



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

***ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL DE SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA Y CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS.***

TESIS

Que para optar por el grado de Maestro en Psicología presenta

JOSÉ NAHUM RANGEL VILLAFAÑA

TUTOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS, MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DR. JESUS A. SALAS, MTRA. JANET JIMENEZ GENCHI
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción. La medicina conductual y la enfermedad mental.

Medicina Conductual..... 4

Protocolo de Investigación. Abordaje cognitivo conductual de síntomatología depresiva y conducta suicida en pacientes psiquiátricos.

Introducción.....7

Depresión.....7

Conducta Suicida.....10

Depresión y Conducta Suicida.....12

Justificación.....14

Objetivo General.....15

Antecedentes. Examen Sistemático de la Literatura de Investigación.

Objetivo Específico 1.....15

Pregunta PICO.....15

Términos Clave.....16

Bases de datos.....16

Criterios de inclusión de estudios.....16

Criterios de exclusión.....17

Procedimiento.....17

Resultados.....17

Método. Intervención.

Objetivo Específico 2.....21

Variables.....21

Participantes.....22

Tipo de estudio.....22

Análisis de datos.....22

Instrumentos.....22

Procedimiento.....23

Implicaciones éticas.....24

Resultados.....25

Discusión.....27

Estudios de Caso.

Manejo cognitivo conductual del trastorno dismórfico corporal.....	33
Manejo cognitivo conductual en el trastorno esquizoide de la personalidad.....	41

Sede Clínica Institucional del Trabajo de Tesis Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Antecedentes Históricos.....	48
Misión.....	49
Visión.....	49
Servicios de la Residencia en Medicina Conductual.....	49
Referencias.....	52

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado para pacientes.....	61
Anexo 2. Descripción detallada de las técnicas utilizadas.....	63
Anexo 3. Mapas Clínicos de Patogénesis y Mapas de Alcance de Meta de las pacientes.....	69

Introducción.

La medicina conductual y la enfermedad mental.

Medicina Conductual

Para poder esbozar una definición de la medicina conductual es pertinente conocer el contexto histórico en que se presentó. Por mencionar los aspectos más relevantes se hablará de la transición epidemiológica, el trabajo realizado por la medicina psicosomática, lo insuficiente del modelo biomédico para el abordaje de enfermedades crónico degenerativas y mentales, además del escrito de Engel en que propuso el modelo biopsicosocial.

El modelo biomédico surge como respuesta al incremento de enfermedades provocadas por procesos infecciosos. Es decir, la enfermedad se consideraba en su totalidad el producto de una alteración bioquímica, la cual se solventa con alguna sustancia activa que contrarresta al agente patógeno. Con ayuda de la evolución de la industria farmacológica, la conceptualización “causa - efecto” de la enfermedad es más que satisfactoria para su tratamiento (Engel, 1977).

Sin embargo, la reducción generada por lo pertinente del modelo biomédico para el tratamiento de padecimientos infecciosos coincide con un alza en otro tipo de dolencias. Aquellas en que no se identifica un agente patógeno o alguna alteración bioquímica como desencadenante de los procesos de enfermedad, sino en los que factores psicológicos y/o sociales muestran una influencia determinante (Omran, 2005).

Son las llamadas enfermedades crónico-degenerativas las que se posicionan como causas principales de mortalidad a nivel mundial. Incluso en la actualidad son estas dolencias las más frecuentes. En México, padecimientos como la diabetes mellitus tipo II (85, 055 personas) enfermedades isquémicas del corazón (74, 057 personas) e hipertensión (19, 161 personas) encabezan la lista de mortalidad del 2012 (INEGI, 2012).

En conjunto con lo anterior, alrededor de la década de los cuarenta, se asegura que los factores psicológicos y sociales impactan en el proceso de salud-enfermedad, idea que se funde en un campo denominado medicina psicosomática. Este paradigma sostiene que ciertos estados de enfermedad y dolencia tienen una raíz meramente psicológica (Phares & Trull, 2003).

Por último, en abril de 1977 se publica un artículo en la revista Science. George Engel redactó este escrito clásico al respecto de la necesidad de un nuevo modelo de atención, el biopsicosocial. Dicho trabajo analizó que el enfoque biomédico al considerar las enfermedades (incluyendo las mentales) como una alteración de mecanismos físico, excluye los factores psicosociales. Los cuales son indispensables para entender y atender enfermedades crónico-degenerativas, Aspecto que Engel (1977) destacó como principal limitante de la postura biomédica.

Asimismo, esta postura fue apoyada con la definición de salud que se generó en la conferencia internacional sobre atención primaria de salud en Alma-Ata, URSS, en año de 1978. En dicho evento se logró consenso al respecto de que la salud es *“un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1978, p. 2).

Con base en lo anterior, es que en el año de 1977 se convoca a un destacado grupo de científicos conductuales y biomédicos a la Conferencia de Yale, en esa universidad. En donde uno de los objetivos primordiales fue definir con claridad que es la Medicina Conductual.

Este grupo de especialistas generan consenso al sostener que la medicina conductual:

Es el campo que se ocupa del desarrollo del conocimiento de la ciencia conductual y de las técnicas que permiten entender la salud física, así como la enfermedad. Asimismo, se ocupa de la aplicación de estas técnicas y conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación. El abuso de sustancias, la psicosis, además de la neurosis se incluyen en este campo exclusivamente si contribuyen de alguna manera a algún trastorno físico. (Schwartz & Weiss, 1978, p. 7)

Meses después se acotaron y ubicaron contextualmente algunos aspectos de la definición. Se proclamó a la medicina conductual como:

El campo interdisciplinario encargado del desarrollo, así como la integración del conocimiento científico conductual y biomédico. Además de las técnicas de dichas áreas pertinentes para comprender el proceso salud-enfermedad. Asimismo, se ocupa de la aplicación de lo antes mencionado para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978).

En esta última definición el énfasis que se hace en la premisa de la integración de las áreas biomédica y conductual. En cuanto a conocimiento, así como técnicas disponibles, esto con el objetivo de perseguir una meta en común. Igualmente se acentúa en esta innovación el traslado del dualismo mente versus cuerpo a una visión más integradora, a una perspectiva bioconductual.

Lo anterior apunta con claridad la necesidad y justificación de abordar la enfermedad mental con este modelo interdisciplinario. Además, es claro también que la enfermedad mental suele ser un procesos crónico y degenerativo, el cual no se solventa en su totalidad con el enfoque biomédico.

Con base en lo antes descrito, a continuación se muestra un protocolo de investigación, el cual figura como un claro ejemplo del trabajo que realiza un psicólogo especializado en el área de la medicina conductual. Es decir, se complementa y máxima la intervención farmacológica con base en una intervención psicoterapéutica, la cual, hace especial énfasis en factores psicosociales. Entre ellos destacan; relaciones interpersonales, estilos de afrontamiento, habilidades sociales, actividades placenteras, habilidad para resolver problemas, entre otras.

**Protocolo de Investigación.
Abordaje cognitivo conductual de sintomatología depresiva y conducta
suicida en pacientes psiquiátricos.**

Introducción

La depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, sensación de cansancio y falta de concentración. El cual figura como un problema de salud pública de alto impacto, con base en su alta prevalencia y en las afectaciones que genera a quien la padece. Dentro de dichas consecuencias adversas se engloba la conducta suicida, la cual, también muestra una alta prevalencia y puede desembocar en la muerte del individuo.

Depresión

Concepto y Diagnóstico

Delimitar este fenómeno, se torna complicado puesto que es indispensable mencionar en qué marco conceptual se basa dicha definición. Por tal razón, en el presente escrito se retoma la definición acuñada por la Organización Mundial de la Salud. La cual considera a la depresión como una enfermedad mental caracterizada por episodios de humor depresivo (OMS, 2010).

Estos episodios se ven matizados por una disminución del estado de ánimo, de la vitalidad, así como del nivel de actividad. Con frecuencia se reduce la capacidad de interesarse y de disfrutar las cosas. Hay un decremento en la concentración, así como cansancio exagerado sin ser precedido por esfuerzo físico importante (OMS, 2010).

La sintomatología depresiva puede ser delimitada de manera muy específica por las clasificaciones que nos brindan la OMS y la

Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, APA).

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), ubica a la depresión en la categoría de los trastornos del estado de ánimo. La cual, primero se enfoca en diferenciar los episodios afectivos, donde se localiza el episodio depresivo mayor (dichos episodios no tienen códigos asignados y no pueden ser diagnosticados como entidades independientes).

Después de ello, se encuentran los trastornos depresivos propiamente dichos. Esta categoría engloba los siguientes trastornos (DSM-IV-TR, 2002):

- Trastorno depresivo mayor, episodio único F 32.X
- Trastorno depresivo mayor, recidivante F33.X
- Trastorno distímico F34.1
- Trastorno depresivo no especificado F32.9

Respecto a otra fuente, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) es la herramienta diagnóstica generada por la Organización Mundial de la Salud. Los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran en el capítulo cinco. La categoría de los trastornos del humor es donde se ubican los padecimientos depresivos, los cuales se clasifican como episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente.

