de esto, definimos a la psicología clínica de la salud como un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta, el cual se vuelve de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, es decir, la prevención, diagnóstico, intervención o tratamiento y rehabilitación; enfatizando que el campo de estudio de la psicología de la salud es multidisciplinario por naturaleza, ya que es necesaria como lo hemos venido planteando anteriormente, la integración de los profesionales de la salud (médicos en sus diversas especialidades, odontólogos, optómetras y psicólogos, entre otros) en beneficio de la población afectada.

Como lo refieren Cantú y López (2009) la psicología de la salud es un campo relativamente nuevo con respecto a ciertas formas de investigación en problemas psicofisiológicos y médicos; a pesar de que el interés en la interacción entre la conducta y la enfermedad es tan antiguo como la práctica de la medicina misma como lo revisamos en el capítulo 1, sin embargo el trabajo sistemático de esta disciplina es muy reciente. Floréz-Alarcón (2006,) refiere que a través de la historia las intervenciones del psicólogo han sido asociadas con el trabajo en educación y rehabilitación y en fechas más recientes, con diversos problemas

clínicos como depresión, habilidades sociales, etc., pero no se le había relacionado con enfermedades físicas.

La psicología de la salud puede ser considerada como un área derivada de la terapia conductual donde se han realizado numerosas investigaciones sobre la conducta humana, la enfermedad y la prevención de la misma a través de cambios conductuales. De tal manera, es importante identificar aquellas conductas que posibiliten la ejecución de un repertorio conductual, para favorecer la modificación de su condición fisiológica contribuyendo a un adecuado estilo de vida.

Algunas razones del crecimiento de la psicología de la salud a partir del decenio de 1980-89, como lo comenta Floréz-Alarcón (2006) fueron:

- La insuficiencia del modelo biomédico para explicar claramente las conductas de salud enfermedad.
- La importancia que se le dio a la calidad de vida y a la prevención de la enfermedad.
- El importante cambio a finales del siglo XX de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-degenerativas como principales causas de mortalidad, lo cual dio la pauta para abocarse a la atención en los estilos de vida saludables y el incremento en la investigación aplicada sobre estos problemas.

Con relación a las conductas de salud, varios autores como Stone, Cohen y Adler (1979), Reynoso y Seligson (2005) han propuesto modelos generales que sirven como marco de referencia, tanto para dirigir las investigaciones como para integrar sus resultados; elaborando un modelo que incide en el concepto de sistema de salud y en los problemas de interacción que se producen en el mismo. Este sistema conlleva implicaciones complejas entre sus diversos componentes, que alcanzan desde su dependencia de las estructuras políticas hasta el rol que adoptan las personas como enfermos, sus conductas de salud y de enfermedad, o

la función que la sociedad les atribuye en tanto individuos sanos o enfermos. Estos autores diferencian entre las conductas de salud y las reductoras de riesgo.

Las conductas de salud hacen referencia e incluyen a todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, por ejemplo, seguir un régimen alimentario sano o hacer ejercicio físico, en tanto que las conductas reductoras de riesgo son las que contribuyen a disminuir la probabilidad de ocurrencia de un problema asociado con alguna enfermedad; esto incluye conductas aparentemente dispersas como lavarse las manos después de ir al baño, dejar de fumar o usar el cinturón de seguridad del automóvil.

Además de estar implicadas en los procesos de salud-enfermedad, las conductas de salud se caracterizan por ser inestables y hasta cierto punto autónomas o independientes; esto último se refiere a la poca relación que existe entre distintos comportamientos en una misma persona, es decir, el hecho de que un individuo lleve a la práctica ciertas conductas saludables no predicen de ninguna manera que también ejecutará otras; de modo que una persona que hace ejercicio quizá siga fumando, o un joven con un estilo de vida sano en lo general, tal vez no utilice condón en alguna relación sexual no anticipada.

Otro aspecto que Reynoso y Seligson (2005) refieren importante relacionado con las conductas de salud, es su inestabilidad en el tiempo; algunas de las razones de eso son:

- a) Las diferentes conductas están bajo el control de factores distintos en la misma persona.
- b) Una misma conducta de salud puede estar bajo control de varios factores en diferentes personas.
- c) Los factores que controlan una conducta de salud quizá cambien a lo largo del desarrollo de la misma.
- d) Los factores que controlan una conducta de salud tal vez cambien a lo largo de la vida de una persona.

En varios países como lo refieren Becoña y Oblitas (2000) se acepta la existencia de un modelo integral de salud donde se combinen, entre otras, a la ciencia médica y conductual, ya que se reconoce como una alternativa valiosa para entender las relaciones entre conducta y salud-enfermedad, puesto que es indudable que hay conductas que fomentan la salud y conductas de riesgo, además de que la enfermedad altera el comportamiento y a la inversa, hay conductas que posibilitan la ocurrencia de enfermedades.

Lamentablemente, en México aún no se logra el completo reconocimiento de la labor del psicólogo en el campo de la salud, ya que está subordinada a la labor del médico, por ello el trabajo es arduo y deberá enfocarse hacia el cumplimiento de las siguientes premisas básicas de la función del psicólogo en el campo de la salud que proponen Reynoso y Seligson (2005):

- Cambios en la conducta (estilos de vida) pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades.
- La conducta y su relación con factores ambientales incrementan el riesgo de ciertas enfermedades crónicas.
- Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

Las principales áreas de investigación en la psicología de la salud son:

- El estilo de vida de las personas como protector o disipador de enfermedades crónico-degenerativas.
- El papel del estrés en el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas (hipertensión, diabetes, úlceras pépticas, etc.).
- El impacto del medio ambiente en el desarrollo de diversos tipos de neoplasias.
- El papel de regímenes alimentarios y de ejercicio en enfermedades crónicas como la hipertensión, coronariopatías y cáncer, entre otras.

Las líneas de desarrollo de la psicología de la salud pueden ser las siguientes:

- Realizar investigaciones con el objetivo de cambiar el estilo de vida de las personas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas.
- Diseñar y aplicar programas de intervención con el objeto de modificar conductas que por sí mismas constituyan un problema.
- Intervenir con el objetivo de enfocar el cambio de conducta hacia la persona que proporciona cuidados en el área de la salud con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios.
- Diseñar y aplicar programas para mejorar la adherencia terapéutica, entendida como el seguimiento de instrucciones del régimen de tratamiento, ya sea médico o conductuales.
- Diseñar y desarrollar programas para prevenir algunas enfermedades crónico-degenerativas.

La prevención y el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas representan un gran reto en conjunto tanto para la tecnología conductual como para la medicina.

Desde el punto de vista de Cantú y López, (2009) la psicología clínica de la salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, percibe la prevención como fundamental. Actualmente existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y problemas de riesgo, para las cuales es factible establecer programas preventivos.

A través de esta breve revisión se han señalado las bases conceptuales desde las cuales surge el trabajo del psicólogo clínico de la salud. Así como el área de aplicación, además es importante señalar que la psicología de la salud existe como un vasto enfoque que permite abordar el fenómeno salud-enfermedad en diferentes niveles convergentes en la mejoría y mantenimiento de la calidad de la vida de la población afectada. Sin embargo, debe insistirse en la inserción del psicólogo dentro del sector salud, promoviendo una mejor formación profesional

de éste, en materia de políticas de salud, intervención en sus cuatro niveles, así como en educación para la salud.

En algunos países como Estados Unidos y Cuba, la psicología de la salud tiene reconocimiento. El psicólogo forma parte del equipo que labora en los centros hospitalarios; sin embargo, como se comentó anteriormente, en México no se considera relevante su integración. Para ejemplificar lo anterior, podemos mencionar que el espacio laboral para el psicólogo de la salud no existe de manera formal, no sólo se puede detectar este hecho por la carencia de publicaciones o porque no está contemplada en los programas de estudio de licenciatura, sino por las estadísticas generales de la misma psicología, y las del sector salud (Ramírez, 1996).

4.1. El perfil profesional del Psicólogo de la Salud

Tomando como base la definición de Matarazzo, el psicólogo de la salud tiene distintas funciones: la promoción y el mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos racionados con la enfermedad, estudio de los factores psicoambientales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del sector (Vega 2002).

Respecto a lo anterior la OMS citó cuatro actividades en las cuales los psicólogos pueden desempeñar un papel importante:

- El desarrollo de políticas de salud y la promoción, coordinación, evaluación y sostén de programas en todo el mundo.
- Mejor entendimiento de los factores psicoambientales en la promoción de la salud y el desarrollo humano.
- Prevención, control del abuso de alcohol y drogas y conductas sexuales de riesgo.

- Prevención y tratamiento de desordenes mentales y neurológicos (OMS, 1983; cit. en Holtzman, 1993).

De este modo, se establece que las anteriores actividades se distribuyen en tres dimensiones: 1) la investigación desde básica hasta la evaluación de las aplicaciones; 2) intervenciones dirigidas al individuo cuya salud está en juego y a personas relacionadas con dicho individuo, así como al personal que labora en el sistema de salud y a organizaciones e instituciones, 3) intervenciones psicológicas encaminadas al cambio de procesos corporales por medio de la bio-retroalimentación, modificación de hábitos o de cogniciones con respecto a la salud-enfermedad.

4.2. Escenarios del Psicólogo de la Salud

Los principales contextos donde puede desempeñar las funciones son:

- Instituciones de enseñanza superior.
- Centros asistenciales (Clínicas, hospitales e institutos de salud en los tres niveles de atención).
- En la práctica privada enfocada a la atención individual o de pequeños grupos.
- Empresas públicas o privadas realizando funciones de capacitación en salud ocupacional.

Las principales funciones que realiza este profesional son:

- Evaluación y diagnóstico
- Promoción y mantenimiento de la salud
- Prevención
- Tratamiento
- Investigación
- Formulación de políticas de la salud

A continuación se desglosarán las características de cada función.

4.2.1. La Evaluación

La evaluación es una función importante del psicólogo de la salud, ya que lleva al diagnóstico de comportamientos y procesos de riesgo asociados a patologías físicas, a la valoración de intervenciones bio-psico-ambientales y de los sistemas de salud.

Las estrategias de evaluación en Psicología de la Salud están determinadas por dos tradiciones; a) la procedente de la Psicología de la Salud y b) la procedente de la Medicina Conductual. Desde la primera perspectiva, se enfatizan las variables personales y los métodos utilizados son las entrevistas, los autoinformes y las escalas de apreciación y, desde la segunda tradición, se toman en cuenta las variables moleculares (psicofisiológicas y conductuales) y los métodos propuestos tienen que ver con el registro mediante instrumentación y aparataje o la observación en situaciones controladas (Fernández Ballesteros 1995).

Por otra parte Roa (1995) menciona que los métodos utilizados en este campo son: a) el modelo biopsicosocial, que tiene el objetivo de evaluar de forma general al paciente a través de las dimensiones, biológica, personal y ambiental, que consiste en una historia clínica detallada y multidisciplinaria; pero que no aporta información acerca de los comportamientos a modificar y no tiene el propósito de establecer relación funcional entre los datos obtenidos; y b) la evaluación multisistema de estrés y salud, que valora las fuentes de estrés, el afrontamiento y la adaptación del individuo, así como a los sistemas matrimonial, familiar y laboral implicados en este proceso.

De esta forma en la evaluación se recogen datos sobre cuatro fuentes de información:

- El individuo
- Sus allegados
- Los especialistas
- Y la procedente de aparatos e instrumentos específicos que permiten amplificar o detectar varias respuestas del organismo y su contexto.

Los profesionales de la psicología deben de tomar en cuenta ciertos problemas metodológicos en esta actividad, que de acuerdo con Fernández Ballesteros (1995) se sitúan en tres puntos:

- Las distorsiones de respuesta en los autoinformes de salud.
- La relación existente entre escalas de apreciación de otros y autoinformes de salud.
- La importancia de seguir ciertas normas en la traducción y adaptación de instrumentos construidos en otras culturas y contextos.

4.2.2. Promoción y mantenimiento de la salud

La salud es el estado general del organismo humano que puede ser prolongado si se atiende tanto a la conducta de los individuos como a la cultura de las sociedades. De esta manera, una de las habilidades que debe poseer el psicólogo es la de promover la salud en la comunidad y dar servicio a la misma o a sus individuos (Rodríguez y Palacios, 1989). Las intervenciones relacionadas con esta área, están orientadas a promover conductas de salud. Activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada. Las técnicas que se utilizan con frecuencia son: el condicionamiento operante, el reforzamiento y la reestructuración cognitiva.

Según Sheridan y Radmacher (1992) los psicólogos pueden dar entrenamiento a las personas para que desarrollen habilidades y mejorar su estilo de vida, este tipo de entrenamiento incluye, manejo del estrés, entrenamiento en

asertividad, relajación y manejo adecuado del tiempo y nutrición, estos programas son más efectivos si se aplican a grupos escolares o a nivel comunitario y laboral.

4.2.3. Prevención

Está se refiere a la prevención primaria y secundaria, que consiste en la reducción de factores de riesgo asociados a diversas enfermedades incluye programas dirigidos a personas que tienen conductas de alto riesgo como nutrición inadecuada, baja o nula actividad física, estrés, abuso de sustancias, entre otras. La línea divisoria entre la promoción de la salud y la prevención es difícil de precisar, en la práctica las medidas en uno y otro sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta (Morales, 1999).

La prevención primaria está definida por Ardila (2000) como:

- El conjunto de actividades encaminadas a reducir el riesgo y la aparición de problemas de salud, a propiciar y reforzar factores protectores y las actitudes de la comunidad- incluyendo personal de salud que permitan la detección de los problemas y el acceso a los servicios disponibles.

En lo referente a la prevención secundaria, ésta es relevante una vez que la persona ha desarrollado una condición en la cual se tiene el riesgo de incrementar un daño, tal condición puede ser hipertensión, arteriosclerosis o diabetes entre otras (Di Matteo y Di Nicolás, 1982). Por lo tanto su objetivo es impedir el avance de una condición patológica estimulando la modificación de los comportamientos relacionados con la enfermedad; siendo condiciones más importantes la adherencia al tratamiento y la reorganización práctica de los servicios.

4.2.4. Tratamiento

El tratamiento se refiere al tercer nivel de prevención, que se compone de distintas técnicas terapéuticas dirigidas a personas con alguna enfermedad, estas técnicas son principalmente de corte cognitivo-conductual.

Dentro de este campo Tulkin (1987; cit. en Roa, 1995) divide las intervenciones del psicólogo en seis áreas.

