

**PROGRAMA DE CONTROL DE ESTRÉS EN PACIENTES
CON EPILEPSIA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ARIADNA RUBIO RAMÍREZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITÉ TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRO. CÉSAR CARRASCOSA VENEGAS

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ



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.

GRACIAS...

A mis padres, **María del Carmen y Jaime**, a quienes les debo completamente todo lo que he logrado y lo que hoy soy, gracias al apoyo absoluto y al inmenso cariño con el que siempre me han guiado. Por ser mis mejores amigos, por el compromiso y el genuino interés que siempre han demostrado hacia lo que hago.

A mi esposo, **Carlos**, por permanecer conmigo incondicionalmente, por impulsarme a crecer y a creer, por todos tus consejos y los momentos tan lindos que he pasado a tu lado. Por haber llegado a mi vida para hacerla más feliz. Porque tu ejemplo me motiva y me hace admirarte cada día más.

A mi hermano, **Gerardo**, por estar en todos mis momentos importantes, por tu disposición para ayudarme cuando te he necesitado, porque te quiero mucho y porque sé que es mutuo.

Al Mtro. **Leonardo Reynoso Erazo**, por lo que he aprendido de ti, por tu paciencia, por la voluntad y apertura que siempre demostraste hacia mi trabajo, por facilitar tanto el proceso de enseñanza.

A **Silvia García** por enseñarme a enfrentar el miedo, por confiar en que soy capaz de lograrlo y hacerme comprobarlo.

A **Yaluba**, porque aunque nadie pueda entenderlo, tú me acompañaste en mis desvelos e hiciste más agradables los instantes difíciles de todo este trayecto .Y aunque tú tampoco lo entiendas: Gracias chiquita.

*Dedico este trabajo a **Alfredo Rubio del Cueto**.*

Desde que te fuiste me propuse escribirte esto y hoy lo estoy cumpliendo. No puedo volver atrás en el tiempo, pero si puedo ofrecerte esto esperando compensar de alguna forma todo aquello de lo que tardíamente me di cuenta y con la convicción de que mucho de lo que se encuentra en estas páginas nos pudo haber ayudado.

Por mi parte, dondequiera que te encuentres esta es la manera que encontré para preservar tu memoria.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
I. EPILEPSIA	
1.1. Introducción	5
1.2. Definición	7
1.3. Clasificación	8
1.4. Causas	11
1.5. Diagnóstico	12
1.6. Tratamiento	13
1.6.1. Medidas de seguridad	15
1.6.2. Prevención	15
1.7. Medicina conductual y epilepsia	16
II. Estrés	
2.1. Definición	20
2.2. Estrés y salud	22
2.3. Afrontamiento al estrés	23
2.4. Activación fisiológica del estrés	25
2.5. Técnicas para el tratamiento del estrés	27
2.5.1. Entrenamiento en solución de problemas	27
2.5.2. Respiración diafragmática	28
2.5.3. Relajación muscular progresiva	29
2.5.4. Terapia cognitiva	29
III. Programa de control de estrés en pacientes con epilepsia	
3.1. Objetivo general	30
3.1.2. Criterios de inclusión	30
3.1.3. Criterios de exclusión	30
3.2. Evaluación	31
3.2.1. Instrumentos de evaluación	31
3.3. Diseño de investigación	32
3.4. Procedimiento	33
3.5. Resultados	37
3.5.1. Paciente 1	37

3.5.1.1. Evaluación	37
3.5.1.2. Principales logros terapéuticos	38
3.5.2. Paciente 2	40
3.5.2.1. Evaluación	40
3.5.2.2. Principales logros terapéuticos	40
3.5.3. Paciente 3	43
3.5.3.1. Evaluación	44
3.5.3.2. Principales logros terapéuticos	44
3.5.4. Paciente 4	46
3.5.4.1. Evaluación	46
3.5.4.2. Principales logros terapéuticos	47
3.5.5. Resultados generales	49
3.6. Discusión	53

IV. Casos clínicos

4.1. Trastorno psicótico agudo polimorfo	58
4.1.1. Objetivo del tratamiento	59
4.1.2. Ficha de identidad	59
4.1.3. Entrevista de exploración	60
4.1.4. Instrumentos de evaluación	60
4.1.5. Tratamiento psicológico	62
4.1.6. Alta	67
4.1.7. Seguimientos	67
4.2. Trastorno de pánico con agorafobia	68
4.2.1. Objetivo del tratamiento	70
4.2.2. Ficha de identidad	70
4.2.3. Entrevista de exploración	70
4.2.4. Instrumentos de evaluación	71
4.2.5. Tratamiento psicológico	72
4.2.6. Alta	78

V. Residencia en medicina conductual

5.1. Características de la sede	79
5.1.1. Antecedentes	79
5.1.2. Ubicación	82
5.1.3. Nivel de atención	82
5.1.4. Instalaciones de la sede	82

5.1.5. Servicios de la sede	83
5.2. Ubicación del residente de medicina conductual en la sede	84
5.2.1. Recursos humanos	85
5.2.2. Líneas de autoridad	85
5.2.3. Supervisor in situ	86
5.3. Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos	86
5.3.1. Servicio	87
5.3.1.1. Admisión	87
5.3.1.2. Diagnóstico	89
5.3.1.3. Fase de tratamiento	91
5.3.1.4. Expediente clínico	98
5.3.2. Docencia	99
5.4. Productividad del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos	104
5.4.1. Productividad del residente en cuanto a atención a pacientes	105
5.4.2. Productividad del residente en cuanto a supervisión	107
5.4.3. Asistencia a eventos académicos	107
5.5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”	108
5.5.1. Grupos de apoyo	109
5.5.1.1. Grupo de apoyo para familiares y pacientes con epilepsia	110
5.6. Conclusiones	113
Referencias	115

INTRODUCCIÓN

La OMS (Organización Mundial de la Salud, 1982) define a la salud como el “estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”

Los recursos básicos para la salud son: la genética, la higiene, los hábitos, el ejercicio, los ingresos, la vivienda y la alimentación; además de estos recursos es fundamental prevenir los comportamientos de riesgos de salud. Esto implica que la mejora de la salud requiere disponer de información y habilidades personales, así como un entorno que promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades.

Partiendo de la antigua idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien para generar la enfermedad, es que la **psicología de la salud** surgió de acuerdo a una perspectiva sistémica e integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas.

Matarazzo (1980) define la psicología de la salud como: “la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”.

Por su parte, la **Medicina Conductual** es un área muy cercana a la psicología de la salud. Birk (1973) es quien introduce el término, el cual nace asociado a los procedimientos de retroalimentación biológica. Esta tecnología fue, desde el inicio, el procedimiento central empleado por la Medicina Conductual, así como diversos

procedimientos de relajación, técnicas respiratorias y meditación, métodos de modificación de conducta y todo tipo de procedimientos de autocontrol han sido utilizados en este campo.

A pesar de que las relaciones entre conducta y enfermedad se han aceptado desde hace mucho tiempo, el trabajo sistemático de la Medicina Conductual es muy reciente.

Schwartz y Weiss (1978) definieron a la Medicina Conductual como “el campo interdisciplinario dedicado al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, al conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física, y la aplicación de estas técnicas y este conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”.

La Medicina Conductual ha extendido la investigación sobre prevención y mantenimiento de la salud como elementos centrales de la conducta humana. La prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medioambientales se percibe como uno de los más prominentes medios de controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan a nuestra sociedad. Entre las causas del surgimiento y desarrollo de la medicina conductual se encuentran:

1. El cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, con el control de las enfermedades infecciosas a través de los antibióticos, produciéndose más enfermedades funcionales.
2. Enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolores crónicos, las cuales surgen como producto del estilo de vida que mantienen los individuos.
3. El hecho de que, en igualdad de condiciones, algunas personas enferman y otras no.

4. El desarrollo alcanzado en las ciencias conductuales y en las sociales, así como el desarrollo de la epidemiología conductual.
5. El interés despertado por los temas de prevención de enfermedades, en parte, por los elevados costos médicos.
6. El desarrollo de la psicología médica agregó un enfoque de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática.
7. Los resultados de los estudios epidemiológicos y experimentales, los cuales han demostrado la importancia de los factores conductuales en los procesos de salud y enfermedad. (Oblitas, 2000)

El papel del experto en Medicina Conductual se ha expandido enormemente y se comprueba que la manera en el estilo de vida y sobre todo el estrés cotidiano influyen en la salud, y que los tratamientos únicamente médicos no reditúan los beneficios necesarios para mantenerla; de esta manera los expertos en esta área han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como de su interrelación con factores medioambientales.

Desde una perspectiva más particular puede señalarse que el estrés es causa de malestares, así como de enfermedades; los contratiempos cotidianos y las presiones de la vida generan estrés y al reducir el estrés se reduce el riesgo de exacerbación de molestias.

Cuando se desarrolla estrés crónico, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes que le permitan un mejor desempeño en este nuevo contexto. Así, necesita aprender nueva información relevante para entender lo que le pasa, además de que tendrá que hacer una serie de cambios en sus creencias y deberá aprender habilidades de afrontamiento específicas. Por otra parte, el sujeto tendrá que efectuar cambios en sus

conductas sobre él mismo, en lo que es valioso respecto de él y lo que puede ser contestable de su enfermedad para otros.

Estos cambios en prioridades y valores son componentes del manejo del estrés, siendo la meta del tratamiento el reducir lo más posible la frecuencia, intensidad y cronicidad de las reacciones emocionales negativas a través del uso del afrontamiento, tanto orientado al problema como a la emoción para prevenir complicaciones, coadyuvar al tratamiento y mejorar la calidad de vida del sujeto.

Por lo tanto, la tarea del psicólogo especializado en esta área será el buscar las relaciones entre conductas y factores ambientales que incrementan la probabilidad de ocurrencia de algunas enfermedades crónicas, trabajando hacia los cambios de estilo de vida, que pueden reducir la probabilidad de aparición de algunas enfermedades crónicas utilizando técnicas conductuales con el fin de modificar, sistematizar y mantener cambios.

El campo de la salud está abierto para que los psicólogos especializados en Medicina Conductual definan y asistan en las tareas que se refieren al mantenimiento de la salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedad desde las prácticas conductuales de las personas. Esta nueva disciplina con seguridad puede ayudar a influir en la salud de la población en general.

I. EPILEPSIA

1.1 Introducción

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas prioritarias, ya que afecta entre el 1 y el 3% de la población mundial, por lo que se infiere que en México existen de 1 a 3 millones de personas con epilepsia. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco" (INNN) en la Ciudad de México reporta que existen aproximadamente 1, 800,000 personas con epilepsia.

La epilepsia afecta a 1 de cada 150 a 200 personas. La incidencia (número de casos nuevos en la población) es de 48.7 por 100,000, siendo más frecuente antes de los 15 años de edad (50%), en un 16.3% en el adulto joven aumentándose en mayores de 70 años y tiene una prevalencia (total de pacientes con epilepsia en un periodo) de 1.4 hasta 33.7 por 1000 habitantes (INNN, 2005).

Aunque la epilepsia puede presentarse en personas de cualquier nivel socioeconómico, es más frecuente en los sectores de población más desprotegidos y todos ellos tienen un riesgo de muerte tres veces más alto que el resto de la población que no padece crisis.

El impacto considerable que la epilepsia tiene en el estado de salud de los individuos está relacionado con la presencia de dificultades físicas y psicosociales, restricciones en el estilo de vida, efectos secundarios de los medicamentos anticonvulsivantes e incluso con una sensación de estigmatización.

A nivel familiar resulta común que los progenitores teman que la aparición de una nueva crisis epiléptica provoque que el paciente se lesione o que la gente se burle de él, y por ello adoptan una actitud de sobreprotección hacia el paciente, impidiéndole

relacionarse con la gente, aprender a ser responsable y desarrollar independencia. En otros casos (debido al temor antes mencionado o a la falta de información) se le llega a tener aislado y oculto, por la misma sobreprotección o incluso por vergüenza (Artigas, 1999).

A nivel escolar y o laboral, se ha encontrado que su rendimiento suele estar por debajo del resto debido a que los ataques por su naturaleza pueden producir periodos de distractibilidad, lo que a su vez genera pérdida de información, accidentes y ausentismo; Incluso hasta llegan a realizarse despidos injustificados o dificultad para conseguir empleo a consecuencia de la epilepsia (Rodríguez, 1995).

Todo esto provoca un serio deterioro a nivel social, pues las personas y amistades con las que convivía comienzan a desaparecer por el encierro en el que se encuentra o porque lo consideran raro (García - Pedroza, 1991). Cuando se presenta una crisis epiléptica, surge el morbo en las personas que la presencian, haciendo a un lado la relación con el paciente y el desconocimiento de qué hacer ante la crisis trae como consecuencia la huída.

El enfrentar un padecimiento crónico como la epilepsia crea bastante ansiedad y angustia constante por presentar una crisis epiléptica en cualquier momento; las personas con epilepsia suelen tener además, una baja percepción de autoeficacia por la condición vulnerable causada por el carácter impredecible en la presentación de cada nueva crisis, vergüenza ante las burlas de los demás, miedo a lastimarse durante una crisis; además de ver interrumpidos sus estudios, desarrollo social, personal y profesional. En ocasiones pueden caer en la agresividad hacia el mundo exterior, e interpretar el pensamiento de los demás, adivinando la respuesta que le pueden dar a sus cuestionamientos, creándose un concepto falso del mundo que le puede llevar a la depresión (Cornaggia, 2006).

Todo lo anterior le crea al paciente niveles de estrés muy elevados, lo cual es especialmente riesgoso en el caso de la epilepsia, pues el estrés es considerado un

factor precipitante de crisis, así como el consumo de algunas sustancias (especialmente alcohol y café) y no dormir lo suficiente; lo cual a su vez también puede ser provocado por estrés. Es por eso fundamental que el paciente con epilepsia además de ser adherente con el tratamiento farmacológico aprenda a reconocer su sintomatología ansiosa y la manera en la que influye en sus crisis epilépticas para que adquiera un mejor control sobre la misma (Dahl, 1999).

1.2 Definición

La epilepsia se define como un trastorno intermitente del SNC causado por una descarga eléctrica repentina, excesiva y desordenada de las neuronas cerebrales; esto da por resultado un trastorno sensorial casi instantáneo, pérdida del conocimiento, trastorno de la función psíquica, movimientos convulsivos o alguna combinación de estos. Para que se considere epilepsia deben haberse presentado mínimo 2 eventos durante la vida (Adams, 1998).

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más comunes a nivel mundial, aproximadamente dos millones de personas tienen epilepsia y 3% de la población tendrá epilepsia en algún momento de su vida.

De acuerdo con la OMS (1997), la epilepsia es una enfermedad crónica de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas y etiología variable.

El término epilepsia abarca un gran número de síndromes cuyo punto cardinal es la predisposición de crisis epilépticas recurrentes, aunque las crisis epilépticas pueden clasificarse de acuerdo a sus características clínicas, los síndromes epilépticos también pueden ser clasificados de acuerdo al tipo de crisis, la presencia o ausencia

de anomalías neurológicas y los resultados del electroencefalograma (EEG) (Chang, 2003).

Una crisis epiléptica es cada uno de los eventos, visto individualmente, de carácter paroxístico, autolimitado, debido a descargas hipersincrónicas que puede tener manifestaciones motoras, sensitivas, sensoriales, autonómicas, y/o psíquicas, que puede presentarse dentro de un síndrome epiléptico, como manifestación en un desorden como secuela o como evento aislado. La crisis puede durar desde unos segundos hasta varios minutos. Hay más de 20 tipos diferentes de crisis epilépticas (Quattrin, 1998).

1.3 Clasificación

La epilepsia puede caer dentro de dos grandes categorías: parcial y generalizada. En las epilepsias parciales, las crisis se originan en uno o más focos localizados o pueden involucrar a todo el cerebro. En cambio, en las epilepsias generalizadas, el tipo de crisis predominante comienza en ambos hemisferios cerebrales de manera simultánea.

Crisis parciales

a) Simples

Puede manifestarse por síntomas motores focales como contracciones musculares de una parte específica del cuerpo, o con síntomas somatosensoriales tales como parestesias, hormigueo, adormecimiento o ardor. En otras ocasiones se manifiesta con síntomas sensoriales especiales como destellos de luz o zumbidos. También se pueden presentar síntomas o signos autónomos como sensaciones epigástricas anormales (náuseas), sudoración, enrojecimiento de la piel, dilatación pupilar, etc. El paciente puede recordar todo el evento y lo puede relatar con detalle.

b) Complejas

En este tipo de convulsiones el deterioro puede ir precedido, acompañado o seguido de cambios en la personalidad o lucidez mental (sensación de irrealidad, despersonalización, trastornos de memoria), emociones inapropiadas (ansiedad, miedo, depresión, paranoia) en ocasiones puede perderse el conocimiento, hay automatismos, problemas con el olfato y gusto así como parestesias.

Crisis generalizadas

a) Ausencias (pequeño mal)

Pérdida súbita de la conciencia de corta duración, el paciente se queda con la mirada en blanco y se detiene su actividad normal durante algunos segundos, posteriormente regresa a la normalidad y no tiene memoria de lo ocurrido. Suele repetirse muchas veces en un mismo día y por ello puede confundirse con soñar despierto, este tipo de crisis es más común en la niñez (entre los cuatro y ocho años de edad).

b) Atónicas

Crisis inhibitoria sobre el tracto piramidal en donde el paciente pierde súbitamente el tono muscular y cae al suelo, hay además una alteración muy breve de la conciencia que le permite reaccionar casi inmediatamente al momento de caer.

c) Tónico - Clónicas (gran mal)

Hay una fase inicial de tipo tónico de corta duración en la cual el paciente emite un ruido gutural (grito), se pone cianótico, se dilatan las pupilas, hay tensión y rigidez que afecta a una parte importante del cuerpo, pérdida del conocimiento, la respiración se suspende temporalmente seguida de un suspiro. Después de la fase tónica viene la fase clónica en la que aparecen contracciones musculares violentas en todo el cuerpo y puede haber relajación de esfínteres. Puede haber mordeduras en la lengua o las mejillas y después de la convulsión el paciente se siente confundido y débil.

d) Mioclónicas

Son contracciones súbitas generalizadas y breves (manifestación de sobresalto, susto o brinco no rítmico) en donde el paciente recuerda el evento por su corta duración. Muy sensibles a estímulos luminosos y muy frecuentemente vistas en enfermedades degenerativas del sistema nervioso y trastornos metabólicos (Chang, 2003; Thomson PLM, 2007).

Una crisis epiléptica, aislada, tiene dos tipos de complicaciones: caídas, golpes y autolesiones de la mucosa oral (en aquellos pacientes con crisis generalizadas convulsivas, crisis tónicas, atónicas o ciertos tipos de crisis parciales complejas), pueden producirse fracturas óseas o luxaciones de articulaciones, lesiones y accidentes cuando la crisis ocurre durante una actividad determinada (conducir, cocinar, nadar, manejar maquinaria peligrosa, etc.), aspiración de fluido a los pulmones, resultando en neumonía por aspiración, daño cerebral permanente .

Cuando la convulsión es prolongada (al menos 30 minutos de duración) o si representan dos o más convulsiones en un periodo corto sin recuperación completa de conciencia, se le llama estado epiléptico (status epilepticus) y se considera la principal complicación en la epilepsia; el estado epiléptico tiene una mortalidad de un 10%. Dentro de este estado se pueden producir daños irreparables en las células cerebrales generalmente causados por la falta prolongada de respiración y la resultante muerte del tejido cerebral por falta oxígeno, por lo que se considera una urgencia médica y su principal causa es la supresión súbita del medicamento anticonvulsivo o el incumplimiento en la medicación (Blum, 1998).

1.4 Causas

Algunas de las causas más comunes de convulsiones abarcan:

- Anomalías metabólicas: pueden causar convulsiones generalizadas por las alteraciones que producen en el funcionamiento neuronal y ser resultado de: complicaciones de diabetes, desequilibrios electrolíticos, insuficiencia renal, uremia, deficiencias nutricionales, fenilcetonuria, otras enfermedades metabólicas tales como la metabolopatía congénita. Puede ocurrir en las hipoglicemias severas (disminución del azúcar) y cuando hay mal funcionamiento del hígado o de los riñones.
- Alcohol y drogas de abuso (cocaína, anfetaminas y drogas psicoactivas) pueden producir convulsiones durante la intoxicación y durante la abstinencia de estas sustancias. Puede ocurrir también con algunos medicamentos como el fenobarbital u otros anticonvulsivos si se suspenden bruscamente y han sido tomados por periodos largos.
- Lesión cerebral: privación de oxígeno al nacer, golpes en la cabeza, enfermedad vascular cerebral, las convulsiones generalmente comienzan dentro de los dos años después de la lesión.
- Tumores y lesiones cerebrales, inicialmente son más comunes las convulsiones parciales (focales) y puede evolucionar a convulsiones tónico clónicas generalizadas
- Infecciones como meningitis y encefalitis, pueden ser una causa reversible de las convulsiones.
- Absceso cerebral, infecciones severas agudas de cualquier parte del cuerpo

- Complicaciones del SIDA u otros trastornos inmunitarios (Hauser y Hendorffer, 1990; Thomson PLM, 2007).

1.5 Diagnóstico

El diagnóstico de la epilepsia y de los trastornos convulsivos requiere antecedentes de convulsiones recurrentes de cualquier tipo. Un examen físico (que comprende una revisión neuromuscular detallada) puede ser normal o puede mostrar funcionamiento cerebral anormal en relación con las áreas específicas del cerebro.

El EEG, que describe la actividad eléctrica del cerebro, puede confirmar la presencia de varios tipos de convulsiones, a menudo puede ser normal entre convulsiones, por lo que puede ser necesario efectuar un monitoreo prolongado con este procedimiento. Éste puede, en algunos casos, indicar la ubicación de la lesión que está causando la convulsión (Rodríguez, 1995).

Los exámenes para determinar la causa de la epilepsia y localización del problema pueden incluir procedimientos de laboratorio y gabinete tales como resonancia nuclear magnética, tomografía axial computarizada y punción lumbar. Actualmente se utilizan también la Tomografía por Emisión de Positrones, Tomografía por Emisión de Protón único y la resonancia magnética funcional.

Se recomienda, además, dentro del seguimiento la realización de análisis de niveles séricos de medicamentos y exámenes de rutina para determinar la presencia de efectos colaterales del tratamiento.

1.6 Tratamiento

El tratamiento de la epilepsia debe enfocarse desde una perspectiva bio-psico-social con miras a mantener y mejorar la calidad de vida del paciente.

El manejo farmacológico depende básicamente del diagnóstico, así pues, no puede iniciarse un tratamiento sin aclarar el tipo de epilepsia, la localización y la etiología, adicionalmente debe considerarse la edad del paciente, el peso, las condiciones de base del paciente, el estado funcional, la ocupación, el horario, las condiciones económicas.

El tratamiento farmacológico de la epilepsia consiste en anticonvulsivos orales que pueden reducir el número de convulsiones futuras. La eficacia del medicamento depende de la respuesta de cada individuo a la droga. El tipo de medicamento que se utiliza depende del tipo de convulsión y es posible que se tenga que ajustar la dosis de vez en cuando (Marson, 2007).

Los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia son:

Ácido valpróico, fenobarbital, lamotrigina, clobazam, carbamazepina, fenitoína, gabapentina, vigabatrina, felbamato, topiramato, oxcarbacepina, difenilhidantoinato de sodio, etosuccimida, primidona y clonazepam (Ettinger, 2006).

La suspensión de los medicamentos debe considerarse cuando se ha logrado un control absoluto durante 3 a 4 años y el EEG no muestra anormalidades.

La epilepsia puede controlarse en muchas personas con los medicamentos tradicionales actualmente disponibles, sin embargo, del 20 al 25% de los que son tratados continúan con crisis por no tener acceso a otros tratamientos nuevos.

El médico determinará si el paciente puede dejar de tomar el medicamento una vez evaluado su diagnóstico y su evolución, esta decisión dependerá de los EEGs de seguimiento y de cuánto tiempo el paciente haya estado libre de ataques.

La epilepsia que no responde al uso de algunos medicamentos se denomina epilepsia resistente al tratamiento (Morales, 2002).

El tratamiento de algunas personas con este tipo de epilepsia incluye la intervención quirúrgica, en cuyo caso el tipo de cirugía que se practica depende de la localización del foco epileptógeno y/o de una lesión estructural, pudiendo ser una resección del foco epiléptico.

A otras les puede ayudar el uso de un estimulador del nervio vago, que es un dispositivo eléctrico que se inserta debajo de la piel, en la parte superior izquierda del pecho y que puede ayudar a reducir el número de convulsiones (Schachter, 2001).