El episodio depresivo solo se diagnostica si es un hecho aislado y/o el único que experimenta el individuo. En este, existe un humor depresivo, el interés y disfrute de las cosas está disminuido, así como la vitalidad, factor que se refleja en las actividades realizadas, cansancio exagerado, entre otras. (OMS, 1992).

Para el diagnóstico del episodio depresivo (en cualquiera de sus niveles de gravedad) se requiere una duración mínima de dos semanas. Es medular considerar que los síntomas antes descritos pueden verse reflejados con mucha claridad en otras implicaciones

clínicas, tales como: pérdida de peso, inhibición o agitación psicomotriz, se disminuye la reactividad emocional, algunas somatizaciones, entre otras. Las categorías para esta clasificación se muestran a continuación:

- Episodio depresivo leve F32.0
 - Sin síndrome somático F32.00
 - Con síndrome somático F32.01
- Episodio depresivo moderado F32.1
 - Sin síndrome somático F32.10
 - Con síndrome somático F32.11
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3
- Otros episodios depresivos F32.8
- Episodio depresivo sin especificación F32.9

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, los cuales pueden presentar los rasgos del episodio depresivo (en cualquiera de sus niveles de gravedad). Sin embargo, no deben de existir antecedentes de episodios asilados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad para satisfacer las pautas de manía. La clasificación es la siguiente:

- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve F33.0
 - Sin síndrome somático F33.00
 - Con síndrome somático F33.01
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado F33.1
 - Sin síndrome somático F33.10
 - Con síndrome somático F33.11
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos F33.2
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos F33.3
- Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión F33.4
- Otros trastornos depresivos recurrentes F33.8
- Trastorno depresivo recurrente sin especificación F33.9

Epidemiología

La depresión es un problema de salud pública de alto impacto. Se calcula que en el mundo son 350 millones de personas las afectadas por esta enfermedad (OMS, 2012).

Según la encuesta mundial de salud mental (Kessler & Bromet, 2013) tanto los países de alto ingreso como los de niveles bajo a medio tiene un porcentaje de 52.3 y 54.1 respectivamente (de las individuos que respondieron la encuesta) de personas que han reportado un periodo de varios días de tristeza, depresión o haber perdido el interés en sus actividades. En dicha clasificación, México presentó un porcentaje de 40.6.

En el mismo reporte, el 4% de los mexicanos que participaron cumplieron los criterios para ser diagnosticados con trastorno depresivo mayor, dentro de los 12 meses anteriores a la encuesta (Kessler & Bromet, 2013).

Conducta Suicida

Concepto y Diagnóstico

Las conductas suicidas pueden conceptualizarse como un proceso complejo que puede incluir la ideación suicida, la planeación suicida, intento de suicidio, y en el peor de los casos, el fallecimiento del sujeto (OMS, 2012).

La CIE-10 en su capítulo 20 clasifica las lesiones autoinflingidas según las causas involucradas. El listado se muestra a continuación (OMS, 1992):

- Envenenamiento intencionalmente autoinflingido por...
- Analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos X60
- Medicamentos antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y psicotrópicos no clasificados en otra parte X61

- Narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte X62
- Otros medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso autónomo X63
- Otras drogas, medicamentos y productos biológicos y los no especificados X64
- Alcohol X65
- Solventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores X66
- Otros gases y vapores X67
- Pesticidas X68
- Otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados X69
- Suicidio y lesión intencionalmente autoinflingida por...
- Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación X70
- Sumersión X71
- Disparo de arma corta X72
- Descargas de rifles, escopeta y arma larga X73
- Disparo de otra arma de fuego y las no especificadas X74
- Material explosivo X75
- Humo, fuego o llamas X76
- Vapores de agua, vapores calientes y objetos calientes X77
- Objeto cortante X78
- Objetos sin filo o romo X79
- Salto desde un lugar elevado X80
- Arrojarse o tenderse ante un objeto en movimiento X81
- Choque de vehículo a motor X82
- Otros medios no especificados X83
- Medios no especificados X84

Epidemiología

La conducta suicida también figura como un problema de alto impacto social. En 2008, la Organización Mundial de la Salud reportó 784,014 defunciones por lesiones autoinflingidas en el mundo (OMS, 2008). Lo cual representa un elevado número, ya que solo se

consideran los casos en que el intento suicida se consumió. Además, en la actualidad se calcula que son alrededor de 1 millón, las defunciones por suicidio en un año (OMS, 2012).

En el país, el número de defunciones por suicidio en 2011 fue 5,718. De los cuales 4,621 fueron hombres y 1,095 mujeres. Los rangos de edad con más frecuencia son los siguientes: 20 a 24 años (916), 15 a 19 años (859), 25 a 29 años (716) y 30 a 34 años (559) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2011).

Otro factor de relevancia para nuestro país es el aumento en las defunciones por suicidio en los últimos 20 años. En el año de 1991 fueron 2,120 casos reportados, 3,811 para 2001. Cifras que han sido superadas por el reporte de 2011 (INEGI, 2011).

Se han identificado diferentes factores de riesgo que parecen ser predictores de la conducta suicida (ideación, plan o intento). Entre los que destacan; ser mujer, ser joven, menor nivel académico, no estar casado, estar desempleado, antecedentes de psicopatología familiar, adversidades durante la infancia, la presencia de desórdenes mentales y psiquiátricos (Borges et al., 2010).

Depresión y Conducta Suicida

Existe una relación entre la estos dos fenómenos, de hecho la ideación suicida se considera como un criterio para el diagnóstico de la depresión en ambas clasificaciones (DSM-IV.TR y CIE-10). Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang & Kessler, 2010) menciona que existe algún trastorno psiquiátrico en 48.8% de los encuestados con ideación suicida y en el 65.2% de aquellos con intento. Asimismo, el 11.3% de los individuos con ideación, así como el 15.2% de las personas con intento suicida presentaban depresión mayor.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008, existe una fuerte asociación entre el humor depresivo (tanto grave como moderado) y la conducta suicida en sus tres vertientes (ideación,

planeación e intento). La ideación suicida en mujeres tuvo una prevalencia de 39.9 para depresión moderada y 44.8 para la grave. Por su parte, los varones mostraron una prevalencia de 32.3 para depresión moderada y 40.2 en grave (Roth et al., 2011).

Tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud a través del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental publicó una Guía de Intervención (OMS, 2011). Dicho documento, postula una diferencia en el tratamiento de la depresión según el nivel de gravedad. Para los niveles de moderada a grave, se sugiere el uso de antidepresivos en combinación con la psicoterapia. Para la depresión leve, la primera línea de tratamiento son las intervenciones psicosociales.

Los antidepresivos se clasifican según el mecanismo de acción: antidepresivos tricíclicos y relacionados (amitriptilina, clomipramina, desipramina, dotiepina, dosulepina, doxepina, imipramina, lofepramina, nortriptilina, trimipramina, mianserina, trazodona); inhibidores de la monoaminooxidasa (moclobemida, isocarboxazida, fenelzina, tranilcipromina); inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) y otros antidepresivos (duloxetina, mirtazapina, reboxetina, venlafaxina). La decisión sobre qué fármaco utilizar, está en función de los efectos secundarios que puedan presentar, pues la efectividad y eficacia es similar entre ellos (OPS, 2010).

Dentro de la psicoterapia, se sugiere el uso de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia interpersonal. Dentro de la TCC, se mencionan técnicas específicas, tales como psicoeducación, entrenamiento en resolución de problemas y activación conductual (OMS, 2012) (Shinohara et al., 2013).

Justificación

La Terapia Cognitivo Conductual ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión. De igual manera, dicho efecto positivo se presenta en otras áreas relacionadas como lo es la desesperanza y la resolución de problemas (Townsend et al., 2001).

Este mismo enfoque ha sido utilizado en poblaciones con características muy específicas, en las cuales también ha denotado buenos resultados. Por ejemplo, en adolescentes (Dubicka et al., 2010) y ancianos (Wilson, Mottram, & Vassilas, 2008).

Se ha reportado reducción en síntomas depresivos y mejoras en la calidad de vida en pacientes resistentes al tratamiento farmacológico, después de al menos seis semanas de seguir su medicación (Wiles et al., 2013).

Como se ha descrito en el presente trabajo, la depresión y conducta suicida son variables que se relacionan constantemente. Por lo que los efectos positivos de la TCC en la depresión también impactan sobre la conducta suicida. Sin embargo, existe evidencia en favor del uso de la terapia cognitivo conductual para tratamiento de autolesiones deliberadas, independientemente de un diagnóstico de depresión (Slee, Spinhoven, Garnefski & Arensman, 2008).