- 1) Tratamientos alternativos no farmacológicos, que incluyen enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos como la migraña.
- 2) Tratamiento psicológico como intervención primaria, que se da cuando los tratamientos médicos tradicionales fracasan.
- 3) Tratamiento psicológico auxiliar, que se aplica cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos como el estrés.
- 4) Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos, como la quimioterapia, trasplantes de médula, etc.
- 5) Adaptación a enfermedades crónicas, aquí las intervenciones incluyen estrategias para el manejo del dolor y estrés, adquisición de conductas de adaptación y afrontamiento, y modificación del estilo de vida (como en el caso de la diabetes y principalmente las técnicas de, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, autoverbalizaciones, entrenamiento en habilidades sociales y retroalimentación biológica.
- 6) El cumplimiento, en dónde se aplican estrategias encaminadas a que los pacientes se adhieran a los diversos tratamientos farmacológicos.

Con base a lo anterior, los psicólogos de la salud intervienen utilizando principalmente las técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, reforzamiento y autocontrol con el fin de reducir los malestares, ayudar al individuo a adaptarse a la enfermedad, cumplir con las indicaciones médicas y reducir la angustia causada por trastornos como:

- El dolor crónico
- Asma
- Padecimientos gastrointestinales
- Psicósomáticos
- Hipertensión
- Cáncer
- Estrés

- Diabetes
- Cefaleas

4.2.5. Investigación.

La investigación, consiste en planear, diseñar, y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos saludables. La investigación permite la evaluación de los efectos y el impacto en general de los procedimientos empleados para el control de los factores de riesgo y fomenta la producción de técnicas dirigidas a la prevención, tratamiento de las enfermedades y promoción de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1995).

Sin embargo, en ocasiones la investigación no está vinculada con la práctica, ya que los psicólogos encargados de la intervención no están implicados en el campo, en ocasiones la investigación indaga la naturaleza y propiedades de los procesos psicológicos, sin detenerse mucho en la posibilidad de resolver esos problemas, y por otro lado, el psicólogo se ve en la necesidad de resolver esos problemas independientemente de que se encuentre disponible un cuerpo teórico-metodológico en el cual sustentar sus procedimientos.

Por ello es importante, que este profesional se involucre no sólo en la atención y la prevención, sino a nivel de investigación, ya que puede evaluar sus propios procedimientos, determinando si éstos son funcionales o si hace falta agregar elementos, elaborando nuevas técnicas con la certeza de su efectividad (Vega, 2002).

Las principales contribuciones y tendencias en la investigación en la Psicología de la Salud son según Salinas (1995):

- Estudios relacionados con las conductas de salud: conducta autodestructiva, abuso de drogas, propensión a accidentes, conductas

preventivas de enfermedad, papel del enfermo, ajuste a la enfermedad crónica.

- Estudios del sistema de cuidado de salud: procesos del cuidado de salud, ambientes de tratamiento, aparatos y proveedores del sistema de salud.
- Estudios sobre planeación y movilización de recursos de salud.
- Estudios sobre reducción de amenazas de salud: efectos ambientales y conductas de protección ante desastres, etc.

4.3. Formación de Políticas de Salud

Existen formulaciones de la APA, en cuanto al diseño de políticas de salud elaboradas por psicólogos. Documentos legales como "*A hospital Practice Primer for Psychologist*", "*Hospital Practice: Advocacy Issues*", "*Manual on Alternative Health Care Systems*" legitiman la intervención de los psicólogos en esta área, argumentando y justificando la formulación de políticas a nivel gubernamental e institucional. Sin embargo, el obtener la certificación y la posibilidad de crear políticas de salud enfocadas al cuidado de los factores psicológicos relacionados con el proceso salud-enfermedad no es un camino fácil, hay que tomar en cuenta el difícil papel del psicólogo en esta área y las diferentes problemáticas que existen en las instituciones de salud pública en México el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), ha apoyado recientemente trabajos de investigación y de ciencia aplicada en las enfermedades crónico-degenerativas, hasta hace no menos de 10 años no se encontraba ninguna relación entre lo psicológico y el padecimiento crónico-degenerativo sin embargo, profesionales como la Lic. Cecilia Colunga Rodríguez han abierto el camino de la investigación a nivel institucional con trabajos como:

- Factores psicosociales de la diabetes tipo 2", IMSS 1999-2002.
- "Depresión y Diabetes tipo 2", IMSS 2002-2004.
- "Perfil psicosocial del adolescente con obesidad", IMSS 2005.

Estos trabajos han servido para implementar políticas de salud en el IMSS, políticas que resaltan la importancia de lo psicológico en cuanto a enfermedades crónico-degenerativas, y nos brinda la oportunidad de describir las actividades de los psicólogos de la salud en México.

4.4. El Psicólogo de la Salud en México

Landa (1999) menciona que en un principio la labor del psicólogo en cuanto a los servicios de salud se centró fundamentalmente en la parte de los desordenes mentales, la actividad de este profesional no fue más allá de estos estrechos y ambiguos límites, como una profesión auxiliar y secundaria.

En el caso particular de México algunos de los problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud se pretenden solucionar con estrategias generales, pero no vislumbran la posibilidad real de incorporación de psicólogos, sociólogos, antropólogos etc., que se hagan cargo de programas relacionados directamente con la educación para la salud, participación comunitaria, modificación organizacional de los servicios y otros; estas estrategias y sus programas, siguen siendo dirigidos principalmente por profesionales de la medicina. Esto puede deberse a las fallas en la planeación de las políticas de salud que no toman en cuenta otras profesiones o que son elaborados por el personal que no tiene conocimientos relacionados con el área, así mismo es importante señalar la escasa participación del psicólogo en la elaboración de políticas de salud.

En un estudio realizado por Urbina y Rodríguez (1993) en las distintas instituciones de salud pública, se identificó que el número de psicólogos que laboran en el sector salud es de 1546 aproximadamente, ubicándose el 61% en la Secretaría de Salud (SSA) el 14% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 10% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y el 15% en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), siendo esta última institución la que más

dirige el trabajo de los psicólogos al otorgamiento de servicios psicológicos personales (79%) en general, el 18% de los psicólogos no efectúan labores que involucren ejercicio profesional, es decir, 430 psicólogos contratados no ejercen como tales en estas instituciones, la especialización de la que han egresado los psicólogos del sector es la clínica con un 88%, pero no resulta adecuado para la instrumentación de programas de salud novedosos, efectivos y de mayor impacto.

Sin embargo, actualmente el número de psicólogos interesados en el ámbito va en aumento, Rodríguez y Palacios (1989; en Vega 2002) mencionan que se lleva a cabo una maestría en Psicología de la salud en la UNAM, que estableció un convenio con la Secretaría de Salud, en la cual los estudiantes son capacitados como residentes de atención primaria para la salud, en donde se involucran con personal médico, desarrollan y aplican procedimientos de investigación de los patógenos conductuales de la población y diseñan modelos de intervención apropiados. Así mismo, refieren que en la actualidad están surgiendo nuevos planes de estudio en las distintas facultades de psicología españolas y mexicanas. A nivel de postgrado, por ejemplo se encuentran los programas de doctorado en psicología clínica y de la salud en la UNAM.

La labor desempeñada por el psicólogo en el ámbito de los servicios en la salud pública ha ocupado un papel secundario, y subordinado a la actividad, las decisiones, y políticas generales de salud generadas por otros profesionales, psiquiatras y médicos principalmente (Reynoso y Seligson, 2000). Por el contrario a nivel privado, el papel del psicólogo es diferente, un ejemplo de ello es el trabajo realizado por la Dra. Mireya Gamiochipi Cano, quien realizó en el año 2006 una guía de Psicología del paciente con Diabetes y su Familia. Esta guía fue elaborada en conjunto entre el laboratorio Roche, la Federación Mexicana de Diabetes A.C. y está basada en el estudio de la Influencia de comportamiento, las creencias y las emociones en el control del paciente con diabetes. En esta guía se muestra como el psicólogo interviene de lleno en el área de la salud.

4.4.1. Niveles de Intervención

La prevención ha sido dividida tradicionalmente por los médicos en tres niveles; sin embargo, vale la pena considerar cuatro categorías que proponen Reynoso y Seligson (2005), que son las siguientes:

- a) **Prevención Primaria.** Consiste en intervenciones para prevenir enfermedades (p. ej. vacunas o cambios conductuales y medioambientales).
- b) **Prevención Secundaria.** Intervención temprana que quizá incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad (p. ej. la detección temprana de cáncer).
- c) **Prevención Terciaria.** Intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica (p. ej. un régimen dietético e insulínico para pacientes con diabetes, que ayude a prevenir un daño orgánico).
- d) **Prevención Cuaternaria.** Esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento. Como las propuestas en este proyecto (reestructuración cognitiva, asertividad, afrontamiento y solución de problemas, así como relajación) que más adelante se detallarán.

En relación a estos niveles, las actividades ideales del profesional de la psicología de la salud presentadas a continuación, representan las posibilidades de inserción profesional, según Rodríguez (2003):

- 1) **Detección:** Detección de estilos de conducta relacionados con la salud, análisis de competencias relacionadas con la salud, recursos ambientales.
- 2) **Planeación y Prevención:** Prevención de accidentes, enfermedades, establecimiento de conductas instrumentales de

salud en cualquier ámbito. Planeación de objetivos del sector salud que mejoren la eficiencia de este sector.

- 3) **Desarrollo:** Entrenamiento a “paraprofesionales” y otros profesionales para el cuidado de la salud y la prevención.
- 4) **Investigación:** Investigación de competencias, estilos interactivos y conductas de riesgo y prevención, factores disposicionales que probabilizan las conductas de riesgo, etcétera.
- 5) **Intervención:** Empleo de técnicas y procedimientos para problemas de la salud, adherencia a los tratamientos médicos.

Adicionalmente a los niveles de inserción anteriormente señalados, Melamed y Siegel (1980, citados en Bazán, 2003) proponen ocho tipos de intervención en las cuales el psicólogo de la salud puede incidir.

- I. Manejo del paciente: cuyo objetivo es aumentar la adherencia terapéutica y favorecer la readaptación conductual.
- II. Manejo del dolor: para disminuir en lo posible las molestias ocasionadas por éste y que el paciente realice sus actividades cotidianas.
- III. Manejo pediátrico: que implica el entrenamiento tanto al paciente como a sus padres, en el manejo de contingencias y desensibilización sistemática.
- IV. Desordenes psicosomáticos en adultos: consiste en retroalimentación para el control de algunos síntomas.
- V. Pacientes psiquiátricos: se pretende la adaptación del paciente a la institución como a su medio.
- VI. Rehabilitación: se centra en el establecimiento de nuevas conductas.
- VII. Pacientes geriátricos: enfocada a proporcionar repertorios conductuales y sociales para favorecer la independencia.
- VIII. Prevención del estrés y reducción de los factores de riesgo.

En lo que se refiere a este último punto, el profesional de la psicología de la salud, ha venido interviniendo en múltiples enfermedades crónicas en las últimas décadas y principios de este siglo, pero aún no se han elaborado programas integrales para prevenir, detectar e intervenir sobre éstas. Por el contrario se han elaborado programas que buscan particularizar los tópicos a manera interdisciplinaria, esto es sin considerar la multidisciplinaria como elemento para optimizar logros en el sector salud. Al respecto Lazarus y Folkman (1984) mencionan que abordar la historia de aprendizaje en cuanto a creencias, valores, y contexto social de las personas permite abordar todos los elementos que pueden incidir en la aparición de este tipo de enfermedades, ya que en la medida en la que estas creencias tienen efectos sobre las conductas de riesgo, pueden o no desarrollar las Enfermedades Crónico Degenerativas (ECD).

Para el trabajo con pacientes que presentan ECD, el psicólogo de la salud hace uso de diferentes técnicas que posibiliten la modificación conductual. A continuación se describirán algunas de dichas estrategias empleadas.

CAPÍTULO 5. TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES

La terapia cognitivo conductual es un termino genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales como cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo) (Caballo, Ellis y Lega, 2008).

Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desapareciendo lo aprendido o proporcionando nuevas experiencias de aprendizaje, más adaptativas (Brewin, 1996).

Las terapias cognitivas se han desarrollado a partir de que hay pacientes cuyo comportamiento se basa principalmente en realizar juicios donde la única forma de razonamiento es el razonamiento dicotómico; además de esto, los pacientes suelen realizar generalizaciones excesivas y existen algunos cuyos juicios y comportamientos dependen exclusivamente de la opinión u opiniones de las demás personas (Reynoso y Selingson, 2005).

Los principales autores de la terapia cognitiva son Albert Ellis y Aarón Beck, cada uno de ellos formuló e identificó pautas y creencias o pensamientos disfuncionales que se basan en el concepto de mediación cognitiva, expresado originalmente con la frase: *"No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba"*, concepto originalmente propuesto por Epicteto, en el siglo I. Su concepción de la génesis de la perturbación emocional se ilustra mediante el modelo A-B-C. (Caballo, Ellis y Lega, 2008, pág. 18).

Ellis (1981) enumeró una serie de creencias irracionales, es decir, aquellas creencias que perturban al sujeto y que no le dejan vivir de manera satisfactoria.

Esta lista ha dejado de ser un punto de énfasis en la actual Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), aunque no ha perdido su validez. Algunas de ellas son:

- Ser amado y aceptado por todos es una necesidad extrema.
- Sólo se puede considerar valioso el ser humano si es competente, suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone.
- Las personas que no actúan como "deberían" son viles y deben pagar por su maldad.
- La desgracia y el malestar humanos están provocados externamente y están fuera del control de una persona.
- Si existe algún peligro, debo sentirme bastante perturbado por ello.
- Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- Mi pasado ha de afectarme siempre.

Se ha definido lo irracional dentro de la TREC como el conjunto de aquellas creencias que no coinciden con la lógica, que no se relacionan con el método empírico-analítico y que además de no ser funcionales para el individuo y sean autoderrotistas.

Además de creencias irracionales que pueda tener el consultante, las personas emocionalmente perturbadas se enfocan en demandas rígidas y absolutistas, que no pueden más que crear necesidades falsas y perturbantes. Estas exigencias giran alrededor de:

- Uno mismo: "Debo hacer las cosas bien" o "No debo hacer el ridículo".
- Los demás: "Las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo".
- El futuro: "El mundo debería ofrecerme una vida cómoda".

La persona no siempre se da cuenta de que las tiene de forma clara, y menos aún de que son irracionales. Por ejemplo, la exigencia de "justicia" siempre se

enlaza con la creencia, sin fundamento, de que "mi concepto" de justicia, de moralidad y de relaciones humanas es la única en el mundo o única correcta, sin que la persona haya examinado si realmente las cosas son así.