Si se ha identificado y tratado una causa subyacente de las convulsiones recurrentes, como una infección, dichas convulsiones deben cesar.

1.6.1 Medidas de seguridad

Una crisis epiléptica puede durar unos segundos o minutos y, en la mayoría de los casos terminan solas; es muy importante que las personas alrededor de un paciente con epilepsia sepan acerca del padecimiento, ya que así podrán ayudar en caso de sufrir una crisis. Es aconsejable seguir las siguientes medidas de seguridad para minimizar las posibilidades de heridas durante las convulsiones:

SI	NO
1. Mantener la calma, no alarmarse.	1. No intentar colocar ningún objeto entre los dientes o en la boca.
2. Despejar el área alrededor del paciente.	2. No proporcione alimentos o bebidas hasta que el paciente se recupere por completo.
3. Voltear la cabeza hacia un lado y acostarlo de costado.	3. No tratar de controlar los movimientos convulsivos
4. Observar cuidadosamente sus acciones y movimientos durante la crisis.	
5. Ser comprensivo y amigable cuando el paciente recobre la conciencia.	
6. Permitir que el paciente descanse después de la crisis	

Fig. 1.1. Medidas de seguridad durante una crisis epiléptica

1.6.2 Prevención

Aunque no existe una prevención conocida para la epilepsia, existen factores que pueden aumentar la probabilidad de precipitar una convulsión en una persona con epilepsia, éstos son:

- Consumo de drogas y alcohol
- Deprivación de sueño: Falta de un periodo de sueño regular de por lo menos 24 horas.

- Irregularidad en la toma de medicamentos: Suspensión voluntaria de la toma de medicamentos de forma temporal o por un tiempo indefinido.
- Estímulos sensoriales: Luces intermitentes, sonidos, comida, actividades intelectuales como lectura, escritura.
- Otros medicamentos: Hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, carbonato cálcico, teofilina, fenilpropanolamina, difenhidramina, imipenem, ciprofloxacino. En otros casos pueden precipitar: flumazenil, meperidina, lidocaína, isoniacidina, ciclosporina, clozapina, haloperidol, antidepresivos tricíclicos, litio, contrastes iodados.
- Enfermedades médicas: Enfermedades cardíacas agudas, crisis asmáticas, encefalopatía urémica, encefalopatía hipertensiva, alteraciones hidroelectrolíticas y/o insuficiencia hepática con hipoalbuminemia.
- Estrés: Es interesante observar que los factores psicológicos predominan, corroborando los reportes previos de los efectos del estrés emocional sobre la convulsión, ya que implica una alteración en el nivel de activación, se incrementa la actividad paroxística.

1.7 Medicina conductual y epilepsia

Es común que los pacientes con epilepsia vivan en un estado de constante temor y vergüenza ante la posibilidad de sufrir una crisis, así como enojo o ira al verse obligados a tomar precauciones adicionales que puedan afectar su vida cotidiana; por ejemplo: carecer de una licencia de manejo o limitar sus actividades a aquellas que no representan peligro alguno. Sin embargo, la mayor importancia la tiene el estrés, puesto que se considera un factor precipitante de crisis.

Son muchos los estudios en los que se ha encontrado una estrecha relación entre las convulsiones y el estrés, esto se debe a que los cambios en el nivel de actividad cerebral dan lugar a cambios en la excitabilidad, lo cual puede afectar a la frecuencia del disparo neuronal.

Cabe destacar la importancia del tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida del paciente con epilepsia, a través de intervenciones específicas dirigidas a promover estilos de vida saludables: detectando y previniendo conductas y factores cotidianos que pueden precipitar una crisis, facilitando el conocimiento y la comprensión de la enfermedad y proporcionando estrategias de afrontamiento y autocontrol.

Cada vez se reconoce más el papel que juegan los factores psicológicos en la ocurrencia de la crisis epiléptica, las personas que padecen epilepsia tienen un riesgo muy alto de experimentar ansiedad y depresión, a causa de una percepción de baja autoeficacia y el estigma asociado a la epilepsia, además de la condición intermitente e irregular de la ocurrencia de la crisis. Se estima que los adultos con epilepsia tienen dos a tres veces más probabilidad de sufrir depresión y ansiedad que el resto de la población (Kobau, 2006).

Algunos estudios han mostrado la relación que tienen estos factores con la ocurrencia y/o frecuencia de las crisis. Mathers (1992) y Miller (1994) señalan la utilidad de la psicoterapia para ayudar al paciente con epilepsia a manejar los estresores psicosociales (estigmatización, enojo, ansiedad, depresión y baja autoestima) que pudieran precipitar una crisis.

Gillham (1990) diseñó una intervención sobre “predicción y control de crisis” y otra sobre manejo del estrés psicológico, ambas intervenciones mostraron buenos resultados, sobre todo cuando se aplicaban las dos. Al cabo de seis meses la mejoría percibida por los pacientes se mantuvo y cerca de la mitad de ellos experimentó una reducción de las crisis de al menos 50%.

Andrews y Schonfeld (1992) revisaron un programa de tratamiento para la reducción de las crisis que consiste en aumentar la percepción de auto control de los pacientes, para ayudarlos a identificar precipitantes y signos de inicio de una crisis y así enseñarlos a manejar el estrés emocional de una manera adaptativa.

Algunos autores hablan de la importancia de la relajación en pacientes con epilepsia como Rousseau (1985) que adoptó en un grupo de pacientes la relajación muscular progresiva, que consiste en tensar y relajar diferentes grupos musculares en una secuencia específica, dos veces al día durante un periodo de tres semanas, al cabo del cual se produjo una mejora en la percepción del bienestar subjetivo y tiempo más tarde un decremento en la frecuencia de las crisis.

Por su parte, Dahl (1992), diseñó un estudio con un grupo control mientras que al grupo experimental le dio un entrenamiento en relajación, encontrando que la frecuencia de las crisis se redujo en un 66% en el grupo experimental, mientras que en el grupo control las crisis aumentaron en un 68%. Fried (1993) mostró el papel de la hiperventilación en la aparición de las crisis al bajar su umbral y por consiguiente, la importancia del entrenamiento en respiración diafragmática para contrariar los efectos de la hiperventilación.

La terapia cognitivo – conductual ha mostrado buenos resultados en el tratamiento de la ansiedad y la depresión con pacientes epilépticos, así como en la reducción de la frecuencia de las crisis (Tan y Bruni, 1986; Thompson, 1996). Este enfoque involucra en su tratamiento a la psicoeducación, en donde se les provee de información acerca de la epilepsia y cómo vivir con esa condición, desarrollando nuevas estrategias de afrontamiento. En un estudio desarrollado por Oosterhuis (1994), en el que se enseñaron técnicas cognitivo conductuales a pacientes cuyas crisis eran inducidas por el estrés, se encontró una reducción de las crisis del 50% después de ocho sesiones de dos horas cada una.

La mayor contribución del enfoque conductual para el tratamiento de la epilepsia ha sido la construcción de un modelo de autocontrol que comprende: por un lado, el reconocimiento de factores externos que influyen la ocurrencia y la inhibición de una crisis epiléptica y por otro lado, enseñar al paciente con epilepsia a predecir, prevenir e inhibir la ocurrencia de la crisis.

Los grupos de apoyo se han utilizado hasta hoy para aliviar el estrés causado por la presencia de convulsiones o por ser responsable de alguien con convulsiones; en estos grupos, los miembros comparten experiencias y problemas en común.

En este informe se presenta una intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo – conductual, cuyo propósito es identificar y tratar los factores que generan sufrimiento y disfuncionalidad, así como reducir la ocurrencia de crisis epilépticas cuando éstas sean provocadas por estos factores.

II ESTRÉS

Los pacientes con epilepsia suelen presentar niveles de estrés muy elevados a causa de la incertidumbre que genera la posible aparición de una crisis y las consecuencias que de ésta se deriven (sociales y físicas). El estrés es especialmente riesgoso en el caso de la epilepsia, pues se considera un factor precipitante de crisis, así como el consumo de algunas sustancias (especialmente alcohol y café) y no dormir lo suficiente; lo cual a su vez también puede ser provocado por estrés.

2.1 Definición

El primero que integró el estudio del estrés fue H. Selye, quien consideraba al estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que tiene un resultado físico o mental. Dicha reacción se dividió en tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia y, finalmente, en caso de que el estrés persista, estadio de agotamiento. Selye consideraba las situaciones de estrés como aquellas que requieren ajuste por parte del organismo. La situación puede ser agradable o desagradable, pero lo que es significativo en la situación es la intensidad de exigencia de ajuste de la conducta.

Lazarus y Folkman (1986) presentaron una teoría que define el desarrollo del estrés como un proceso de interacción dinámico, en los términos de un paradigma que se puede denominar “modelo transaccional”, porque su punto central lo constituye la naturaleza de los intercambios o transacciones entre la persona y su entorno y los procesos cognitivos que intervienen en la relación persona-entorno. Así pues, desde este enfoque se entiende el estrés como una relación particular entre el individuo y su entorno, que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

De acuerdo con este modelo, el estrés psicológico es visto como un producto de la manera en que un individuo evalúa y construye una relación con el entorno. En esta relación, las demandas de éste, las apreciaciones cognitivas, los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas emocionales están interrelacionadas de manera recíproca de forma que cada una afecta a las otras. Lazarus sugiere una visión subjetiva del estrés, es decir, nada es estresante a menos que el individuo lo defina como tal, por otro lado, no se debe considerar como estresante a cualquier demanda, sino solo aquellas que por su particular intensidad, novedad e indeseabilidad requieren una respuesta esforzada o afrontamiento.

Así pues, el término estrés se ha empleado en el caso de respuestas inespecíficas, esencialmente fisiológicas, al daño o agresión, y también a propósito de los acontecimientos y situaciones de naturaleza interpersonal, relacional o social. Entre otras el duelo, la separación, el cambio de residencia, el matrimonio, el acceso a un nuevo empleo, la pérdida del puesto de trabajo, los exámenes, los reveses financieros y los fracasos; asimismo hay que tener en cuenta los desastres, naturales o artificiales, susceptibles de desencadenar, como cualquier otro peligro, la experiencia del miedo y la expresión de estrés.

Elliot y Eisdorfer (1982) distinguieron cuatro categorías generales de eventos que se consideran normalmente estresantes:

- Estresores agudos

Son limitados en el tiempo (esperar para una biopsia, una avispa en el coche, visita al dentista)

- Secuencias estresantes

Se extienden por un periodo determinado (divorcio, pérdida del empleo, duelo por una muerte)

- Estresores intermitentes crónicos
Aparecen con cierta frecuencia (exámenes académicos, reuniones de negocios)
- Estresores crónicos continuos
Son de tipo permanente (enfermedad debilitante, exposición a peligros relacionados con la ocupación, discordia conyugal prolongada)

2.2 Estrés y Salud

El estrés puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (frecuencia cardiaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular), la actividad neuroendócrina y la competencia inmunológica. Indirectamente el estrés también puede alterar la salud al estimular comportamientos poco saludables como el fumar, el abuso de sustancias, el insomnio o los trastornos alimenticios.

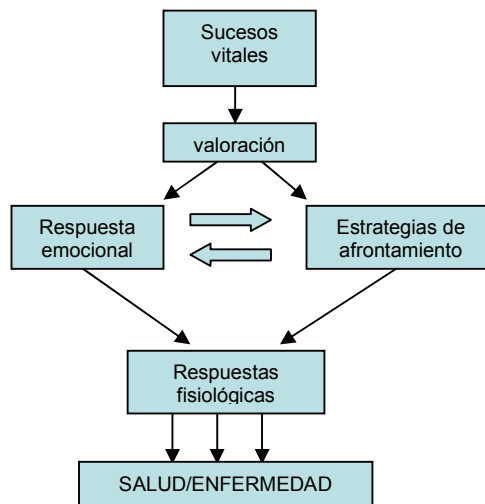


Figura 2.1 Modelo estrés-enfermedad

En el modelo de estrés – enfermedad el primer paso corresponde a la presencia de agentes estresantes; los sucesos vitales estresantes se conceptualizan como las experiencias objetivas que perturban o amenazan la actividad habitual del individuo causando una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo, es decir, requieren cambio.

La relación entre estrés y enfermedad además de la naturaleza objetiva de los estímulos o situaciones estresantes, toma en cuenta las diferentes dimensiones asociadas a los mismos. Estas dimensiones generalmente son determinadas por la valoración cognitiva que establece el propio individuo; a partir de la percepción del suceso vital, la respuesta del estrés no es simple, sino multidimensional. Los tres componentes básicos son el emocional, el afrontamiento y el fisiológico (ver Fig. 2.1).

2.3 Afrontamiento al estrés

Cohen y Lazarus (1979) definen el afrontamiento como los esfuerzos, tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar (tolerar, dominar, reducir o disminuir) las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas, que son valoradas como excesivas para los recursos de la persona.

Los mecanismos de afrontamiento se conceptualizan como saludables, conscientes y

orientados hacia la realidad, éstos cumplen dos funciones principales:

- a) Modificar la situación o acontecimiento estresante (afrontamiento centrado en el problema); entre ellos se incluirían las estrategias de resolución de problemas o las destinadas a alterar la relación descompensada entre el sujeto y su entorno, mediante la modificación de las circunstancias problemáticas y/o mediante la aportación o inversión de nuevos recursos que contrarresten el efecto negativo de las condiciones ambientales para el sujeto.

- b) Regular los estados emocionales evocados por la situación o acontecimiento estresante (afrentamiento centrado en la emoción), por ejemplo, evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno.

Estas funciones pueden cumplirse a través de los mismos canales cognitivos y/o conductuales; el afrontamiento puede ser anticipatorio e iniciarse antes de que se produzca el acontecimiento estresante esperado, o consecuente al evento.

El proceso de estrés afrontamiento comprende la interacción recíproca de múltiples variables personales y ambientales a diversos niveles de funcionamiento. Por ello, no existe un recurso o estrategia de afrontamiento que sea útil para hacer frente a todos los sucesos estresantes, sino que la utilidad de una estrategia dependerá del acontecimiento mismo, las condiciones en que éste tiene lugar y las características de la persona, más aún, a menudo una estrategia válida para una persona en una situación no es válida para otra que se enfrente a una situación similar, ni tal vez para la misma persona cuando se encuentra en otra ocasión ante una situación semejante a la primera.

El afrontamiento exitoso ante circunstancias menos estresantes tiene un efecto protector o inoculador para cuando el sujeto se enfrente a circunstancias semejantes, pero más problemáticas; éste sería un proceso natural de dominio proactivo (Epstein, 1987), mediante el cual las personas mantienen un nivel óptimo de asimilación de los sucesos estresantes.

2.4 Activación fisiológica del estrés

A nivel fisiológico, se pueden distinguir tres ejes de actuación en la respuesta de estrés (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995)

1. Eje neural: parece activarse de manera inmediata en todos los casos, lo cual provoca una activación simpática así como un incremento en la activación del sistema nervioso somático. Su actuación no suele provocar trastornos psicofisiológicos. Los únicos problemas pueden deberse a un mantenimiento excesivo de la tensión muscular por activación de este sistema.

Principales efectos de la activación del eje neural
Dilatación pupilar
Secreción salivar escasa y espesa
Sudoración copiosa
Aumento de la tasa cardiaca
Aumento de la contractibilidad del corazón
Aumento de la rapidez del impulso cardiaco en el corazón
Vasoconstricción de los vasos cerebrales y de la piel
Vasodilatación de los vasos de los músculos
Dilatación de los bronquios
Glucogénesis en el hígado
Contracción del bazo
Disminución de la excreción de orina
Aumento del metabolismo basal

2. Eje neuroendócrino: es más lento para activarse y necesita condiciones de estrés sostenidas. Su arranque implica la activación de las glándulas suprarrenales, que incluyen la corteza (que secreta cortisol) y la médula (que secreta catecolaminas, lo que ayuda a aumentar y mantener la actividad adrenérgica, lo cual produce resultados similares a los generados por la activación simpática aunque con un efecto más lento y duradero. La activación de este eje se ha asociado a lo que Cannon denominó *respuesta de lucha o huida*.

Esto es, un eje que se dispara especialmente cuando la persona percibe que puede hacer algo para controlar la situación estresora, sea de hacer frente al estresor, escapar o evitarlo. Por tanto, se considera el eje más relacionado con la puesta en marcha de las conductas motoras de afrontamiento, siempre que éstas impliquen algún tipo de actividad. La activación sostenida de este eje facilita la aparición de problemas cardiovasculares. De ahí la supuesta relación entre el patrón de personalidad tipo A y los trastornos coronarios.

Principales efectos de la activación del eje neuroendocrino
<p>Aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presión arterial Aporte sanguíneo al cerebro Tasa cardíaca Estimulación de los músculos estriados Ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre Secreción de opiáceos endógenos
<p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Riego sanguíneo a los riñones Riego sanguíneo al sistema gastrointestinal Riego sanguíneo de la piel

3. Eje endócrino: Es el eje que implica mayor actividad hormonal. Por una parte, las conexiones adrenales-hipofisarias responden mediante la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticoesterona), así como mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona), lo cual facilita la retención de sodio por los riñones y un incremento de los depósitos de glucógeno en el hígado. La secreción de vasopresina altera el funcionamiento de los riñones y su consiguiente incremento en la retención de líquidos, lo cual puede colaborar al desarrollo de la hipertensión. El disparo de este tercer eje, más lento que los anteriores y de efectos más duraderos, necesita una situación de estrés más sostenida. A diferencia del segundo eje, este tercer eje parece dispararse selectivamente cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento, es decir, cuando sólo le queda resistir o soportar el estrés.

Principales efectos de la activación del eje endocrino
<p>Aumento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Producción de glucosa Irritación gástrica Producción de urea Liberación de ácidos grasos en sangre Producción de cuerpos cetónicos Azúcar en sangre Depósitos de glucógeno en el hígado <p>Disminución de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eosinófilos en circulación Fosfatos y calcio en el riñón Apetito Mecanismos inmunológicos <p>Otros efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exacerbación del herpes simples Interferencia en la generación de proteínas Bloqueo de respuesta inflamatoria Retención de líquidos en el riñón

2.5 Técnicas para el tratamiento del estrés

Existen muchas técnicas que pueden ayudar a controlar el estrés, la técnica a seleccionar dependerá en gran medida de la causa que lo esté provocando y de la situación en la que el estrés se presenta.

2.5.1 Entrenamiento en solución de problemas

Considerando que los problemas representan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados, es probable que los problemas sean estresantes, si de alguna manera, son difíciles y relevantes para el bienestar de las personas.

Es por eso que algunas investigaciones se han centrado también en el empleo de la terapia de solución de problemas para el tratamiento del estrés y problemas de ansiedad.

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas (D'Zurilla y Nezu, 1982). La solución de problemas eficaz requiere cinco procesos, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema.

Estos procesos incluyen:

- 1) orientación hacia el problema,
- 2) definición y formulación del problema,
- 3) generación de alternativas,
- 4) toma de decisiones, y
- 5) puesta en práctica de la solución y verificación.

2.5.2 Respiración diafragmática:

La respiración adecuada es fundamental porque para las funciones del cuerpo, ya que, asegura que exista una oxigenación óptima que lleva a la eficiencia cerebral y muscular-celular; la tasa cardíaca tiende a la desaceleración y permite que la sangre cumpla óptimamente sus funciones.

La respiración diafragmática es muy necesaria para contrarrestar los efectos de la hiperventilación (reacción común en presencia de ansiedad) tales como: disminución de anhídrido carbónico en la sangre, aumento de alcalinidad en la sangre, aumento de retención de oxígeno en la sangre (produce una disminución de llegada de oxígeno a diversos lugares como el cerebro), entre otras.

2.5.3 Relajación muscular progresiva:

Las técnicas de relajación tienen múltiples ventajas y practicándose con regularidad se logra desacelerar el ritmo respiratorio, reducir los estados de ansiedad, reducir los estados de irritabilidad, desacelerar el ritmo cardiaco y presión arterial, reducir la tensión de los músculos, aminorar el consumo metabólico y de oxígeno, facilitar la concentración y memorización, reducción de insomnio y fatiga, reducir o eliminar dolores de cabeza por tensión, aumentar percepción de auto-control emocional e incluso reducir el consumo excesivo de alimentos, cigarro y alcohol.

2.5.4 Terapia cognitiva:

La terapia cognitiva argumenta que la conducta y las reacciones emocionales son el resultado de la forma en la que se estructura la realidad; sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

La terapia cognitiva se sirve de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje para ayudar al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con las situaciones que se le presentan, reduciendo o eliminando así los síntomas.

Se considera que la modificación de los esquemas (estructuras y contenido cognitivo) de una persona influyen en el estado afectivo y en sus conductas, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a identificar sus distorsiones cognitivas, debatirlas y modificarlas para producir una mejoría clínica.

Cuando una persona está ansiosa, sugieren que es por causa de que está interpretando los sucesos como peligrosos.

III PROGRAMA DE CONTROL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON EPILEPSIA

3.1 Objetivo general:

A través de las técnicas cognitivo conductuales, el paciente con epilepsia logrará un mejor manejo del estrés psicológico, lo que se traducirá en un afrontamiento más adaptativo hacia el padecimiento, adquisición de estilos de vida más saludables y por lo tanto una mejora su calidad de vida.

3.1.2 Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia
- En tratamiento con fármacos anticonvulsivantes
- Que acepten participar en el estudio
- Asistencia previa a las sesiones del “Grupo de apoyo a familiares y pacientes con epilepsia”

3.1.3 Criterios de exclusión

- Personas con algún grado de discapacidad intelectual
- Personas que cumplan criterios diagnósticos de Eje 1 y Eje 2 del DSM IV
- Estar libres de crisis epilépticas por más de un año

3.2 Evaluación

3.2.1 Instrumentos de evaluación:

- Inventario de ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown, Steer 1988).

Evalúa síntomas característicos de la ansiedad; físicos, emocionales y cognitivos, a través de 21 reactivos con escala tipo Likert que va de “poco o nada”, “más o menos”, “moderadamente” a “severamente”(Ver Anexo 1).

- Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE (Spielberg y Díaz Guerrero 1975).

Consta de 40 frases que valoran niveles de ansiedad como *estado* (momento específico) o como *rasgo* (característica persistente), mediante una escala tipo Likert que va de “no en lo absoluto”, “un poco”, “bastante a mucho” (Ver Anexo 2).

- Evaluación breve de estrés (Seligson y Reynoso 1999).

Es un cuestionario que evalúa el nivel de estrés con 10 preguntas que registran en escala tipo Likert la sintomatología física relacionada. La escala se puntúa de uno a cinco, y va de “nunca”, “raramente”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “siempre” (Ver Anexo 3).

- Desarrollo del problema (Seligson y Reynoso 1999).

Consiste en 14 afirmaciones para evaluar el impacto de una enfermedad orgánica en el área emocional, cognitiva y conductual mediante una escala dicotómica “si” o “no” (Ver Anexo 4).

3.3 Diseño de investigación

Se utilizó un diseño n=1 con evaluación pre test y post test (Hernández, Fernández y Baptista 2006).

Debido a que se trataba de una muestra medida dos veces, el análisis de los resultados se llevó a cabo mediante tres pruebas estadísticas:

- Wilcoxon: Se aplica con bastante éxito en las ciencias de la conducta. Con datos conductuales, es común que el investigador pueda: 1. determinar cuál miembro del par es más grande que y 2. establecer rangos en las diferencias en orden de tamaño absoluto. Esto es, el investigador puede hacer juicios de mayor que entre los valores de cualquier par, tanto como acerca de las diferencias entre dos pares cualesquiera.
- Signos: Adquiere su nombre del hecho que está basada en la dirección de las diferencias entre dos mediciones, más que en medidas cuantitativas. Es particularmente aplicable a investigaciones en las cuales las mediciones cuantitativas son imposibles o no son viables, pero en las que sí se puede determinar, para cada par de observaciones, cuál es la más grande (en algún sentido).
- Mc Nemar: Esta prueba para la significación de los cambios es particularmente aplicable para los diseños *antes - después*, en los cuales cada sujeto se utiliza como su propio control y en los que las mediciones se realizan ya sea en escala nominal u ordinal. En estas condiciones puede emplearse para probar la efectividad de un tratamiento en particular. (Siegel, 2001)

3.4 Procedimiento

Durante una sesión del grupo de apoyo para pacientes con epilepsia que organiza mensualmente el INNN, se trató el tema del estrés y la importancia de un manejo adecuado en pacientes con epilepsia.

En esa sesión se pidió a los pacientes que en su autorregistro de crisis (Ver Anexo 5). anotaran la presencia de estrés de acuerdo al “Diagnóstico breve de Nathan, Staats y Rosch” (Ver Anexo 6) que involucra: auto observación de tensión muscular, temperatura, sudoración, pulso y frecuencia respiratoria, así como los síntomas contenidos en el “Formato de identificación de reacciones internas” (Ver Anexo 7) y se invitó a aquellos interesados en participar en el estudio.