A pesar de existir evidencia a favor del uso de la terapia cognitivo conductual para tratar la depresión, existen ciertas limitantes en los estudios anteriores. Principalmente la exclusión de pacientes hospitalizados, el grueso de los estudios se focalizan en adolescentes o ancianos. Por otro lado, no se ha cuantificado el tamaño del efecto que puede tener la TCC, en pacientes deprimidos con intento suicida reciente.

Así mismo, es sumamente importante que la atención para una problemática como la descrita, sea la mejor posible. En este sentido, se ha descrito con claridad la efectividad de la TCC, sin embargo, es una opción de tratamiento que no se ha logrado implementar de manera

formal en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Esta situación atenta contra la recuperación de los pacientes e incluso contra la misión y visión de la institución, factor que aumenta la relevancia de esta investigación.

Objetivo General

Analizar el efecto de agregar el manejo cognitivo conductual al tratamiento usual sobre la sintomatología depresiva y la conducta suicida en pacientes de un hospital psiquiátrico.

Examen sistemático de la literatura de investigación internacional.

Objetivo Especifico 1.

Identificar las técnicas de la terapia cognitivo conductual que han demostrado mejores resultados en la reducción de síntomas depresivos y conducta suicida en hombres y mujeres de 18 a 60 años.

Pregunta PICO

Tabla 1. Formato PICO

<i>Paciente o problemas de Interés</i>	<i>Intervención a considerar</i>	<i>Intervención a comparar</i>	<i>Resultado clínico que se valora</i>
Intento suicida y sintomatología depresiva en adultos psiquiátricos.	Terapia Cognitivo Conductual.	Tratamiento usual (atención del hospital).	Reducción de intento suicida, ideación suicida y de sintomatología depresiva.
¿Para pacientes psiquiátricos con intento suicida y sintomatología depresiva es igual de efectiva la Terapia Cognitivo Conductual que el tratamiento usual para reducir la conducta suicida, así como la sintomatología depresiva?			

La tabla 1 muestra el sistema PICO (siglas en inglés), método que facilita el primer paso de la práctica basada en la evidencia: formular una pregunta que se pueda responder. En él, se consideran los factores indispensables para llevar a cabo una revisión; características del paciente, la intervención de interés, intervención con la que se comparará y los resultados que se esperan (Glasziou, Del Mar & Salisbury, 2003).

Términos Clave

SUICIDIO	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	TRATAMIENTO USUAL
Suicide	Depression	Cognitive behavioral therapy	Treatment as usual
Attempt suicide	Depressive disorders	Cognitive therapy	Usual care
Suicidal behavior	Depressive symptoms	Behavioral therapy	
Self-harm	Mayor depression		
Suicide risk			
Suicidal ideation			
People suicide			

La tabla 2 muestra la lista de términos clave. Esta se realiza para contemplar en la revisión todos los posibles conceptos o sinónimos utilizados habitualmente para etiquetar la variable de interés. Esto se realiza con el fin de hacer lo más inclusiva posible la búsqueda de artículos (Glasziou, et al., 2003).

Bases de Datos

- Cochrane
- Pubmed

En la revisión solo se incluyeron ensayos controlados aleatorizados que cumplieran los criterios de lectura crítica RAMMbo (Glasziou, et al., 2003). Estas bases de datos son las más pertinentes para obtener este tipo de estudios. Esta fue la razón de su elección.

Criterios de Inclusión de estudios

- Ensayos Controlados Aleatorizados.
- Hombres y mujeres de 18 a 60 años.
- Diagnóstico de depresión según DSM-IV-TR y/o CIE-10.
- Uso de terapia cognitivo conductual.

Criterios de Exclusión

- Depresión Bipolar.
- Estudios analítico observacionales, estudio de caso, entre otros.
- Trabajos anteriores a 2003.

Procedimiento.

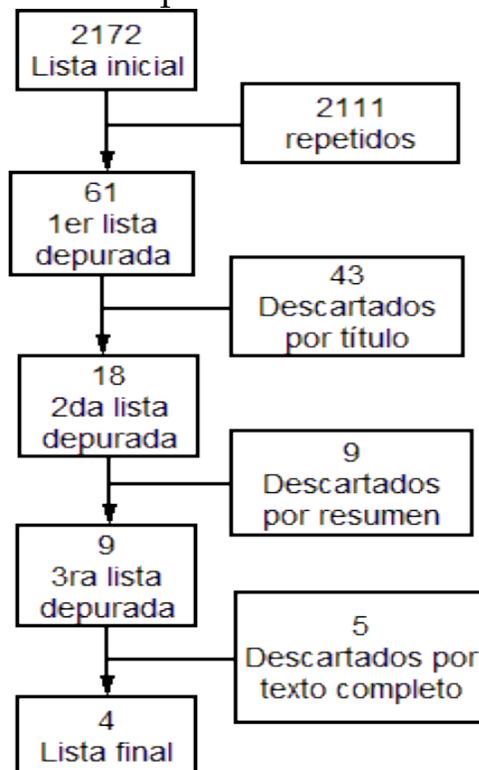
1. Se crearon las combinaciones pertinentes con base en la lista de términos clave y los comandos booleanos.
2. Se introdujeron las combinaciones resultantes en las bases de datos antes mencionadas.
3. Se depuró la lista de artículos obtenidos con base en la lectura del título, resumen y la revisión del texto completo.
4. De los artículos resultantes, se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios designados, esto a través de la lectura crítica de los mismos. Se utilizó el formato RAMMbo.
5. Se llevó a cabo el análisis pertinente para cada escrito.
6. Se identificaron las técnicas que han demostrado mejores beneficios en el tratamiento de síntomas depresivos y conducta suicida.

Resultados del examen sistemático de la literatura de investigación.

Cuatro publicaciones reunieron los criterios para ser consideradas en esta revisión literaria. De los cuales dos hacen referencia a la terapia cognitiva para la depresión (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) y los dos restantes a la terapia cognitiva basada en la atención plena para la depresión (mindfulness-based cognitive therapy for depression, MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2013). El proceso para descartar trabajos se muestran en la figura 1.

La terapia cognitiva para la depresión mostró resultados positivos en la disminución de síntomas depresivos. Los tamaños del efecto reportados; .42 (Wiles, et al., 2013) y .35 (Brown, et al., 2005), se consideran de pequeños a moderados, lo cual se evalúan como resultados benéficos para el paciente.

Figura 1. Proceso de depuración de artículos.



Por otro lado, la MBCT mostró resultados similares, con un tamaño del efecto de .32 (Hepburn, et al., 2009), para la reducción de síntomas depresivos. Sin embargo, la MBCT se focaliza principalmente en la prevención de recaídas.

Según la naturaleza de los enfoques antes mencionados y las características individuales de los pacientes que participaron en este protocolo, se decidió utilizar la terapia cognitiva para la depresión, pues dicha intervención se utiliza en la fase aguda del proceso

depresivo. Por tal motivo, a continuación se presenta una breve descripción del modelo.

La terapia cognitiva según Beck. (2000) es un tipo de psicoterapia activa, directiva, limitada en el tiempo y estructurada, utilizada para abordar diferentes trastornos psiquiátricos. Ésta se basa en la premisa que el pensamiento, afecto y el comportamiento se encuentran en constante interacción, relación que modula la vida de las personas.

Es indispensable clarificar que a pesar de su nombre, se trata de un enfoque cognitivo conductual. Es decir, al revisar uno de los principales manuales de intervención (Beck et al., 1979), las técnicas a utilizar se categorizan en dos grandes rubros: técnicas cognitivas y técnicas conductuales.

Las técnicas cognitivas tienen como objetivo principal proveer puntos de entrada a la organización cognitiva del paciente. Esto debido a que es necesario conocer los componentes cognitivos de la depresión del individuo (que habitualmente son negativos) para modificarlos. A continuación se describen aquellas que se utilizaron para la intervención.

- Psicoeducación. Es indispensable que el paciente conozca la dinámica del enfoque psicoterapéutico, para ello se brinda información necesaria al respecto del modelo cognitivo conductual, proceso de la depresión, entre otros. Para ello, se puede utilizar material de apoyo, utilizar situaciones que ha experimentado el paciente como ejemplo o creando escenarios hipotéticos.
- Detección de distorsiones cognitivas. Es indispensable que el individuo se entrene para detectar sus propias distorsiones cognitivas y la forma en que influye en el ámbito emocional, así como el conductual. Para ello, se utilizó un registró de pensamiento, donde el paciente registraba la situación, los pensamientos automáticos, la respuesta emocional y la respuesta conductual.

- Reestructuración cognitiva. Cuando la persona identifica con claridad las distorsiones cognitivas y la forma en que lo afectan, estas se analizan, para conocer su veracidad y utilidad. Para ello se utilizan ciertas preguntas del tipo ¿Cuál es la evidencia de...? ¿Podría existir una explicación alternativa para...? ¿Qué es lo peor que podría pasar si...? ¿Qué le dirías a tú hijo (a) o a un familiar cercano si...? entre algunas más.