Si estas exigencias no se cumplen, surgen una serie de consecuencias, como son el tremendismo, la poca tolerancia a la frustración (PTF) y condena (hacia los demás o uno mismo), ira, culpa, etc. (Reynoso y Selingson, 2005)

Por su parte Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), proponen una terapia cognitiva en el área de la depresión y refiere una tríada primaria:

- El primer componente de la tríada se centra en la **visión negativa del paciente acerca de sí mismo**. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.
- El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a **interpretar sus experiencias de una manera negativa**. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse **interpretaciones alternativas más plausibles**.
- El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la **visión negativa acerca del futuro**. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Los errores cognitivos comprenden inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, y magnificación o minimización. Los elementos de la terapia son: interpretación de las pautas determinantes del tipo de pensamiento del paciente, autoobservación de “pensamientos automáticos”, pruebas de realidad, técnicas de distanciamiento emocional, etc.

Las terapias cognitivo conductuales comparten los siguientes supuestos:

- a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos.
- b) El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- c) La cognición media la disfunción emocional y la conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta, y viceversa).
- d) Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse.
- e) La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- f) Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar.

Las principales características de la Terapia Cognitivo Conductual son las siguientes:

- 1.- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- 2.- Los objetivos específicos de algunos mecanismos y técnicas son cognitivos.
- 3.- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- 4.- Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.
- 5.- Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- 6.- La terapia es de duración breve.
- 7.- La terapia es una colaboración entre el terapeuta y paciente.
- 8.- Los terapeutas cognitivos conductuales son directivos.

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo (Brewin, 1996). Lo anterior se puede identificar en el modelo mencionado que considera el resto de los signos y síntomas de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente diabético piensa erróneamente que va a ser rechazado por su padecimiento, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Esto significa que las terapias cognitivas conductuales hacen responsable al paciente de su forma de pensar, sentir y comportarse y no a su pasado o a otras personas. Vale la pena mencionar que no es que pasemos por alto la importancia del medioambiente en el aprendizaje, ni que cuestionemos su influencia en la adquisición de ideas y emociones inapropiadas, sólo se tomarán en cuenta como factores que posibilitarán la ocurrencia de determinadas conductas o pensamientos. El cambio y la velocidad de modificación conductual de igual manera estarán en función del trabajo y esfuerzo del paciente, no dejando de lado la habilidad o capacidad del terapeuta para guiarlo a dicho cambio.

Existe el error de creer que las persona “sanas” no sienten emociones negativas, pues estas serían inapropiadas e irracionales. Esta concepción es errónea, ya que no existe nada de malo en ser emocional, si se es conciente de que es uno mismo quien tiene la responsabilidad sobre sus propios sentimientos, o en experimentar emociones negativas funcionales como la tristeza y/o el disgusto ante algún contratiempo, pues pueden servir como factores que motiven al individuo a afrontar y tratar de solucionar las situaciones problemáticas. Por lo general, las emociones negativas apropiadas irracionales, no llevan a las personas a destruirse o herirse a sí mismas o a otros individuos, están relacionadas con

perdidas reales, suelen ayudar al individuo a actuar mejor en el futuro y se derivan de preferencias en el lugar de exigencias; por el contrario las emociones inapropiadas, son exageradas y desproporcionadas al acontecimiento en el que ocurren, dificultan la actuación de la persona, ya que ésta se da por vencida o actúa de forma destructiva y son producto de exigencias absolutas y rígidas.

Lo anterior sugiere la necesidad de desarrollar técnicas que posibiliten la modificación de los pensamientos y conductas desadaptativas que son el centro de atención en la terapia cognitiva conductual. Para lo cual en el ámbito de la salud se emplean diferentes técnicas (asertividad, solución de problemas, relajación y la reestructuración cognitiva, entre otras) que serán utilizadas en esta propuesta y se describen en el siguiente apartado.

Por otro lado, la educación es importante en el proceso de la terapia para los pacientes diagnosticados como diabéticos e hipertensos, porque constituye un espacio adecuado para enseñar al paciente: cómo seleccionar los alimentos, cómo prepararlos; así como un espacio de capacitación para el desarrollo de las actividades físicas prescritas.

Sin embargo, el tratamiento médico, el manejo nutrimental, el ejercicio y la educación sobre su condición física no son las únicas alternativas para el tratamiento de estos pacientes. Actualmente, como lo hemos planteado anteriormente, la psicología de la salud ha incorporado una serie de estrategias e intervenciones psicológicas para el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, hipertensión, etc.). Por supuesto, las intervenciones terapéuticas varían dependiendo del enfoque o corriente psicológica, no obstante, cabe mencionar que como alternativa de intervención psicológica el enfoque de la psicoterapia cognitivo-conductual ha tenido una aceptación cada vez mayor (Shank y Shaffer, 1994).

Como modelo de psicoterapia, la intervención cognitivo-conductual ha demostrado ser muy efectiva para ayudar a los pacientes a realizar cambios importantes en su forma de percibir, pensar, sentir y actuar, logrando con ello una concepción diferente de sí mismo, de su enfermedad y su contexto interactivo.

Este tipo de programas de intervención se diseñó para el autocuidado de la salud. En este caso se pretende capacitar a los pacientes para que aprendan a manejar por sí solos el medicamento, su alimentación, logren monitorear su glucosa y realizar ejercicio físico; así mismo, contempla una serie de estrategias y técnicas basadas en la psicoterapia cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva, relajación, asertividad y solución de problemas, entre otros), diseñadas para que los pacientes adquieran las habilidades y conocimientos necesarios que les posibilite resolver funcionalmente los problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, culpa o vergüenza) que son en gran medida, elementos que contribuyen al deterioro de su calidad de vida.

A continuación se describe cada técnica empleada en el proyecto de intervención, considerando a la reestructuración cognitiva como la primordial para lograr la modificación de las distintas áreas de oportunidad a desarrollar en los pacientes.

5.1. Reestructuración cognitiva

El papel que desempeñan los pensamientos, tanto en la conducta como en los sentimientos que se experimentan ante determinadas situaciones o eventos, no depende tanto de la situación en sí misma sino de la interpretación que la persona hace de la misma. Esta interpretación actúa de mediadora entre la situación y la respuesta de la persona.

Ellis (1981), describió esta concepción a través del modelo A-B-C, en el que A se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida cotidiana,

B son todas aquellas autodeclaraciones o juicio que la persona hace acerca de A, y pueden ser consideradas como automáticas, mientras que C, se refiere a las consecuencias emocionales y de comportamiento de B. Según este modelo, A no causa directamente C, aunque contribuya a su ocurrencia, sin embargo, B es la causa directa de C.

Por tanto, es importante señalar que los pensamientos o ideas son los elementos primordiales a modificar en la reestructuración cognitiva; al respecto los dos autores que han contribuido en el estudio de los pensamientos irracionales y que han trabajado en la forma de combatirlos han sido Albert Ellis (1981) y Aaron Beck (1983) y justamente este último autor señala los principales errores cognitivos, los cuales son:

1. Sobregeneralización. A partir de un pequeño detalle o de un hecho aislado, se extrae una conclusión general.
2. Inferencia arbitraria. Se juzga o interpreta una situación, persona, etc., tomando como base una pequeña parte o característica de la misma.
3. Abstracción selectiva. De una situación multifacética, el pensamiento se centra sólo en ciertos detalles. Se caracteriza por una visión de túnel, a través de la cual sólo se ven algunos elementos de la situación y se hace caso omiso a otros detalles relevantes.
4. Magnificación y minimización. Se exageran las consecuencias de algún acontecimiento o se minimizan los logros o capacidades propias de otros.

Por otra parte Lazarus (1971), añadió dos categorías más a las anteriores.

5. Razonamiento dicotómico. Se interpreta cualquier cosa o situación de forma extremista, sin términos medios. Este tipo de distorsión desempeña un papel importante referente al autoconcepto, es decir, a la forma en cómo nos juzgamos, ya que uno sólo puede percibirse como brillante y magnífico o bien como fracasado e inútil.
6. Sobresocialización. No se es capaz de reconocer o aceptar o arbitrariedad de muchas normas y valores culturales.

Así mismo, Goldfried y Davison (1981) señalan un listado de creencias irracionales que causan y mantienen distorsiones emocionales y que puede resumirse en dos grandes categorías:

1. Las creencias basadas en que uno tiene que gustar a todas las personas significativas de su entorno y, tiene que recibir la aprobación total de las mismas.
2. Las creencias basadas en que las cosas deben ser siempre como uno quiere y deben poder alcanzarse fácilmente.

A partir de estas categorías y creencias, la teoría cognitiva postula que la interpretación de las situaciones según una o más creencias irracionales determina una serie de respuestas desadaptativas y comportamientos ineficaces.

Para lograr ejecutar una conducta funcional a partir de una creencia racional, se postula la reestructuración cognitiva como técnica mediante la cual se identifican, analizan y modifican los pensamientos irracionales o inadecuados, sustituyéndolos por otros más adecuados y racionales. Con esto los pasos a seguir como lo mencionan Reynoso y Seligson (2005) son:

1. **Identificación de pensamientos.** Muchos pensamientos se originan de forma automática, sin tomar conciencia de los mismos. Por tanto, el primer paso para identificar los pensamientos consistirá en la toma de conciencia de los mismos, y para ello puede ser de utilidad el hacer una descripción detallada de la situación, señalar con la mayor exactitud posible qué es lo que se pensó acerca de la misma. Así como anotar todos y cada uno de los pensamientos de la forma más real posible. Hay que señalar que es importante tomar en cuenta todos los pensamientos previos a la ocurrencia de la situación conflictiva, así como los que se presentan durante el evento y posteriores a él.

2. **Análisis de pensamientos.** Se utiliza para detectar las interpretaciones erróneas, que no se ajustan a la realidad objetiva.

Previo a esto es importante el reconocimiento y aceptación de que los pensamientos son sólo hipótesis y no hechos consumados. Los pasos a seguir en el análisis de pensamientos son:

- a) Clasificar los pensamientos (positivos, negativos, o neutros).
- b) Determinar el grado de creencia de cada pensamiento. Para ello se utiliza una escala numérica (generalmente del 0 al 9).
- c) Analizar cada uno de los pensamientos, empezando con el de menor grado de creencia.

Este análisis se realiza sobre tres criterios básicos: la validez, la utilidad y las consecuencias (lo que ocurriría si lo que se piensa fuera cierto).

3. **Modificación de pensamientos.** Consiste en sustituir los pensamientos negativos inadecuados por otros más racionales y positivos. Se hace necesario, por tanto, buscar pensamientos alternativos que ayudan a sentirse mejor y a actuar eficazmente.

En conclusión podemos mencionar que la reestructuración cognitiva permite que el paciente, tome consciencia de sus autoafirmaciones, es decir, identifique los pensamientos erróneos y por tanto aprenda a modificar y a cambiar sus creencias básicas, sus expectativas y las formas erradas de interpretar sus capacidades y desempeño.

5.2. Asertividad

La conducta asertiva constituye un estilo de comportamiento que permite al individuo adaptarse al ambiente y obtener de él muchas recompensas a corto y a largo plazo. Aunque la conducta asertiva es difícil de definir debido a su especificidad situacional, que depende de un contexto que cambia con frecuencia, podemos considerar que “la conducta asertiva es ese conjunto de

comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a esa situación, respetando esas mismas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1993, pág. 100). Es decir no existe una única manera de comportarse asertivamente, sino una serie de estrategias diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo y el contexto.

La probabilidad de ocurrencia de una respuesta asertiva en cualquier situación concreta, está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos. Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta asertiva entraña la especificación de tres componentes de la misma: una dimensión conductual (tipo de comportamiento), una dimensión subjetiva (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental). Diferentes situaciones requieren conductas y cogniciones diferentes. Los elementos conductuales y cognitivos necesarios para ejecutar adecuadamente una charla ante un grupo de personas son considerablemente diferentes de los elementos necesarios en una situación de relación íntima. Lo mismo sucedería cuando comparamos una situación de expresión de sentimientos negativos con otra de expresión de sentimientos de amor, agrado, afecto. Por tanto, podemos decir que la conducta asertiva como menciona Alberti (1977):

- a) Es una característica del comportamiento, no de las personas.
- b) Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- c) Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- d) Está basada en la capacidad de un individuo para escoger libremente su actuación.
- e) Es una característica del comportamiento socialmente eficaz.

La conducta asertiva se caracteriza, como ya hemos señalado, por la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones, sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. El mensaje básico de la aserción es: esto es lo que yo pienso, esto es lo que yo siento, así es como veo la situación. El mensaje expresa quien es la persona y se dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo. El objetivo de la aserción, como lo comenta Caballo (1993) es, la comunicación así como el tener y conseguir respeto.

La conducta asertiva no está planeada principalmente para permitir a un individuo obtener lo que él/ella quiere. Como ya hemos señalado, su propósito es la comunicación clara, directa y no ofensiva de las propias necesidades, opiniones, etc. La conducta asertiva en una situación no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes. La ausencia total de conflicto es con frecuencia imposible. Hay ciertas situaciones en las que la conducta asertiva es apropiada y deseable, pero puede causar algunas molestias a la otra persona (Caballo, 1993). Por ejemplo, al devolver una mercancía o producto defectuoso al dependiente de una tienda de una manera asertiva puede no ser recibido de forma amigable. De igual manera, el expresar molestia legítima o crítica justificada de manera apropiada puede provocar una reacción inicial desfavorable. El evaluar las consecuencias a corto y largo plazo para las dos partes es lo importante. En particular consideramos que la conducta asertiva da como resultado la maximización de las consecuencias favorables y la minimización de las consecuencias desfavorables a largo plazo.

Por el contrario, la conducta no asertiva se caracteriza por la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones y por consiguiente permitiendo a los demás que violen nuestros derechos, o bien por la expresión de los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacernos caso. En este estilo de

conducta, el mensaje total que se comunica es: “Yo no cuento, puedes aprovecharte de mí; mis sentimientos no importan, solamente los tuyos; mis pensamientos no son importantes”. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades, por tanto el objetivo de la no aserción es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa.

Así mismo como lo comenta Shank y Shaffer (1984) el individuo que se comporta de manera no asertiva suele tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, sentimientos de inferioridad, una tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con los otros, una tendencia a ser excesivamente solícito del apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva. Ese individuo se sentirá insatisfecho, encontrando las relaciones con otros seres humanos fastidiosas o nada cómodas; está tensa y no sabe cómo relajarse. Se queja constantemente cuando se le critica en presencia de otros, pero tampoco quiere ser criticado cuando está solo. Teme estar ocupando demasiado espacio y respirando demasiado aire como lo refiere Salter (1949 citado en Caballo, 1993).