A esta convocatoria respondieron cuatro personas que cumplieron con los criterios de inclusión y a las cuales se les programaron sesiones semanales de 45 a 50 minutos, durante un periodo máximo de cinco meses que equivalen a 20 sesiones aproximadamente.

La estructura de las sesiones era la siguiente:

- Análisis del autorregistro de crisis
- Revisión de la sesión anterior
- Descripción de la semana
- Plan para la sesión
- Revisión de la tarea para el hogar
- Aplicación de técnica cognitivo conductual
- Asignación de tarea para el hogar
- Resumen de la sesión y retroalimentación

El tratamiento a lo largo de las sesiones se constituyó de la siguiente manera:

- Ficha de identidad e historia clínica.

Se obtuvo a través de una entrevista semi estructurada. La muestra se conformó por tres mujeres y un hombre, cuyas edades oscilaban entre los 21 y 47 años, todos con crisis generalizadas tónico clónicas de causas diversas.

- Evaluación.

Antes de iniciar la intervención y al finalizar el tratamiento, se pidió a los pacientes que completaran el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado IDARE, la Evaluación Breve de Estrés y el Cuestionario de Desarrollo del Problema.

La sesión posterior conocieron sus resultados y recibieron una retroalimentación que consistió en explicar el significado del resultado y la relación que tiene éste con respecto al tratamiento que recibirá.

- Educación para la salud

Los pacientes conocieron la sintomatología típica del estrés, las posibles causas del estrés a nivel cognitivo (pensamientos disfuncionales) y conductual (estilo de vida), así como los riesgos que éste tiene en la salud y en especial en la epilepsia.

Los pacientes también aprendieron a identificar los síntomas del estrés en sí mismos, la explicación fisiológica de cada uno de esos síntomas y a reconocer las situaciones particulares que generan dichos síntomas (estresores), así como el pensamiento asociado a dichos síntomas.

- Respiración diafragmática

Se les enseñó a los pacientes a realizar correctamente una respiración profunda, conocieron los beneficios fisiológicos y cognitivos (cuando se usa como técnica de distracción) de la respiración diafragmática y la importancia que tiene practicarla de

manera regular, ya que, cuando los pacientes detectaron los síntomas del estrés, todos notaron un incremento en la frecuencia respiratoria y los consiguientes efectos que la hiperventilación trae, mismos que son especialmente riesgosos en el caso de la epilepsia.

- Relajación muscular progresiva

Otro de los síntomas más frecuentes en los pacientes fue la tensión muscular, que por consiguiente les provocaba sensación de incomodidad generalizada. Se adiestró a los pacientes para sentir la diferencia entre un músculo tenso y uno relajado, a examinar los diferentes grupos musculares y a tensarlos y relajarlos de manera voluntaria acompañado de la respiración profunda. Con el objeto de que los pacientes pudieran practicar durante la semana esta técnica de relajación, se les proporcionó un cassette con las instrucciones que se utilizaron para llevar a cabo la técnica durante la sesión (Ver Anexo 8).

- Terapia cognitiva

Se explicó a los pacientes el modelo cognitivo conductual y se les presentó la cadena cognitivo conductual (Ver Anexo 9) a fin de ilustrar y practicar este modelo que se completó haciendo uso de las situaciones más recientes que generaron incomodidad.

Los pacientes fueron entrenados para identificar sus pensamientos automáticos, sus emociones y la relación que existe entre éstos en una situación determinada. Posteriormente aprendieron a buscar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos previamente registrados (ver Anexo 10), con el objeto de empezar a debatirlos y de esa manera modificarlos para generar y adoptar pensamientos funcionales.

Para este fin se aplicaron técnicas como experimentos conductuales, continuum cognitivo, dramatización racional emotiva, visualización positiva, etc.

- Entrenamiento en solución de problemas

Los pacientes aprendieron a identificar problemas específicos, a generar alternativas de solución, evaluar cada una de ellas en términos de ventajas y desventajas, tomar una decisión sobre la o las mejores alternativas de solución y finalmente crear una estrategia para ponerlas en práctica (Ver Anexo 11).

- Auto-control

El auto control se define como la emisión de respuestas por parte de un sujeto dirigidas a alterar la probabilidad de emitir respuestas auto - especificadas en el futuro.

En esta parte del tratamiento, se identificaron respuestas que requerían ser controladas debido a que aluden a estilos de vida saludables (conductas de auto cuidado y adherencia terapéutica) y para lograrlo se establecieron algunas respuestas a ser emitidas para controlar la tasa de ocurrencia de la conducta meta.

3.5 Resultados

3.5.1 Paciente 1.

Ficha de Identidad

Edad: 47

Sexo: Mujer

Estado Civil: Unión Libre

Ocupación: hogar

Diagnóstico médico: Epilepsia.

Crisis Generalizadas Tónico Clónicas

Tratamiento farmacológico: Gabapentina

Fenitoina

3.5.1.1. Evaluación

Instrumento	Calificación Pre	Calificación Post	p Wilcoxon	p Signos	p McNemar
Inventario de ansiedad de Beck	51	27	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Rasgo IDARE	57	21	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Estado IDARE	44	20	0.000	0.000	0.000
Evaluación breve de estrés	30	10	0.000	0.000	0.000
Desarrollo del problema	9	1	0.005	0.008	0.008

Fig. 3.1. Puntaje obtenido en la evaluación y significación del paciente 1.

3.5.1.2 Principales logros terapéuticos

Duración del tratamiento: 17 sesiones

PROBLEMA	TECNICA	LOGRO TERAPEUTICO
Inasistencia escolar causada por cogniciones referentes a la ocurrencia de crisis epilépticas.	Reestructuración cognitiva a través de debate funcional y empírico. Solución de problemas, generar alternativas conductuales para resolver la situación.	Asistencia constante a clases de cómputo e inglés. Aumento de probabilidad de apoyo social en caso de una crisis (proporcionando información impresa a compañeros sobre auxilio en caso de crisis).
Pensamientos distorsionados acerca de las fallas académicas comunes (ser reprobada, llegar tarde, regaño de profesor) catastrofizando consecuencias.	Identificación y debate de pensamiento a través de diálogo socrático.	Modificación de pensamiento distorsionado y disminución de síntomas de estrés.
Hacer ejercicio (indicación médica).	Solución de problemas, generando alternativa para encontrar un lugar para realizar ejercicio adecuado para sus necesidades. Autoreforzamiento para incrementar conducta meta (hacer ejercicio).	Incluir rutina de ejercicio dentro de hábitos constante.
Dificultades para priorizar gastos y toma de decisiones sobre ahorros y deudas.	Solución de problemas, limitar la accesibilidad del dinero para mejorar los gastos, es decir, dificultar la disposición de éste cuando no fuera necesario.	Optimización de gastos, pagos de deudas, y disminución de estrés hacia el tema del dinero.
Aislamiento familiar.	Autorregistro de hábitos y tiempo libre para incorporar visitas familiares.	Acercamiento familiar, mejora en percepción de calidad de red de apoyo y disminución de estrés.

Fig. 3.2. Resumen de tratamiento del paciente 1

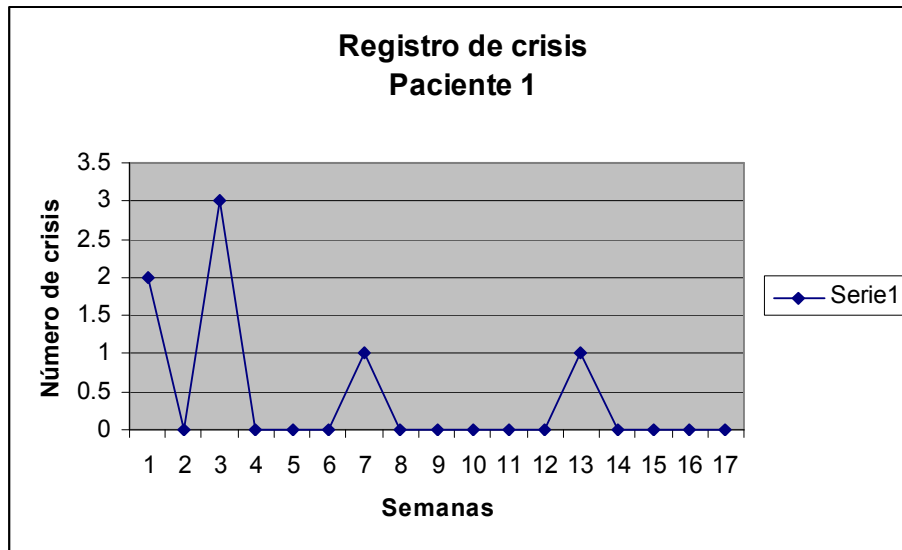


Fig. 3.3. Autorregistro de crisis del paciente 1

Al cabo del tratamiento la paciente se reincorporó a sus clases de computación e inglés, mismas que solía abandonar cada que ocurría una situación adversa que le generaba pensamientos acerca de la posibilidad de tener una crisis y, a su vez temor y vergüenza de que sus compañeros se asustaran y no supieran cómo ayudarle.

A través de terapia cognitiva la paciente adoptó pensamientos funcionales acerca de los eventos que le preocupaban (*me van a reprobar, es tarde y no llegaré a la clase, me van regañar...*) y utilizó el entrenamiento en solución de problemas con el cuál optó por crear volantes en los que explicaba su enfermedad y los pasos a seguir en caso de una crisis.

A través de las técnicas de autocontrol y de solución de problemas logró administrar mejor su dinero para cubrir sus deudas, así como nuevas alternativas para generar otros ingresos; estas dos técnicas le ayudaron también para iniciar y mantener una rutina de ejercicio (por recomendación médica) y volver a frecuentar a sus familiares, ambas actividades no las llevaba a cabo por no tener tiempo, dinero y poder sufrir una crisis (*no quiero causar molestias*).

3.5.2 Paciente 2

Ficha de Identidad

Edad: 29

Sexo: Hombre

Estado Civil: Casado

Ocupación: Empleado

Diagnóstico médico: Epilepsia

Crisis generalizadas tónico cónicas

Tratamiento farmacológico: Carbamacepina

Paroxetina

Alprazolam

3.5.2.1 Evaluación

Instrumento	Calificación Pre	Calificación Post	p Wilcoxon	p Signos	p McNemar
Inventario de ansiedad de Beck	55	32	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Rasgo IDARE	51	24	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Estado IDARE	58	33	0.000	0.000	0.000
Evaluación breve de estrés	39	13	0.000	0.000	0.000
Desarrollo del problema	11	4	0.008	0.016	0.016

Fig. 3.4. Puntaje obtenido en la evaluación y significación del paciente 2.

3.5.2.2 Principales logros terapéuticos

Duración del tratamiento: 19 sesiones

PROBLEMA	TECNICA	LOGRO TERAPEUTICO
Identificación del aura	Autorregistro de sensaciones previas a la crisis. Educación para la salud acerca de medidas de seguridad en caso de crisis.	Adopción de medidas de seguridad al momento en que ésta se presentaba (alejarse de objetos que pudieran ser riesgosos, localizar un lugar despejado...)
Hábitos alimenticios inadecuados.	Solución de problemas, generar alternativas para respetar horarios de comida, sin afectar recursos económicos.	Solicitar apoyo familiar y/o administrar su tiempo para preparar sus alimentos y llevarlos consigo.
Consumo de coca cola	Modificación del ambiente de manera que dificulte la accesibilidad a la coca cola, llevar a cabo conductas incompatibles con el consumo de coca cola. Educación para la salud sobre efectos de la coca cola en epilepsia.	Disminución del consumo en un 70%.
Falta de adherencia al tratamiento farmacológico	Solución de problemas, buscar apoyo social e institucional para obtener el medicamento. Proveer de señales el ambiente para garantizar la toma del medicamento	El paciente consiguió obtener la totalidad del medicamento, así como cumplir con la prescripción médica en cuanto a horarios y dosis.
Pensamientos disfuncionales que le impedían desempeñar su trabajo.	Reestructuración cognitiva.	Modificación de pensamientos disfuncionales e incremento de productividad laboral
Dificultad para planear y cumplir con tareas diarias.	Solución de problemas . Autorregistro y automonitoreo de las actividades a realizar.	Planear previamente las actividades del día y los horarios en los que se llevarán a cabo.
Insomnio	Educación para la salud sobre higiene de sueño. Respiración diafragmática y/o relajación muscular.	Aumento de horas de sueño y disminución de síntomas de estrés.

Hacer ejercicio	Reestructuración cognitiva acerca de pensamientos irracionales sobre consecuencias del ejercicio.	Inclusión de rutina de ejercicio moderado.
-----------------	---	--

Fig. 3.5. Resumen de tratamiento del paciente 2.

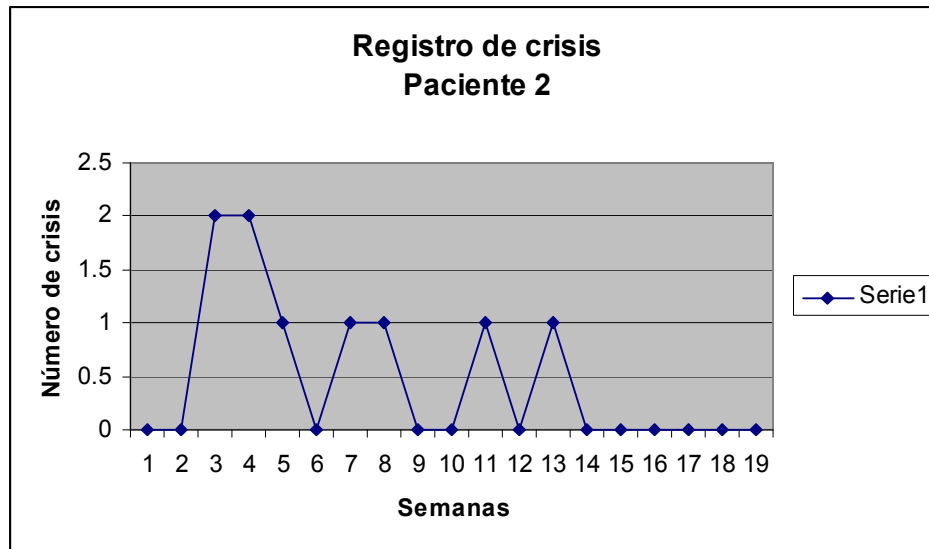


Fig. 3.6. Autorregistro de crisis del paciente 2

Al término del tratamiento el paciente aprendió a reconocer algunos posibles indicadores que anunciaban una crisis (aura) mediante la utilización del autorregistro, de manera que pudiera llevar a cabo medidas de seguridad en el momento en que el aura se presentaba.

Por medio de las técnicas de solución de problemas y autocontrol, adquirió mejores hábitos alimenticios. La primera lo ayudó además, a buscar nuevas alternativas que le permitieran conseguir sus medicamentos, ya que en ocasiones no contaba con suficientes recursos económicos para ello. La segunda lo ayudó a disminuir su consumo de coca cola.

A través de la terapia cognitiva debatió los pensamientos que le generaban elevados niveles de estrés en el trabajo (*me van a despedir, voy a chocar, mis clientes me verán*

si tengo una crisis...) esto aumentó su productividad en el trabajo y por consiguiente incrementó sus ingresos.

El paciente aprendió a administrar y planear su tiempo, ya que cuando su esposa se ausentaba y él no recibía ayuda para hacer varias actividades generalmente cumplía con menos del 50% de éstas.

El adecuado control del estrés provocó que el paciente combatiera el insomnio y aumentara sus horas de sueño.

Inició una rutina de ejercicio moderado (prescripción médica) que anteriormente no realizaba por temor a sufrir un accidente o una crisis mientras se ejercitaba.

3.5.3 Paciente 3

Ficha de Identidad

Edad: 38

Sexo: Mujer

Estado Civil: Soltera

Ocupación: hogar

Diagnóstico médico: Epilepsia

Crisis generalizadas tónico clónicas

Tratamiento Farmacológico:

Fenitoina

Carbamacepina

Fenobarbital

Clonazepam

3.5.3.1 Evaluación

Instrumento	Calificación Pre	Calificación Post	p Wilcoxon	p Signos	p McNemar
Inventario de ansiedad de Beck	50	40	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Rasgo IDARE	74	40	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Estado IDARE	76	47	0.000	0.000	0.000
Evaluación breve de estrés	40	16	0.000	0.000	0.000
Desarrollo del problema	13	6	0.005	0.008	0.008

Fig. 3.7. Puntaje obtenido en la evaluación y significación del paciente 3.

3.5.3.2 Principales logros terapéuticos

Duración del tratamiento: 15 sesiones

PROBLEMA	TECNICA	LOGRO TERAPEUTICO
Pensamientos catastróficos y de desesperanza acerca de las reacciones de los demás hacia las crisis	Debate de pensamiento a través de diálogo socrático.	Adquisición de estrategias de afrontamiento cognitivo de las consecuencias sociales de las crisis.
Pensamientos disfuncionales acerca del estilo de vida del paciente con epilepsia.	Modificación de errores de pensamiento. Solución de problemas para adquirir medidas de seguridad al desempeñar las nuevas actividades.	Adquisición de responsabilidades del hogar (hacer pagos, mandados y quehaceres del hogar) y actividades recreativas (salir con amigos, asistir a reuniones familiares).
Falta de ingresos	Solución de problemas para generar alternativas sobre actividades remuneradas.	Consiguió un empleo remunerado.

Fig. 3.8. Resumen de tratamiento del paciente 3

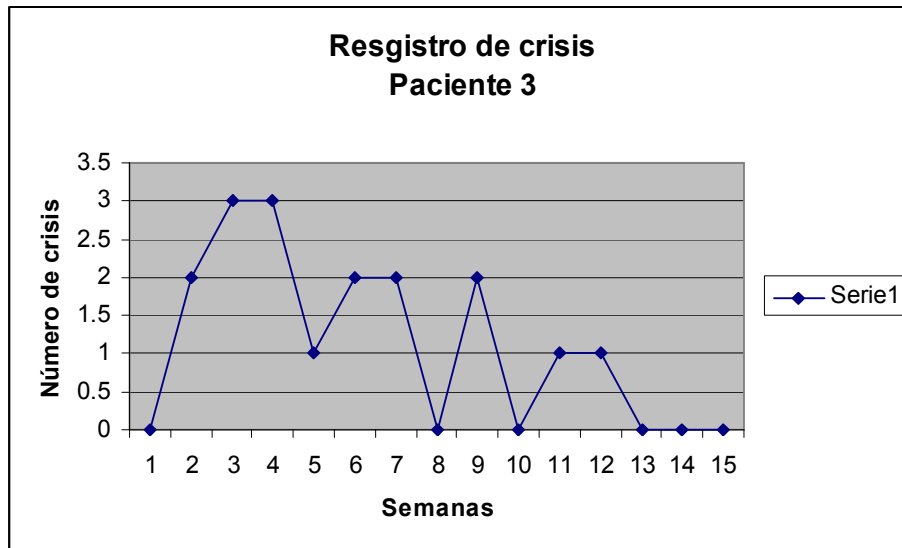


Fig. 3.9. Autorregistro de crisis del paciente 3

A través de la reestructuración cognitiva la paciente logró afrontar (cognitiva y conductualmente) las burlas y las críticas de sus familiares y vecinos acerca de sus crisis convulsivas.

El entrenamiento en solución de problemas contribuyó a que la paciente llevara a cabo actividades recreativas y a asumir algunas responsabilidades con las respectivas medidas de seguridad (no llevar artículos de valor si no son indispensables, procurar realizar algunas actividades acompañado como pagos o trámites, portar una placa o gafete de identificación a la vista...); ninguna de estas actividades era realizada por la paciente debido a las creencias irracionales que tenía con respecto a la epilepsia (*la gente con epilepsia no puede hacer nada, no somos como los demás...*)

Cabe mencionar que la paciente comenzó a buscar trabajo (su estresor principal era la falta de dinero) y cuando lo encontró, abandonó el tratamiento psicológico debido a que sus horarios le impedían continuar.

3.5.4 Paciente 4

Ficha de Identidad

Edad: 20

Sexo: Mujer

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Estudiante

Diagnóstico médico: Epilepsia

Crisis generalizadas tónico clónicas

Tratamiento Farmacológico: Carbamacepina

Clonazepam

3.5.4.1 Evaluación

Instrumento	Calificación Pre	Calificación Post	p Wilcoxon	p Signos	p McNemar
Inventario de ansiedad de Beck	56	30	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Rasgo IDARE	57	21	0.000	0.000	0.000
Inventario de Ansiedad Estado IDARE	43	20	0.000	0.000	0.000
Evaluación breve de estrés	38	11	0.000	0.000	0.000
Desarrollo del problema	11	3	0.008	0.016	0.016

Fig. 3.10. Puntaje obtenido en la evaluación y significación del paciente 4.

3.5.4.2 Principales logros terapéuticos

Duración del tratamiento: 17 sesiones

PROBLEMA	TECNICA	LOGRO TERAPEUTICO
Falta de adherencia al tratamiento médico	Educación para la salud Autorregistro de toma de medicamentos y citas médicas	Adherencia al tratamiento farmacológico y asistencia a citas con el neurólogo
Abandono de estudios universitarios	Reestructuración cognitiva de pensamientos catastróficos acerca de sufrir otra crisis en la escuela Solución de problemas para incrementar posibilidades de apoyo social en caso de crisis.	Reincorporación a clases. Información a profesores y personas significativas acerca de primeros auxilios en caso de crisis.

Fig. 3.11. Resumen de tratamiento del paciente 4

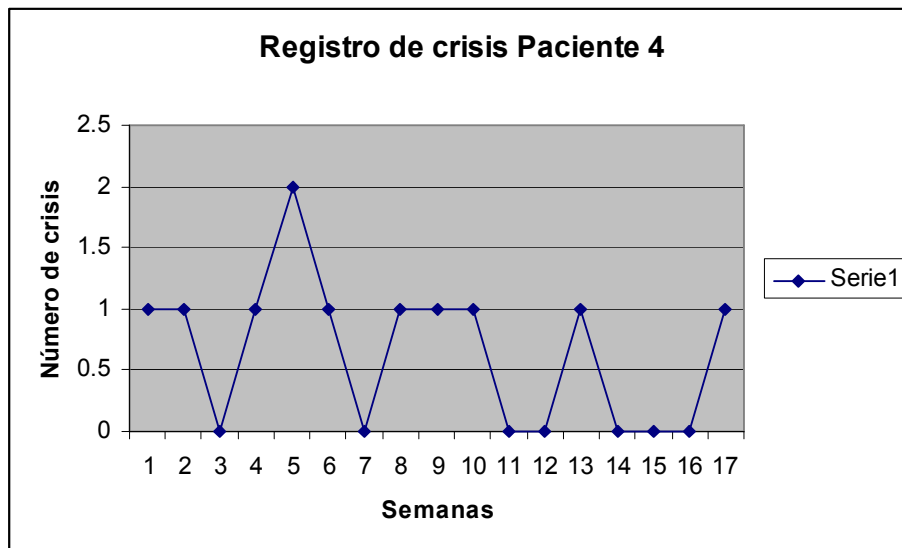


Fig. 3.12. Autorregistro de crisis del paciente 4

La educación para la salud logró que la paciente dejara de suspender su tratamiento cuando notaba que ya se sentía bien y no presentaba crisis.

Con algunas técnicas de autocontrol la paciente mejoró su adherencia al tratamiento médico, ya que olvidaba tomar sus medicamentos o no lo hacía conforme a las indicaciones del médico y en ocasiones incluso olvidaba acudir a sus citas con el neurólogo.

La terapia cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas ayudaron a que la paciente retomara sus estudios, ya que los había abandonado en el momento en que sufrió una crisis en clase.

La paciente decidió informar a sus profesores y amigos de mayor confianza sobre el padecimiento y qué hacer en caso de crisis. Las técnicas de relajación contribuyeron al buen cumplimiento de sus deberes académicos.

3.5.5 Resultados Generales

A continuación se presentan las figuras de cada uno de los instrumentos aplicados a los sujetos. Respecto a los resultados obtenidos de la aplicación del Cuestionario de desarrollo del problema, se observa un cambio favorable en la percepción del desarrollo y afrontamiento de la enfermedad.