Se utilizan técnicas conductuales principalmente por dos razones. En primer lugar, en un gran número de casos de depresión existe uno o varios déficits en diversas habilidades. La otra vertiente es la marcada disminución en actividades cotidianas y placenteras, además de la reducción en la capacidad de experimentar satisfacción en actividades que antes la generaban.

- Programar Actividades (Activación Conductual). El objetivo primordial es disminuir la pasividad, la inactividad y el aislamiento social, así mismo, busca aumentar la motivación. Se solicitó a los pacientes crear un calendario con los siete días de la semana y el horario de actividades habitual. Se solicitaba programar acciones, supervisando cada sesión la ejecución de las mismas.
- Entrenamiento asertivo. El objetivo es disminuir o erradicar dicho déficit. Se utilizan técnicas como disco rayado, banco de niebla (Smith, 2005) y algunas más. Se practicaba en el consultorio con ayuda de modelamiento, ensayo conductual y moldeamiento. Se solicitaba practicar en casa, se analizaba la ejecución en la siguiente sesión.
- Entrenamiento en resolución de problemas. El objetivo es entrenar a los pacientes para generar más opciones de solución ante diversas problemáticas. Se iniciaba delimitando el problema, posteriormente se generaba una lista de oportunidad a través de lluvia de ideas, el tercer paso era examinar la funcionalidad de cada una. Se utilizó el enfoque sugerido por Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Intervención

Objetivo Específico 2.

Evaluar el efecto de agregar la terapia cognitivo conductual al tratamiento usual sobre síntomas depresivos y la conducta suicida en pacientes de un hospital psiquiátrico.

Variables

Variable Independiente. Psicoterapia con enfoque cognitivo conductual.

Definición Conceptual. Tipo de psicoterapia activa, directiva, limitada en el tiempo y estructurada, utilizada para abordar diferentes trastornos psiquiátricos. Basada en la premisa que el pensamiento, afecto y el comportamiento se encuentran en constante interacción, relación que modula la vida de las personas (Beck, 2000).

Definición Operacional. Intervención diseñada con base en los contenidos descritos en la literatura internacional de investigación. La intervención se llevó a cabo en aproximadamente 12 sesiones semanales de una hora. Las técnicas utilizadas en cada paciente se seleccionaron con base en la formulación del caso.

Variables Dependientes.

- Depresión

Definición conceptual. Enfermedad mental caracterizada por episodios de humor depresivo.

Definición Operacional. Los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck.

- Conducta suicida

Definición Conceptual. Proceso complejo que puede incluir la ideación, la planeación e intento de suicidio.

Definición Operacional. Para la ideación y planeación suicida, fueron los puntajes obtenidos en el Inventario de Ideación Suicida de Beck. El número de consultas al servicio de urgencias del hospital fueron para el intento suicida.

Participantes

Cuatro mujeres entre 35 y 56 años, con una media de edad de 44 años. Tres de ellas con ingreso al área de observación del hospital y una del área de consulta externa. Todas con diagnóstico de algún trastorno del espectro depresivo, una de ellas sin intento suicida reciente.

Tipo de estudio

Diseño experimental de caso único con línea base múltiple no concurrente entre sujetos (Kazdin, 2011).

Análisis de datos

Se realizó inspección visual de los gráficos obtenidos, pues se sugiere es el método más adecuado para el diseño de investigación utilizado (Kazdin, 2011). Además, se calculó el índice NAP (Parker & Vannest, 2009) para conocer el tamaño del efecto de la intervención.

Instrumentos.

- Inventario de Depresión de Beck. Instrumento que mide la gravedad de los síntomas depresivos en muestras clínicas y no clínicas. Herramienta constituida por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta. En población mexicana cuenta con una

confiabilidad de 0.87 (alfa de Cronbach), y validez concurrente con la escala de Zung, $r=0.70$ $p<.000$ (Jurado et al., 1998).

- Inventario de Ideación Suicida de Beck. Herramienta que mide la presencia, intensidad, duración, así como especificidad de los pensamientos y planes de cometer suicidio. Constituida por 21 afirmaciones con tres opciones de respuesta cada una. En población mexicana mostró alta confiabilidad con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.95 (Artasanchez, 1999).
- SCDI-II, apartado para trastorno límite de la personalidad. Entrevista semiestructurada para la evaluación de 10 trastornos de personalidad. Sin embargo, es posible usar apartados específicos. El apartado para el trastorno límite de personalidad está constituido por nueve ítems. Actualmente no se han establecido sus cualidades psicométricas en población mexicana (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999).
- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Entrevista semiestructurada corta que tiene como objetivo diagnosticar trastornos psiquiátricos con base en los criterios DSM-IV y CIE-10. No se han establecido cualidades psicométricas en población mexicana.
- Consentimiento informado para el participante (Anexo 1).

Procedimiento.

1. Se identificaron a los posibles candidatos para el estudio a través del pase de visita del área de observación del servicio de urgencias.
2. Se ofreció la atención psicológica al paciente y aquellos que aceptaron fueron considerados para la investigación.

3. Se realizaron tres mediciones. Esto, para conformar la línea base de cada participante.
4. La intervención cognitivo conductual se inició en cada participante al finalizar su línea base. Dicha fase, estuvo constituida por el tratamiento usual que brinda el hospital.
5. En la intervención, se trabajó en sesiones semanales de una hora (12 aproximadamente), en las que se dedicó un breve momento para la medición. La descripción detallada de las técnicas se muestra en el Anexo 2.
6. Se recabaron y graficaron los datos de las mediciones realizadas a cada participante.
7. Se llevó a cabo el análisis estadístico antes mencionado.

Implicaciones éticas

Según el capítulo I, artículo 17 de la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta segunda fase implicó un riesgo mínimo para las personas que participaron. Esto debido a que la intervención cognitivo conductual es un procedimiento habitualmente usado para individuos con características similares.

Además, cada participante firmó un consentimiento informado. En este, se describió con detalle el objetivo de la investigación, así como las actividades realizadas. Asimismo, se comunicó a los pacientes que la información fue tratada de manera confidencial, manteniendo en el anonimato su identidad.

De igual forma, se aclaró a los interesados que podían retirar su consentimiento informado en cualquier momento del proceso de investigación, sin que esto generara alguna afectación en el servicio que brinda la institución.

Aquellos pacientes que aceptaron participar, hayan concluido o no las actividades propuestas, podían y pueden solicitar toda la información relacionada con el estudio, desde aspectos teórico-metodológicos hasta los resultados.

Resultados

Intervención

Cuatro pacientes concluyeron el proceso psicoterapéutico y las mediciones. La intervención para cada una de las pacientes se fundamentó en las guías de tratamiento (Beck et al., 1979) y en la formulación de caso. Dicha formulación se realizó con base en la propuesta de Nezu et al. (2006). El mapa clínico de patogénesis y el mapa de alcance de metas para cada paciente se muestran en el Anexo 3.

Debido a la naturaleza del diseño utilizado es pertinente hacer una breve descripción de las condiciones en que cada individuo se presentó al consultorio.

Paciente 1. Mujer de 56 años de edad, madre de cinco hijas adultas. Vivía sola en una pequeña habitación. Trabajaba en actividades de limpieza, en el hogar de desconocidos o de sus hijas. Recientemente había terminado su relación de noviazgo, la pareja estaba en preparativos de boda. Su red de apoyo era prácticamente nula. Presentó intento suicida por consumo excesivo de medicamentos, ésta fue su primera hospitalización en la institución, con una estancia de 15 días. Con tratamiento farmacológico desde antes de su ingreso.

Paciente 2. Mujer de 44 años de edad, madre de una hija de 20 años de edad. Vive en casa propia con hija, yerno y nieto con pocos meses de nacido. Trabaja como jefa de enfermería en el ISSSTE. Su esposo había muerto 1 año 8 meses antes de su internamiento. Fue la cuidadora primaria de su pareja por los últimos 4 años. Tuvo intento suicida por consumo excesivo de medicamentos, ésta fue su primera

hospitalización, con una estancia de 10 días. Con tratamiento farmacológico desde antes de su ingreso.

Paciente 3. Mujer de 41 años de edad, madre de dos hijos (hombre y mujer) estudiantes de universidad y preparatoria respectivamente. Vive en casa rentada, con solo dos habitaciones para ella, hijos y esposo. Trabajaba en casa, capturando trabajos por computadora y recogiendo PET. Víctima de violencia (verbal, psicológica y de género) por parte de su esposo y en menor medida de su hija. Mujer con múltiples procesos de enfermedad física. La familia completa fue víctima de una golpiza por parte de vecinos, razón por la cual se vieron obligados a abandonar su casa. No presentó intento suicida y no fue hospitalizada. Sin embargo, la ideación suicida además de la depresión eran sumamente intensos (congruente con los puntajes en los instrumentos), razón por la cual fue incluida en el protocolo. El tratamiento farmacológico inició desde antes de su contacto con el hospital.