Por otra parte existen personas no asertivas que manifiestan esto ejecutando una conducta agresiva, la cual se caracteriza por la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es considerada inapropiada, y siempre viola los derechos de la otra persona. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. Mientras que la agresión verbal indirecta incluye sarcasmo, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas. El objetivo usual de la agresión es la dominación y el vencer, forzando a la otra persona a perder.

La conducta agresiva tiene resultados positivos a corto plazo que incluyen un sentimiento de poder y de conseguir objetivos y necesidades, sin experimentar

reacciones negativas directas de los demás. Ya que la conducta es influida más fácilmente por las consecuencias inmediatas, el logro de los objetivos deseados por medio de la conducta agresiva es probable que refuerce este estilo de respuesta, con lo que el individuo seguirá comportándose de forma agresiva en el futuro, excepto que los sentimientos de culpa que puedan producirse sean excesivamente fuertes. Sin embargo, las consecuencias a largo plazo suelen ser siempre negativas, incluyendo una notable tensión en la relación interpersonal con la otra persona o la evitación de futuros contactos por parte de ésta (Reynoso y Seligson, 2005).

Ya que la expresión de las necesidades, derechos y opiniones propias y la consecución de los objetivos propuestos pueden alcanzarse a corto plazo por medio de otro estilo de conducta más adecuado, que además minimiza los problemas a largo plazo, es preferible que las personas se comporten de forma asertiva y abandonen los patrones de conducta pasivo-agresivos o no asertivos.

A partir de lo mencionado anteriormente, podemos plantear que en gran medida la falta de asertividad proviene a menudo de pensamientos irracionales e incorrectos, de patrones de comportamiento habitualmente disfuncionales. Nos sentimos ansiosos o deprimidos porque nos convencemos de que no sólo es desafortunado y molesto, sino que es terrible y catastrófico, como en el caso particular de los pacientes diabéticos o hipertensos al recibir la noticia de su condición física, inmediatamente se comienza a generar una serie de pensamientos por demás disfuncionales, los cuales posibilitaran la ejecución de conductas que contribuyen al deterioro de su calidad de vida.

El entrenamiento asertivo beneficia al paciente de dos maneras significativas: en primer lugar, comportarse de manera más asertiva generará en el individuo un sentimiento de bienestar, ya que tal clase de respuesta reduce el estrés. En segundo lugar, al responder de manera asertiva la persona estará en

mejores condiciones de lograr recompensas tanto sociales como materiales, lo que proporcionará que viva más tranquilo.

5.3. Relajación

La relajación es la principal estrategia de intervención que se utiliza en el campo de la psicología de la salud; en la mayoría de los problemas a tratar se utiliza el entrenamiento en relajación, por ejemplo en el cáncer, hipertensión, manejo del dolor, manejo de estrés, etc. A la técnica de relajación se le ha llamado “la aspirina de la medicina conductual” (Reynoso y Seligson 2005); ya que en la práctica clínica actual es difícil encontrar a un terapeuta que no conozca y aplique en sus programas alguna de las diferentes variantes de relajación, las cuales van dirigidas a reducir la ansiedad en los pacientes, no sólo desde la perspectiva fisiológica sino también en las áreas afectivas y cognitiva (Crúz y Vargas, 2001).

Dentro de los diferentes procedimientos de relajación considere brevemente tres de ellos:

- 1) Respiración diafragmática (respiración profunda). Es un ejercicio sencillo de relajación en el cual se entrena al paciente a respirar a través de su diafragma, suele utilizarse como paso inicial para posteriormente entrenar al paciente en ejercicios de respiración más profundos.
- 2) Relajación muscular progresiva. Es una estrategia basada en los principios de la relajación (músculos relajados) es lo opuesto a la ansiedad (tensión fisiológica). Jacobson (1939, citado en Reynoso y Seligson, 2005), desarrolló esta técnica entrenando a los pacientes a tensar y relajar varios pares musculares a través del cuerpo, de manera ascendente a descendente (cara, cuello, hombros, brazos, abdomen, glúteos y piernas). Posteriormente Wolpe (1958, citado en Sank y Shaffer, 1984) continuó practicando esta técnica utilizando menos pares musculares para tensar y relajar obteniendo resultados igualmente positivos. Y finalmente Berstein y Borkoveck (2003) dejaron plasmado el número de pares musculares (12)

que son necesarios para un entrenamiento en relajación así como el número de sesiones (4 a 5) requerido.

- 3) Entrenamiento autógeno (o autogénico) en relajación (Schultz y Luthe, 1969). Se entrena al paciente a crear un estado de relajación profundo mediante autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relajándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz, calor, calma, etc.

5.4. Solución de Problemas

Cuando no se encuentra solución a algún problema, las personas comienzan a sentir malestares. Si las estrategias de afrontamiento no funcionan, aparece un sentimiento creciente de desamparo que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones. La posibilidad de alivio disminuye, el problema empieza a parecer irresoluble, y la ansiedad o desesperación pueden llegar a niveles paralizantes.

D'Zurilla y Godfried (citado en Reynoso y Seligson, 2005), idearon la estrategia de solución de problemas; el objetivo terapéutico que se persigue consiste en ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino de soluciones apropiadas. El entrenamiento en solución de problemas, consiste en lograr respuestas lógicas a situaciones que producen conflicto (problemas), mediante la planeación, predicción, explicación y elección de vías de solución (Castañeda, 1998; Quesada, 1998; Santrock, 2002; Sternberg, 1994; Woolfolk, 1999).

El programa original de acuerdo a Reynoso y Seligson (2005) consta de cinco fases que son:

- Perfil del problema
- Definición y formulación del problema
- Generación de posibles soluciones y alternativas
- Toma de decisiones
- Evaluación de los resultados

Con relación al perfil del problema lo que se intenta es conocer cuál es la percepción que el individuo tiene del problema principal, las consecuencias que está experimentando, la evaluación que el propio paciente está haciendo del problema. Así como el tiempo y el esfuerzo que el paciente está utilizando para intentar resolverlo. Cuando el paciente no tiene muy claro cuál es el problema principal se le aplica un inventario conductual de lista de problemas (Mc Kay, Davis, Fanning, 1981, citado en Reynoso y Seligson, 2005) el cual se divide en ocho áreas, que son: salud, economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, familia y psicológica.

En el segundo paso (definición y formulación del problema) el terapeuta obtiene la mayor información acerca del problema, así como la más relevante, junto con el paciente definen de modo completo el problema, además se identifica si es suyo o no, y en caso de que si lo sea intentan poner una meta realista para resolverlo y evalúan si en realidad ese es el problema principal.

Más adelante se inicia la fase de generación de alternativas, en ésta, se utiliza una estrategia denominada lluvia de ideas (brainstorm), en la cual se pide al paciente que genere la mayor cantidad de ideas para solucionar el problema para hacer un juicio de valor, sin importar lo disparadas o irracionales que sean, de hecho las reglas son:

- Se excluyen las críticas, es decir, se escribe cualquier idea sin juzgar si es buena o mala.

- Todo se vale, de modo que cuanto más mala o disparatada sea una idea quizá sea mejor
- Mientras más cantidad de ideas es mejor, esto es, mientras más ideas se produzcan, mayor es la probabilidad que algunas sean buenas

Una vez con la lista completa, se empieza a valorar las consecuencias de las respuestas, inicialmente se descartan las que no son factibles. Después son evaluadas las consecuencias positivas o negativas que puede tener cada respuesta y se le asigna un puntaje (de 0 a 5) tanto a las unas como a otras. La toma de decisiones inicia valorando los resultados factibles para cada una de las respuestas relacionadas. Finalmente, se construye la solución para el problema.

Con la solución del problema se posibilita la disminución de estados ansiógenos y de estrés en el paciente con enfermedades crónico-degenerativas coadyuvando a la mejora de su estilo de vida, así como a la mejora de interacciones sociales con sus diferentes contextos.

En el siguiente capítulo se describirá brevemente la sintomatología y la génesis de dos de los padecimientos que actualmente son la principal causa de muerte en México: hipertensión arterial y diabetes.

CAPÍTULO 6. DIABETES E HIPERTENSIÓN

Actualmente mil millones de personas en todo el mundo padecen alguna de estas enfermedades (diabetes e hipertensión), y en la mayoría de las sociedades, el riesgo de un individuo para desarrollar esta enfermedad es superior al 50%; observando una clara tendencia al incremento de este porcentaje a medida que la población envejece, así como ocurre con la incidencia y prevalencia de los eventos vasculares cerebrales, síndromes coronarios agudos y diversas complicaciones de la diabetes.

6.1. Hipertensión

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México; alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. La Presión Arterial (PA) se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como PA sistólica, PA diastólica y PA media.

La hipertensión arterial es una patología muy importante, en vista de su capacidad para reducir sustancialmente la duración y calidad de vida de quien la padece, con base en el tiempo de evolución y estadio en el que se encuentra. Esta reducción depende de la capacidad de la enfermedad para generar complicaciones propias, principalmente cardíacas, renales y del sistema nervioso central, y de su participación como factor de riesgo y de aceleración de la aterosclerosis.

En nuestro país la HAS es uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, junto con el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la obesidad y la diabetes mellitus. Las enfermedades crónicas como la HAS y la diabetes mellitus adquieren cada vez mayor peso como causa de muerte en la

población mexicana; sin embargo, mientras que de 1980 a 1994 la mortalidad por diabetes mellitus se ha incrementado en 107%, en la hipertensión arterial sistémica se ha elevado en 151%.

La hipertensión arterial sistémica es un padecimiento de etiología múltiple, caracterizado por el aumento sostenido de las cifras de tensión arterial (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mm de Hg, aunado al deterioro funcional y orgánico, con lesiones anatómicas de curso clínico variado e irregular, con predominio en vasos sanguíneos, corazón, riñón y cerebro. Ésta enfermedad multifactorial, con tendencia familiar, que puede ver favorecida su expresión o evolución por ciertos hábitos o estilos de vida.

En aproximadamente el 90% de las personas con presión arterial elevada, la causa es desconocida; tal situación se denomina hipertensión arterial esencial o primaria. Cuando la causa es conocida (por un defecto conocido de algún órgano o un gen), la afección se denomina hipertensión secundaria; entre el 5 y el 10 por ciento de los casos de hipertensión arterial tienen como causa una enfermedad renal, el 1-2% tienen su origen en un trastorno hormonal o en el uso de ciertos fármacos como los anticonceptivos orales); una causa poco frecuente de hipertensión arterial es el feocromocitoma, un tumor de las glándulas suprarrenales que secreta las hormonas adrenalina y noradrenalina.

6.1.1. Fisiopatología

Son múltiples los mecanismos fisiológicos conocidos que intervienen en el control de la PA y que al mantener una estrecha interrelación garantizan la homeostasis del organismo. Estos sistemas de control son: barorreceptores, quimiorreceptores, respuesta isquémica del sistema nervioso central, receptores de baja presión, participación de los nervios y músculos esqueléticos, ondas respiratorias, vasoconstricción por el sistema renina angiotensina, relajación de los vasos inducido por estrés, movimiento de los líquidos a través de las paredes

capilares, vasoconstrictor noradrenalina-adrenalina, vasoconstrictor vasopresina, así como el control renal.

6.2. Diabetes mellitus

La Diabetes Mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes caracterizados por hiperglucemia provocada por defectos de la insulina en su secreción, acción o ambas. La hiperglicemia crónica de la diabetes se acompaña de daño, disfunción e insuficiencia a largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, nervios, corazón, piel y vasos sanguíneos. Aunque la deficiencia de insulina puede mejorarse por medio de modificaciones alimenticias, inyecciones de insulina o hipoglicemiantes orales, el tratamiento estándar no ha evitado el desarrollo de diversas complicaciones crónicas.

Un gran número de personas en todo el mundo son afectadas por Diabetes Mellitus. Se considera que en nuestro país actualmente existen aproximadamente 4 654,000 diabéticos, y en el año 2025 habrá un promedio de 17 684,000. Así mismo, la diabetes ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico degenerativas y representa 16.7% de las defunciones; además, es la cuarta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por 100,000 habitantes en 2000, la cual, comparada con la del año 1991 representa una variación absoluta de 11.67 y 33.59% de variación relativa, de la misma manera representa la primera causa de insuficiencia renal terminal, de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y de ceguera en los adultos.

El número de diabéticos aumenta con la edad de la población, y su incidencia oscila entre aproximadamente el 1.5% entre los 20 y los 39 años hasta el 20% en los mayores de 75 años. La incidencia es similar en ambos sexos y en todos los grupos de edad pero es relativamente superior en los varones de más de 60 años. Existen varios tipos diferentes de DM debidos a una compleja interacción entre genética, factores ambientales y estilo de vida. Dependiendo de la causa de la

DM, los factores que contribuyen a la hiperglicemia pueden comprender una disminución de la secreción de insulina, una disminución del consumo de glucosa y un aumento de la producción de glucosa. El trastorno de regulación metabólica que acompaña a la DM; provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario.

Dado que los riñones producen orina excesiva, se eliminan grandes volúmenes de orina (poliuria) y, en consecuencia, aparece una sensación anormal de sed (polidipsia). Asimismo, debido a que se pierden demasiadas calorías en la orina, se produce una pérdida de peso y, a modo de compensación, la persona siente a menudo un hambre exagerada (polifagia).

Otros síntomas comprenden visión borrosa, somnolencia, náuseas y una disminución de la resistencia durante el ejercicio físico. Por otra parte, si la diabetes está mal controlada, los pacientes son más vulnerables a las infecciones. A causa de la gravedad del déficit insulínico, es frecuente que en los casos de diabetes tipo I se pierda peso antes del tratamiento; en cambio, no sucede lo mismo en la diabetes tipo II.

En los diabéticos tipo I los síntomas se inician de forma súbita y pueden evolucionar rápidamente a una afección llamada cetoacidosis diabética. A pesar de los elevados valores de azúcar en la sangre, la mayoría de las células no pueden utilizar el azúcar sin la insulina y, por tanto, recurren a otras fuentes de energía. Las células grasas comienzan a descomponerse y producen cuerpos cetónicos, unos compuestos químicos tóxicos que pueden producir acidez de la sangre (cetoacidosis).