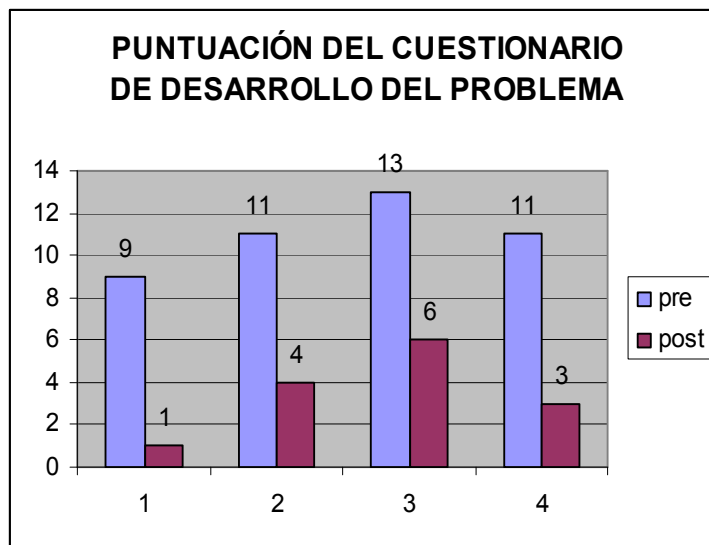


Fig. 3.14. Resultados pre post del Cuestionario de Desarrollo del Problema

Los resultados de la Evaluación breve de estrés, muestran un cambio en las aplicaciones pre y post en todos los sujetos, lo cual indica una disminución en los niveles de estrés después de haber recibido el tratamiento.

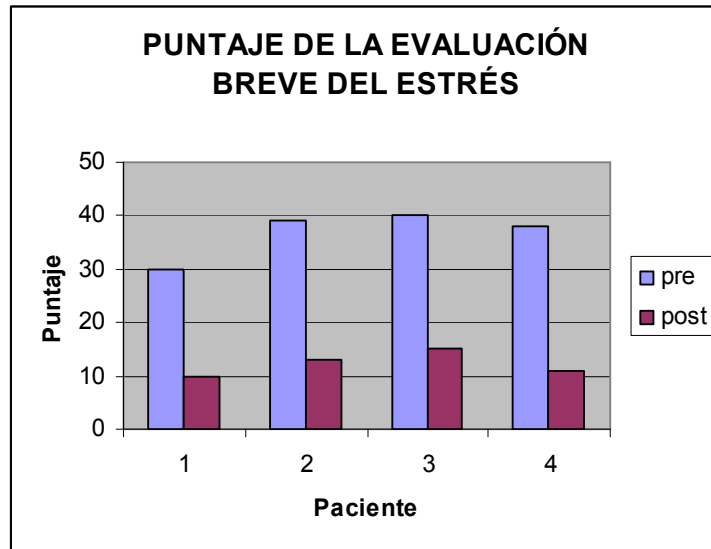


Fig. 3.15. Resultados pre post de la Evaluación Breve del Estrés

En cuanto a los resultados obtenidos en el BAI, se encontró una disminución de los niveles de ansiedad en todos los sujetos.

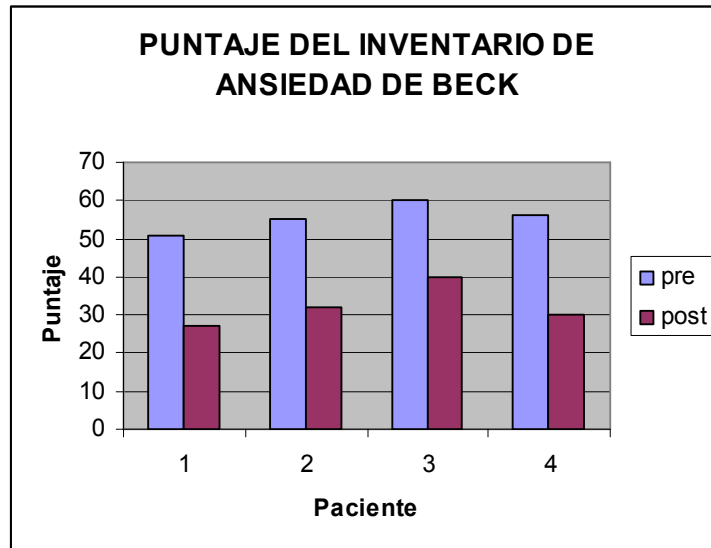


Fig. 3.16. Resultados pre post del Inventario de Ansiedad de Beck

En la siguiente gráfica se muestran los datos recabados del IDARE en la escala de ansiedad rasgo, observando que en los cuatro sujetos se reducen los valores correspondientes a ansiedad rasgo.

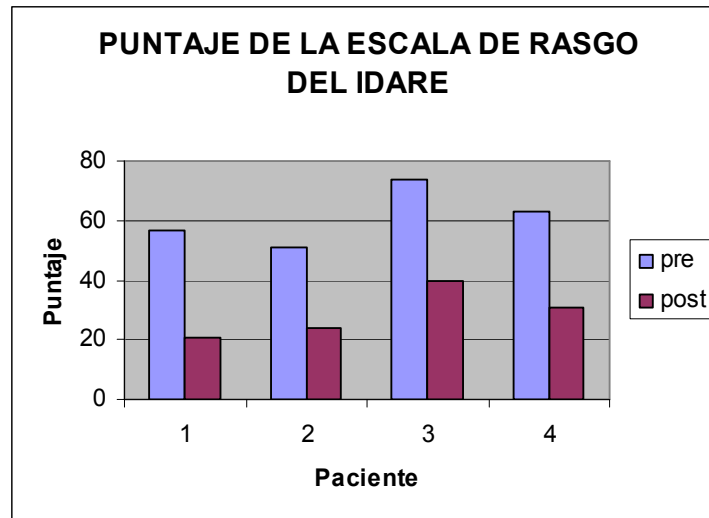


Fig. 3.17. Resultados pre post del IDARE - Rasgo

Ahora se muestran los resultados del IDARE en su escala ansiedad estado en su aplicación pre y post, que indica que los niveles de ansiedad estado disminuyeron en los cuatro sujetos.

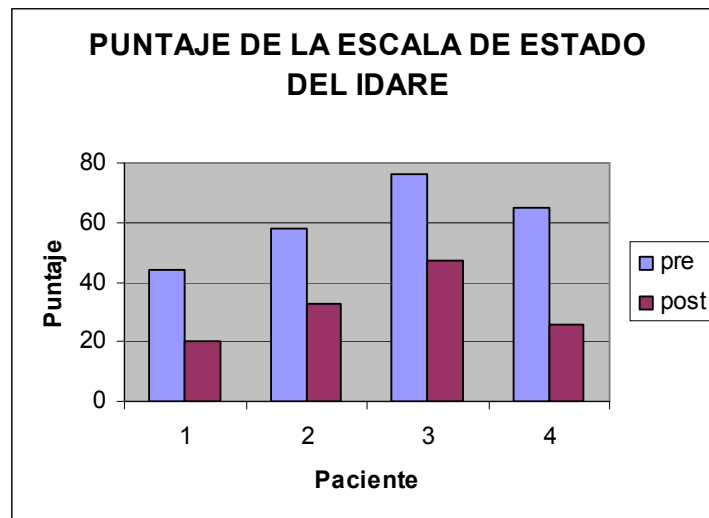


Fig. 3.18. Resultados pre post del IDARE - Estado

Finalmente se presentan los autorregistros de crisis, comparando a los cuatro pacientes, encontrando al inicio del tratamiento entre una y tres crisis semanales y conforme avanzó el tratamiento, se vio una ausencia de crisis de tres a seis semanas.

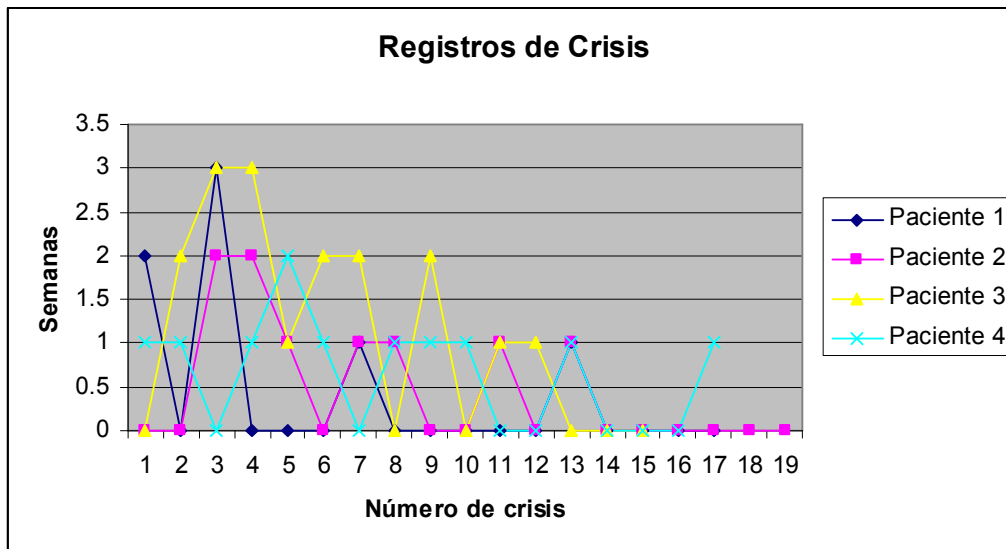


Fig. 3.19. Integración de autorregistros de crisis

3.6 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos reflejan los beneficios que el enfoque cognitivo conductual tiene en los pacientes con epilepsia; ya que, además de que puede lograr una disminución del nivel de estrés, también tiene efectos positivos en cuanto a mejorar la adherencia al tratamiento médico y para adquirir un estilo de vida más saludable.

La creación de un formato de autorregistro de crisis en el que se incluye lo que ocurrió previo a la crisis y otros hábitos fue de gran utilidad para identificar con mayor precisión los agentes externos que influyen la ocurrencia de crisis; a partir de que se detectaron los factores precipitantes (entre ellos el estrés) pudo diseñarse la intervención para cada paciente. Este autorregistro también ayudó a disminuir la cantidad de restricciones y a presentar las medidas adecuadas de seguridad sólo para aquellas que podían ser facilitadoras de una crisis, de esta manera se cambiaba la percepción de incapacidad del paciente.

En los cuatro pacientes se detectó al estrés como el precipitante de crisis más importante, ya que todos ellos registraban en su mayoría situaciones que les angustiaban, o manifestaban síntomas de ansiedad previos a la crisis.

El estresor más evidente que presentan los pacientes con epilepsia tiene que ver con la posibilidad de presentar una crisis y el carácter impredecible de la misma, este riesgo ocasiona que los pacientes abandonen o eviten realizar actividades cotidianas y recreativas, lo cual afecta de manera importante a la calidad de vida de los pacientes.

El pensamiento “puedo tener una crisis” se acompaña comúnmente de otros pensamientos de tipo catastrófico acerca de las consecuencias que la crisis pudiera tener, tales como: la manera en que los demás perciben la crisis y reacciones ante ésta (rechazo y burlas), pérdida de control durante el ataque que conlleve a accidentes, secuelas irreversibles, ser víctima de abusos durante la crisis o no recibir

ayuda debido a la falta de información de la población en general sobre primeros auxilios, además del miedo a los efectos colaterales del tratamiento.

Dentro del tratamiento se fomentó a los pacientes a portar un gafete o placa de identificación a la vista, este gafete debería contener en la parte anterior algunos datos personales como nombre, dirección y a quién llamar en caso de emergencia, en la parte posterior deberá especificar que se es epiléptico y las medidas de seguridad a llevar a cabo en caso de una crisis. El uso de este gafete demostró cambios en la reducción del estrés, ya que los pacientes se sentían con menos temor de salir a la calle debido a que aumentaban la probabilidad de recibir ayuda y ponerlos en contacto con sus familiares en caso de ser necesario.

Partiendo de la idea de que la epilepsia suele cambiar el pensamiento, emoción y conducta de una persona, y a su vez el pensamiento, emoción y conducta suele cambiar la epilepsia, se encontró que la aplicación de técnicas de autocontrol contribuyó positivamente a eliminar aquellas conductas nocivas que previamente se detectó que podían facilitar la aparición de una crisis. Por su parte, la terapia cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas en conjunto demostraron tener buenos resultados en el control del estrés; ya que éste último favoreció en gran medida a reestructurar pensamientos disfuncionales.

Es importante mencionar que todos los pacientes refirieron haber notado una reducción en el número de crisis, ya que aquellas crisis cuya ocurrencia se debía al estrés o a estilos de vida poco saludables disminuyeron considerablemente. Esto se observó en el autorregistro de crisis, cuando el antecedente de la crisis no correspondía con ninguna de las anteriores. Cabe destacar que la reducción del número de crisis conllevará a mejores oportunidades sociales (inclusión) y mejor desempeño en las mismas, ya que las personas con epilepsia tienen un alto índice de desempleo debido a que su condición es considerada una discapacidad.

El tratamiento tuvo efectos positivos en cuanto a la percepción de la enfermedad, ya que los pacientes suelen considerar que no se puede llevar una vida normal y que es terrible tener la enfermedad. Se encontró que cuando los pacientes modificaron esas creencias, mejoró el afrontamiento a la enfermedad, lo que a su vez redujo niveles de estrés y facilitó las conductas de autocuidado y la percepción de autoeficacia para realizarlas.

Tomando en cuenta que el apego a las recomendaciones médicas forman parte de la adherencia al tratamiento médico y estas recomendaciones se refieren a las medidas para disminuir los precipitantes de crisis, entre ellos el estrés. Es por esto que el adecuado manejo de este estado emocional permitió una mejoría en el seguimiento de las indicaciones del neurólogo, reflejándose en el estado pre y post del programa.

El marco teórico revisado ofrece evidencia de que los síntomas psicológicos presentados en poblaciones con diagnósticos de epilepsia son similares (ansiedad, enojo y depresión), asimismo, el enfoque cognitivo conductual sostiene que no hay diferencia en la interacción entre pensamiento, emoción y conducta independientemente de la condición social, económica y cultural. Esto nos lleva a la conclusión de que si se replicara este programa en otras muestras, la probabilidad de obtener resultados similares sea significativa.

Los autorregistros de crisis de los cuatro pacientes tratados muestran una disminución aparente de las crisis presentadas durante el tratamiento, sin embargo el diseño que involucra a un grupo control y a una muestra más amplia aumentaría la confiabilidad de dicho resultado; por lo que para futuros estudios o intervenciones de este tema es recomendable que se haga un seguimiento de al menos un año debido a la naturaleza intermitente e irregular de las crisis, misma que dificultó demostrar los efectos a largo plazo del tratamiento.

Con el objeto de continuar incidiendo en este padecimiento a través de la Medicina Conductual, sería recomendable involucrar a la familia en el tratamiento, ya que debido a la falta de información y/o creencias irracionales, adquieren conductas que eventualmente mermaran la calidad de vida de los pacientes (estigmatizarlos, subestimarlos o limitarlos y en caso contrario sobreprotegerlos); una de las formas más accesibles de hacerlo es mediante los grupos de apoyo que se organizan o pueden organizarse en casi todas las instituciones en las que se atienden a estos pacientes.

En estos grupos, además de lo antes mencionado, resulta muy necesario ofrecer educación para la salud de manera clara y funcional reiterando el carácter reflejo de la epilepsia, (es decir el hecho de que algunas crisis aparecen como consecuencia de causas precipitantes determinadas), con el fin de que los pacientes y sus familiares puedan entender la enfermedad, aprender y adoptar conductas de autocuidado y desarrollar un mejor afrontamiento a la enfermedad.

Debido a que la mayoría de estos pacientes suelen presentar enojo o depresión, es muy importante que en el grupo se toquen estos temas, con el fin de proporcionar alternativas de manejo y detectar a aquellos que requerirán de un tratamiento más específico.

Finalmente, es fundamental que en todos los casos se profundice en el tema del estrés como un factor determinante en la calidad de vida del paciente. Los pacientes con epilepsia están expuestos a una situación de estrés crónico generada por la preocupación constante de presentar una crisis y esto limita su funcionamiento cotidiano; respecto a las relaciones interpersonales demuestran temor a ser rechazados y esto por lo general conlleva al aislamiento, en cuanto a lo laboral presentan angustia por ocultar la enfermedad o por problemas financieros debido a la falta de oportunidades para estos pacientes.

Además de que, como lo menciona la literatura y se presentó en este estudio, la frecuencia de las crisis puede cambiar al disminuir los niveles de estrés, pues éste produce cambios en el nivel de activación cerebral que da lugar a cambios en la excitabilidad y puede afectar a la frecuencia de disparo neuronal, particularmente a aquellas neuronas que rodean al foco.

En este sentido es importante que el paciente comprenda que padece una enfermedad crónica que se manifiesta en algunas ocasiones y que necesitará tomar algunas precauciones adicionales, pero que en los demás aspectos el paciente es igual al resto de la gente, además de que en la mayoría de los casos, la epilepsia puede ser controlada con medicamentos y adoptando un estilo de vida saludable, lo que permite al paciente vivir una vida normal y productiva.

IV. CASOS CLÍNICOS

Caso 1

4.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo

El Trastorno psicótico agudo polimorfo es una alteración del juicio de la realidad y creación de una realidad nueva en donde el paciente establece juicios erróneos de sus percepciones y pensamientos, y deduce conclusiones incorrectas de la realidad aunque existan evidencias contrarias.

Las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra (en cuanto a tipo e intensidad).

También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad.

Este cuadro clínico cambiante, polimorfo e inestable es característico y aunque a veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maníaco, episodio depresivo o esquizofrenia.

Este trastorno suele tener un comienzo súbito (menos de 48 horas) y una rápida resolución de los síntomas. En un elevado número de casos no existe un claro estrés precipitante.

Pautas para el diagnóstico:

- a) El comienzo sea agudo (pasar desde un estado no psicótico a un estado claramente psicótico en el plazo de dos semanas o menos).
- b) Estén presentes varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, variando de tipo e intensidad de un día para otro o dentro del mismo día.
- c) Exista un estado emocional cambiante de forma similar.
- d) A pesar de la variedad de los síntomas, ninguno esté presente con la suficiente consistencia como para satisfacer las pautas de esquizofrenia o de un episodio maníaco o depresivo.

4.1.1 Objetivo del tratamiento

La paciente conocerá los aspectos más importantes de su enfermedad, así como la importancia del tratamiento farmacológico. Al término del tratamiento la paciente adquirirá las habilidades necesarias para reincorporarse a la sociedad de manera funcional.

4.1.2 Ficha de identidad

Nombre: I.A.F.

Edad: 47

Sexo: Femenino

Estado Civil: Separada

Motivo de consulta: *Falta de trabajo y falta de familia...Acudo para que me ayuden a salir adelante debido a que no sé por dónde empezar.*

Diagnóstico Médico: Trastorno psicótico agudo polimorfo en remisión

Diagnóstico psicológico: Déficit en solución de problemas, habilidades sociales y de afrontamiento a la enfermedad.

4.1.3 Entrevista de exploración

•Sesión 1

- Motivo de consulta

A partir de que el trastorno comenzó a manifestarse, la paciente tuvo problemas con su esposo quién la corrió de la casa y le ha negado ver a sus hijos, la paciente además de esto no cuenta con ningún ingreso por lo que no puede mantenerse sola y no puede ir a visitar a sus hijos, quienes viven fuera del país.

- Tratamiento farmacológico

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”

- Risperidona 2mg 0-0-1
- Biperiden 2mg ½-0-0
- Valproato de Magnesio ½-0-1

- Modalidad de tratamiento

- Educación para la salud
- Entrenamiento en solución de problemas
- Habilidades sociales.

4.1.4 Instrumentos de evaluación

•Sesión 2

Evaluación mediante la aplicación de:

- Inventario de ansiedad de Beck,
- Inventario de depresión de Beck
- Cuestionario de habilidades sociales de Goldstein, Sprafkin y Gershaw
- Inventario de resolución de conflictos
- Inventario de enojo de Spielberger

Resultados de los instrumentos

- Solución de conflictos: Regular (102)
- Depresión: Moderada (18)
- Enojo: No hay déficit
- Habilidades Sociales: Concentrarse en una tarea, persuadir a otros, tener confianza en uno mismo.
- Ansiedad: Moderada (20)

•Sesión 3

Evaluación mediante la aplicación de:

- Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota (MMPI 2)

Resultados

- Escalas básicas elevadas
 - o Depresión (D)
 - o Psicastenia (Pt)
- Escalas suplementarias elevadas
 - o Ansiedad (A)
- Escalas de contenido elevadas
 - o Baja auto estima (BAE)
 - o Dificultad en el trabajo (DTR)

•Sesión 4

Retroalimentación de los resultados

- La paciente conoció sus resultados y se le explicó el significado de cada uno de ellos, posteriormente, se le describieron los aspectos a trabajar a lo largo del tratamiento y la manera de abordarlos.

4.1.5 Tratamiento psicológico

•Sesión 5

Educación para la salud

- La paciente recibirá la información necesaria con respecto al Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo y al tratamiento psiquiátrico que actualmente está llevando, a fin de mejorar su percepción de control sobre la enfermedad y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Esta información se le proporcionó a través de una presentación breve, clara y simple en power point, en dónde se utilizó como ejemplo su propio caso y las recomendaciones obligadas enfocadas al caso mismo.

•Sesión 6

Educación para la salud a familiares

- Se citó a la madre y a la hermana de la paciente para explicar la enfermedad y tratamiento de la paciente, así como detectar y modificar creencias equivocadas acerca del padecimiento, puesto que aconsejaban a la paciente a abandonar el tratamiento farmacológico y no presentarse a sus citas en el hospital psiquiátrico por temor a que la encerraran o que los medicamentos le causaran daños irreparables.

•Sesión 7 y 8

Entrenamiento en solución de problemas

- La paciente aprendió a identificar un problema y a definirlo claramente, que en este caso era la falta de dinero.
- La paciente generó diversas alternativas de solución al problema identificado y comenzó a ponderar cada una de ellas en cuanto a ventajas y desventajas de cada una de ellas.
- La paciente eligió una de las posibles soluciones: Trabajar como costurera

- Finalmente se elaboró una estrategia para poner en práctica la alternativa elegida: Pedir informes en un taller en dónde vio un anuncio dónde solicitaban una costurera y contactar a una conocida de su madre que tiene un taller de costura.

•Sesión 9

Identificación de pensamientos irracionales que le impiden buscar trabajo

- La paciente no logró buscar trabajo debido a que presentó síntomas de ansiedad
- Se le presentó a la paciente el formato “cadena cognitiva” (Ver Anexo 9) y se le explicó el modelo A-B-C para que la completara utilizando la situación de la búsqueda de trabajo, posteriormente se pidió a la paciente que siguiera el mismo procedimiento en otras situaciones disfuncionales

•Sesión 10:

Reestructuración cognitiva

- La paciente conoció y completó el formato “Dónde está la evidencia” (Ver Anexo 10) a fin de debatir sus pensamientos irracionales y aprender a generar pensamientos alternativos funcionales.
- Además, la paciente utilizó el formato SOCS (Ver Anexo 11) para recuperar el contacto y la convivencia con sus hijos

•Sesión 11:

Entrenamiento en habilidades sociales

- La paciente no sabe cómo pedir informes por lo que se le proporcionaron las habilidades a través de modelamiento y moldeamiento, por otro lado, pensó en la alternativa de preguntar a sus conocidos por alguna oferta de trabajo.
- El entrenamiento también involucró pedir favores, puesto que la paciente deberá pedir ayuda para lograr comunicarse con sus hijos puesto que su esposo no le permite hablar con ellos.

•Sesión 12:

Entrenamiento en habilidades sociales: Entrenamiento en habilidades conversacionales

- La paciente no obtuvo trabajo después de haber aplicado las alternativas de solución elegidas por lo que se retoma la técnica aplicando otra alternativa de solución: Buscar en el periódico y pedir informes.
- Se entrena a la paciente para que pueda comenzar a establecer redes de apoyo social.

•Sesión 13:

Entrenamiento en habilidades sociales: Entrevista de trabajo

- Se entrenó a la paciente mediante modelamiento, moldeamiento y role-play para presentarse en una entrevista de trabajo, debido a que encontró una oferta de trabajo y se sintió atraída por ese trabajo: Profesora de biología a nivel secundaria

•Sesión 14:

Identificación de síntomas de ansiedad y pensamientos asociados a ésta

- La paciente consiguió el trabajo y se presentó a su primera clase sin embargo, se percibió incompetente en cuanto al manejo del grupo, lo que le ha generado angustia de tener que presentarse nuevamente.
- La paciente aprendió qué es la ansiedad y a reconocer sus manifestaciones, la paciente identificó y debatió los pensamientos asociados a la ansiedad.

•Sesión 15:

Respiración diafragmática

- La paciente continúa sin poder disciplinar a su grupo, esto le continúa provocando ansiedad e insomnio, refiere sentirse agitada y cansada.
- La paciente conoció los beneficios de la respiración diafragmática y aprendió a realizarla.

•Sesión 16:

Relajación a través de imaginería

- La paciente llevó a cabo la respiración diafragmática acompañada de la evocación de imágenes positivas y agradables.