Paciente 4. Mujer de 35 años de edad. Madre de dos hijas, una adolescente de secundaria y una niña en primaria. Vive en casa de su madre, pues su casa está fuera del D.F. Vive con sus hijas, madre y hermanas. Divorciada ya hace algunos años, al iniciar el proceso psicoterapéutico decidió terminar su relación de noviazgo (persona con la que se consumían múltiples sustancias). Trabajaba como demostradora en tienda de autoservicio. Red de apoyo disminuida, interacción con madre e hija mayor teñida de violencia, primordialmente verbal.

La figura 2 muestra los puntajes que cada paciente presentó durante la línea base y a través de la intervención, en el Inventario de depresión de Beck. Así mismo, se presenta el resultado del cálculo del índice NAP para cada participante (los primeros tres casos se consideran moderados, el último débil).

En la paciente 1, es más evidente el cambio en la variable durante la intervención. En las pacientes 2 y 3, el cambio parece más discreto. En la cuarta participante, es evidente una tendencia a la disminución,

incluso antes de iniciar la intervención. Sin embargo, se presenta un pico hacia la parte final, lo cual disminuye el efecto.

Con respecto a la ideación suicida, los resultados se muestran en la figura 3. En tres de las cuatro pacientes, los puntajes se mantienen cercanos a cero. Sin embargo, es importante identificar que dicha disminución se muestra incluso durante la línea base, a diferencia de la paciente 3, la cual no fue hospitalizada. Los tamaños del efecto reportados son en general débiles (pacientes 2, 3 y 4) y uno figura como moderado.

Discusión.

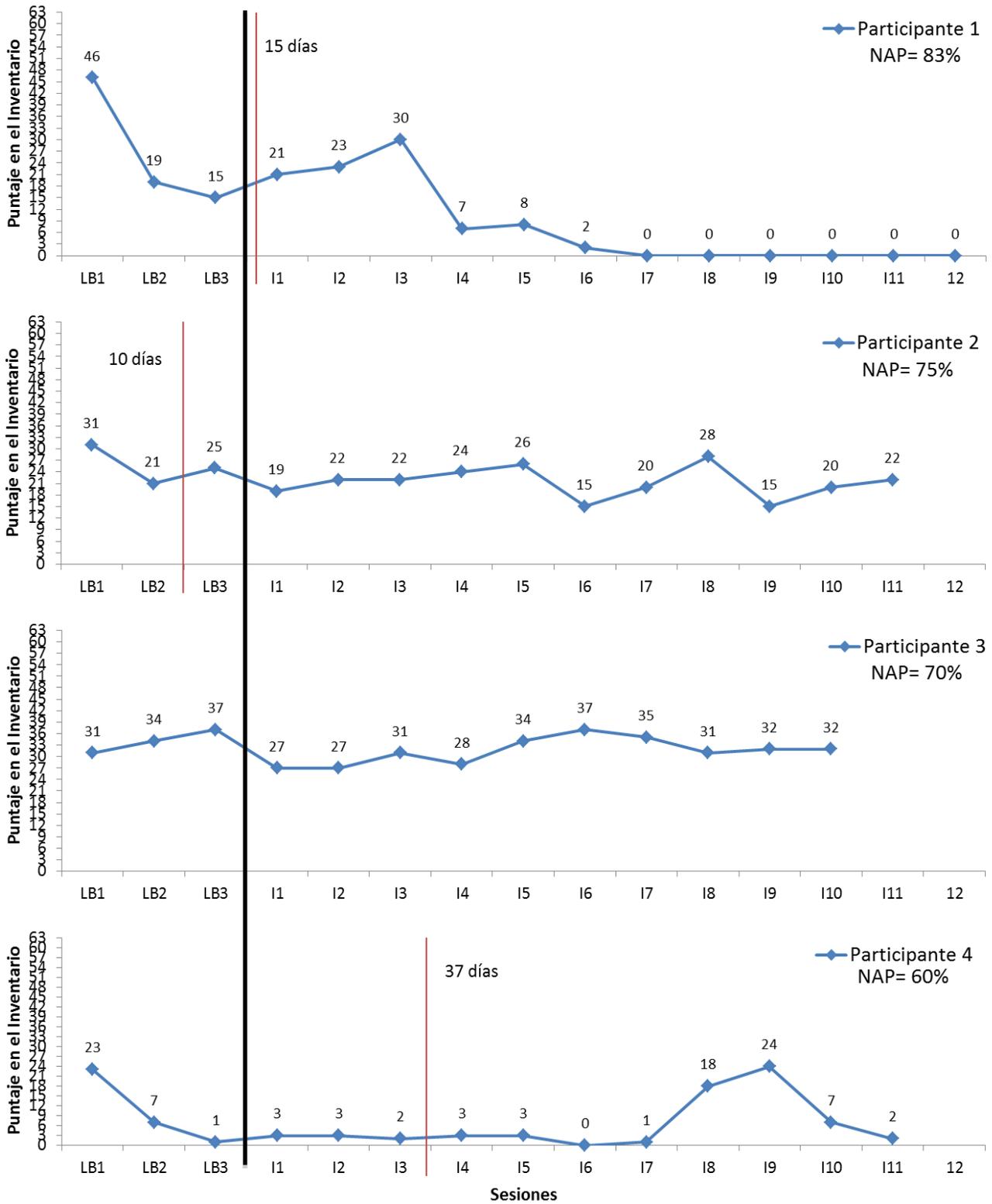
El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de la terapia cognitivo conductual agregada al tratamiento usual, para reducir los síntomas depresivos y la conducta suicida. Con base en lo anterior y en el análisis realizado podemos decir que el efecto en la sintomatología depresiva es moderado, el cual concuerda con la literatura de investigación actual (Wiles, et al., 2013; Brown, et al., 2005; Townsend et al., 2001).

Con respecto a la conducta suicida, el efecto es débil, factor que no corresponde con la información generada por otras investigaciones (Brown, et al., 2005; Slee, et al., 2008).

Es oportuno destacar la diferencia en los efectos de la intervención para cada variable dependiente. Es decir, para la sintomatología depresiva es moderado y para la ideación suicida es débil. En ambas variables la proporción es de 3 a 1.

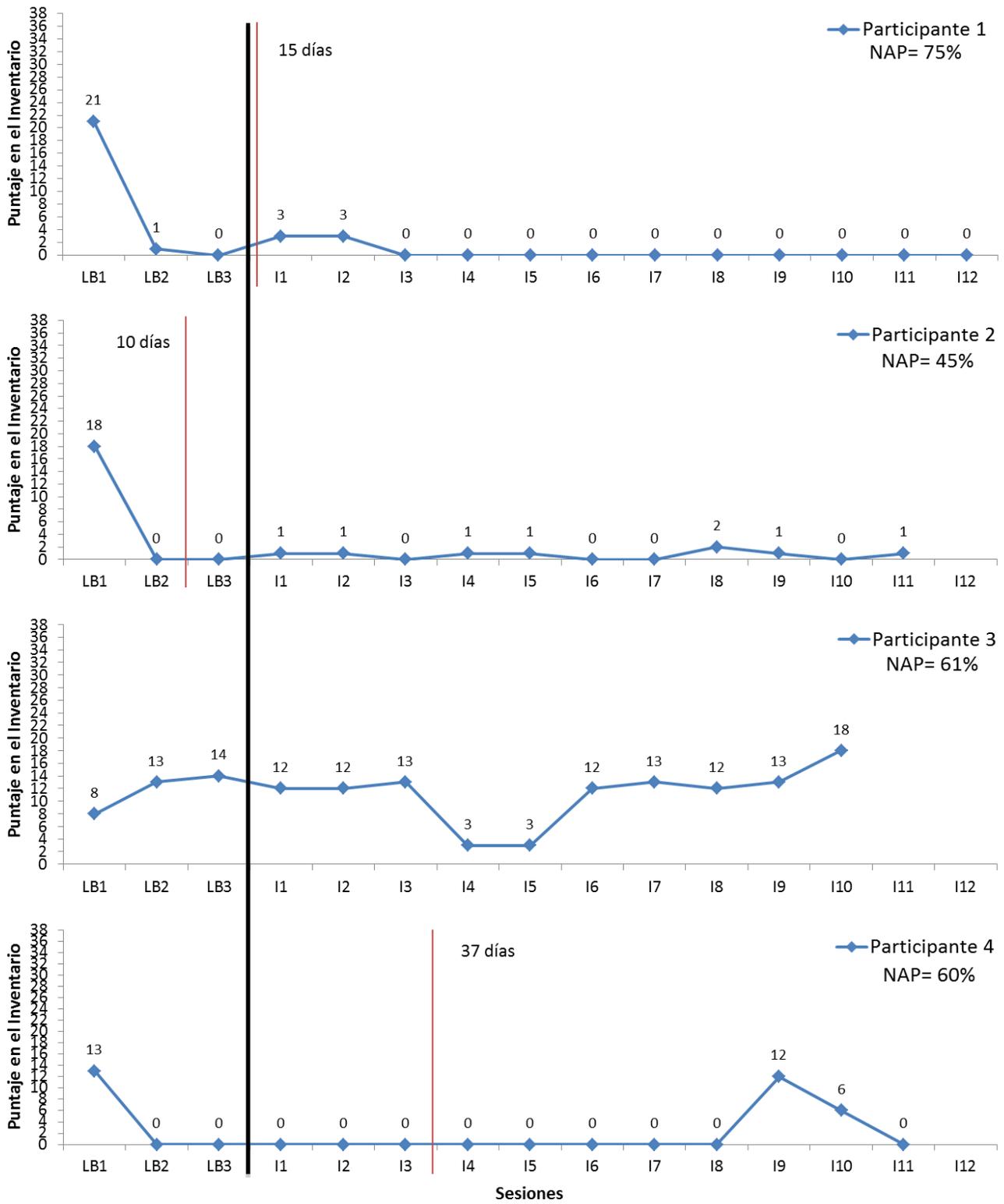
Como hipótesis se presenta la premisa al respecto del control de estímulos (Rimm & Masters, 1990). Esta se refiere a un beneficio meramente conductual que nos brinda la hospitalización, al erradicar como opción de solución el suicidio por la nula disponibilidad durante la estancia intrahospitalaria. Factor que podría explicar la disminución tan repentina que se muestra en las pacientes hospitalizadas durante la línea base (figura 3).