Los síntomas iniciales de la cetoacidosis diabética son: sed y micción excesiva, pérdida de peso, náuseas, vómitos, agotamiento y, sobre todo en niños, dolor abdominal. La respiración se vuelve profunda y rápida debido a que el

organismo intenta corregir la acidez de la sangre y el aliento de la persona huele a manzana. Si no se aplica ningún tratamiento, la cetoacidosis diabética puede progresar y llevar a un coma, a veces en pocas horas.

Los pacientes que sufren de diabetes tipo II pueden mostrar los síntomas de la cetoacidosis, incluso después de iniciado el tratamiento con insulina, si se olvidan de una inyección o si sufren una infección, un accidente o una enfermedad grave. La diabetes tipo II puede no causar ningún síntoma durante años o décadas.

CAPÍTULO 7. JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA

7.1. Justificación

En la historia reciente de la Psicología de la salud, el principal objetivo de su quehacer ha cambiado, de estar enfocado en la prevención y control de las enfermedades infecciosas, ahora se ha dirigido al cambio de estilos de vida para la prevención y combate de enfermedades crónico-degenerativas.

Esto es más que evidente, las estadísticas nacionales muestran un incremento considerable en México de estos padecimientos, donde la población con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.1% en personas entre 20 y 79 años). Del mismo modo la Encuesta Nacional de Salud elaborada en el año 2000 informó una prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) del 30.05% lo que la convierte en uno de los más importantes problemas de salud pública, sobre todo porque un porcentaje importante de esta población hipertensa se encuentra en una etapa económicamente activa. La misma encuesta estableció que la prevalencia más baja de HAS se encuentra entre las mujeres entre 20 y 34 años de edad, con índice de masa corporal menor a 25 kg/m² y sin diabetes mellitus (*DM*), mientras el grupo de hombres entre 35 y 54 años de edad, portadores de *DM* y con índice de masa corporal mayor a 30 kg/m² es el grupo que tiene la prevalencia más alta de HAS (González , 2004).

México ocupa el décimo lugar de diabetes en el mundo y se estima que para el 2030 tenga el séptimo puesto según datos de la Federación Mexicana de Diabetes (http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php, 2010).

Por otra parte, la HAS en México está estrechamente relacionada con la obesidad y México ocupa el 2º lugar a nivel mundial en este padecimiento, lo cual es alarmante, ya que al igual que la diabetes en los próximos años se espera un aumento considerable de personas con esta enfermedad.

Debido a estas cifras, recientemente se han hecho trabajos que resaltan los resultados del trabajo multidisciplinario, algunos de estos trabajos están enfocados hacia la evaluación de los factores que inciden directamente en el desarrollo de los padecimientos mencionados. Encontramos investigaciones donde se muestran diferentes tipos de intervención multidisciplinaria enfocados a la Diabetes y la Hipertensión.

En lo que respecta a la diabetes, Jáuregui, de la Torre y Gómez (2002), aplicaron un programa de intervención multidisciplinaria en el IMSS en pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2 para posibilitar la adherencia al tratamiento tomando en cuenta los siguientes factores:

- Cognoscitivos
- Psicomotores
- Afectivos
- Comportamiento

Como resultado obtuvieron que las conductas de enfermedad eran las que posibilitaban la no ocurrencia de la adherencia al tratamiento y postularon que modificando estas conductas llegarían al objetivo primario. Utilizaron la relajación como principal herramienta, el autorrefuerzo y el autocontrol se utilizaron como técnicas de modificación de conducta.

En otro trabajo desarrollado por Castro, Rodríguez y Ramos (2005), se evaluaron los principales elementos para el mantenimiento de la salud en padecimientos crónico-degenerativos (principalmente la Hipertensión Arterial), en este trabajo se resaltó que las habilidades de autocuidado, las barreras de adherencia y las situaciones estresantes, influyen indiscutiblemente en el deterioro o mantenimiento de un estado saludable. Coral, Kattah y Méndez (2007), realizaron una investigación donde se aborda de manera general el tratamiento multidisciplinario de las ECD, sin embargo no aporta suficientes elementos que

resalten la importancia de las creencias y las emociones en el deterioro de la enfermedad.

Podemos encontrar también información en un artículo más enfocado al modelo cognitivo conductual (Van Der Ven, Weinger y Snoek, 2002), donde se postula que las creencias y emociones negativas pueden desencadenar sentimientos negativos de culpa, frustración, rabia, y desesperanza, esto genera que la persona diabética piense “*da exactamente igual lo que haga, no tiene ningún sentido seguir esforzándome*”, refieren que la cognición o las creencias de una persona diabética pueden ser inexactas, lo que genera reacciones emocionales excesivas y un comportamiento ineficaz a la hora de afrontar los hechos, estos autores diseñaron un programa cognitivo conductual para la modificación de las pautas de pensamiento y de comportamiento responsables del empeoramiento de esta enfermedad crónico-degenerativa.

De este modo, evidenciamos que el trabajo multidisciplinario se ha centrado sobre la conducta y como elemento secundario o terciario las cogniciones y sobre todo en las afecciones de tipo físico. Sin embargo, la atención integral donde los diferentes profesionales encargados del completo bienestar de la población sigue siendo una necesidad prioritaria, sobre todo por la idiosincrasia de la población en México y el arraigo cultural donde sólo el médico es el responsable de cuidado físico de las personas. La intervención integral multidisciplinaria con personas diagnosticadas es una prioridad para el sector salud, la diabetes y la hipertensión son las primeras causas de muerte en México y se ha hecho poco para disminuir los efectos negativos de los padecimientos.

Trabajos como el que aquí presentamos, permiten maximizar los alcances de los profesionales al cuidado y estudio del proceso de salud-enfermedad, teniendo como resultado mayores beneficios en el combate de estos padecimientos (Carrascoza y Ayala, 2000), es por eso que en este trabajo se propone una integración total de diversos profesionales en las dos principales afecciones

crónico-degenerativas en México, trabajando en un programa que conjunta las principales habilidades de cada profesional y las enfoca en un área específica que repercute en el bienestar total de las personas diabéticas o hipertensas. En esta propuesta se dejan de lado las jerarquías y los problemas antes expuestos para posibilitar un mejor desempeño y la obtención de resultados sobresalientes.

El primer objetivo de esta tesis consiste en la revisión histórica de la concepción de salud y de la enfermedad. Además de describir y exponer las principales funciones y obstáculos del Psicólogo en esta área, así como exponer la sintomatología de los padecimientos crónico-degenerativos que se mencionaron anteriormente. El segundo objetivo radica en la elaboración de un programa multidisciplinario que aglomere e integre el trabajo de médicos, nutriólogos, oftalmólogos, psicólogos, podólogos y dentistas en el tratamiento directo de los padecimientos anteriormente referidos, con el uso de una intervención de nivel cuaternario, reduciendo las complicaciones derivadas de las enfermedades crónicas y posibilitando una mejoría en la calidad de vida de los pacientes diagnosticados. En el siguiente apartado se describen los elementos de la elaboración y futura aplicación del programa.

7.2. Metodología

Participantes

20 adultos de una edad comprendida entre los 25 y 65 años de edad, diagnosticados médicamente con hipertensión y/o diabetes tipo I y II.

Esta población será captada en 2 diferentes clínicas universitarias, FES Iztacala y FES Cuautitlán Campo 1 y deberán estar inscritos en el programa de intervención multidisciplinaria propuesto.

Materiales e Instrumentos

- Formato de entrevista inicial, desarrollado por Reynoso y Seligson (2005),
- Historia clínica
- Hoja de asistencia.

Situación

Las sesiones se llevarán a cabo en aulas de las clínicas de la FES Iztacala y Cuautitlán, en espacios iluminados y ventilados adecuadamente, con capacidad para 30 personas.

Procedimiento

El programa de intervención está enfocado en habilidades psicológicas y cuidados médicos. El área psicológica consta de un paquete de habilidades de afrontamiento dividido en 4 áreas las cuales son:

- Relajación
- Reestructuración cognitiva
- Solución de problemas
- Asertividad

En cuanto a la intervención de los demás profesionales se abordarán temas referentes a:

- Cuidado del pie diabético
- Información nutrimental
- Cuidado de los ojos
- Automonitoreo de los niveles de glucosa y presión arterial
- Automonitoreo de sintomatología de riesgo
- Información general de los trastornos fisiológicos

El programa consta de 14 sesiones, las cuales estarán divididas en dos partes (ámbito médico y psicológico). A continuación se describe el programa multidisciplinario.

Objetivos Presentación	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios de Evaluación	Observación
<p>General: Obtener información de los usuarios por medio de la entrevista inicial y del inventario de historia clínica (anexo 1 y 2), para identificar las áreas de oportunidad de los usuarios, relacionadas a las creencias expectativas y conocimiento general de su enfermedad. Así como informar y describir el objetivo del programa</p>	<p>Sesión 1 1</p>	<p>Entrevista. Llenado de los Inventarios. Exposición de Objetivos.</p>	<p>Los terapeutas indicarán las instrucciones para el correcto llenado de los inventarios y, resolverán dudas Presentación de los terapeutas y presentación general del objetivo del programa.</p>	<p>Llenar los Inventarios, realizar preguntas sobre el programa y la manera de trabajo.</p>		<p>Se revisará el llenado correcto de los inventarios Se identificarán las características generales del grupo.</p>	<p>Generar un ambiente de confianza, cordialidad y participación entre los usuarios.</p>

Objetivos Reglas y objetivos	No. Sesión / No. De sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Establecer las reglas y la forma de trabajo durante el programa.</p> <p>Realizar una retroalimentación con base a la información obtenida de la entrevista inicial y de la historia clínica.</p>	<p>2da Sesión 1</p>	<p>Exposición. Lluvia de ideas.</p>	<p>Los coordinadores propondrán el plan de trabajo a realizar de las siguientes sesiones. Así mismo, se realizará una dinámica en la que se expongan las reglas y normas a seguir durante el programa resaltando la puntualidad y las tareas en casa. Se realizará una retroalimentación para conocer la opinión de los usuarios</p>	<p>Participar activamente en el establecimiento del compromiso para cumplir con el objetivo del programa.</p> <p>Expondrá sus dudas y comentarios del programa a fin de retroalimentar a los terapeutas.</p>		<p>Que los usuarios identifiquen claramente las reglas y establezcan un compromiso general para el programa.</p> <p>Conocer las dudas de los usuarios.</p>	

Objetivos Relajación	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Describir los componentes y la funcionalidad de la Relajación Muscular Progresiva (RMP) Aplicarla en la segunda parte de esta sesión</p>	<p>3era Sesión 1</p>	<p>Exposición. Modelamiento.</p>	<p>Éstos definirán la RMP y describirán la aplicación. Posteriormente modelarán la manera de llegar a un nivel de relajación adecuado y funcional</p>	<p>Escucharán activamente la definición y las instrucciones de los terapeutas y seguirán el modelamiento.</p>	<p>Llevar a cabo la técnica de RMP en casa, al inicio y al final de sus actividades diarias (mañana y noche) durante una semana</p>	<p>Los usuarios referirán por medio de la retroalimentación las sensaciones tanto de bienestar como de malestar causadas por la aplicación de la RMP.</p>	<p>Se identificará el tiempo necesario para llegar a una completa RMP. Se evaluará la claridad de las instrucciones</p>

Objetivos Relajación	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Conocer los resultados de la aplicación de la RMP, realizada en casa por parte de los usuarios</p> <p>Describir los componentes y la funcionalidad de la Técnica de Relajación por Imaginación Guiada (RIG)</p> <p>Aplicarla en la segunda parte de esta sesión</p>	4ta Sesión 1	Exposición Preguntas y Respuestas Modelamiento	<p>Por medio de una dinámica de preguntas y respuestas los terapeutas evaluarán los resultados obtenidos de la aplicación de la RMP</p> <p>El terapeuta guiará a los usuarios en la relajación, proponiendo contextos y situaciones que posibiliten un estado de bienestar y relajación</p>	<p>Responderán exponiendo los principales logros y obstáculos de la RMP</p> <p>Escucharán y seguirán activamente las instrucciones de los terapeutas para llegar a un estado de relajación completo</p>	Se les solicitará que elaboren un guión imaginativo, para que se lleve a cabo en casa, en conjunto con la RMP	<p>Los usuarios referirán por medio de la retroalimentación los resultados de la aplicación de la RMP aplicada en casa.</p> <p>Identificar las consecuencias fisiológicas de la RIG referidas por los usuarios</p>	Identificar el nivel de seguimiento de instrucciones y la disposición a la RIG y, considerar a los usuarios que lleguen a un estado de relajación profunda, para guiarlos adecuadamente a un estado de vigilia

Objetivos Reestructuración Cognitiva	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Evaluar los resultados, tanto positivos como negativos, de la aplicación de la RMP y la RIG realizadas en casa</p> <p>Identificar las creencias y pensamientos irracionales de los usuarios respecto a sus padecimientos crónico-degenerativos y aplicar un ejercicio de reestructuración cognitiva</p>	<p>5ta. Sesión</p> <p>1</p>	<p>Sesión de preguntas y respuestas</p> <p>Terapia Racional Emotiva</p>	<p>Realizará una serie de preguntas a diferentes usuarios para evaluar la eficacia de las relajaciones musculares e imaginativas</p> <p>Se les informará sobre las bases de la Terapia Racional Emotiva (TRE), los Pensamientos Automáticos (PA) y como se relaciona e influye en su condición y calidad de vida</p>	<p>El usuario reestructurará sus ideas irracionales a partir de conocer cuáles son dichas ideas y de llevar a cabo un análisis y reflexión de sus implicaciones en su vida cotidiana</p> <p>El usuario conocerá la influencia de los pensamientos irracionales en la ocurrencia de conductas y/o sentimientos en la vida cotidiana</p>	<p>Se les proporcionará un formato con una lista de situaciones hipotéticas donde el usuario tendrá que identificar si la respuesta que se presenta es de tipo irracional o no, y si es así, indicar en seguida como reconceptualizar el evento.</p> <p>El usuario llevará una lista para la siguiente sesión, de pensamientos irracionales que haya generado durante la semana, además anotará lo que hizo y sintió después de pensarlo, así como su reconceptualización.</p>	<p>La evaluación está en función de las respuestas y dudas que presente el usuario, al darle a conocer la lista de pensamientos irracionales que las personas cotidianamente generan, es decir si es claro el modelo y las implicaciones de las ideas irracionales</p>	<p>Se utilizarán términos y ejemplos de la vida cotidiana para explicar la TRE y se les dará un ejemplo de la lista que tendrán que realizar</p>