•Sesión 17:

Role – play

- Se reunió a miembros del equipo del “Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos” en un aula, con el objeto de que interpretaran a un grupo de alumnos indisciplinados de secundaria en clase de biología.
- Se pidió a la paciente que trajera preparada su siguiente clase para conocer su desempeño y recibir retroalimentación del grupo.

•Sesión 18:

Retroalimentación del Role – play

- La paciente recibió comentarios acerca de su desempeño y sugerencias sobre cómo corregirlo o maneras alternativas de hacerlo.
- La paciente llevó a cabo un ensayo conductual en el que aplicó todo lo que había aprendido.

•Sesión 19:

Entrenamiento en solución de problemas

- La paciente fue despedida de su trabajo, por lo que se retoma la solución de problemas y se evalúa la presencia de pensamientos disfuncionales.
- La paciente aprovechando la época navideña decidió hacer algunos adornos navideños, mismos que planea vender para solventar sus gastos.

•Sesión 20:

Entrenamiento en habilidades sociales: Entrenamiento asertivo

- La paciente demostró dificultad para ofrecer y vender los productos que ha empezado a fabricar.
- Se identificaron y reestructuraron los pensamientos disfuncionales y posteriormente se llevó a cabo el modelamiento y moldeamiento de la conducta que la paciente debía aprender.
- La paciente necesita hablar con su esposo para que su hija menor pueda visitarla en navidad.

•Sesión 21:

Entrenamiento en habilidades sociales: Entrenamiento asertivo

- La paciente durante las últimas semanas (periodo vacacional en el CSP) se presentó a una entrevista de trabajo y fue aceptada, por lo que ha comenzado a laborar en una editorial vendiendo enciclopedias.
- En ese tiempo logró vender a algunos familiares, conocidos y compañeros de trabajo los adornos navideños que ha fabricado.
- La paciente también logró negociar con su esposo para que su hija pasara las vacaciones con ella.

•Sesión 22:

- La paciente continúa en su trabajo, ha mantenido contacto regular con sus hijos y ha decidido iniciar los trámites legales correspondientes para resolver su situación conyugal.
- La paciente con ayuda de su hija elaboró unos volantes con sus datos ofreciendo hacer composturas de ropa y pidió permiso para pegar uno en el CSP.

4.1.6 Alta

•Sesión 23:

- La paciente ha mantenido su trabajo, así como un contacto constante con sus hijos y se ha mostrado adherente a su tratamiento psiquiátrico en todo momento, por lo que se decide dar de alta a la paciente.

•Sesión 24:

Retroalimentación y Cierre

- Se elabora junto con la paciente el reporte de alta en donde se señalaron y acordaron los siguientes logros terapéuticos:
 - o Área Familiar: Incrementó el apoyo por parte de su madre y hermana a raíz de que ellas comprenden el padecimiento de la paciente. Retomó el contacto con sus tres hijos vía telefónica y vía Internet, incluso las próximas vacaciones la visitarán dos de sus hijos.
 - o Área Laboral: Obtuvo un trabajo remunerado y ha llevado a cabo actividades informales para generar ingresos.
 - o Área Social: Es capaz de pedir favores a sus conocidos y de establecer relaciones amistosas con sus vecinos.
 - o Área Médica: Continúa tomando sus medicamentos según la prescripción médica y asiste con regularidad a las consultas psiquiátricas.

4.1.7 Seguimientos

- Se llevaron a cabo dos seguimientos uno al mes y otro a los tres meses; al mes la paciente continuaba con la rutina que tenía desde el cierre, en el segundo refirió haber aprovechado el inicio de clases en la primarias para pegar sus volantes y hacer composturas a los uniformes escolares. Esta idea le resultó muy exitosa.

Caso 2

4.2 Trastorno de pánico con agorafobia

El DSM-IV define a la crisis de pánico como un episodio de ansiedad aguda con miedo o malestar intensos, acompañado de alguno de los siguientes síntomas, que suelen aparecer bruscamente y alcanzar su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones
- Elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudor
- Temblores
- Sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar en el pecho
- Náuseas
- Molestias abdominales
- Inestabilidad
- Mareo
- Sensación de desmayo
- Sensación de entumecimiento
- Hormigueo
- Escalofríos o sofocaciones
- Percibir las cosas o percibirse a sí mismo de forma extraña
- Miedo a morir, volverse loco o perder el control

Las crisis de pánico aisladas son bastante frecuentes en la población general, en la mayoría de las personas que las experimentan no les dan mayor importancia, ya que las consideran como una especie de pesadilla y las atribuyen a que se han puesto nerviosos o a otras causas nada preocupantes.

Sin embargo, en algunos casos la persona que experimenta una crisis se queda preocupada por ella y con temor a experimentar nuevas crisis, o las sensaciones internas relacionadas con ellas. Si ese temor es lo suficientemente fuerte para crear emociones y conductas contraproducentes, se considera que la persona afectada padece un trastorno de pánico.

En un trastorno de pánico aparecen crisis de pánico repetidas, algunas de las cuales son inesperadas. Al menos una de ellas se ha seguido durante un mes (o más) de alguno de los siguientes síntomas:

- 1) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
- 2) preocupación por sus consecuencias (perder el control, sufrir un infarto, volverse loco, etc.)
- 3) cambio significativo del comportamiento, relacionado con las crisis.

Las crisis no se deben a los efectos directos de una sustancia, ni a una enfermedad médica, ni pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

En algunas ocasiones, el trastorno de pánico se ve complicado con la agorafobia.

La agorafobia se define como la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de pánico o las sensaciones internas temidas, puede no disponerse de ayuda.

Los temores agorafóbicos suelen relacionarse con situaciones como: permanecer solo fuera de casa, estar en aglomeraciones, hacer cola, o viajar en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos o se hace indispensable la compañía de un conocido para soportarlas.

4.2.1 Objetivo del tratamiento

El paciente comprenderá la naturaleza de sus crisis y la relación que éstas tienen con sus pensamientos, aprenderá técnicas para controlar su ansiedad para posteriormente comenzar a exponerse a las situaciones temidas de manera progresiva hasta dominarlas.

4.2.2 Ficha de identidad

Nombre: J.R.C.

Edad: 32

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Motivo de consulta: *Tengo miedo de hacer muchas cosas y ese miedo me ha causado problemas en todos los aspectos de mi vida.*

Diagnóstico psicológico: Trastorno de pánico con agorafobia

4.2.3 Entrevista de exploración

•Sesión 1

- Motivo de consulta: El paciente presenta temor ante diversas situaciones como: alturas, subir a un avión, viajar en autobús, coche o metro, subir a un elevador, estar en lugares lejos de su casa y estar inmerso en multitudes.

Lo anterior le ha impedido ir a provincia a visitar a su familia, salir con sus amigos y buscar un trabajo, lo que a su vez le genera tristeza y enojo, así como constantes discusiones con su esposa.

- Modalidad de tratamiento: Manejo de la ansiedad

4.2.4 Instrumentos de evaluación

•Sesión 2

Evaluación mediante la aplicación de:

- Inventario de ansiedad de Beck,
- Inventario de depresión de Beck
- Cuestionario de habilidades sociales de Goldstein, Sprafkin y Gershaw
- Inventario de resolución de conflictos
- Inventario de enojo de Spielberger

Resultados de la evaluación

- Solución de conflictos: Buena (90)
- Depresión: Moderada (27)
- Enojo: Enojo estado (31), Afecto enojoso (23), Disposición conductual (12) y Enojo rasgo (28)
- Habilidades Sociales: No hay déficit
- Ansiedad: Alta (57)

4.2.5 Tratamiento psicológico

•Sesión 3

Explicación de pánico y agorafobia

- El paciente recreó la última situación temida a la que se enfrentó y describió todo lo que sintió en ese momento y pensó al respecto.
- El paciente recibió información acerca de su diagnóstico, comprenderá lo que es el sistema de alarma, cómo se manifiesta y la manera en cómo se activa al percibir un peligro.
- El paciente recibió una hoja en la que se describen los síntomas característicos del pánico y la causa biológica por la que ocurren.

•Sesión 4

Identificación de pensamientos catastróficos

- Se entrenó al paciente para que prestara atención a sus sensaciones al enfrentarse al estímulo, a detectar las interpretaciones catastróficas que hace a partir de éstas y a reconocer la consecuencia que tienen estos pensamientos (activación del sistema de alarma). A partir de esto, el paciente debía registrar el grado (en porcentaje) en el cree en ese pensamiento durante la crisis y cuando está tranquilo (Ver Anexo 12).
- Se pidió al paciente que explicara lo que siente utilizando el formato de causas reales (biológica), así como el grado en que cree en esta explicación durante la crisis y cuando está tranquilo.

•Sesión 5

Autoregistro de crisis y Respiración diafragmática

- El paciente aprendió a realizar un registro de crisis, que contenía las sensaciones internas, el pensamiento catastrofista con su grado de creencia, la explicación realista con su grado de creencia, lo que hace para evitar sentirse así, la intensidad de la crisis en una escala de 0 a 10, la duración aproximada de la crisis en minutos, el evento desencadenante y la fecha (Ver Anexo 13).

- El paciente aprendió a realizar la respiración diafragmática, conoció sus beneficios y los casos en que su práctica puede ayudarle a controlar las crisis.

•Sesión 6

Modificación de pensamientos catastróficos y Práctica de la respiración diafragmática

- El paciente comenzó a generar pensamientos racionales mediante la utilización de un autorregistro de 6 columnas que incluía: el desencadenante, los pensamientos catastróficos con su grado de creencia, los argumentos y pruebas a favor de ese pensamientos, los argumentos y pruebas en contra del pensamiento, la interpretación racional con su grado de creencia y los argumentos y pruebas a favor de ese pensamiento (Ver Anexo 14).
- Se realizó un primer experimento en el que se le pidió al paciente que hiperventilara y describiera las sensaciones que esto le produjo. Después se le pidió que identificara algún parecido con lo que le ocurre en sus crisis.
- Se práctico la respiración diafragmática a fin de que el paciente notara cómo contrarrestaba los efectos de la hiperventilación.

•Sesión 7

Distracción y Autoinstrucciones como técnicas de control de ansiedad

- Se le pidió al paciente que durante un minuto pusiera atención tan sólo al latido de su corazón, teniendo como resultado la percepción del latido más fuerte e intenso.
- Se le preguntó al paciente sobre cualquier suceso cotidiano de su vida, al cabo de unos minutos se le preguntó cómo percibía el latido de su corazón. Al haber sido casi imperceptible en esos minutos se le demuestra al paciente la importancia de la autoobservación de las sensaciones que pueden provocar pánico y de la distracción como antagonista de la este fenómeno.

- Se pidió al paciente que recordara la última crisis o amago de crisis que había experimentado en ese momento y que dijera algunas de las explicaciones realistas, frases de ánimo o cualquier otra idea que considerara que podría serle de utilidad recordar en un momento similar.
- Se le entregaron al paciente doce tarjetas (11cm X 7cm aprox.) para llevar en su bolsillo que contendrían algunas de estas “autoinstrucciones” para ser utilizadas en casos de crisis o amagos de crisis.

•Sesión 8

Relajación como técnica de control de ansiedad

- Se pidió al paciente que tensara algunos músculos durante un par de minutos y describiera lo que sintió.
- Se le explicaron las funciones de los sistemas simpático y parasimpático, así como el papel que juega la tensión y la relajación en estos.
- Se retomó la respiración diafragmática y se le enseñó al paciente una técnica de relajación autógena, a fin de que sea practicada diariamente variando las condiciones de la práctica conforme se fuera dominando la técnica.

•Sesión 9

Provocarse las sensaciones temidas como técnica de exposición

- Se le presentaron al paciente algunos ejercicios que involucraban esfuerzo físico, movimientos corporales bruscos, provocación de efectos visuales entre otros. Estos ejercicios tenían el objeto de reproducir algunas de las sensaciones temidas por el paciente para afrontarlas y poner a prueba sus interpretaciones catastróficas.
- Se le entregó una hoja al paciente con una lista de ejercicios que debía practicar, a la vez que aplicaba las técnicas de control aprendidas de ser necesario (Ver Anexo 15).

•Sesión 10

Aproximaciones sucesivas

- El paciente fue llevado al elevador del Edificio C de la Facultad de Psicología y se le pidió que oprimiera el botón, describiera y calificara la intensidad de sus sensaciones, posteriormente que entrara y saliera del elevador y nuevamente describiera lo que siente y su intensidad.
- Se pidió al paciente que dijera la explicación realista de lo que siente y que subiera al elevador en compañía de la terapeuta, de ser necesario que aplicara alguna técnica de control de ansiedad, el paciente utilizó la distracción y comenzó a platicar con la terapeuta.
- El paciente logró subir varias veces al elevador acompañado.

•Sesión 11

Exposición a situaciones temidas

- Se retomó la exposición al elevador primero subiendo acompañado y después se pidió al paciente que subiera solo y que aplicara las técnicas aprendidas, mientras esperaba nuevamente el elevador el paciente sacó sus tarjetas de autoinstrucciones y comenzó a leerlas en silencio. El paciente logró subir y bajar del elevador solo.

•Sesión 12

Imaginación positiva

- Al inicio de la sesión el paciente refirió haber tenido necesidad de utilizar el elevador para acudir a una entrevista de trabajo y no haberlo logrado.
- Se analizaron las sensaciones y pensamientos del paciente en aquel momento, se debatieron hasta generar pensamientos racionales al respecto.
- Se pidió al paciente que cerrara los ojos y se hizo por varios minutos respiraciones profundas, posteriormente hizo un ejercicio de imaginación guiada en el que se veía él mismo enfrentándose a situaciones temidas de manera exitosa.

•Sesión 13

Exposición a situaciones temidas

- Se llevó al paciente a la Biblioteca Central de CU para que abordara el elevador, tomado en cuenta que ese elevador sube más pisos es utilizado por una gran cantidad de gente a la vez. De esta manera el paciente se expondría a tres de sus estímulos temidos: elevadores, alturas y multitudes.
- El paciente subió primero acompañado, refirió sentir que le faltaba el aire y que se ahogaba, por lo que después de generar una explicación realista aplicó la respiración diafragmática. Posteriormente se le pidió que subiera solo y bajara, el paciente solo logró subir un piso y bajó por las escaleras, ya que la sensación de ahogo le parecía intolerable.
- Después de varios intentos el paciente logró completar todos los pisos solo.
- En el último piso se buscó alguna ventana para que se acercara y observara el exterior desde allí. El paciente no logró acercarse a menos de un metro de la ventana.

•Sesión 14

Exposición

- Se cambió el horario del paciente para que tuviera que viajar en horas pico
- El paciente logró acudir a la sesión bajo esta nueva condición en la que tuvo que permanecer demasiado tiempo a causa del tráfico en un camión repleto de gente.
- Con la finalidad de probar al paciente, se le condujo a un nuevo elevador que tendría que abordar desde el principio solo. Este elevador se encontraba ubicado en la Facultad de Filosofía y Letras y tiene la característica de ser muy lento y un poco ruidoso, además de que no es utilizado con frecuencia.
- El paciente logró subir solo, posteriormente en cada uno de los pisos se pidió al paciente que de la misma manera en que aplicó las técnicas para subir al elevador, lo hiciera para cruzar un pasillo angosto al lado de un barandal. El paciente lo logró hasta el tercer piso.

•Sesión 15

Exposición

- Al inicio de la sesión el paciente comentó haber regresado a la Facultad de Filosofía y Letras a seguir practicando hasta que logró cruzar el pasillo de todos los pisos, en los pisos más altos dijo haberlo hecho de manera muy apresurada y con un malestar demasiado intenso; manifestó sentirse orgulloso y satisfecho con sus intentos.
- Comentó que el fin de semana vio a algunos amigos y tuvo que subirse a un coche que circuló a muy alta velocidad, no aplicó ninguna técnica porque le dio pena que sus amigos lo notaran y se burlaran, sin embargo no pudo evitar decirle al conductor que disminuyera la velocidad.
- Acudió a una entrevista de trabajo en la zona centro, en un 10 piso. El paciente fue en compañía de un amigo, sin embargo refirió sentirse contento con haberlo logrado.

•Sesión 16

- El paciente ha planeado ir a visitar a su familia a Veracruz, aprovechando que aún no tiene ninguna ocupación formal y desea que se le ayude con esto, ya que se enfrentará a muchos estímulos que le generan pánico.
- Se le pide al paciente que cierre los ojos y empiece a imaginar todo el viaje desde que se dirige a la Terminal hasta que llegue a su destino y que vaya describiendo lo que siente en cada etapa (en el taxi hacia la Terminal, en la Terminal, en medio de la multitud, en la sala de espera, al abordar el autobús, en el autobús, llegada a su destino, etc.), la intensidad en la que lo siente, lo que piensa al respecto, la interpretación realista y la técnica que aplicaría en caso de que persista el malestar.
- Se le sugiere que acuda a la Terminal de camiones por su boleto, es decir, que no lo compre por teléfono ni por "ticket bus".

•Sesión 17

Exposición

- El paciente estuvo a punto de no ir a su viaje porque su esposa no podía acompañarlo pero no pudo devolver el boleto y tuvo que viajar solo.
- El paciente fue capaz de aplicar las técnicas que aprendió durante el tratamiento durante todo su viaje y con un malestar poco intenso

4.2.6 Alta

•Sesión 18

- El paciente ha continuado exponiéndose a las situaciones temidas de manera constante, en algunos casos no ha notado ninguna sensación desagradable y en otras ha disminuido demasiado.
- Se decide dar de alta al paciente

•Sesión 19

Cierre y Prevención de recaídas

- El paciente está de acuerdo con ser dado de alta por lo que firma el formato de alta.
- Se hace un resumen del tratamiento, a fin de que el paciente retome lo aprendido (revisando sus autorregistros y los formatos impresos) en caso de notar una recaída.
- Se reitera la disponibilidad del terapeuta para con el paciente en caso de que el paciente lo requiriera.

V. RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

5.1 Características de la sede

5.1.1 Antecedentes

La Facultad de Psicología se constituyó originalmente como Colegio de Psicología y formaba parte de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, allí se elaboró el primer plan de estudios que se impartió desde el año de 1938.

Es hasta el 27 de febrero de 1973 que el Colegio de Psicología finalmente se transformó en la actual Facultad de Psicología, logrando además crear sus propias maestrías y doctorados. A partir de allí se modifican proyectos de estudios, se impulsa la estructuración de un nuevo currículum que unificara los aspectos teóricos y prácticos en la formación del psicólogo. El Dr. Luis Lara Tapia, siendo el director de la Facultad, nombró como jefe del departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado a la Dra. Bertha Blum, quien al reestructurar el departamento, elaboró un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia psicológica comunitaria (García C, 1983).

El proyecto se originó conforme a la necesidad de contar con un espacio donde se conjugaran los aspectos teóricos y prácticos para la formación de psicólogos clínicos a nivel maestría y doctorado que además cumpliera con una función social; ya que en ese momento la mayoría de los profesores se enfocaban en los aspectos teóricos y los centros de salud disponibles no permitían el acceso a estudiantes para llevar a cabo prácticas.

Es por ello que la creación de un centro de servicios psicológicos a la comunidad satisfacía la necesidad de capacitar a los psicólogos clínicos en diversos aspectos: asistencia individual, familiar, grupal, de pareja, etc. En cuanto a investigación, este servicio permitiría desarrollar proyectos de investigación del departamento de Psicología Clínica y los alumnos podrían realizar sus tesis.

A partir de 1977, siendo la Dra. Graciela Rodríguez de Arizmendi la Directora de la Facultad y el Dr. Raymundo Macías Avilés el jefe de la División de Estudios Superiores, se comenzaron a desarrollar iniciativas más concretas en el sentido de la creación de centros de atención a la comunidad (Lorentzen, 1986).

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se inauguró oficialmente el 8 de mayo de 1981 e inició labores el 1 de agosto del mismo año. En sus orígenes fue adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquirió su autonomía en 1983.

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) surgió como un plan piloto cuya finalidad era otorgar servicio a estudiantes de la Facultad de Psicología y a su familia nuclear para posteriormente ampliarlo a toda la comunidad universitaria y al público en general.

Además, se invitó a docentes de la Facultad a participar para que pudieran enlazar la cátedra teórica con la práctica terapéutica, a partir de allí, se creó un seminario de entrenamiento terapéutico con duración de un año conformado por el personal asignado al CSP y se invitó a los estudiantes de maestría a participar en él (García F, 2003).

Los principales objetivos del CSP fueron:

- a) Proporcionar atención psicológica al estudiante del nivel de estudios superiores de la Facultad de Psicología, a los trabajadores administrativos de la UNAM y a familiares cercanos de ambos grupos. La atención tenía los siguientes enfoques:
 - Informativo: proporcionar la orientación necesaria sobre las diversas instituciones y el tipo de servicios que ofrecen a la comunidad.
 - Preventivo: a través de conferencias, talleres y mesas redondas sobre temas de interés tales como; educación sexual, divorcio, drogadicción, etc.
 - Académico: por medio de talleres sobre hábitos de estudio, manejo de ansiedad ante los exámenes, etc.
 - Terapéutico: terapia individual y grupal dentro de la modalidad de intervención en crisis y terapia breve.

- b) Organizar seminarios, conferencias, mesas redondas que contribuyan a la formación profesional y que sustenten información accesible a toda la comunidad estudiantil de la propia facultad.

- c) Desarrollar programas de entrenamiento teórico – práctico para estudiantes de posgrado abiertos a diversas especialidades, bajo la modalidad de cursos de capacitación enfocados a terapia breve e intervención en crisis, así como una tutoría cercana y constante de casos por parte de profesores altamente calificados.

- d) Realizar programas de investigación psicológica.

- e) Programar actividades de supervisión y extensión académica.

5.1.2 Ubicación

El Centro de Servicios Psicológicos se encuentra ubicada en:
Sótano del edificio “D” de la Facultad de Psicología. Ciudad Universitaria UNAM
Avenida Universidad 3004. Colonia Copilco Universidad. Delegación Coyoacán.

5.1.3 Nivel de Atención

Los servicios que proporciona el CSP corresponden al segundo nivel de atención, ya que las acciones son de tipo curativo que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

5.1.4 Instalaciones de la sede

- Área de archivo clínico
- Recepción y sala de espera
- Oficina de la coordinación
- Sala para estudiantes de residencia, prácticas profesionales y servicio social
- Sala para terapeutas
- Cocina
- Dos baños
- Cuarto de intendencia
- Cuatro cámaras de Gessell
- Cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico

5.1.5 Servicios de la sede

Los servicios y programas que proporciona el CSP en la actualidad y algunos de los terapeutas a cargo de esos servicios son:

- Terapia familiar y terapia de pareja
 - Programa de Residencia en Psicología Profesional

- Terapia de adolescentes
 - Programa de Residencia en Psicología Profesional
 - Dra. Emilia Lucio
 - Mtra. Lourdes Maya

- Terapia infantil
 - Programa de Residencia en Psicología Profesional
 - Mtra. Andrómeda Valencia

- Manejo de Duelo
 - Lic. Beatriz Globinsky
 - Lic. Silvia Hernández

- Retroalimentación biológica
 - Dra. Irma Zaldivar
 - Lic. Consuelo Hernández
 - Lic. Gloria Martínez

- Atención a víctimas de violencia sexual
 - Mtra. Georgina González

- Modificación de hábitos alimenticios
 - Lic. Graciela Zierold

- Terapia de Grupo
 - Lic. Ma. Eugenia Díaz
 - Lic. Martha López

- Psicoanálisis aplicado
 - Lic. Martha Licona

- Psicoterapia narrativa
 - Dr. Gilberto Limón
 - Lic. Argentina Ordóñez
 - Raquel Villegas

- Terapia Individual
 - Mtra. Nancy Tame
 - Dra. Laura Hernández (enfoque cognitivo conductual)
 - Dra. Paciencia Ontañón (enfoque psicodinámico)
 - Mtra. Irasema Rea (enfoque racional emotivo)
 - Dra. Elke Kort (pacientes limítrofes)

- Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos
 - Programa de Residencia en Psicología Profesional

5.2 Ubicación del residente de Medicina conductual en la sede

Dentro del CSP, se desempeñaron actividades del “Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos” durante los dos años de residencia.

5.2.1 Recursos humanos

Los recursos humanos con los que cuenta el “Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos” son:

- 1 responsable del programa

- residentes nivel 2
 - 2 en el 2004
 - 3 en el 2005

- residentes nivel 1
 - 3 en el 2004

- tesistas de licenciatura
 - 3 en el 2004
 - 3 en el 2005

- estudiantes de prácticas profesionales
 - 3 en el 2004
 - 5 en el 2005

- prestadores de servicio social.
 - 2 en el 2004
 - 2 en el 2005

5.2.2 Líneas de autoridad

En primera instancia se encuentra la Secretaría Académica, la que dirige a su vez a la Coordinación de los centros de servicio a la comunidad universitaria y al sector social, de la cual depende el Centro de Servicios Psicológicos.