Figura 2. Puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck.



— Inicio de la intervención. — Alta de la hospitalización/días de estancia.

Figura 3. Puntajes obtenidos en el Inventario de Ideación Suicida de Beck.



— Inicio de la de intervención. — Alta de la hospitalización/días de estancia.

Por otro lado, los síntomas depresivos también muestran una disminución durante la línea base, probablemente explicado por la misma premisa en conjunto con la teoría de la activación conductual (Dimidjian, Martell, Addis & Herman-Dunn, 2008) la estancia brinda una estructura al día, con actividades cotidianas de limpieza, aseo personal, terapéuticas, lúdicas e interacción social. Sin embargo, dicho cambio no es tan marcado, ni parece mantenerse solo con el tratamiento usual, por el contrario, en los casos 1 y 2, el alta en la hospitalización parece coincidir con una elevación en los síntomas depresivos.

Una posible explicación de este hallazgo es el origen multifactorial de la depresión (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000). Entre estos figuran; déficits en habilidades sociales y/o para resolver problemas, así como pensamientos distorsionados o poco adaptativos que dificultan la resolución o el afrontamiento de eventos desagradables, como la pérdida de un ser querido.

Basta con brindar un breve análisis a dichos factores para descubrir que se necesita tiempo para entrenamiento y trabajo arduo por parte del individuo para desarrollar y/o fortalecer dichas herramientas (Beck et al., 1979). Lo cual es el objetivo primordial en un proceso psicoterapéutico con corte cognitivo conductual. Esta última premisa puede explicar que en los casos 2 y 3 los puntajes no se acerquen a cero, es necesario más tiempo para el entrenamiento y trabajo por parte de las participantes para desarrollar dichas estrategias.

De hecho, esta misma premisa puede explicar las elevaciones en los casos 1 y 2 (figura 2) que coinciden con el alta de la estancia hospitalaria. Dicho de otra forma, las pacientes pudieron mostrar dicha elevación pues en el momento de su alta no habían trabajado sobre estas herramientas y regresaban exactamente igual al escenario que en un primer momento generó la depresión

En un primer momento se puede pensar que la relevancia de estos resultados no cuenta con mucho impacto. Sin embargo, es

indispensable clarificar que la línea base del estudio, se realizó con el tratamiento habitual. El cual está conformado por farmacoterapia, hospitalización e intervenciones psicosociales de diferente índole (terapia ocupacional, actividades grupales, entre otras). Es decir, se identificó que los beneficios que brinda el hospital pueden maximizarse.

Por otro lado, si traducimos estos números a situaciones de la vida real, es indispensable visualizar que en ninguno de los casos se presentaron recaídas significativas, incluso en aquella paciente que no fue hospitalizada. Dicho de otro modo, los picos en los puntajes no concluyeron en una nueva hospitalización, aspecto que muy probablemente pudo presentarse de no haber existido la psicoterapia. Es importante destacar que este es un beneficio tanto para los pacientes como para la institución (Arnfred, Nilsson & Larsen, 2013).

Entre las limitantes más importantes que enfrentó esta investigación, se encuentra el sesgo del investigador para la medición. Esto, se debe a que debido a la carencia de un equipo de trabajo, el psicoterapeuta fue el mismo que se encargó de recabar las medidas de línea base y de la intervención. Sin embargo, esta variable extraña se atenuó por el uso de medidas autorreporte. Es decir, los inventarios utilizados miden la percepción del paciente sobre su estado, aislando así la percepción del psicoterapeuta.

Por otro lado, como se mencionó en el marco teórico, los diagnósticos de depresión en conjunto, ocupaban el segundo lugar de motivos de hospitalización en la institución. A pesar de ello, fue sumamente complejo poder conjuntar a los participantes para esta investigación. La razón principal de esta dificultad fue la comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. Escenario de suma relevancia pues se ha probado que la terapia cognitiva estándar no es la mejor opción para dicho trastorno (Stoffers et al., 2012).

Es indispensable solventar esta situación, pues según los lineamientos de la práctica basada en la evidencia (Glasziou, et al., 2003) y el código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología,

2010), se incurre en una falta si se brinda un tratamiento que se sabe no es el más útil para las personas. Esta situación me lleva a cuestionar en cuantas ocasiones se ha brindado atención para reducir la depresión, en pacientes que presentan comorbilidad con trastorno límite de personalidad.

Por dicha razón, como parte de los productos de este trabajo, se sugiere implementar estrategias más efectivas para obtener impresiones diagnósticas más certeras. Para de este modo, poder utilizar uno de los beneficios que ofrece el utilizar etiquetas diagnósticas: tener una idea clara de posibles tratamientos.

Una sugerencia adicional, consecuencia de la investigación, es brindar procesos psicoterapéuticos un tanto más extensos a determinados pacientes (siguiendo la premisa de intervenciones personalizadas). Esto a raíz de la discrepancia existente entre la paciente 1 y el resto. La primera mujer que se reportó, fue la que obtuvo mayor beneficio de una intervención de aproximadamente 12 sesiones. Sin embargo, es sumamente posible que el resto de las participantes alcancen resultados similares con una intervención más amplia.

Así mismo, se sugiere ampliar las opciones de intervención psicoterapéutica en el hospital. Por mencionar solamente las opciones producto de primera fase de la investigación, contamos con la terapia cognitiva estándar y la terapia cognitiva basada en la atención plena para tratar la depresión. Aunque los tamaños del efecto que muestran son similares, estamos hablando de enfoques un tanto diferentes que pueden ser implementados de manera independiente o incluso en combinación para probar su efectividad en el hospital.

Reporte de Casos adicionales.

Manejo cognitivo conductual del trastorno dismórfico corporal.

Introducción

El trastorno dismórfico corporal es un padecimiento caracterizado por una preocupación excesiva debido a algún defecto imaginado del aspecto físico. Si existen anomalías físicas reales, estas generan una preocupación aún más intensa. Dicha preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y/o de otras áreas importantes del individuo (APA, 2002).

La prevalencia del trastorno oscila entre 0.7% y 2.4% de la población abierta. En pacientes psiquiátricos se presenta en un 13% aproximadamente (Mufaddel, Osman, Almagaddam & Jafferany, 2013). Algunos casos llevan al individuo a presentar conducta suicida (Cruzado, Vásquez & Huavil, 2010).

Se reporta este caso por la baja frecuencia del trastorno en la población general. Además, la característica principal del padecimiento es la preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico, en el paciente "C", era la pérdida de cabello. Dicha preocupación provocó una marca disfuncionalidad en los ámbitos laboral, relacional y social.

El tratamiento psicoterapéutico estuvo basado en la evidencia, donde fuentes con nivel uno de evidencia sugieren el uso de la terapia cognitivo conductual (Ipser, Sander & Stein, 2009). Específicamente procedimientos de desensibilización sistemática encubierta y en vivo, reestructuración cognitiva, entre otras. Es importante aclarar que la evidencia al respecto no es concluyente, lo que enfatiza aún más la relevancia de reportar este caso.

Acerca del tratamiento farmacológico, este estuvo a cargo de personal de psiquiatría del hospital. Estuvo constituido por Seroquel 50mg, Fluoxetina 40mg, Clonazepam .75mg y Propanolol 40mg.

Descripción del paciente

Se trató de un hombre de 36 años de edad. Se había empleado como extra de televisión y posteriormente como escultor (haciendo fuentes), al momento de iniciar la intervención se encontraba desempleado. Vivía con su hermana, cuñado y dos sobrinas, esto en una vivienda propiedad de su padre. El motivo de consulta fue ansiedad elevada lo que desembocó en ideación suicida que posteriormente generó un intento suicida.