	6ta. Sesión 2	Dialogo Socrático	Se analizará la tarea solicitada por los terapeutas, indicando sus posibles aciertos o errores según haya respondido, llevándolos a la reflexión. rebatiendo las ideas irracionales -En función de los pensamientos identificados como irracionales, durante la obtención de datos, se reconceptualizaran sus ideas irracionales empleando el dialogo socrático.	Los usuarios deberán de justificar sus argumentos a fin de debatir lo racional de sus respuestas. Con el uso del dialogo Socrático	Los usuarios deberán anotar lo que sienten tomando como base la nueva conceptualización de los eventos y pensamientos	Los usuarios deberán de establecer respuestas racionales de la serie de situaciones hipotéticas, no es necesario que todas sus respuestas sean acertadas, si aún presentan dudas se repetirá la sesión anterior empleando el modelo y resolviendo junto con los usuarios la tarea. Los usuarios deberán indicar y establecer alternativas racionales de sus pensamientos previamente identificados	Se cuestionará constantemente a los usuarios hasta hacerlos llegar al análisis deseado
--	---------------------	----------------------	--	--	---	--	--

Objetivos Asertividad	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Verificar el grado de comprensión de la TRE</p> <p>Explicar los elementos básicos de la conducta asertiva</p> <p>Llevar a los usuarios a un estilo de comportamiento asertivo</p>	7ª Sesión 1	Exposición Modelamiento	<p>1.- Se retroalimentará la actividad de tarea refiriendo la importancia de los beneficios de la nueva forma de conceptualizar los eventos que cotidianamente les pudieran causar algún problema.</p> <p>2.- Los terapeutas les explicarán que es la asertividad, porque es importante el ser una persona asertiva y los beneficios que puede obtener al ser una persona asertiva.</p> <p>3.-Se les explicará los tres estilos básicos en la</p>	<p>1.-Los usuarios deberán indicar en cada uno de los ejercicios mencionados por los terapeutas si se trata de un estilo pasivo, agresivo o asertivo en cada uno de los ejemplos.</p> <p>2.-A los usuarios se les darán una serie de situaciones en las cuales tendrán que responder como comúnmente lo harían.</p> <p>3.-A partir de sus respuestas del ejercicio</p>	Se les pedirá de tarea a los usuarios que en una libreta anoten aquellas situaciones que les causan conflicto y en las cuales consideren que deberían de tener una respuesta asertiva.	<p>En esta fase se evaluará qué tipo de respuesta es con la que los usuarios cuentan para relacionarse.</p> <p>* Los usuarios deberán explicarle a los terapeutas de forma verbal cuál es la respuesta con la que cuentan y porque es importante cambiarla por una respuesta asertiva.</p>	Se retroalimentarán las respuestas haciendo hincapié en la funcionalidad de la conducta asertiva.

			<p>conducta interpersonal, los cuales son: el agresivo, el pasivo y el asertivo.</p> <p>3.-Se les darán ejemplos de cada uno de los estilos antes mencionados y se les explicarán porque se le denomina pasivo, agresivo y asertivo, así como, darles a conocer las consecuencias de cada uno de estos estilos.</p> <p>4.- A los pacientes se les cuestionará sobre el estilo que utilizan para relacionarse con las otras personas, si este estilo les es efectivo y si no lo es, por qué no lo es y cual consideran él más adecuado.</p>	<p>anterior los usuarios deberán identificar qué estilo es el que generalmente utilizan para relacionarse y si este le es funcional.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivos Solución de Problemas	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
Que los usuarios puedan definir e identificar sus problemas, generar posibles soluciones, tomar decisiones y evaluar los resultados Todo ello con base a la Solución de Problemas	8ª Sesión. 2	Solución de problemas Lluvia de ideas Exposición	Exponer y describir la Técnica de Solución de problemas, se guiará al usuario a identificar si el problema que está presentando es de su responsabilidad y se alentará al grupo de trabajo a referir una lista de soluciones a dicho problema, con la finalidad de encontrar soluciones diversas a un solo evento, y se evaluarán las posibles consecuencias de esas soluciones.	Examinará las situaciones problemáticas personales que ha experimentado en las siguientes áreas: trabajo, amistades, religión, carrera, recursos económicos Responderá a las siguientes preguntas: ¿quién está implicado en este problema? ¿quién es el responsable de este problema? ¿qué estoy sintiendo sobre este problema?	Que los usuarios reporten las situaciones que consideren como problemáticas y que generen una serie de soluciones a dichos problemas	Que los usuarios aprendan a diferenciar entre las problemáticas exclusivas de ellos mismos y de las generadas por las demás personas	Se resaltarán que es inevitable la existencia de problemas, sin embargo siempre, existen alternativas de solución

				<p>¿dónde ocurre este problema? ¿cuándo empezó este problema? ¿cuándo solucionaré este problema? ¿por qué ocurrió este problema? ¿por qué me estoy sintiendo tan triste?</p> <p>Los usuarios darán una lista de soluciones y evaluarán la viabilidad de ellas.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Objetivos Médico	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Evaluar las concepciones y creencias de los usuarios respecto de sus enfermedades, eliminar mitos e Informar a los usuarios de la condición Médica de los padecimientos Crónico-degenerativos Instruir a los usuarios en la medición de glucosa y presión arterial.</p>	<p>9ª Sesión 1</p>	<p>Dinámica de preguntas y respuestas</p> <p>Exposición</p>	<p>El médico preguntará cuáles son los orígenes de estos padecimientos según las ideas y creencias de los usuarios.</p> <p>Además explicará los orígenes reales y las características generales de los PCD</p> <p>Enseñará la correcta toma de la glucosa en la sangre, y la medición de la presión arterial</p>	<p>Participación activa en la dinámica de preguntas y respuestas y observación del modelaje del médico en la medición de glucosa y presión arterial.</p>		<p>Al término de la sesión deberán de llevar a cabo la medición correcta de los niveles de glucosa en la sangre y de la presión arterial.</p>	<p>Se utilizarán términos cotidianos y un lenguaje sencillo.</p> <p>Durante las mediciones, se tomarán todas las condiciones de higiene y seguridad necesarias para el uso correcto de los instrumentos de medición</p>

Objetivos Nutriólogo	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Dar un panorama general de la dieta adecuada para diabéticos e hipertensos, exponer a los usuarios las necesidades de peso y talla debido a su condición e Índice de Masa Corporal (IMC)</p>	<p>10^a Sesión 1</p>	<p>Exposición Dinámica de preguntas y respuestas</p>	<p>El Nutriólogo encargado, revisará la talla y peso de los usuarios del programa, a partir de esto les dará las recomendaciones necesarias en cuanto a alimentación. Además les proporcionará una dieta de acuerdo al presupuesto semanal de cada uno y llevará muestras de las porciones de alimento para el consumo diario</p>	<p>Escucharán activamente las recomendaciones del Nutriólogo, Se pesarán y medirán la cintura para sacar el IMC</p> <p>Anotarán las recomendaciones de dieta según su presupuesto</p>	<p>Aplicar las recomendaciones del Nutriólogo en casa</p>	<p>Revisar que los usuarios hayan realizado los registros de las recomendaciones</p>	<p>Las recomendaciones se harán tomando en cuenta la situación económica del grupo y las características físicas de cada uno de ellos</p>

Objetivos Podólogo	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
Que los usuarios conozcan los principales riesgos y cuidados del pie	11ª Sesión 1	Exposición y modelamiento	El Podólogo responsable explicará las causas, principales complicaciones y cuidados del pie diabético	El usuario observará y reproducirá la manera en que el podólogo realiza la limpieza de sus pies	Llevar a cabo los pasos para el cuidado del pie diabético	Observar la ejecución de los usuarios al reproducir los ejemplos del podólogo	Las condiciones de higiene serán las optimas para realizar esa tarea

Objetivos Oftalmólogo	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
Que los usuarios conozcan los principales padecimientos y cuidados de los ojos para diabéticos e hipertensos	12ª Sesión 1	Exposición	El Oftalmólogo explicará las principales problemáticas (síntomas) de la vista en personas diabéticas e hipertensas, explicará la génesis de esta complicación y los cuidados preventivos que se deben de tener.	Escuchará y responderá a las preguntas realizadas por el Oftalmólogo	Llevar a cabo los pasos para el cuidado de los ojos y de la identificación de la sintomatología	Evaluar las respuestas de los usuarios a las cuestiones planteadas por el oftalmólogo	

Objetivos Dentista	No. Sesión / No. de sesiones	Técnicas	Actividades terapeuta	Actividades usuario	Tareas	Criterios Evaluación	Observación
<p>Que los usuarios conozcan las necesidades de limpieza y atención en el área bucal</p> <p>Que conozcan las condiciones para recibir atención odontológica</p>	13ª Sesión 1	Exposición y modelamiento	El Dentista responsable explicará las causas, principales complicaciones y cuidados de la boca y las condiciones de presión arterial en las que se deben de presentar a consulta odontológica los pacientes hipertensos y diabéticos	El usuario observará y reproducirá la manera en que el dentista realiza la limpieza y cuidados de los dientes y encías	Llevar a cabo los pasos para el cuidado de la boca	Observar la ejecución de los usuarios al reproducir los ejemplos del dentista	Las condiciones de higiene serán las optimas para realizar esa tarea

DISCUSIÓN

La situación actual en el sistema de salud mexicano, público y privado, muestra un panorama desalentador para el psicólogo de la salud. En primer lugar por que los que establecen y generan las políticas de salud son los médicos y aunque actualmente se ha avanzado en la consideración de los aspectos psicológicos de la enfermedad, estos aun no tienen el peso suficiente como para que se diseñen programas o políticas de intervención basados en lo psicológico. En segundo lugar, el ejercicio del psicólogo en esta área no ha sido reconocido, no por falta de calidad en su desempeño, sino por falta de oportunidades que demuestren sus capacidades y habilidades, podemos citar ejemplos contrarios en Cuba y Estados Unidos, donde la intervención del médico va de la mano con la del psicólogo, donde se atiende integralmente al usuario, esta falta de oportunidades hace que la labor del profesional en psicología de la salud pase desapercibido (Becoña y Vázquez 1995) .

Aunque las investigaciones y estudios con intervenciones psicoterapéuticas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión son recientes y escasos en México, y algunos están en proceso, es posible afirmar que las propuestas que se han llevado a cabo en diferentes instituciones tanto públicas como privadas permiten abrir nuevos espacios para la investigación (González, 2004).

Del mismo modo, los trabajos multidisciplinarios donde se invita al psicólogo a intervenir son nuevos, es decir, hasta no hace más de 6 años esto era casi inexistente, como muestra de ello revisamos un proyecto que retoma la importancia de la intervención integral en pacientes diabéticos que se lleva a cabo desde el 2001 en el estado de Hidalgo, cuyo modelo de atención médica para pacientes diabéticos se organiza bajo el modelo cognitivo-conductual, consiste en tratar a los pacientes diagnosticados, reforzar la detección en la población de alto riesgo, y prevenir o reducir la aparición de la enfermedad.

Este contexto a nivel nacional, puede desalentar a aquellos que pretendemos incidir en este medio, en la salud y en sus elementos, en la identificación de variables que intervienen en los procesos de salud y enfermedad, sin embargo es un área de oportunidad para colocar a la Psicología como un factor determinante que incida directamente en la calidad de vida de la población mexicana. Con el programa propuesto, pretendemos modificar las creencias y la calidad de vida de los pacientes diabéticos e hipertensos, pero adicionalmente este tipo de programas se puede adaptar a enfermos terminales, a personas diagnosticadas con cáncer, con enfermedades de transmisión sexual, etc. Es un programa que se ajusta a las instituciones y a las necesidades de los pacientes permitiendo así su aplicación sin costos excesivos.

Este programa pretende obtener como mayor resultado, incidir sobre la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con las dos principales enfermedades crónico-degenerativas causantes de muertes en México, modificando su sistema de creencias y las conductas de salud necesarias para evitar el deterioro de su organismo, contempla una atención integral donde diversos profesionales apliquen sus conocimientos en beneficio de los usuarios. Además es una propuesta intervención bajo un enfoque cognitivo-conductual destinado al manejo y la atención integral del paciente. Se consideran aquí los aspectos psicológicos de los usuarios, teniendo fundamentalmente, las emociones, la forma de percibir su padecimiento, los pensamientos en torno a su situación y el comportamiento ante su enfermedad.

La intervención psicoterapéutica con la que se trabaja consiste en evaluar los aspectos emocionales cognitivos y conductuales a través de una entrevista y cuestionario clínico que nos permitirán identificar los estados de ansiedad, estrés, creencias, ideas y actitudes. Posteriormente se lleva a cabo una intervención bajo los esquemas planteados (paquete de afrontamiento) para posibilitar un cambio en beneficio de su calidad de vida, modificando las ideas irracionales, mitos y creencias de su condición biológica.

La psicoterapia cognitivo-conductual es una aproximación de intervención psicológica eficaz que día a día incrementa su aceptación en el campo de la salud como propuesta terapéutica. Ha permitido demostrar no sólo resultados a corto plazo en diferentes padecimientos físicos en los que antes no se tomaba en cuenta el aspecto psicológico, si no que actualmente, los componentes emocionales cognitivos y conductuales son parte integral de una evaluación e intervención a pacientes que presentan cualquier enfermedad o padecimiento. El modelo de intervención que utilizamos en este trabajo, basado en la Terapia Cognitivo Conductual, permite abordar aspectos cognitivos considerablemente importantes en el desarrollo o deterioro de las enfermedades crónico-degenerativas. Modificar ciertas pautas de pensamiento que afectan directamente las conductas y que pueden posibilitar el deterioro del estado de salud de personas con diabetes o hipertensión arterial es vital, ya que en este punto, las creencias y las ideas irracionales que se tengan sobre estos padecimientos son determinantes para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Existen en México muchas ideas erróneas y mitos sobre estos padecimientos y en la medida en la que sean aclaradas y modificadas estas percepciones, se modificarán las conductas protectoras de la salud que se relacionan con el nivel de calidad de vida de estas personas.

El marco teórico, la metodología y los elementos participes de esta propuesta de intervención presentan las siguientes ventajas:

- Dada las características del mismo programa este permite abordar diferentes padecimientos en diferentes poblaciones así como en diferentes instituciones de salud.
- Es una intervención breve que permite obtener resultados a corto y largo plazo.
- Permite un abordaje integral y funcional de la población afectada, incluyendo aspectos biológicos, socioculturales y psicológicos.
- Nuestra propuesta no tiene una visión reduccionista, es decir, plantea soluciones en las distintas esferas del individuo.