En el CSP, la coordinadora es la principal autoridad, seguida de la responsable del “Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos”

5.2.3 Supervisor in situ

Las funciones del supervisor in situ le corresponden al responsable del programa de adscripción, entre ellas están: la supervisión clínica, la orientación académica y la coordinación del programa.

5.3 Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos

El Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos fue creado en el año 2000 con el fin de entrenar y desarrollar las habilidades clínicas dentro del campo de la medicina conductual de los estudiantes de la Maestría en Psicología Profesional, además de cubrir la demanda de brindar servicio a pacientes con un padecimiento físico o bien prevenir la aparición de éste.

El programa está diseñado para el tratamiento de enfermedades crónicas y detección de conductas de riesgo a fin de controlar la aparición de algún trastorno médico a largo plazo en los pacientes que acuden al CSP, en su mayoría estudiantes universitarios.

Simultáneamente al programa se desarrolló el “Modelo de supervisión y entrenamiento” que sería ejecutado por los integrantes del programa, el cual se caracteriza por tener un orden de jerarquías de acuerdo al nivel académico. Este modelo es denominado de *cascada*, ya que los de mayor nivel académico supervisan y entrenan a los de menor nivel académico para aprovechar el conocimiento y experiencia de los primeros, y desarrollar habilidades de docencia en ellos.

Así que, el programa tiene como objetivos generales:

- En cuanto a servicio; proporcionar atención psicológica, a través de diagnóstico y tratamiento a pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- En cuanto a docencia su objetivo consiste en entrenar a estudiantes de posgrado con residencia en medicina conductual, a los estudiante de licenciatura que realizan su trabajo de tesis y a los prestadores de servicio social bajo el enfoque de la terapia cognitivo conductual.
- Y en cuanto a investigación; generar proyectos de investigación bajo el enfoque cognitivo y conductual para valorar la efectividad de los procedimientos terapéuticos.

5.3.1 Servicio

El programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos se encuentra lógicamente estructurado en una serie de etapas que van desde la llegada de la solicitud derivada por la coordinación hasta la alta del paciente. (Figura 1).

5.3.1.1 Admisión

El paciente que acude por primera vez deberá presentarse al CSP para llenar una Ficha de Admisión, la cual le será proporcionada en la recepción de lunes a viernes de 8:30 a 9:30 y de 16:00 a 17:00 mostrando una identificación con fotografía. Esta Ficha de Admisión consta de tres formatos: un formato en el que se indican los datos personales del usuario, motivo de consulta y percepción del impacto en las diferentes áreas de su vida, otro en el que se especifican los derechos y obligaciones del solicitante, y uno más en el que se presenta un cuestionario de síntomas físicos.

Una vez completada esta solicitud, el paciente deberá pagar \$50 para tener derecho a una Pre Consulta (Ver Anexo 16), misma que realizará un equipo de valoración, del que forman parte los integrantes del Programa de atención psicológica a enfermos crónico degenerativos. La Pre Consulta consiste en una entrevista de exploración de aproximadamente 30 minutos cuya finalidad es obtener una impresión diagnóstica para su posterior canalización ya sea interna o externa.

En caso de que el interesado no pudiera esperar a que se le realice la Pre Consulta, esta se programa en la fecha y hora que de mutua conformidad establezcan el paciente y el terapeuta.

La solicitud en cuestión se registra en la base de datos del Centro y en una bitácora indicando fecha, folia y terapeuta designado para realizar la Pre Consulta, dicho terapeuta deberá llenar el formato de Pre Consulta al término de la misma, en la que plasmará claramente una impresión diagnóstica. Con base en esta impresión se determina el programa al que se canalizará cada paciente y se entregarán las solicitudes que le corresponden a cada uno de los programas, quienes se encargarán de contactar a sus respectivos pacientes para proporcionarles el tratamiento correspondiente.

Si el CSP se encuentra saturado, se realiza una canalización externa, para ello, se le entrega al paciente un formato de referencia – contrarreferencia que por un lado, contiene los datos de la institución a donde se envía al paciente y por otro lado, se pretende que se devuelva la contrarreferencia al CSP cuando el paciente sea atendido en dicha institución, estas solicitudes se archivan.

El procedimiento anteriormente descrito lo llevó a cabo el equipo de Medicina Conductual, conformado por: residentes de nivel 1, 2 y de primer semestre del posgrado, estudiantes de prácticas profesionales, servicio social y tesistas.

Posteriormente se integraron los residentes de Terapia Familiar, quienes se presentaban por turnos una vez por semana, así como miembros de Programa de Modificación de Conducta Infantil y finalmente se incluyó a las residencias de adicciones, terapia infantil y de adolescentes.

5.3.1.2 Diagnóstico

1. Entrevista de exploración

Una vez que se ha asignado el caso a algún miembro del Programa, éste deberá llamar al paciente y citarlo para su primera entrevista, en la que se sugiere que se abarquen los siguientes aspectos:

1. Presentación del terapeuta y explicación del propósito de la entrevista.
2. Corroborar los datos de la solicitud y profundizar en el la problemática del paciente definiéndola en términos operacionales.
3. Exploración de intentos de solución y resultados obtenidos.
4. Enumeración las áreas afectadas por el problema en cuestión.
5. Descripción de la manera en cómo se presenta el problema actualmente.
6. Exposición al paciente de la impresión diagnóstica y sus áreas de incidencia.
7. Interrogar sobre expectativas del paciente hacia el tratamiento.
8. Explicación del modelo cognitivo conductual y establecimiento del contrato terapéutico.
9. Cierre y programación de la próxima sesión.

La entrevista de exploración permite confirmar la impresión diagnóstica, mediante la definición del problema en términos operacionales, se exploran además, las estrategias de solución del problema empleadas por el paciente así como los

resultados obtenidos. Se especifican las áreas personales afectadas por este problema y cualquier observación acerca de la entrevista pertinente.

Esta información deberá registrarse en el formato Entrevista de exploración, en dónde además se anotará la etapa de motivación al cambio que el paciente presenta en ese momento, así como cualquier inconveniente que se suscitara en la sesión y las estrategias empleadas para resolverlo.

2. Aplicación de instrumentos de evaluación

En una segunda etapa del proceso de atención se realiza una evaluación cuya función es apoyar la impresión diagnóstica obtenida en la primera entrevista.

Dadas las características del enfoque cognitivo – conductual, en donde el énfasis se pone en la sintomatología que afecta el nivel de funcionamiento del paciente, el objetivo primordial de los instrumentos es establecer una línea base para fines de medición del impacto y con este soporte contribuir con el diseño de un protocolo de intervención. La batería básica que se aplica consta de:

- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de depresión de Beck
- Cuestionario de habilidades sociales de Goldstein, Sprafkin y Gershaw
- Inventario de resolución de conflictos
- Inventario de enojo de Spielberger

5.3.1.3 Fase de Tratamiento

Programa de Tratamiento

Ya que se ha concretado la evaluación y se ha calificado, entonces se procede a construir un plan de tratamiento. Una vez diseñado el plan, el siguiente paso será comunicárselo al paciente en la sesión posterior a la aplicación de los instrumentos.

Se le explica el significado de estos resultados, así como los aspectos más relevantes del proceso terapéutico al que se someterá, los objetivos y cambios que se esperan al final del tratamiento.

En este momento también es pertinente dar a conocer al paciente si requerirá de otro tipo de atención, ya sea previa o complementaria exponiéndole los argumentos por los cuales es necesaria esta atención.

El programa de tratamiento (Ver Anexo 17) se registra en el formato del mismo nombre, cuya función es orientar el proceso de atención, pues concentra toda la información necesaria para conceptualizar el caso y darle dirección.

Para ello se precisan:

- **Conducta objetivo:** Define los pensamientos y conductas a trabajar en términos de excesos y déficits, además de los recursos cognitivo conductuales con los que el paciente cuenta y que podrían favorecer el tratamiento.
- **Métodos de recolección de información:** Se refiere a todos los instrumentos utilizados para el registro la conducta, la cognición, emoción y/o los indicadores fisiológicos en términos de frecuencia y condiciones en que se presenta, por parte del paciente o de otras personas.

- Análisis funcional de la conducta: Puntualiza los eventos manifiestos y/o encubiertos (pensamientos, conductas y/o circunstancias ambientales) que se presentan antes y después de la conducta objetivo, así como las ganancias secundarias que el paciente obtiene al ejercer la conducta en cuestión.
- Motivación para el cambio: Enumera todos los incentivos que puede tener el paciente para llevar a cabo el cambio de la conducta objetivo.
- Personas significativas para el paciente: Este punto sirve para detallar la red de apoyo social con la que cuenta el paciente.
- Factores que mantienen el problema: Especifica los componentes ambientales o psicológicos que contribuyen a la preservación del problema, a fin de diseñar las técnicas pertinentes para su eliminación.
- Modalidad de tratamiento: Se apunta la conclusión del formato del mismo nombre antes mencionado
- Programa de intervención: Establece los objetivos generales y específicas por área a alcanzar con el tratamiento propuesto.
- Evaluación del programa de intervención: Detalla el monitoreo, la programación del cambio de conducta, los resultados obtenidos y la satisfacción al tratamiento.

La atención psicológica contempla (al igual que el modelo médico) tres niveles de atención dependiendo de las características propias del padecimiento y su severidad, así el Programa toma como referencia estos tres niveles al proporcionar el tratamiento sin necesariamente incluirlos a todos.

a) Primer nivel de atención: Educación para la salud

La educación para la salud consiste en proporcionar al paciente los conocimientos y habilidades necesarias con respecto a su enfermedad y tratamiento, a fin de mejorar su percepción de control sobre la enfermedad, lo que a su vez contribuirá a mejorar la adherencia al tratamiento.

En términos del modelo cognitivo conductual, en este nivel es donde se explica el modelo y donde deben detectarse los pensamientos irracionales generados por información incompleta o errónea, con el objeto de buscar reestructurarlos a través de información simple, clara y verídica.

Para proporcionar educación para la salud puede utilizarse la exposición que es una técnica de enseñanza que consiste en:

- Ofrecer información clara y simple
- Usar recomendaciones específicas con ejemplos concretos
- Señalar primero las cosas importantes
- Emplear la repetición
- Resumir
- Categorizar la información para reducir la complejidad y ayudarlo a recordar
- Usar herramientas

Otra técnica recomendada es la biblioterapia que consiste en sugerir al paciente lecturas acerca de su padecimiento, ya sean libros, folletos o trípticos dependiendo del nivel educativo de cada paciente

b) Segundo nivel de atención: Entrenamiento social para el cuidado de la salud

Este nivel incluye el entrenamiento en habilidades sociales enfocado a las áreas específicas que resulten relevantes para el paciente dentro de su problemática.

Busca que el paciente establezca o active sus redes de apoyo social, éstas pueden ser formales si se trata de organizaciones, instituciones o grupos de apoyo; o informales si se trata de amigos, familiares, vecinos, etc. Lo cuál es importante en caso de que el paciente requiera ser acompañado a las consultas o auxiliado en sus actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria

Por otro lado, se busca lograr en el paciente una comunicación efectiva con el médico, ya que, como se mencionó anteriormente, la información es un agente determinante en la adherencia terapéutica

c) Tercer nivel de atención: Afrontamiento a la enfermedad

El objetivo de este nivel es brindar al paciente la oportunidad de estructurar su comprensión de la enfermedad y de adoptar creencias funcionales de ésta, generando estrategias eficaces de afrontamiento y una evaluación estable del curso de la enfermedad.

Partiendo de la premisa de que muchos trastornos psicológicos están asociados a la presencia de ciertos significados, mismos que son determinantes para el ajuste a la enfermedad. Estos significados se derivan de los esquemas cognitivos.

Cuando se diagnostica una enfermedad se presenta una crisis relacionada con alteraciones en las actividades cotidianas, tales como cambios en la actividad física, social, familiar y laboral; esto exige que el paciente se adapte a un trastorno, lo cual puede llevarle toda la vida.

El experto en medicina conductual interviene para orientar de forma organizada y planeada las alternativas de solución ante limitaciones futuras que surjan como consecuencia de la enfermedad.

Los esfuerzos en este nivel están destinados a enseñar a reconocer y manejar las diversas emociones que aparecen durante la enfermedad crónica tales como: ansiedad, tristeza, miedo, enojo y frustración. Se busca además que el paciente mantenga una buena percepción de autoeficacia.

Las técnicas más comunes utilizadas para todo ello son:

- Técnicas de control de estrés
- Desensibilización sistemática
- Manejo de contingencias
- Reestructuración cognitiva
- Solución de problemas y toma de decisión
- Biorretroalimentación
- Contracondicionamiento encubierto
- Autocontrol

Alta

Una vez que se han atendido los objetivos del tratamiento se realiza una post evaluación para conocer la efectividad del tratamiento, si ésta es satisfactoria significa que el paciente ha completado exitosamente el tratamiento. Se recomienda que se haga un cierre donde se mencione el objetivo del tratamiento y cada uno de los logros obtenidos en cada una de las áreas, todos estos datos se registrarán en el formato Reporte de Alta, así como la satisfacción al tratamiento que se obtendrá por medio del cuestionario con el mismo nombre, mismo que deberá ser completado por el paciente.

Durante el cierre se le reitera al paciente la disposición por parte del terapeuta para atender cualquier recaída o contingencia que se suscite a partir de ese momento.

Posteriormente es conveniente que se lleve a cabo un seguimiento previamente programado y acordado con el paciente cuyo objetivo será monitorear el mantenimiento de los cambios logrados a raíz del tratamiento psicológico, las sesiones de seguimiento funcionan para prevenir recaídas, ya que se ayuda al paciente a que considere las recaídas como una oportunidad de retomar el proceso de identificación del problema y movilización de estrategias y recursos para resolverlo.

Baja

Cada vez que el paciente no asiste a sus sesiones, el terapeuta responsable tiene la obligación de llamarle por teléfono para conocer las razones por las cuales no acudió y a partir de ello motivarlo a continuar con el tratamiento (rescates telefónicos), cuando esto ocurre en tres ocasiones consecutivas, entonces el paciente será dado de baja. Por otro lado, el paciente podría decidir no continuar con el tratamiento cuando aún no se han cumplido los objetivos del mismo, en cuyo caso se le llamará baja voluntaria. Para ambos procesos deberá completarse el formato de baja correspondiente.

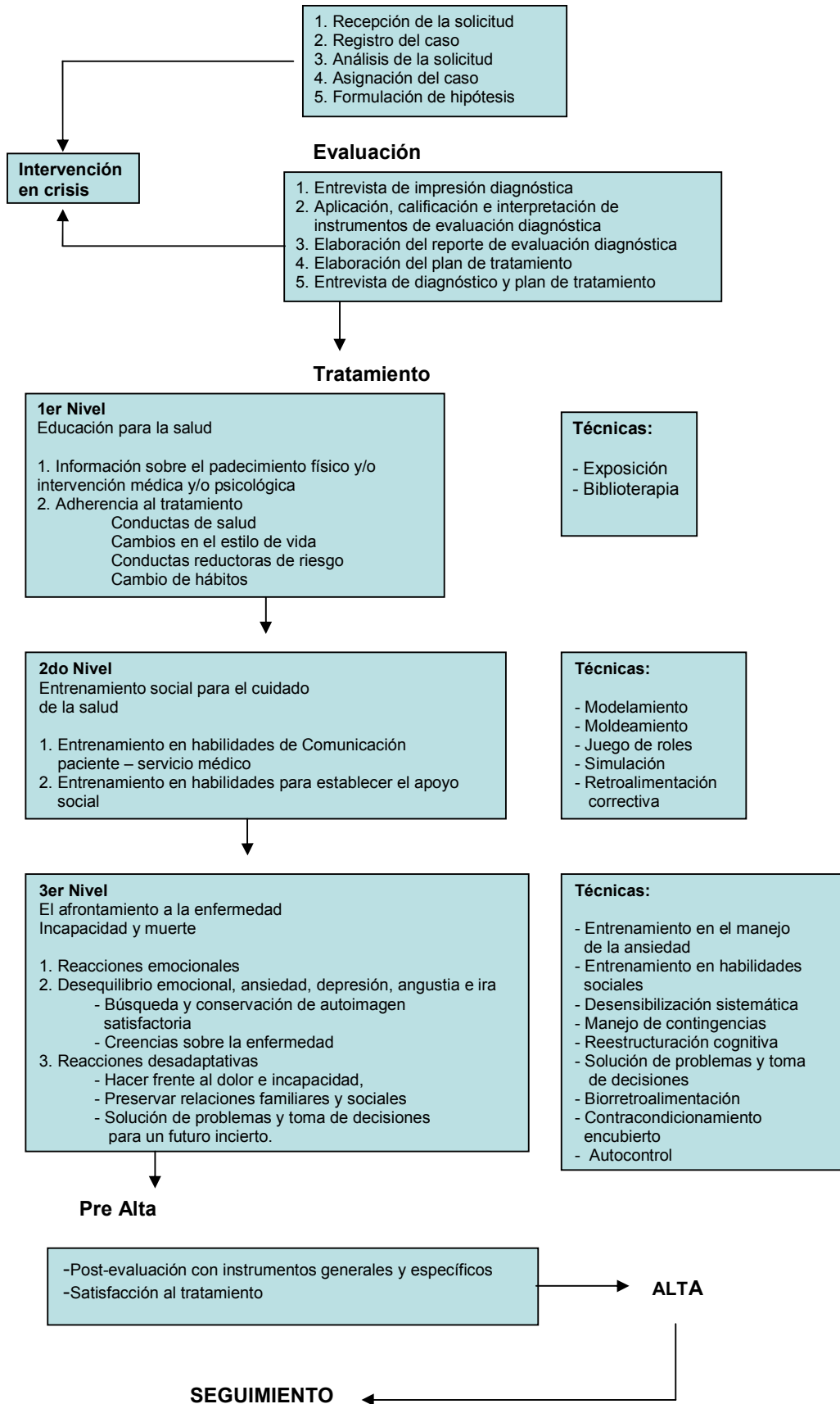


Fig.5.1. Diagrama de Atención en el Centro de Servicios Psicológicos

5.3.1.4 Expediente Clínico

La información que acompaña a todo el proceso anteriormente descrito, desde el ingreso del paciente al CSP hasta su egreso debe integrarse en un expediente clínico siguiendo un orden establecido. Este expediente se encuentra conformado de la siguiente manera:

- Hoja Frontal (Ver Anexo 18): Contiene la ficha de identidad del paciente, su ubicación dentro de los programas del CSP, diagnóstico, tratamiento y resultados obtenidos.
- Nota Psicológica y de Evolución (Ver Anexo 19): Cada sesión con el paciente debe registrarse mediante la elaboración de una nota que contenga: el objetivo de la sesión, las técnicas que se utilizarán para lograr ese objetivo, la descripción de dicha técnica, los resultados obtenidos durante la sesión, las recomendaciones para la sesión posterior y cualquier observación pertinente.
- Programa de tratamiento (Ver Anexo 17): Como se describió anteriormente
- Modalidad de tratamiento (ver Anexo 20): En este formato se anota la calificación e interpretación de los instrumentos, diseñado además, para asentar las técnicas que mejor se apliquen para el tratamiento del paciente en cuestión.
- Preconsulta (Ver Anexo 16) : Formato que sintetiza la información recabada en la fase de pre consulta.
- Registros: En la última parte del expediente se anexaran todos los auto registros que el paciente haya completado como parte de sus asignaciones para el hogar.

5.3.2 Docencia

Como bien se mencionó, otro de los objetivos del CSP lo constituye la docencia; donde se busca que además de que los estudiantes reciban entrenamiento para desarrollar las habilidades clínicas necesarias bajo el enfoque cognitivo conductual, se adquieran además habilidades propias de la docencia, todo ello mediante el modelo de supervisión en cascada.

En este modelo el responsable del programa supervisará a los residentes de segundo año (R-2), éstos a su vez se encargarán de supervisar a los residentes de primer año (R-1), ambos supervisaran a los residentes en entrenamiento (R-0) y a su vez los R-1 con ayuda de los R-2 (según sea la carga de trabajo) supervisarán a los estudiantes que realizan prácticas profesionales, tesis y servicio social.

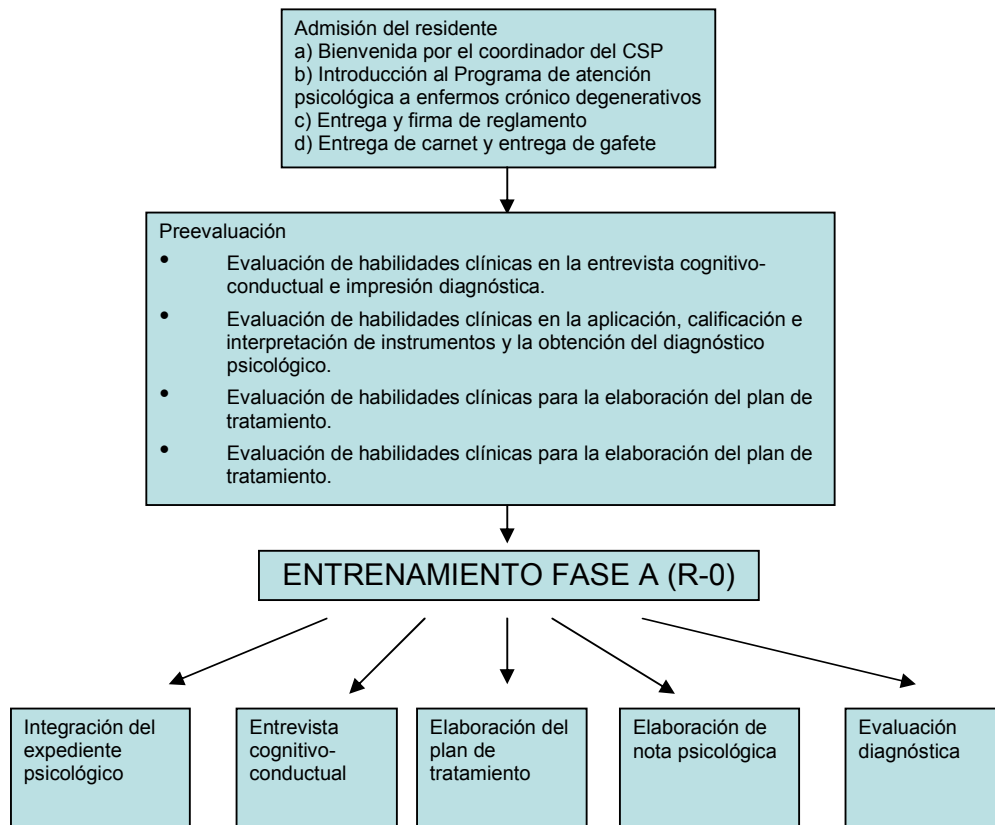


Fig.5.2. Diagrama de supervisión del Centro de Servicios Psicológicos

La supervisión garantizará que la buena calidad de la atención que recibirán los pacientes; es decir, que los pacientes sean tratados de manera profesional y que los terapeutas tengan las herramientas necesarias para brindar atención psicológica y hacerse cargo del caso.

En el Programa la supervisión debe ejecutarse de acuerdo a la siguiente estructura:

1. Revisar la organización del expediente clínico
2. Solicitar la exposición breve del caso
3. Invitar al supervisado a que manifieste sus dudas
4. Retomar los datos relevantes del caso y estimular al supervisado para que genere alternativas de solución al problema
5. Retroalimentar en cuanto a los aspectos técnicos para el abordaje del caso
6. Integrar un esquema de acción terapéutica, detallando los aspectos de técnica de intervención
7. Realizar un ejercicio de entrenamiento y/o simulación del procedimiento
8. Sugerir al supervisado bibliografía especializada para ampliar y mejorar el empleo de la técnica de intervención de la problemática expuesta
9. Realizar la detección oportuna del impacto del caso clínico en la estabilidad emocional del supervisado y brindar apoyo vinculado la temática con el ejercicio profesional y la revisión de lecturas especializadas

Las actividades que se desempeñaron en el primero y segundo año de residencia en esta sede fueron:

Residente Nivel 1

- Elaborar Preconsultas
- Atender a pacientes designados
- Asistir y participar a sesiones en cámara de Gessell

- Recibir supervisión clínica por parte del Residente Nivel 2 al menos una vez por semana

- Supervisar y evaluar a los estudiantes de practicas profesionales, servicio social, tesis y residentes de primer semestre, en cuanto al manejo clínico de sus pacientes y a las asignaciones académicas que la sede exija.