La intervención inició cuando el paciente se encontraba en hospitalización continua y se mantuvo durante la consulta externa.

Instrumentos

- Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado.
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).
- Escala Breve de Fobia Social.
- Fragmento de examen del Trastorno Dismórfico Corporal.

Formulación de caso - Diseño de tratamiento

La formulación del caso y el diseño del tratamiento se realizaron siguiendo la propuesta del enfoque basado en toma de decisiones (Nezu et al., 2006). El cual indica generar un mapa clínico de patogénesis (MCP) en el cual se aprecian las variables más relevantes (distales, antecedentes, organísmicas, de respuesta y consecuencias) en la problemática del individuo, así como las relaciones funcionales entre ellas. En la figura 4, podemos visualizar la formulación del caso de "C".

Para el diseño de tratamiento, los autores sugieren el uso de un mapa de alcance de metas (MCM). En el que se visualizarán las técnicas a utilizar, las cuales estarán focalizadas a alcanzar objetivos intermedios o instrumentales. Al lograrse estos, se obtendrán los objetivos finales. La figura 5 muestra este mapa.

La intervención se realizó en sesiones semanales de 60 minutos, durante seis meses. Por lo que se trabajó durante alrededor de 24 sesiones. La intervención concluyó pues el paciente tuvo que cambiar su lugar de residencia a otro estado de la república mexicana.

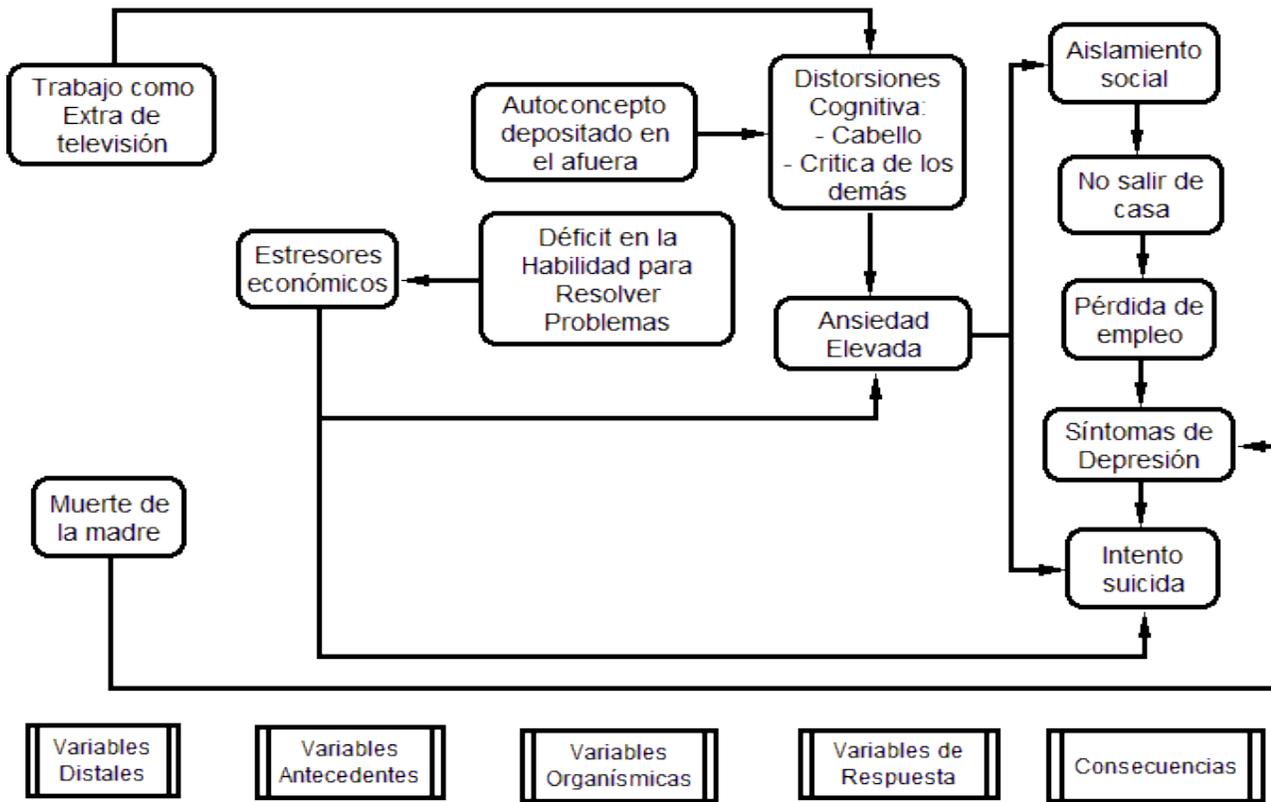


Figura 4. Mapa clínico de patogénesis del paciente "C".

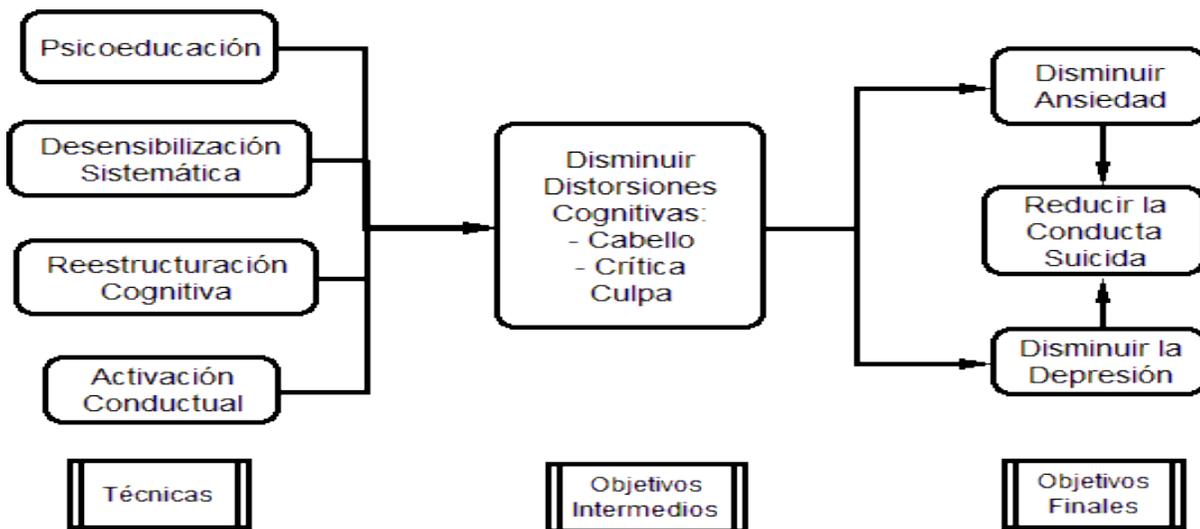


Figura 5. Mapa de alcance de metas de "C".

Un aspecto primordial en “C”, fue que la preocupación por la caída de su cabello solo era la expresión de un conjunto. Es decir, existía preocupación por más partes del cuerpo, por su aspecto en general. Por esta razón, la desensibilización sistemática se estructuró de tal modo que los escenarios expusieran al paciente a situaciones en que varias personas observaban diversas partes de su cuerpo.

Al concluir la desensibilización sistemática encubierta se iniciaron ejercicios de exposición gradual en vivo, retomando escenarios de la exposición encubierta (desde salir a la calle a barrer, hasta visitar un centro comercial). Al mismo tiempo, comenzó el programa de activación conductual en el que se consideraron actividades placenteras y cotidianas. Este factor favoreció en gran medida la rehabilitación social del paciente.

La reestructuración cognitiva se volcó a abordar las distorsiones cognitivas al respecto de la pérdida excesiva de cabello, la crítica que podían emitir las personas hacia el paciente y pensamientos de culpa debidos a la muerte de la madre.