- Propone una metodología novedosa al desarrollar una intervención multidisciplinaria que puede abordar cualquier problema de salud.
- Esta propuesta puede ser incluida en los programas de salud en cualquier institución y ser parte de las políticas de desarrollo de la población.
- La relación costo beneficio es favorable debido al bajo presupuesto que se necesita para su implementación.
- Propone una metodología participativa, la cual ha demostrado su eficacia en respuesta a diversos problemas de salud.
- La didáctica del programa permite la aplicabilidad del programa así como su generalidad.

La experiencia de trabajar con pacientes que presentan padecimientos crónicos degenerativos, como el tratado en esta tesis, permite entender que estos no solo tienen componentes físicos y fisiológicos, sino también emocionales, aspecto psicológico no tomado en cuenta por el modelo médico en la mayoría de los casos. Es por ello que es muy importante hacer planteamientos como el presente proyecto, para que la intervención también se dé a nivel psicológico.

Este esfuerzo es una muestra insoslayable de la importancia que tienen las intervenciones psicológicas en el campo de la salud y de la trascendencia que pueden tener en la atención a otros padecimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberti, R. E. (1977). Assertive Behavior training: Definitions, overview, contributions. San Luis Obispo-California: Impact Press.
- Álvarez, J. (2002). Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial, México: Trillas.
- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en psicología de la salud. En Luis A. Oblitas & E. Becoña (Eds.), *Psicología y salud* (pp. 53-65). México: Plaza y Valdés.
- Ballester, R. (1997). Introducción a la Psicología de la salud. Valencia-España: Promolibro.
- Bazán, R. E. (2003). "Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario en México". México: *Revista Psicología de la Salud*. Vol. 5 No.1.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. España: Desclee de Brower.
- Becoña, E., Vázquez, F. L., y Oblitas, L. A. (2000). *Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. México. Plaza y Valdés
- Becoña, E., Vázquez, F. L. & Oblitas, L. E. (1995). Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud. *Psicología contemporánea*, 2, 100-111.
- Berstein, D.A., Borkoveck, T. D. (2003). Progressive Relaxation Training: A manual for the helping professions. Champaign-II: Research Press.
- Borja, J. (2000). Psicología, Salud, Ciencia y Tecnología. México: *Revista de Psicología y Salud*. Vol. 10 No. 1 Pp. 15- 42.
- Brewin, C. R. (1996). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades Sociales. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Caballo, V. E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Caballo, V. E., Ellis, A., y Lega, L. (2008). Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual España: Siglo XXI Editores.
- Cantú, G. R., López, B. G. (2009). Psicología de la Salud. Antecedentes, aplicaciones y propuestas. Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Castañeda, S. (1998). Evaluación y fomento del desarrollo intelectual en ciencias artes y técnicas. *Perspectivas Internacionales en el Umbral del Siglo XXI*. México: Porrúa.
- Castro, C. G., Rodríguez, C. I., Ramos, M. R. M. (2005). Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. Chile. Fomento Editorial, Universidad de Magdalena.
- Coral, P., Kattah, W., Méndez, F. (2007). Evaluación del impacto de un programa de tratamiento y educación en la reducción de los niveles de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos. Colombia. *Acta médica Colombiana*. Vol. 32 No. 4- 12- 21.
- De la Fuente, R. (1960). Psicología Médica. México. Fondo de Cultura Económica
- Di Matteo, M., Di Nicolas, D. (1982). Archiving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon Press.
- Ellis, A., y Rieger, R. (1981). Manual de Terapia Racional Emotiva. España: Desclee de Brower .
- Fernández Ballesteros, R. (1995). Evaluación de programas: Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Madrid: Síntesis.
- Roa, A. (1995). Evaluación en Psicología clínica de la salud. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Fernández, C. y Reynoso, L., (1983). Recorrido Histórico de las ciencias de la salud. México: *Revista de Psicología y ciencia social*. Vol. 1, No 1. Pp. 123-156.
- Goldfried, M. R., Davison, G. (1981). Técnicas terapéuticas conductistas. Argentina: Editorial Paidós.

- González, V. C. (2004). Epidemiología de la Diabetes tipo 2 en México, Disponible en internet en:
<http://www.diabetesaldia.com/todosobreladiabetes/queesladiabetes.htm>
- Holtzman, W. (1993). La Psicología y la Salud por todo el mundo. En: J. Palacio y E. Lucio., (EDS) *Primer Congreso Internacional de la Psicología de la Salud México*: (349-359) Facultad de Psicología, UNAM.
- Jáuregui, J. T., Torre, S. A. y Gómez, P. G. (2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes e hipertensión arterial: Impacto de un programa multidisciplinario. México: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 40 (4).
- Kato, P.M., y Mann, T. (1996). Handbook of Diversity Issues in Health Psychology. Nueva York: Plenum Press.
- Konz, M. (2005). Health Psychology. New York: Choice. Pp. 42(9), 1507-1521
- Landa, P. (1999). El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de la salud. México: *Revista Psicología y ciencia Social*. Vol. 3 No. 2 Pp. 32.
- Landero, R. y González, M. T. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas Psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. México: *Revista Panamericana de la Salud*. Vol. 17. No. 2 (12-19).
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., (1971). Behavior Therapy and Beyond. New York: McGraw-Hill.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Millon, T., Green, C., Meagher, R. B. (1982). Handbook of clinical health psychology. New York: Plenum Press.
- Morales, C. F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires. Paidós.

- Quesada, C. M. (1998). Desarrollo de habilidades de la práctica profesional del psicólogo, en un curso de psicología educativa por medio del método de enseñanza conocido como aprendizaje basado en problemas. Tesis inédita de doctorado. México: Facultad de Psicología , UNAM.
- Ramírez, M. (1996). Psicología Pediátrica. Tesis de Maestría no Publicada, México : UNAM, Campus iztacala.
- Reynoso L., Seligson I. (2000). “Salud, psicología y Psicología de la salud”. México: *Revista de Psicología y Ciencia Social*. Vol. 4. No. 1. Pp. 45-65.
- Reynoso, L., Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud. México: Manual Moderno, UNAM, U. de G.
- Rodríguez C. M. (2003). “La inserción del psicólogo en el campo aplicado”. México: *Revista Psicología y ciencia Social*. Vol. 5. no. 1. Pp. 11-19.
- Rodríguez, G. & Palacios, J. (1989). “Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México”. En J. Urbina (Comp.), *El Psicólogo. Formación, ejercicio profesional, prospectiva* (pp. 473- 482). México: UNAM.
- Salinas, J. (1995). El Psicólogo en la Atención a la Salud. Tesis de Maestría. México: UNAM, Campus Iztacala.
- Sánchez, A. (1996). Psicología Comunitaria: Bases Conceptuales y métodos de Intervención. España: EUB.
- Santrock, J. W. (2002). Psicología de la educación. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Sarafino, E. (2002). Health Psychology: Biopsychosocial interactions. New Jersey: John Wiley & Son.
- Schwartz,G. E., Weiss, S. M. (1977). Yale conference on Behavioral Health: A handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. New York: Healt Review. 3-40.
- Schultz, J. A., Luthe, W. (1969). Autogenic therapy. New York: Grune Statton.
- Shank, L., Shaffer, C. (1984). Manual del Terapeuta para la Terapia Congnitiva Conductual en Grupos. Bilbao-España: Desclee de Brower.

- Sheridan, Ch., Radmacher, S. (1992). Psychological and behavioral therapies in health psychology. Cap 5. Health Psychology. Challenging the biomedical model. New York: Jhon Wiley & Son.
- Sternberg, R. J. (1994). Thinking Styles: Theory and assessment at the interface between intelligence and personality. New York: Cambrige University Press.
- Stone, G. C. (1979). Psychology and health system. En G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), Health Psychology (pp. 47-75). San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Taylor, S. E. (1986). Health Psychology. New York: Random House.
- Urbina, J. y Rodríguez, G. (1993). El psicólogo en el sector salud en México. En Palacios, J. y Lucio, E. (eds), *Memorias del I Congreso Internacional de Psicología de la Salud.* Pp. 246-259. México: UNAM.
- Vander Ven, N., Weinger, K., Snoek, F. (2002). Terapia Cognitivo-Conductual; Cómo mejorar el autocontrol de la diabetes. Munich: *Diabetes-voice.* Vol. 47, No. 3.
- Vega, L. (2002). El Concepto de Salud. En, La salud en el contexto de la nueva salud pública (3-12). México: Manual Moderno.
- Woolfolk, A. E. (1999). Psicología Educativa. México: Prentice Hall.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO I

ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA INICIAL

FECHA:	ENTREVISTADOR:
--------	----------------

I. PACIENTE

NOMBRE:	EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NÚMERO DE HIJOS:	
OCUPACIÓN:		
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	

FUENTE DE REFERENCIA: (¿quién proporciona los datos?)
--

VALIDEZ DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN EXPRESADAS:

© Editorial El Manual/Procedura. Fotocopiar sin autorización es un delito.

121

II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

QUEJA PRINCIPAL (en los términos del paciente):	
--	--

HISTORIA INMEDIATA DE DESARROLLO DEL PROBLEMA:	
--	--

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:	
--------------------------	--

ANTECEDENTES:	
---------------	--

CONSEQUENTES:	
DURACIÓN DEL PROBLEMA:	
FRECUENCIA DE OCURRENCIA:	
INTENTOS ANTERIORES POR SOLUCIONARLO:	
INTENTOS ANTERIORES POR SOLUCIONAR OTROS PROBLEMAS	

© Editorial El Manual. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

III.-HISTORIA MÉDICA:

ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS:	
HOSPITALIZACIÓN	
MUERTES FAMILIARES:	
MEDICACIÓN ACTUAL:	

IV. IMPRESIÓN CLÍNICA:

APARIENCIA FÍSICA:	
--------------------	--

CONDUCTAS DURANTE LA ENTREVISTA:	
----------------------------------	--

ESTADO DE ACTIVIDAD:	
----------------------	--

ORIENTACIÓN:	
--------------	--

HABILIDADES SOCIALES:	
-----------------------	--

© 2000 por un grupo de autores en psicología. Publicado por Manual El Manual

COOPERACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO:	
---	--

MANIFESTACIÓN DE PROBLEMAS DE ORGANICIDAD:	
--	--

SUGERENCIAS PARA LOS PROCEDIMIENTOS DE TRATAMIENTO:	
---	--

ANEXO II

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono: (Casa)		(Trabajo)	
Edad:	Ocupación:	Sexo:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Religión:	
Estatura:	Peso: ¿Su peso varía? Sí NO	¿Cuánto?	
¿Tiene médico? Sí NO	Nombre:	Teléfono:	
¿Quién lo envía?			
Estado civil:	soltero	comprometido	casado separado
divorciado	viudo	vive con alguien	casado otra vez, ¿cuántas veces?
Vive en...	casa	departamento	cuarto otro
¿Con quién vive?	cónyuge	amigo(s)	solo padres
hijo(s)	compañero de cuarto	otro(s) (especificar)	
¿En qué trabaja?			
¿Su trabajo le satisface? Sí NO Si dijo NO, ¿por qué?			
¿Qué trabajos ha tenido en el pasado?			
¿Ha estado en terapia antes, o ha recibido asistencia profesional para su problema? Sí NO Si dijo Sí, ¿cuándo y dónde?			
¿Ha estado hospitalizado por problemas psicológicos/psiquiátricos? Sí NO Si dijo Sí, ¿cuándo y dónde?			
¿Ha intentado suicidarse? Sí NO			
¿Algún miembro de su familia sufre de problemas emocionales o mentales? Sí NO			
¿Algún miembro de su familia ha intentado suicidarse? Sí NO			

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL		
Padre:	Nombre:	Ocupación:
Edad:	Salud:	Si ya murió, edad al morir:
Causa de la muerte:		Edad de usted al morir su padre:
Madre:	Nombre:	Ocupación:
Edad:	Salud:	Si ya murió, edad al morir:
Causa de la muerte:		Edad de usted al morir su madre:
Hermanos:	edad(es) del(los) hermano(s):	edad(es) de la(s) hermana(s):
Algunos detalles significativos de ellos:		
Si usted no creció con sus padres, ¿con quién creció y durante cuántos años?		
Por favor, dé una descripción de la personalidad y actitudes de su padre hacia usted (Pasado y presente)		
Por favor, dé una descripción de la personalidad y actitudes de su madre hacia usted (Pasado y presente)		
¿De qué forma era disciplinado o castigado por sus padres?		
Describe sus impresiones acerca de la atmósfera de su casa. Mencione si existía compatibilidad entre los padres y entre los hijos		
¿Era usted capaz de confiar en sus padres? Sí NO		
¿Sentía amor y respeto por sus padres? Sí NO		
Si usted tiene padrastro o madrastra, escriba la edad de usted al volverse a casar su (madre, padre)		

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiee sin autorización en un dólar.

¿Alguien como padres, parientes o amigos, han interferido con su matrimonio, ocupación, etc.?
 Sí: NO
 Si contestó Sí, describa brevemente:

Máximo grado de estudios:

De las siguientes aseveraciones, marque con una X la que corresponda a las características de su infancia y adolescencia:

Infancia feliz		Uso de drogas	
Infancia infeliz		Uso de alcohol	
Problemas emocionales o de conducta		Castigado severamente	
Problemas legales		Abusado sexualmente	
Muerte en la familia		Intimidado o molestado severamente	
Problemas médicos		Problemas de alimentación	
Ignorado		Otros:	
Muy pocos amigos			
Problemas en la escuela			
Problemas financieros			
Convicciones religiosas fuertes			

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA ACTUAL:
 Describa en sus propias palabras la naturaleza del problema actual:

De la escala presentada abajo, marque la severidad del problema.

Es poco molesto para mí	Es muy molesto	Es severo	Es muy severo	Totalmente incapacitante
-------------------------	----------------	-----------	---------------	--------------------------

¿Cuándo empezaron sus problemas?

¿Con qué empeora su problema?

¿Con qué mejora, o qué ha sido de ayuda para usted?

¿Qué tan satisfecho está con su vida considerada como un todo?
 INSATISFECHO 1 2 3 4 5 6 7 MUY SATISFECHO

¿Cuál cree que ha sido su nivel de tensión durante el mes pasado?
 RELAJADO 1 2 3 4 5 6 7 TENSO

EXPECTATIVAS RESPECTO DE LA TERAPIA
 En unas cuantas palabras, ¿qué piense de la terapia psicológica?

¿Cuánto cree que durará su terapia?