- Asistir y participar en la reuniones semanales programadas para casos clínicos y sesiones clínicas y exponer al menos dos veces en cada una de ellas bajo el siguiente formato para sesión clínica:
 - Definición de la enfermedad
 - Causas
 - Prevalencia
 - Diagnóstico
 - Factores de riesgo
 - Tratamiento médico
 - Tratamiento farmacológico
 - Intervenciones quirúrgicas
 - Tratamiento psicológico bajo el enfoque cognitivo – conductual

Y para caso clínico:

- Ficha de identidad
- Resumen de preconsulta
- Instrumentos de evaluación aplicados
- Descripción del diagnóstico y tratamiento médico
- Descripción del diagnóstico psicológico
- Tratamiento cognitivo – conductual
- Avances hasta el momento

- Desarrollo de programas de prevención, evaluación, diagnóstico e intervención para pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Elaboración y presentación de carteles para informar a la comunidad universitaria y promover conductas saludables.
- Sesiones de orientación a la comunidad organizadas por la Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Apoyo en la aplicación del examen para los aspirantes de la Maestría.
- Asistencia a cursos, talleres y conferencias para apoyar la formación académica.

Residente Nivel 2

- Elaborar preconsultas y entrenar a estudiantes asignados al programa en la realización de las mismas.
- Atender a pacientes designados.
- Organizar las sesiones prácticas de la materia Análisis Experimental de la Conducta con alumnos de 6to semestre de PAEA en el periodo 2005-2, cuyo objetivo era desarrollar un programa de intervención que considere la utilización de técnicas y procedimientos cognitivo conductuales, dirigido a solucionar un problema conductual, emocional o de aprendizaje en el ámbito familiar o educativo. A estas prácticas asistieron 16 estudiantes, a los que se les asignó un supervisor R-2 y un paciente por grupos de cuatro, se les entrenó en la estructura del expediente y llenado del mismo y se les programó sesiones de entrenamiento en Cámara de Gessell.

- Programar y supervisar sesiones de entrenamiento en cámaras de Gessell.
- Programar casos clínicos y sesiones clínicas, fijar temas y repartirlos entre los integrantes del programa, incluyendo a ponentes externos. Actualizar los criterios para presentación de los mismos.
- Aplicar el modelo de supervisión en cascada tomando en cuenta a los integrantes actuales del programa para asignar supervisor y supervisados a cada uno de ellos; y vigilar el cumplimiento de la misma en términos de calidad y cantidad.
- Organizar y colaborar en la impartición del taller “Práctica de entrevista” para los residentes de Medicina Conductual del primer semestre. Este taller inició el 19 de septiembre y terminó el 10 de noviembre, a lo largo de esas sesiones se integró a los 13 estudiantes en díadas (terapeuta - co terapeuta) y se les asignaron dos pacientes por díada (uno para cada terapeuta) y un supervisor R-2, se les convocó para realizar preconsultas, se programaron algunas preconsultas en cámara de Gessell procurando que todos los estudiantes realizaran al menos una entrevista de esta manera, se impartieron sesiones teóricas y de rol play. Al final se evaluó el desempeño mediante la entrega del reporte de uno de los casos asignados.
- Recibir supervisión clínica por parte del responsable del programa al menos una vez por semana.
- Elaboración de examen de competencias.
- Asistencia y participación como ponente en el grupo de familiares y pacientes con epilepsia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco”

5.4 Productividad del Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos

La siguiente tabla corresponde al listado de las características de los pacientes atendidos dentro del programa durante los dos años de residencia:

	Enero a diciembre de 2004	Enero a diciembre de 2005
Sexo	Mujeres 131 Hombres 47 No contestó 16	Mujeres 91 Hombres 179 No contestó 13
Edad (rango)	10-19= 35 20-29= 85 30-39= 30 40-49= 20 50-59= 11 60 ó más = 2 No contestó= 11	10-19= 52 20-29= 94 30-39= 42 40-49= 18 50-59= 9 60 ó más = 29 No contestó= 33
Estado civil	Soltero 130 Casado 41 Unión libre 5 Divorciados 3 Viudo 1 No contestó 14	Soltero 130 Casado 41 Unión libre 5 Divorciados 3 Viudo 1 No contestó 14
Situación	Tratamiento 52 Alta 47 Baja 71 Canalización 10 Evaluación 3 Seguimiento 14 Reingreso 0	Tratamiento 155 Alta 12 Baja 58 Canalización 26 Evaluación 3 Seguimiento 3 Reingreso 0
Ocupación	Estudiante 80 Empleado 28 Hogar 20 Estudia y trabaja 13 Profesionista 13 Sin trabajo 10 Comerciante 7 Oficio 4 Hogar y estudia 2 No contestó 17	Estudiante 140 Empleado 29 Hogar 15 Estudia y trabaja 22 Profesionista 13 Sin trabajo 16 Comerciante 8 Oficio 5 Hogar y estudia 1 No contestó 18

Diagnóstico médico	Alergias 2 Ansiedad 6 Colitis 2 Depresión 6 DM II 3 Distimia 4 Epilepsia 6 Eventos vasculares 2 Gastritis 3 Hipertensión 2 Lupus 2 Obesidad 2 Trastornos psiquiátricos 4 Otros 12 Sin diagnóstico 138	Ansiedad 2 Colitis 2 Depresión 5 DM II 1 Epilepsia 1 Eventos vasculares 1 Fobia 1 Froteurismo 2 Gastritis 6 Hipoacusia 3 Lupus 2 Trastornos psiquiátricos 9 Otros 12 Sin diagnóstico 224
Diagnóstico psicológico	Ansiedad 25 Autoeficacia 11 Depresión 16 Duelo 5 Enojo 37 Habilidades sociales 17 Pensamientos irracionales 4 Solución de problemas 27 Otros 35 Sin diagnóstico 17	Ansiedad 67 Autoeficacia 16 Depresión 24 Duelo 8 Enojo 5 Fobia 4 Habilidades sociales 18 Solución de problemas 30 Sin diagnóstico 13
Total	194	237

5.4.1 Productividad del residente en cuanto a atención de pacientes

	Residencia nivel 1 (2004)	Residencia nivel 2 (2005)
Preconsultas	81	125
Sexo	Hombres 10 Mujeres 13	Hombres 5 Mujeres 9
Edad (rango)	10-19= 4 20-29= 8 30-39= 5 40-49= 5 50-59= 1 60 ó más = 0	10-19= 0 20-29= 4 30-39= 3 40-49= 4 50-59= 2 60 ó más = 1

Estado civil	Soltero 12 Casado 6 Unión libre 3 Divorciados 2	Soltero 6 Casado 4 Unión libre 2 Divorciados 2
Situación	Alta 14 Baja 9	Alta 9 Baja 5
Ocupación	Estudia 7 Hogar 5 Trabaja 4 Estudia y trabaja 3 Sin ocupación 4	Estudia 2 Hogar 3 Trabaja 4 Sin ocupación 5
Diagnóstico médico	Anemia 1 Artritis 1 Colitis 1 Endometriosis 1 Epilepsia 1 Esquizofrenia 1 Hipotiroidismo 1 HTA 1 Lupus 1 Psicosis 1 Sin diagnóstico 8 T. angustia generalizado 1 T. control de impulsos 1 T. depresivo 2 T. Límite 1	Alcoholismo 1 Ansiedad 2 Depresión 1 Epilepsia 1 Esquizofrenia 1 Sin diagnóstico 6 T. psicótico agudo 1 VIH 1
Diagnóstico psicológico	Adherencia médica 3 Afrontamiento 2 Agorafobia 1 Ansiedad 2 Autocontrol 1 Autoeficacia 1 Depresión 4 Duelo 2 Enojo 1 Habilidades sociales 2 Solución de problemas 4	Adherencia médica 2 Afrontamiento 2 Ansiedad 1 Autocontrol 1 Autoeficacia 1 Depresión 3 Fobia social 2 Solución de problemas 2
Total	23	14

5.4.2 Productividad del residente en cuanto a supervisión

	Residencia nivel 1 (2004)	Residencia nivel 2 (2005)
Servicio Social	1	1
Tesis	1	1
Prácticas profesionales		2
Residentes de 1er semestre	1	5
Estudiantes PAEA		8
TOTAL	3	17

5.4.3 Asistencia a eventos académicos

- Participación en el Encuentro de Atención a los Adultos Mayores organizado por la Escuela de Trabajo Social, UNAM el 5 junio 2004.
- Participación en la Kermés Informativa Universitaria en la Atención del Stand del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” organizado por la Facultad de Psicología, UNAM el 6 y 7 abril 2005.
- Simposio de Neurología para Psicólogos impartido por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, el 19 y 20 de mayo 2005.
- Colaboración en el programa de TV “Así la Vemos” con el tema Depresión en Adolescentes. Transmitido el 15 de septiembre de 2005 por canal 22.
- Taller de Intervención en Crisis 2005 impartido por INTEGRA y Asociación Psiquiátrica Mexicana.

5.5 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México (INNyN) es uno de los 12 institutos que conforman los Institutos Nacionales de Salud de México (INSM), se fundó en 1964 con el objeto de integrar con la misma importancia académica a las 3 principales divisiones de las neurociencias clínicas: neurología, neurocirugía y psiquiatría, siendo en la actualidad uno de los más grandes y completos del mundo, ya que este diseño básico ha probado ser la elección correcta para el estudio integral de las enfermedades cerebrales.

El INNyN es una institución dedicada únicamente al tratamiento completo e investigación de las enfermedades cerebrales, desde las bases moleculares hasta sus componentes sociales; para ello cuenta con 22 departamentos clínicos (entre ellos uno de cognición y comportamiento) y 26 laboratorios de investigación en neurociencias clínicas; en ellos se encuentran 26 laboratorios de investigación.

En el campo académico, el INNyN es el centro más grande de entrenamiento para especialistas en América Latina; en sus 43 años ha graduado a casi 1000 especialistas en ciencias neurológicas y más de 250 maestros y doctores en ciencias.

De esta manera, el INNyN tiene prestigio único en todo México por proveer atención médica de alta calidad, por el diseño de protocolos de diagnóstico y tratamiento, así como por la generación de conocimiento en patologías de gran relevancia social.

Como resultado, se han hecho descubrimientos importantes en las áreas de investigación del INNyN en el campo de los tumores cerebrales, neurocisticercosis, epilepsia, esclerosis múltiple, hidrocefalia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, etc.

5.5.1 Grupos de apoyo

Los grupos de apoyo son reuniones que se realizan mensualmente entre profesionales de la salud y pacientes con una enfermedad similar, tienen con la finalidad de ayudar a estos pacientes a entender su padecimiento y aprender a convivir con él y así procurar en los pacientes una mejor calidad de vida.

Los grupos de apoyo cumplen con los siguientes objetivos:

- Fomentar la educación para la salud.
- Adquirir un mayor conocimiento acerca de la enfermedad.
- Fomentar la idea de que el paciente no está solo.
- Proporcionar un sentimiento de autoestima positivo.
- Generar cambios en la conducta tanto en familiares como en el paciente.
- Enseñar estrategias efectivas para enfrentar los problemas diarios.
- Promover la formación de redes sociales.

La Dirección de Investigación INNyN a través del Departamento de Grupo de Apoyo organiza estos grupos para todas aquellas personas que están interesadas en saber más acerca de su enfermedad y cómo vivir con ella, ya sean pacientes, familiares o personas interesadas en el padecimiento. Estos grupos no son exclusivos para pacientes del Instituto, la asistencia es voluntaria y no tienen ningún costo.

Los padecimientos que abordan los grupos que actualmente existen en el INNyN son:

- Ataxia
- Demencia
- Enfermedad vascular cerebral
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Esquizofrenia

- Enfermedad de Huntington
- Trastorno bipolar
- Clínica de tabaquismo
- Epilepsia

5.5.1.1 Grupo de apoyo para familiares y pacientes con epilepsia

El grupo de apoyo para familiares y pacientes con epilepsia se lleva a cabo el cuarto viernes de cada mes de 12:00 a 14:00 en la Sala de Usos Múltiples del Instituto. En las sesiones que correspondieron al residente se dieron los siguientes temas:

- Componentes psicosociales asociados a la epilepsia 25 febrero 2005
 - Los familiares de pacientes con epilepsia reconocieron los factores sociales tales como prejuicios, estigmas, rechazo (escolar, laboral y social en general), entre otros, lo que dificulta al paciente sobrellevar el padecimiento. Así como los factores psicológicos típicos de los pacientes, en especial ansiedad, depresión y enojo.
 - Durante la sesión se motivó a los pacientes a que hablaran del tema dentro de su experiencia personal y las estrategias de afrontamiento y/o alternativas de solución que han llevado a cabo.
- Entrenamiento en solución de problemas 22 abril 2005
 - Los asistentes entendieron la importancia de aprender a resolver problemas a través de una técnica sencilla y sistematizada, así como la repercusión de este aprendizaje a nivel emocional.

- Se les otorgó una copia del formato SOCS a cada uno de los asistentes y se les enseñó a llevarlo a cabo paso a paso, utilizando en el pizarrón un ejemplo dado por los participantes (no conseguir un medicamento), fomentando que aplicaran la técnica a problemas actuales y reales.
- Autocontrol 24 junio 2005
 - Los asistentes conocieron la definición de autocontrol, su funcionamiento y la manera en la que puede favorecer las conductas de autocuidado en la enfermedad.
 - Se les mostraron técnicas conductuales básicas tales como:
 - Proveer señales extra en el ambiente para la conducta deseada.
 - Colocar instigamientos adicionales en el ambiente
 - Cambiar el ambiente propio, de tal manera que sea menos probable la ocurrencia de una respuesta no deseada.
 - Limitar las condiciones bajo las cuales se emite la conducta no deseada.
 - Mediadores verbales (hablarse a sí mismo)
 - Respuestas alternativas
 - Práctica positiva
 - Automonitoreo
 - Reforzamiento y castigo
- Manejo del estrés en el paciente epiléptico 26 agosto 2005
 - Ya que, los pacientes con epilepsia suelen presentar niveles de estrés muy elevados a causa de la incertidumbre que genera la posible aparición de una crisis y las consecuencias que de ésta se deriven (sociales y físicas) es que se planeó esta sesión.

- Los participantes identificaron los riesgos del estrés en el caso de la epilepsia, debido a que es un factor precipitante de crisis, y puede ser la causa de conductas nocivas como el consumo de algunas sustancias (especialmente alcohol y café) y no dormir lo suficiente.
- Conocieron los síntomas típicos del estrés y aprendieron la técnica de respiración diafragmática para contrarrestar estos síntomas.
- Depresión y epilepsia 28 octubre 2005
 - Por petición de los pacientes se tocó este tema, se explicaron los síntomas típicos de la depresión y las causas desde el punto de vista cognitivo (pensamientos irracionales).
 - Se expusieron algunos de los pensamientos irracionales que a lo largo de las sesiones se fueron registrando y se demostró a los pacientes la consecuencia que estos pensamientos tienen (situación – pensamiento – consecuencia)
- Estrés y epilepsia 24 marzo 2006
 - En el ciclo 2006 de sesiones del grupo de epilepsia se inició con la plática de estrés, misma que se había presentado en el ciclo pasado, con la diferencia de que se les aplicó una evaluación breve del estrés, se hizo un ejercicio de identificación de síntomas de estrés y la causa por la cual aparecían estos síntomas.
 - Se convocó a aquellos pacientes que detectaron estrés elevado a participar en el protocolo de intervención de estrés en pacientes con epilepsia.

5.6. CONCLUSIONES

A lo largo de los dos años de la residencia en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se cumplió con los objetivos que contempla la Maestría en Medicina Conductual. Ya que, adquirí las habilidades profesionales necesarias para la detección de conductas y factores ambientales, su papel en el desarrollo de problemas de salud y de trabajo para lograr los cambios adecuados en el estilo de vida de los pacientes a fin de reducir la probabilidad de aparición de estos problemas.

Considero que esta sede tiene muchas ventajas para la formación de profesionales, entre ellas está la gran demanda que existe del servicio que otorga el CSP exigiendo a los estudiantes una práctica intensiva y constante en la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales, siendo la más persistente la entrevista clínica.

La carga de trabajo diaria que genera esta demanda permite perfeccionar y dominar competencias como: aplicación de técnicas cognitivo conductuales, intervención en crisis, entrevista motivacional, entrevista diagnóstica, diseño de un plan de tratamiento conciso y sistematizado, realización de notas clínicas breves y precisas, manejo de expedientes clínicos, lo que a su vez se traducirá en una atención estructurada y de alta calidad para los pacientes.

La variedad de diagnósticos que presentan los usuarios del CSP favorece la capacitación en el manejo de cualquier problemática sin importar lo compleja que esta sea, obliga al terapeuta a hacer revisiones bibliográficas y consultas a expertos de manera continua, lográndose un aprendizaje completo y generalizado de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Este aprendizaje se ve consolidado con la revisión de casos y las sesiones clínicas semanales.

Sin embargo, esta diversidad de casos tiene la desventaja de que dificulta la aplicación de un protocolo de intervención a un número elevado de pacientes con características específicas, sobre todo porque la mayoría de los casos que llegan al centro no corresponden a enfermedades crónico degenerativas.

Esta sede me ofreció, además, la oportunidad de ejercer la docencia dentro de mi campo de conocimiento, lo cuál fortalece el aprendizaje pues al supervisar a otros terapeutas, se entra en contacto con nuevos casos impulsándome en la búsqueda del abordaje más adecuado para cada uno de ellos. Por otro lado, al contribuir en la preparación de los talleres de entrevista y modificación de la conducta me ayudó a reafirmar aún más las habilidades de enseñanza.

En el segundo año, se suman a las actividades clínicas algunas actividades de índole administrativo; estas actividades nos permitieron involucrarnos y participar activamente con la organización y el funcionamiento de la sede, contribuyendo a la mejora del servicio que se otorga a los usuarios y estudiantes de este Centro.

El CSP promueve el trabajo en equipo en un ambiente profesional, respetuoso y de compañerismo que facilitó el entrenamiento clínico a través de la supervisión y la retroalimentación en la resolución de problemas expuestos por los pacientes, el Centro además ofrece todos los recursos físicos necesarios para el desempeño de la labor clínica.

Por todo lo mencionado anteriormente, reitero haber cumplido con el objetivo general del programa de residencia en Medicina Conductual con relación a la práctica del trabajo psicológico en áreas de salud a través de una formación teórico práctica supervisada en escenarios.

ANEXO 1

Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada síntoma durante la **última semana. Incluyendo el día de hoy** colocando una "x" en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada síntoma.

	Nada	Ligeramente sin molestia significativa	Moderadamente muy desagradable pero soportable	Severamente, casi insoporable
1 - Hormigueo o adormecimiento de extremidades				
2 - Oleadas de calor o bochornos				
3 - Debilidad y temblor en las piernas				
4 - Incapaz de relajarme				
5.- Temor a que sucediera lo peor				
6.- Mareo o ligereza de cabeza				
7.- Palpitaciones o aceleración cardíaca				
8.- Falta de equilibrio				
9.- Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de mano				
13. Agitación				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o molestias abdominales				
19. Desmayos				
20. Enrojecimiento de la cara				
21. Sudoración (no causada por calor)				

ANEXO 2



SXI

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

SXF

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso v alterado	①	②	③	④

ANEXO 3

EVALUACION BREVE DE ESTRES	NUNCA (UN PUNTO)	RARAMENTE (DOS PUNTOS)	ALGUNAS VECES (TRES PUNTOS)	FRECUENTEM ENTE (CUATRO PUNTOS)	SIEMPRE (CINCO PUNTOS)
Me siento cansado o con falta de energía					
Tengo problemas para concentrarme en lo que hago					
Tengo problemas para dormir en las noches					
Siento dolor en el pecho o se me corta la respiración o me falta el aire					
Tengo periodos de estreñimiento o de diarrea					
Me siento nervioso y tiemblo o sudo mucho					
Tengo molestias estomacales y dolores musculares, especialmente en el cuello, la espalda y los hombros					
Tengo dolores de cabeza					
Fumo y bebo alcohol					
He ganado o perdido peso (mas de 5 kilos)					
SU PUNTAJE TOTAL ES DE:					

ANEXO 4

DESARROLLO DEL PROBLEMA

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Marque con una **X** si está de acuerdo o no con ellas.

Mi enfermedad ha destruido mi vida social	SI	NO
A pesar de mi enfermedad, cuando puedo asisto a espectáculos	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, soy menos eficiente en el trabajo	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona triste	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, he dejado de hacer todos los deportes que acostumbraba	SI	NO
A pesar de mi enfermedad, continúo realizando algunos ejercicios	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, ya no tengo deseos de hacer nada	SI	NO
Desde que estoy enfermo, la gente me trata como a un ser raro	SI	NO
A causa de mi enfermedad, he dejado de asistir a espectáculos	SI	NO
Cuando supe de mi enfermedad, sentí que no valía la pena luchar ni seguir tratamiento	SI	NO
En la actualidad, me sigo esforzando por realizar mi trabajo como antes	SI	NO
Mi enfermedad no me hace distinto a las demás personas	SI	NO
Después de saber de mi enfermedad, sigo teniendo deseos de llevar una vida activa	SI	NO
Desde que supe de mi enfermedad, me he vuelto una persona aislada y retraída	SI	NO

ANEXO 6

Diagnóstico breve para descubrir si estás estresado y necesitas introducir un antídoto en tu vida

(Maneras rápidas de comprobar si tienes estrés —según los doctores Nathan, Staats y Rosch)

- Observa con calma, de la cabeza a los pies, qué músculos están tensos: brazos, cara, mandíbulas, espalda, estómago, piernas, pantorrillas...
- Pon los dedos de la mano en el cuello, por el frente; sentirás que la temperatura de tus dedos es más fría que la de tu cuello.
- Con una tarjeta de biorretroalimentación del estrés (que puedes encontrar en farmacias o tiendas comerciales), mide la temperatura de tu dedo pulgar.
- Comprueba si:
 - sudas por nerviosismo
 - tienes el pulso acelerado (más de 75 pulsaciones por minuto)
 - tu respiración es rápida, superficial, cortada

Si practicas la observación consciente de la tensión de tu cuerpo, podrás identificar las sutiles señales que anuncian un desbordamiento del estrés —aun antes de que el nivel suba considerablemente— y podrás poner remedio preventivo antes de llegar a la sudoración excesiva, al dolor de cabeza, etcétera.



ANEXO 7

EJERCICIO

1. Lee los siguientes párrafos y tómalos en cuenta para realizar este ejercicio.

Por la noche, un hombre primitivo descansa tranquilamente mientras asa una pata de carnero. De repente, escucha el rugido de un león que se encuentra cerca y quiere compartir con él su cena... e incluirlo en ella... El hombre reacciona de inmediato, preparándose para luchar o huir. Sus reacciones internas son básicamente, precisamente, de estrés:

- rápido incremento en ritmo respiratorio — así se abastece más oxígeno a los músculos
- rápido incremento en ritmo cardíaco — así la sangre llega más eficientemente a las partes del cuerpo que lo necesitan
- tensión muscular que prepara para la acción
- manos y cuerpo sudorosos; el cuerpo se enfría en preparación para un mayor consumo de energía
- náuseas, la digestión se hace más lenta — así la sangre llega a los músculos y al cerebro
- temblor
- aumento de la atención
- cambios en la percepción
- incremento de grasas y azúcares en la sangre para proveer más combustible para la energía
- activación de agentes coagulantes para proteger en caso de lesión
- dilatación de la pupila
- incremento en la producción de adrenalina

El hombre primitivo luchaba o huía. Si lograba sobrevivir, descansaba y restablecía el equilibrio.

En la actualidad, tú tienes estos mismos mecanismos de reacción pero ¿puedes —o te conviene— huir? ¿Debes atacar? ... Por ejemplo, ante un examen difícil, un reclamo injustificado en el tráfico, un error mayor en tu recibo de pago, el fin de una relación, la presentación ante un público evaluado por ti como exigente.

ANEXO 8

Transcripción "Relajación muscular progresiva"

Iniciemos...

Acostado, con los ojos cerrados, adoptando una actitud pasiva, sin preocuparte por el grado de relajación que alcances o por ninguna otra cuestión, iniciaremos los ejercicios de relajación.

Vamos a comenzar con una serie de respiraciones. Inhala, llenando de aire tus pulmones, detente allí por un momento (tres a cuatro segundos), suelta el aire lentamente (seis a ocho segundos). Al soltar el aire, relaja tu cuerpo, déjate ir, siente la calma, la serenidad...

Inhala – suelta el aire,

Inhala – suelta el aire,

Inhala – suelta el aire,

Inhala – suelta el aire...

(Pausa),

Respira normalmente entre instrucción e instrucción.

Muy bien, ahora, aprieta el puño derecho, sintiendo la tensión. Nota cómo los músculos se ponen tensos y ella se extiende a tu brazo (ocho segundos).

Bien, ahora, suelta inmediatamente la tensión y vuelve a la relajación (dejar pasar unos 40 segundos). Nota cómo la tensión se ha ido y es sustituida por relajación, nota el cambio de tensión a relajación.

Ahora, vas a hacer una respiración más, inhala – suelta el aire, (pausa cuatro segundos). cierra el puño izquierdo, nota la tensión allí, observa cómo crece y se extiende a todo tu brazo, compara la tensión de tu brazo izquierdo con el derecho, suelta inmediatamente la tensión y vuelve a la relajación. Puedes mover ligeramente los dedos.

Nota el cambio (40 segundos),

Haz una respiración más, Inhala – suelta el aire, (pausa 4 segundos).

Dobla los codos, siente el calor que generan la tensión en ambos brazos (8 segundos), vuelve los brazos a su lugar y nota la relajación, afloja los músculos, nota el cambio de tensión a relajación, nota el cambio a una temperatura más agradable de tu cuerpo (40 segundos).

Inicia de nuevo una respiración, Inhala – suelta el aire, (pausa breve) tu cuerpo empieza a estar más relajado.

Muy bien, ahora, pon tus brazos rectos como flechas, nota la tensión que se genera y se extiende, compárala con la tensión del resto de tu cuerpo, nota la diferencia.

Bien, suelta inmediatamente la tensión y vuelve los brazos a su lugar, deja que se incorporen a la relajación de tu cuerpo (pausa corta), vamos a hacer una respiración más, Inhala – suelta el aire, (pausa larga, 30 segundos en silencio).

Tu cuerpo... más relajado cada vez, como si quisiera hundirse si no estuviera apoyado, vibraciones muy tenues de relajación recorren tus brazos y todo tu cuerpo, que se encuentra cada vez más pesado y relajado.

Muy bien, ahora, arruga la frente, nota cómo la tensión crece y se extiende incluso al cuero cabelludo.

Suelta la tensión y vuelve a la relajación, nota las fibras musculares ahora relajadas más y más (40 segundos).

Aprieta los músculos de tu cara, haz un gesto, arrugando toda tu cara, y nota cómo la tensión crece inmediatamente y se extiende. Relaja los músculos de tu cara y deja que la relajación sustituya a la tensión, nota el cambio (40 segundos).

inmediatamente esos músculos y vuelve a la relajación en lugar de la tensión... (40 segundos).

Aprieta las mandíbulas, siente la tensión, siente cómo crece y se extiende en áreas sutiles de tu cara. Suelta inmediatamente la tensión y vuelve a la relajación, tus labios ligeramente abiertos y relajados, tu barba también relajada... (40 segundos).

Ahora, presiona la lengua contra el paladar y nota la tensión en esa área (terminan ocho segundos), suelta la tensión y vuelve a la relajación, nota el cambio (40 segundos).

Vas a hacer una respiración... Inhala – suelta el aire, presiona la cabeza hacia atrás, nota cómo la tensión crece y se extiende, suelta la tensión y vuelve a la relajación (40 segundos).

Ahora, dirige la cabeza hacia delante como si quisieras tocar tu pecho con la barba, nota la tensión, incluso un ligero temblor como producto de tensionar esa área, suelta inmediatamente la tensión y vuelve a la relajación, nota el alivio que da la relajación... (40 segundos).

Eleva los hombros como si quisieras tocar tus oídos, nota la tensión en esas áreas, suelta inmediatamente la tensión, deja que tus hombros se unan a tu cuerpo en la relajación... (40 segundos).

Bien, ahora, inhala y pon tensión en tu pecho (6 segundos), suelta el aire y relaja los músculos del pecho, tu cuerpo avanza más y más en la relajación... (40 segundos).

Aprieta ahora los músculos del estómago, endureciéndolo, nota la tensión allí, suelta inmediatamente la tensión y vuelve a la relajación, nota el cambio y el alivio que da la relajación (40 segundos).

Haz un arco con tu espalda inferior, elevándola, nota cómo la tensión crece en toda tu espalda, suelta inmediatamente la tensión y sustitúyela por relajación (40 segundos).

Pon tensión en los glúteos, nota la tensión, cómo crece, suelta inmediatamente esa tensión y vuelve a la relajación que avanza ya en todo tu cuerpo... (40 segundos).

Aprieta los muslos, no tan fuerte que llegue a molestarte, nota la tensión en tus piernas, suelta inmediatamente la tensión y vuelve a la relajación, nota el cambio... el alivio... de ... la ... relajación (40 segundos).

Por un momento, pon tensión en las pantorrillas, nota cómo la tensión crece y se extiende, suelta la tensión y vuelve a la relajación, observa el cambio (40 segundos).

Dobla los pies y los dedos de los pies hacia abajo, en dirección contraria a tu cuerpo, y nota la tensión que crece, muy bien, así (8 segundos), vuelve a la relajación que avanza todavía más... (40 segundos).

Dobla los pies y los dedos hacia arriba, en dirección a tu cuerpo, nota la tensión allí, suelta la tensión totalmente, relajadamente, tu cuerpo ahora totalmente relajado. (pausa 2 minutos) goza la relajación que has alcanzado.

Ahora, contaré gradualmente hasta cinco, para que te vayas preparando para salir de la relajación, moviéndote muy lentamente. Cuando llegue a cinco podrás abrir los ojos y ponerte de pie,

Uno... (dejar pasar 10 segundos entre cada número) dos... tres... cuatro... cinco... puedes abrir los ojos,

Centro de Servicios Psicológicos
Facultad de Psicología
UNAM
Medicina Conductual

Nombre Paciente: _____ Fecha: _____

CADENA COGNITIVO-CONDUCTUAL

FECHA/HORA	SITUACIÓN	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ SIENTO?	INTENSIDAD	¿QUE HAGO?

SUGERENCIAS PARA CONTESTAR LA HOJA "¿DÓNDE ESTÁ LA EVIDENCIA?"

SITUACIÓN	EMOCIÓN %	PENSAMIENTO O IMAGEN %	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO %	EMOCIÓN %
¿Qué sucedió?	Describe cada emoción con una palabra (por ej. enojo, tristeza, frustración, culpa, decepción, nerviosismo, miedo, depresión, etc.)	Contesta todas o algunas de las siguientes preguntas: ¿qué ideas estaban pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esa forma? ¿Qué es lo que esa situación significa sobre mí, de mi vida, de mi futuro? ¿A qué tengo miedo si ocurriese? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué consecuencias tendría esto acerca de lo que otras personas sienten o piensan de mí? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de mí mismo respecto a esa situación?	Elige de la columna anterior el pensamiento o imagen que más malestar emocional te genera (enciérralo en un círculo)	¿Qué experiencias he tenido que muestran que este pensamiento no es siempre cierto? Si mi mejor amigo o alguien que yo quisiese tuviera ese pensamiento, ¿qué le diría? Si mi mejor amigo supiera lo que yo estaba pensando, ¿qué me diría, qué evidencia me subrayaría para sugerir que mis pensamientos no son 100% verdad? Si dentro de 5 años situación, ¿la miraría de forma diferente, me centraría en alguna parte diferente de mi experiencia? ¿Hay alguna cualidad en mí o en la situación que estoy ignorando? ¿Estoy llegando a algunas conclusiones en las columnas 3 y 4 que no están apoyadas por la evidencia? ¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual yo no tengo el control?	Considerando la evidencia en contra, ¿qué nuevos pensamientos o imágenes sugieres? ¿Qué pensamiento más realista podría sustituir al que elegiste en la tercera columna? ¿Con qué frase puedes resumir todas las evidencias en contra? Si un amigo estuviera en esta situación, tuviese estos pensamientos y tuviese éstas evidencias a favor y en contra, ¿qué opinión te darías? ¿Qué le sugerirías para entender la situación?	Vuelve a escribir las emociones de la segunda columna. Escribe cualquier otra emoción que suju al observar tus pensamientos alternos. Califica la intensidad de estas emociones de 0 a 100%.
¿Cuándo fue?		Califica de 0 a 100% el grado en que crees que es verdad cada pensamiento.	Califica la intensidad de cada emoción de 0 a 100%.			
¿Dónde estabas?						

Adaptado de: Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1995). *El control de tu estado de ánimo*. España: Paidós. Pp. 96, 97.

ANEXO 11

Situación problema

S

I IDENTIFICAR SITUACIÓN PROBLEMA

- ¿Cuál es la situación que me molesta? _____
¿Quiénes están involucrados? _____
¿Dónde ocurre? _____
¿Cuándo ocurre? _____
¿Cómo ocurre? _____
¿Con qué frecuencia ocurre? _____

II DEFINIR EL PROBLEMA
ENTONCES EL PROBLEMA ES

Opciones de solución

O

¡Todas las que se nos ocurran! No importa si parecen tontas, sabias, etc...
Lo importante es tener mucho de dónde escoger!!!

- Ⓐ _____
Ⓑ _____
Ⓒ _____
Ⓓ _____
Ⓔ _____

Consecuencias... Positivas (+) y Negativas (-)

C

Ahora, de cada opción hay que pensar qué sería lo positivo o lo negativo...

- Opción a (+) _____
(-) _____
Opción b (+) _____
(-) _____
Opción c (+) _____
(-) _____
Opción d (+) _____
(-) _____
Opción e (+) _____
(-) _____

Simulación

S

I ENSAYO

- ¿Cuál es la mejor opción? _____
¿Qué se necesita para hacerlo? _____
Ahora... ¡¡vamos a ensayarlo!!

II LLEVARLO A CABO
SI NO

- ¿Funcionó adecuadamente? _____
Si no, ¿por qué no funcionó? _____
¿Qué necesito para mejorar? _____

Y AHORA... ¡MEJORARLO!

ANEXO 12

REGISTRO DE CRISIS Y AMAGOS DE CRISIS

Rellenar uno por cada crisis o amago de crisis que experimentes

Subraya cada una de las sensaciones internas que notas (relacionadas con el pánico) y anota a su derecha la primera que has notado y la que te ha producido mayor temor:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o notar que late más deprisa
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar en el pecho
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o sensación de desmayo
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigqueo)
- Sudor, escalofríos o sofocaciones
- Desrealización: sensación de irrealidad; percibir las cosas en forma extraña
- Despersonalización: sentirse como separado de uno mismo o percibirse a sí mismo en forma extraña
- Sequedad de boca
- Otras (señala cuáles)

Al notar estas sensaciones **¿qué es lo peor que temes que puede ocurrir?** Anota cada **pensamiento catastrofista** y tu **grado de creencia** en él en el momento de la crisis (de 0 a 10).

Anota aquí debajo la **interpretación realista** (no catastrofista) y tu **grado de creencia** en ella (de 0 a 10).

¿Qué haces para evitar que ocurra lo que temes? Por ejemplo: tomar medicación, distraerte, rezar, relajarte, sentarte, pensar determinadas cosas; o cualquier otro comportamiento dirigido a reducir la ansiedad o las sensaciones (anótalo debajo).

Intensidad de la crisis (entre 0 y 10)

Duración aproximada en minutos

Situación en que ocurre

¿Has notado si su inicio se ha relacionado con que hayas percibido una sensación interna con que hayas afrontado una situación que te daba miedo, o con que hayas estado dejando de llevar de pensamientos catastrofistas? Explicalo.

Día y hora

ANEXO 13

Registro de pensamientos relacionados con el pánico

Día y hora	A Desencadenante	B Interpretación catastrofista ¿Que es lo peor que temes que puede ocurrirte? Grado de creencia (0-100)	E Interpretación realista Grado de creencia (0-100)

Registra tus pensamientos relacionados con el pánico, completado por un paciente.

Día y hora	A Desencadenante	B 1) Pensamientos catastróficos 2) Busca que es lo peor que crees que puede ocurrirte y subrayalo 3) Anota tu grado de creencia en tu pensamiento más catastrofista (0-100)	C Argumentos y pruebas a favor del pensamiento más catastrofista	D Argumentos y pruebas en contra	E 1) Interpretación racional no-catastrofista 2) Grado de creencia (0-100) 3) Argumentos y pruebas a favor de la interpretación no-catastrofista
16 11 H	- Hinchazo y opresión en la cabeza	<p>1 Ya esta otra vez</p> <p>Me va a dar una crisis</p> <p>No puedo soportarla</p> <p>2 Pasos largos una tremenda</p> <p>3 etc</p>	<p>- Mi abuela noto sensaciones parecidas antes de sufrir una trombosis</p> <p>- Mi abuela y mi tía murieron de trombosis</p> <p>- Antes no me notaba estas molestias</p>	<p>- El médico me ha dicho que es ansiedad</p> <p>- Me hicieron un TAC y salio bien</p> <p>- Lo he notado muchas veces y nunca me ha ocurrido nada aparte del miedo</p> <p>- Si fuese un problema organico, no mejoraria al distraerme</p> <p>- Pensar catastrofista-mente solo me sirve para ponerme nervioso</p>	<p>1 Es sólo ansiedad</p> <p>2. 70%</p> <p>3 Cuando estoy nervioso noto más sensaciones</p> <p>Mis sintomas coinciden con lo que he leído sobre el pánico</p> <p>Los médicos me han explicado que esas sensaciones se deben a la ansiedad</p>

ANEXO 15

RESUMEN DE EJERCICIOS PARA PROVOCAR SENSACIONES, INTRODUCIDOS EN LA ETAPA 3

EJERCICIOS DE ESFUERZO FISICO

- Dar saltos durante varios minutos.
- Subir y bajar escaleras o cualquier otro desnivel, corriendo.
- Flexiones de piernas durante varios minutos.
- Levantar objetos pesados.
- Hacer deporte o practicar aeróbic.

MOVIMIENTOS CORPORALES BRUSCOS

- Sacudir la cabeza de un lado a otro.
- Sacudir la cabeza de arriba a abajo.
- Poner la cabeza entre las piernas lo más baja posible y levantarla rápidamente.
- Dar vueltas de pie.
- Dar vueltas en una silla giratoria durante un minuto.
- Dar vueltas de pie, saltando e hiperventilando al mismo tiempo.

EJERCICIOS DE PROVOCACION DE EFECTOS VISUALES

- Mirar fijamente una lámina con rayas horizontales en blanco y negro, varios minutos.
- Fijar la mirada en una luz varios segundos y apartarla bruscamente.
- Mirar fijamente a un punto, varios minutos.
- Apagar y encender la luz (en habitación a oscuras).
- Centrar la mirada en una luz, parpadeando.

EJERCICIOS PARA PROVOCAR DESPERSONALIZACION

- Mirarte fijamente a un espejo, varios minutos.
- Repetir reiteradamente tu propio nombre en voz alta.

OTRAS FORMAS DE PROVOCAR SENSACIONES

- Hiperventilar hasta 3 minutos.
- Mantenerse sin respirar durante 30 segundos.
- Intentar -tragarte la lengua-, es decir, tensarla hacia dentro.
- Llenar al máximo los pulmones, y respirar expulsando y tomando solo un poco de aire.
- Respirar a través de una paja, durante un minuto, sin tomar nada de aire por la nariz.
- Retirada (gradual) de ansiolíticos.
- Tomar café.
- Cambiar los vestires, ejercicios de la voz (voz - hiperventilar dando vueltas

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM

Residencia en Medicina Conductual

Pre-consulta (PC)

FOLIO: _____

FECHA: _____

CUOTA DE RECUPERACIÓN: _____

Paciente de 1ª Vez _____
Paciente de reingreso _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

PRIMERA VEZ QUE SE PRESENTO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE LA PRIMERA VEZ: _____

NUMERO DE VECES QUE SE HA PRESENTADO EL PROBLEMA: _____

DESCRIPCION DE CADA UNA DE ELLAS: _____

EN CADA OCASIÓN ¿QUÉ SE HIZO PARA RESOLVERLO? _____

¿DE QUÉ MANERA HA AFECTADO ESTE PROBLEMA SU VIDA (ÁREAS)? _____

ACTUALMENTE ¿CÓMO SE PRESENTA EL PROBLEMA? _____

CONCLUSIONES DE LA PROBLEMÁTICA EXPUESTA: _____

MOTIVACIÓN AL TRATAMIENTO: _____

Tipo de canalización

interna

externa

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESIÓN: _____

SOLUCIONES ADOPTADAS: _____

ENTREVISTADOR RESPONSABLE: _____

CO-TERAPEUTA: _____

SUPERVISOR: _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
No. SESIONES: _____
PAGO: _____

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
Dx. Médico: _____
Dx. Psicológico: _____
Objetivo del Tratamiento: _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Áreas de trabajo: _____

1. Conducta objetivo. Definida ¿cómo?

- a) Excesos cognitivo-conductuales _____

- b) Déficits cognitivo-conductuales _____

- c) Recursos y destrezas cognitivo-conductuales _____

2. Métodos de recolección de información (entrevistas, cuestionarios, escalas, registros, etc.)

- a) Manifestaciones abiertas de la conducta del paciente _____

- b) Manifestaciones cognoscitivas de la conducta _____

- c) Conductas que el paciente monitoreará y registrará _____

- d) Indicadores fisiológicos _____

- e) Conductas que el personal médico monitoreará y registrará _____

- f) Conductas que la familia del paciente monitoreará y registrará _____

- g) Conductas que otros pacientes monitorearán y registrarán _____

b) Cambios duraderos en el medio ambiente _____

3. Análisis funcional de la conducta

a) Eventos (manifiestos y/o encubiertos) que preceden a la conducta _____

b) Eventos (manifiestos o encubiertos) que siguen a la conducta _____

c) Ganancias secundarias por emitir la conducta _____

4. Motivación para el cambio

a) ¿Qué será diferente cuando el problema se elimine?
para el paciente _____

para la familia _____

para el personal médico _____

b) Eventos (reforzadores) potenciales que apoyen el cambio de la conducta
le agrada al paciente _____

le desagrada al paciente _____

le es indiferente al paciente _____

5. Otras personas significativas para el paciente _____

6. Factores que mantienen el problema _____

7. Modalidad de tratamiento _____

8. Programa de intervención

a) Objetivo general de tratamiento _____

b) Objetivos específicos y actividades por área

• Área familiar:

Actividades _____

• Área laboral:

Actividades _____

• Área social

Actividades _____

• Área sexual

Actividades _____

- Área Académica

Actividades _____

- Área institucional

Actividades _____

9. Evaluación del Programa de Intervención

a) Monitoreo del programa de tratamiento _____

b) Programación del mantenimiento del cambio de conducta _____

c) Resultados obtenidos _____

d) Satisfacción al tratamiento _____

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma del co-terapeuta

Nombre y firma del supervisor

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Hoja Frontal

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
No. SESIONES: _____
PAGO: _____

Nombre del usuario: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____

Calle: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____

Col. _____ Del. _____

C.P. _____

Tel. domicilio: _____ Tel. trabajo: _____ Recados: _____

Responsable: _____ Teléfono: _____

Dx. Médico: _____

Dx. Psicológico: _____

Ubicación: _____

Fecha de ingreso a Psicología: _____ Fecha de alta en Psicología _____

Modalidad de Tratamiento: _____

Resultados obtenidos: _____

ANEXO 19

**CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
NOTA PSICOLÓGICA Y DE EVOLUCIÓN**

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

No. de sesión: _____
Fecha: _____

Descripción del problema: _____

Objetivo de intervención: _____

Técnicas de intervención: _____

Procedimiento: _____

Resultados: _____

Recomendaciones: _____

Observaciones: _____

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNAM
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____
HORA: _____
PAGO: _____

Modalidad De Tratamiento

INSTRUMENTO	CALIFICACION	INTERPRETACION	TECNICA

MODALIDAD DE TRATAMIENTO: _____

REFERENCIAS

Adams, R. D. (1998). *Principios de Neurología*. México: Mc Graw Hill.

Artigas, J. (1999) Implicaciones psicológicas y sociales de las epilepsias en el adolescente. *Revista de Neurología* 28 (161): 43-49.

Beck, J. S. (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Birk. (1973). *Biofeedback behavioral medicine*. Nueva Cork: Grunne and Stratton.

Blum, D. (1998) *Antiepileptic drug development. Advances in Neurology*. Philadelphia: Lipincott – Raven Publisher.

Buendía, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.

Burns, D.D. (2003 de) *Sentirse bien. Una nueva formula contra las presiones*. México: Paidós

Caballo, F. V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Editorial Siglo XXI

Chang, B. S., Lowenstein, D. H. (2003). Epilepsy. *The New England Journal of Medicine* 349: 1257-1266.

Cornaggia, C.M., Beggi, M., Provenzi, M. (2006). Correlation between cognition and behaviour in epilepsy. *Epilepsia* 47(2):34-39.

Díaz, E., Pereda, F., Castro, K., Espejo, K., Vicuña, C. (2002) Factores asociados a la remisión de crisis epilépticas. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 65: 127-135.

Dahl, J., Brorson, L. y Melin, L. (1992) Effects of a broad-spectrum behavioral medicine treatment program on children with refractory epileptic seizures: An 8-year follow-up. *Epilepsia*. 33(1): 98-102

Dahl, J. (1999) A behavioral medicine approach to epilepsy. Time for a paradigm shift? *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 28 (3): 97-114

Dictamen de la primera comisión por el que se propone instituir el día nacional de las personas epilépticas. Dado en el Salón de Sesiones de la Comisión Permanente del Honorable Congreso de la Unión, el 2 de agosto de 2005, presidido por el Dip. Alfredo Gómez Sánchez.

Ellis, A. (2000) *Cómo controlar su ansiedad antes de que ésta lo controle a usted.* Barcelona: Paidós

García, F.R. (2003) *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de maestría en psicología.* Tesis de Maestría. México: UNAM. Facultad de Psicología

Goldstein, L.H. (1997) Effectiveness of psychological interventions for people with poorly controlled epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 63(2): 137-142

Hauser, W.A., Hesdorffer, D.C. (1990) *Epilepsy: frequency, causes and consequences.* New York: Demos Press.

Kelly, J.A. (1998) *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones.* España: Descleé de Brouwer.

Kobau, R., William, F. y Thurman, D.J. (2006) Prevalence of self-reported epilepsy or seizure disorder and its association with self-reported recent depression and anxiety: Results from the 2004 healthstyles survey. *Epilepsia*. 47(11): 1915-1921

Kubli, E.A. (2005) *Domina el manejo del estrés*. México: Árbol Editorial.

Labrador, J.F., Cruzada, J.A. y Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Editorial Pirámide.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: M Roca

Lorentzen, S.P. (1986). *Descripción del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, durante el primer año de servicio*. Tesis de Maestría. U.N.A.M.

Marson, A.G. et al. (2007) The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *The Lancet*. 369: 1016-26.

Millar, W.R. y Rollnick, S. (1999) *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós

Mkay, N. (1985) *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Madrid: Martínez Roca.

Morales, G. y Lizardi, J. (2002) Epilepsia refractaria al tratamiento. *Médica Sur*. 9(3): 138-141 tomado de medigraphic.com

Oblitas, L. y Becoña, L. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés

Organización Mundial de la Salud (1982) *Séptimo programa general de trabajo para el periodo 1984-1989*. Salud para todos 8

Ostrosky, F. (2000). *Cerebro y conducta*. México: InfoRed

Diccionario de Especialidades Farmacéuticas del Sistema Nervioso Central (2007). México: Thomson PLM.

Quattrin, A., Ortenzi, A., Paggi, A. et al. (1998) Quality of life in epilepsy evaluated by Washington Psychosocial Seizure Inventory. *Epilepsia* 39(2):76

Reynoso, E.R. y Seligson, N.I. (2005). *Psicología de la salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial Manual Moderno.

Roca, E. (2001) *Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia)*. Programa de autoayuda. España: ACDE Ediciones

Rodríguez, R. (1995) *Epilepsia: Diagnóstico y Tratamiento*. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. México: Eds. Colección Ensayos.

Rojano, G.L. (2002) *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de maestría en psicología*. Tesis de Maestría. México: UNAM. Facultad de Psicología

Schachter, S. (2001) Neurologic Treatment: Epilepsy. *Neurologic Clinics* 19(1)

Siegel, S. y Castellan, N.J. (2001). *Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.

Taylor, S.E. (2006) *Health Psychology*. New York: Mc Graw Hill. 6th edition

Tracy, J.I., Dechant, V., Sperling, M.R., Cho, R., Glosser, D. (2006) The association of mood with quality of life ratings in epilepsy. *Neurology* 67: 1-7.

Varios autores (ED. Fernando García C.) (1983) *Una década de la Facultad de Psicología (1973-1983)* México: UNAM

Verduyn, C.M., et al. (1988) A survey of mothers' impressions of seizure precipitants in children with epilepsy. *Epilepsia* 29(3):251-255.

World Health. (1997) Epilepsy etiology, epidemiology and prognosis. *Epilepsy out of the shadows*. Organization Press Office WHO. Fact Sheet. 165