¿Qué características cree usted que el terapeuta debe poseer?

ANÁLISIS DE LA MODALIDAD DEL PROBLEMA ACTUAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarle a describir sus problemas actuales con mayor detalle, así como a identificar problemas que podrían no haber sido percibidos por usted. Esto nos permitirá diseñar un programa de tratamiento específico para sus necesidades. La sección está organizada de acuerdo con siete

© Editorial El Manual del Paciente. Fotocopiar en autorización en un día.

modalidades: Conductas, Sentimientos, Sensaciones físicas, Imágenes, Pensamientos, Relaciones interpersonales y Factores biológicos.

CONDUCTAS: De la siguiente lista, marque con una X la que presente actualmente

Comer de más		Trastornos del sueño	
Consumir drogas		Evitación fóbica	
Inactividad		Gastar demasiado dinero	
Conductas incorrectas		No poder encontrar trabajo	
Beber demasiado		Insomnio	
Trabajar demasiado		Tomar muchos riesgos	
Estar demorando algo		Perezoso	
Reacciones impulsivas		Problemas de alimentación	
Pérdida del control		Conducta agresiva	
Intentos suicidas		Llanto continuo	
Compulsiones		Muy enojado en ocasiones	
Fumar		Otros:	
Haber dejado de hacer algo			
Tics nerviosos			
Dificultades para concentrarse			

¿Cuáles son los talentos o habilidades de los que se puede sentir orgulloso?

¿Qué le gustaría empezar a hacer?

¿Qué le gustaría dejar de hacer?

¿Cómo pasa su tiempo libre?

¿Cuáles actividades considera son sus pasatiempos o disfruta usted para relajarse?

¿Tiene problemas para relajarse y disfrutar de sus fines de semana o vacaciones? **SÍ NO**
Si respondió SÍ, por favor explique:

Si pudiera pedir dos deseos, ¿cuáles serían?

SENTIMIENTOS: De la siguiente lista, marque con una X los que presente actualmente.

Enojado		Sin esperanzas	
Fastidiado		Esperanzado	
Triste		Desemparado	
Deprimido		Relajado	
Ansioso		Celoso	
Temeroso (con miedo)		Infeliz	
Con pánico		Aburrido	
Energético		Sin descanso	
Envidioso		Solitario	
Culpable		Satisfecho	
Feliz		Excitado	
En conflicto		Optimista	
Avergonzado		Tenso	
Apenado		Otros:	

© Editorial El Manual Moderno. Reproducción sin autorización es un delito.

Liste sus cinco principales miedos:

¿Cuáles son algunos sentimientos positivos que haya experimentado recientemente?

¿Cómo es más probable que usted pierda el control sobre sus sentimientos?

Describa una situación en la que se sienta calmado o relajado

SENSACIONES FÍSICAS: De la siguiente lista, marque con una X las sensaciones que presente actualmente.

Dolor abdominal		Entumecimiento	
Dolor o ardor al orinar		Problemas estomacales	
Dolor durante la menstruación		Tics	
Dolor de cabeza		Fatiga	
Mareos		Espasmos musculares	
Palpitaciones		Dolor de espalda	
Espasmos musculares		Temblores	
Tercerones		Desmayos	
Trastornos sexuales		Escuchar ruidos	
Incapacidad para relajarse		Ojos llorosos	
Alteraciones intestinales		Catarro	
Hormigueos		Náuseas	

Problemas de la piel		Vértigo	
Boca seca		Sudoración excesiva	
Sensación de quemadura o comezón de la piel		Alteraciones visuales	
Dolor torácico		Problemas de audición	
Látidos cardiacos rápidos		Otros:	
No le gusta ser tocado(a)			

¿Qué sensaciones son...
placenteras para usted?
no placenteras para usted?

IMÁGENES: De la siguiente lista, marque con una X las imágenes que presente actualmente.

Yo me veo...

Siendo feliz		Lastimando a otros	
Siendo heroico en mis sentimientos		Estando a cargo de las cosas	
Incapaz de afrontar problemas		Fallando	
Exitoso		Atrápado	
Perdiendo el control		Siendo promiscuo	
Siendo seguido		Otros:	
Que hablan de mí			
Siendo agresivo			
Desamparado			

Yo tengo...

Imágenes sexuales placenteras		Imágenes sexuales no placenteras	
Imágenes desagradables de mi infancia		Imágenes de soledad	
Imagen corporal negativa		Imágenes de seducción	

© Catherine D. Rinehart/McGraw-Hill. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Me imagino siendo amado					
Otras:					
Describa una imagen o fantasía muy placentera.					
Describa una imagen o fantasía no placentera:					
Describa cómo se imagina un lugar seguro:					
Describa la imagen persistente que le moleste o interfiera con su funcionamiento cotidiano:					
¿Qué tan seguido tiene pesadillas?					
PENSAMIENTOS: De la siguiente lista, marque con una X las aseveraciones que mejor lo describan.					
Inteligente			Feroz		
Confidente			Estúpido		
Que valgo la pena			Ingenuo		
Ambicioso			Honesto		
Sensitivo			Incompetente		
Leal			Con pensamientos horribles		
Confiable, fidedigno			En conflicto		

Lleno de penas			Con dificultades para concentrarme		
Indigno			Con problemas de memoria		
Un don nadie			Atractivo		
Inútil			Que no puedo tomar decisiones		
Malo			Con ideas suicidas		
Loco			Perseverante		
Degenerado			Con buen sentido del humor		
Considerado			Que trabaja duro		
Con desviaciones			Indeseable		
Sin atractivos			Flejo		
Sin cariño			No digno de confianza		
Inadecuado			Deshonesto		
Confuso			Otros		

¿Cuál cree que haya sido su idea más loca?

¿Se ha molestado por pensamientos que vuelven y vuelven? SÍ NO
Si contestó SÍ, ¿cuáles?

¿Qué le preocupa que pueda afectar negativamente su humor o su conducta?

© Baltimore El Manual Problemático. Fotocopiar sin autorización es un delito.

De las siguientes aseveraciones, marque lo que refleje más adecuadamente su opinión, de acuerdo con el siguiente puntaje:

- 1 En total desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Neutral
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

No debo cometer errores	1 2 3 4 5
Debo ser bueno en todo lo que haga	1 2 3 4 5
Cuando no sepa algo, debo pretender que sí lo sé	1 2 3 4 5
No debo revelar información personal	1 2 3 4 5
Soy una víctima de las circunstancias	1 2 3 4 5
Mi vida se encuentra controlada por fuerzas externas	1 2 3 4 5
Otras personas son más felices que yo	1 2 3 4 5
Es muy importante complacer a otras personas	1 2 3 4 5
Hay que llevarse la tranquila; no tomar riesgos	1 2 3 4 5
No me rezo ser feliz	1 2 3 4 5
Si ignoro mis problemas, éstos desaparecerán	1 2 3 4 5
Es mi responsabilidad hacer felices a otros	1 2 3 4 5
Debo trabajar muy duro para lograr la perfección	1 2 3 4 5
Básicamente hay dos formas de hacer las cosas: la correcta y la equivocada	1 2 3 4 5
Nunca debo estar molesto	1 2 3 4 5

RELACIONES INTERPERSONALES

Amistades:

¿Hace usted amigos fácilmente? SÍ NO	¿Conserva a sus amigos? SÍ NO
¿Tenía citas frecuentes cuando era estudiante en la secundaria? SÍ NO	¿Tenía citas frecuentes cuando era estudiante en la preparatoria? SÍ NO

Describa una relación que le da alegría:

Describa una relación que le da problemas:

Marque el grado en el que se sienta en situaciones sociales:
 MUY RELAJADO 1 2 3 4 5 6 7 MUY ANSIOSO

¿Tiene uno o más amigos con los que se sienta tranquilo compartiendo sus pensamientos más íntimos? SÍ NO

Matrimonio (o una relación en la que se encuentre comprometido):

¿Cuánto tiempo conoció a su pareja antes de comprometerse?

¿Cuánto tiempo estuvo comprometido(a) antes de casarse?

¿Cuánto tiempo ha estado casado(a)?

La edad de su esposo(a) Años: Ocupación:

Describa la personalidad de su esposo(a):

¿Qué es lo que más le gusta de su esposo(a)?

¿Qué es lo que menos le gusta de su esposo(a)?

¿Qué factores disminuyen su satisfacción marital?

Marque el grado de satisfacción en su matrimonio:
 NADA SATISFACTORIO 1 2 3 4 5 6 7 MUY SATISFACTORIO

¿Cómo la lleva con los amigos y familia de su pareja?
 MUY MAL 1 2 3 4 5 6 7 MUY BIEN

¿Cuántos hijos tienen? Por favor, indique el(los) nombre(s) y edad(es)

¿Algún de sus hijos tiene problemas? SÍ NO
 Si dijo SÍ, describa:

¿Algún detalle significativo de su matrimonio previo?

RELACIONES SEXUALES:

Describa la actitud de sus padres hacia el sexo. ¿Discutían sobre el sexo en casa?

¿Cuándo y cómo tuvo sus primeros conocimientos acerca del sexo?

¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de sus impulsos sexuales?

¿Ha presentado alguna vez ansiedad o pena acerca del sexo o de la masturbación? **SÍ NO**
Si marcó SÍ, por favor explique:

¿Algún detalle relevante respecto de su primera experiencia sexual o de alguna experiencia posterior?

¿Su vida sexual actual es satisfactoria? **SÍ NO**
Si marcó NO, por favor explique:

¿Ha tenido alguna reacción o relación homosexual?

Anote información en el área sexual que no haya sido preguntada anteriormente y que considere relevante:

Otras relaciones:

¿Tiene problemas para relacionarse con personas en su trabajo? **SÍ NO**
Si marcó SÍ, por favor describa:

Por favor, complete lo siguiente:

Una forma en la que la gente me lastima es:

Yo podría sobresaltar a alguien, haciendo:

Mi esposo(a) (novio o mi pareja) me describe como:

Mi mejor amigo piensa que soy:

La gente que no me gusta:

¿Actualmente tiene problemas por algún rechazo en el pasado o por un fracaso amoroso? **SÍ NO**
Si marcó SÍ, por favor explique:

FACTORES BIOLÓGICOS:

¿Tiene algún problema de salud física? **SÍ NO**
Si marcó SÍ, especifique:

Liste los medicamentos que tome actualmente:

¿Lleva una dieta balanceada tres veces al día? **SÍ NO**

¿Practica regularmente algún tipo de ejercicio físico? **SÍ NO**
Si marcó SÍ, ¿de qué tipo y con qué frecuencia?

© Elsevier B. Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Haga una lista de los problemas médicos que haya padecido.

Haga una lista de los problemas médicos que haya padecido su familia.

¿Lo han operado? SÍ NO
Si marcó SÍ, indique el tipo de cirugía y la fecha.

Describa los problemas físicos que tiene:

Historia menstrual:

Edad a la que se presentó su primera menstruación:	¿Sabía lo que era la menstruación cuando se la presentó por primera vez? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sus primeras menstruaciones significaron un problema? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Sus periodos son regulares? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Duración de sus periodos:	¿Su menstruación se acompaña de dolor? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Su menstruación afecta su estado de ánimo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de su último periodo menstrual:

Del siguiente listado, marque lo que corresponda con su persona:

DATOS	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Debilidad muscular					
Tanquizantes					
Duréticos					
Pastillas para adelgazar					
Marhuana					
Hormonas					
Pastillas para dormir					
Aspirina					
Cocaína					
Analgésicos					
Narcóticos					
Estimulantes					
Alucinógenos					
Laxantes					
Cigarrillos					
Tabaco					
Café					
Alcohol					
Anticonceptivos orales					
Vitaminas					
Escasa alimentación					
Alimentación abundante					
Comida "chatarra"					
Diarrea					
Estreñimiento					
Gases					
Indigestión					
Náuseas					
Vómito					
Agruras					
Mareos					
Palpitaciones					
Fatiga					
Alergias					
Presión arterial alta					
Dolor en el pecho					
Respiración cortada					
Insomnio					
Dormir más tiempo					
Dormir a intervalos					
Despertarse muy temprano					
Dolores de oídos					
Dolores de cabeza					
Dolores de espalda					
Moretones o sangrados					
Problemas de peso					
Otros:					

© Editorial El Manual del Médico. Fotografías en su totalidad son de un banco de imágenes.

PERFIL ESTRUCTURAL:

Por favor, califíquese a sí mismo en las siguientes dimensiones usando una escala de siete puntos en donde 1 es lo más bajo y 7 es lo más alto.

CONDUCTAS	Algunas personas pueden ser descritas como "las que hacen cosas" porque se orientan a realizar distintas acciones, les gusta estar ocupados, hacer cosas, tener varios proyectos. ¿Qué tanto es usted una persona de este tipo?	1 2 3 4 5 6 7
SENTIMIENTOS	Algunas personas son muy emocionales y pueden expresar sus sentimientos. ¿Qué tan emocional es usted? ¿Tiene sentimientos profundos? ¿Qué tan apasionado es?	1 2 3 4 5 6 7
SENSACIONES FÍSICAS	Algunas personas son capaces de tomar muy en cuenta experiencias como el sexo, la comida, la música, el arte y otras sensaciones deliciosas. Otras personas se quejan fácilmente de distintos dolores o problemas. ¿Qué tan perceptivo de estas sensaciones es usted?	1 2 3 4 5 6 7
IMÁGENES MENTALES	¿Qué tanto tiene fantasías o sueña despierto? Esto es diferente del planear cosas. Se trata de pensar en escenas, visualizando o imaginando experiencias, dejando que la mente corra. ¿Qué tanto se imagina usted cosas?	1 2 3 4 5 6 7
PENSAMIENTOS	Algunas personas son muy analíticas y les gusta planear sus actividades. Les gusta razonar y pensar. ¿Qué tanto es Ud un pensador y planeador?	1 2 3 4 5 6 7
RELACIONES INTERPERSONALES	¿Qué tan importantes son otras personas para usted? Esta es su calificación como ser social. ¿Qué tan importantes son para usted las amistades? El opuesto de esto es una persona solitaria.	1 2 3 4 5 6 7
FACTORES BIOLÓGICOS	¿Está usted sano y conciente de su salud? ¿Evita hábitos como fumar, beber en exceso, tomar café en gran cantidad, sobrealimentación? ¿Hace ejercicio regularmente? ¿Duerme bien, evita alimentos "chatarra" y se preocupa por su cuerpo?	1 2 3 4 5 6 7

Por favor, describa experiencias o recuerdos que considere que su terapeuta debe conocer.