Resultados

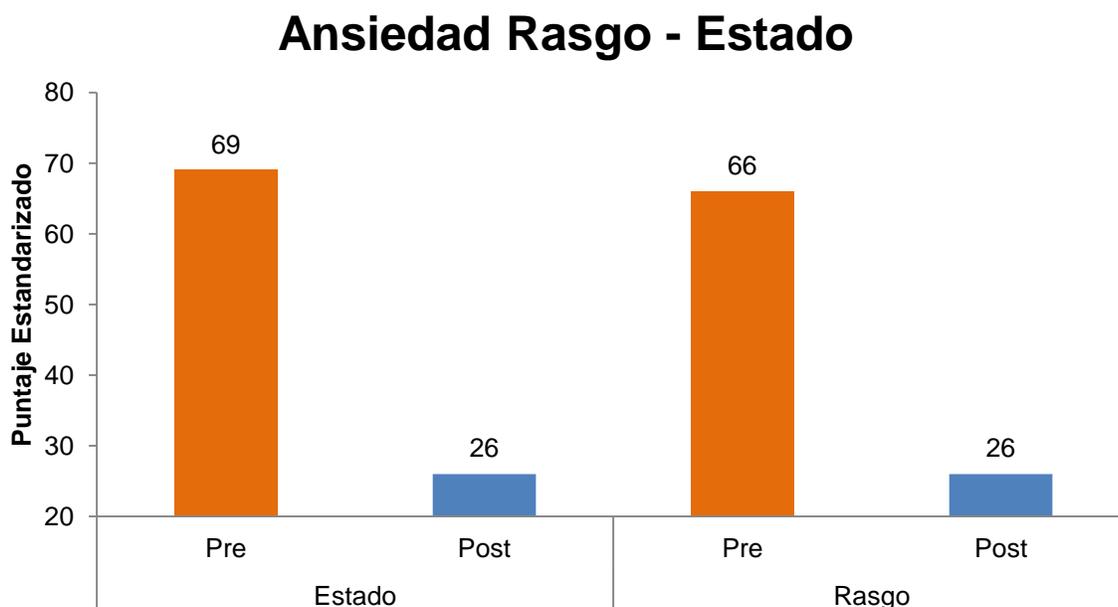


Figura 6. Puntajes antes y después de la intervención para ansiedad.

Con respecto a la ansiedad como rasgo - estado (Figura 6.), ambas muestran una disminución bastante clara después de la intervención. El decremento prácticamente alcanza el nivel mínimo de la escala (20 puntos), comparado con la medida inicial, las cuales se acercan claramente al máximo (80 puntos).

Una medida más de ansiedad y la única de depresión (Figura 7.) mostraron una reducción clara en el post-test, al ser comparado con el pre-test. En donde ambas variables pasan de casi el máximo puntaje (20 puntos), al mínimo o muy cercano a este (0 puntos).

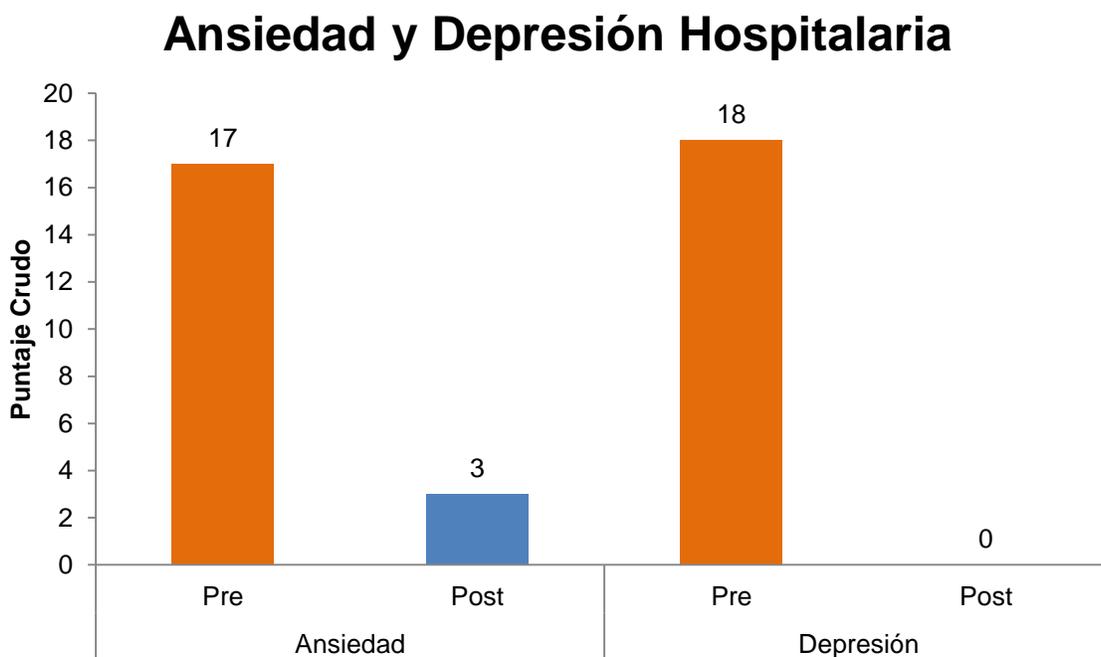


Figura 7. Puntajes pre - post, ansiedad y depresión.

En las figuras 8 y 9, se aprecia una disminución importante en ambas partes de la escala breve de fobia social. Asimismo, se visualiza un decremento considerable en el puntaje total de la escala (Figura 16.)

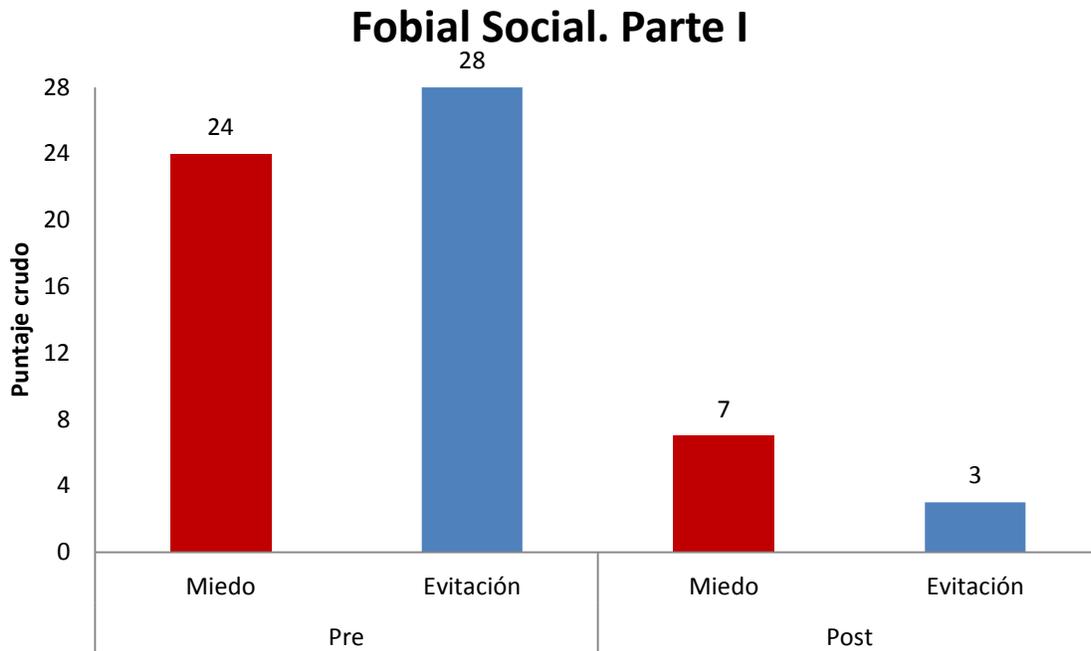


Figura 8. La parte I, mide la evitación y miedo ante escenarios sociales.

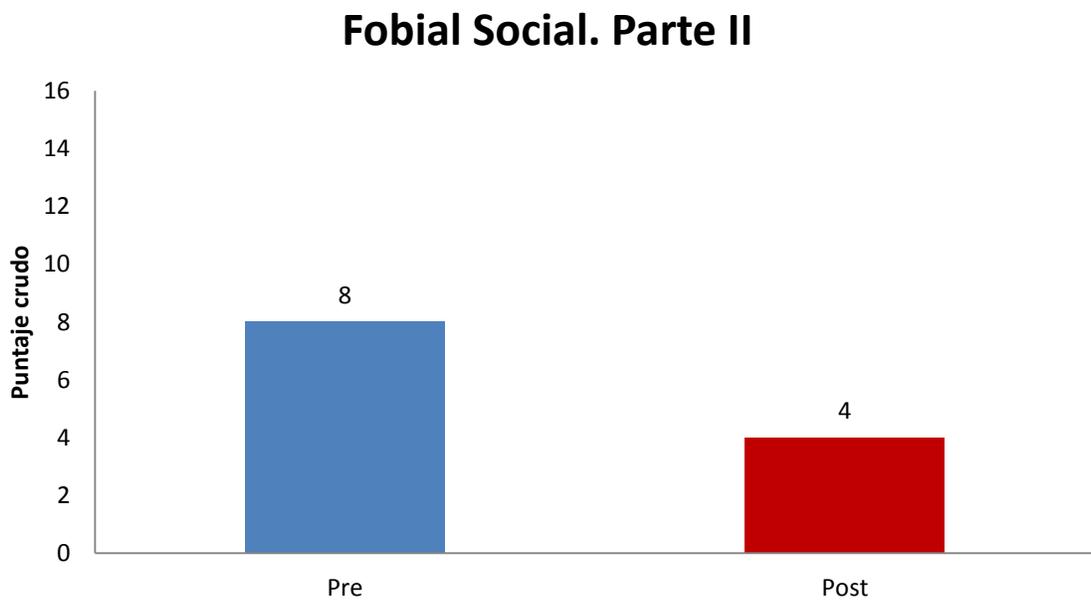


Figura 9. La parte II, mide la activación fisiológica ante escenarios sociales.

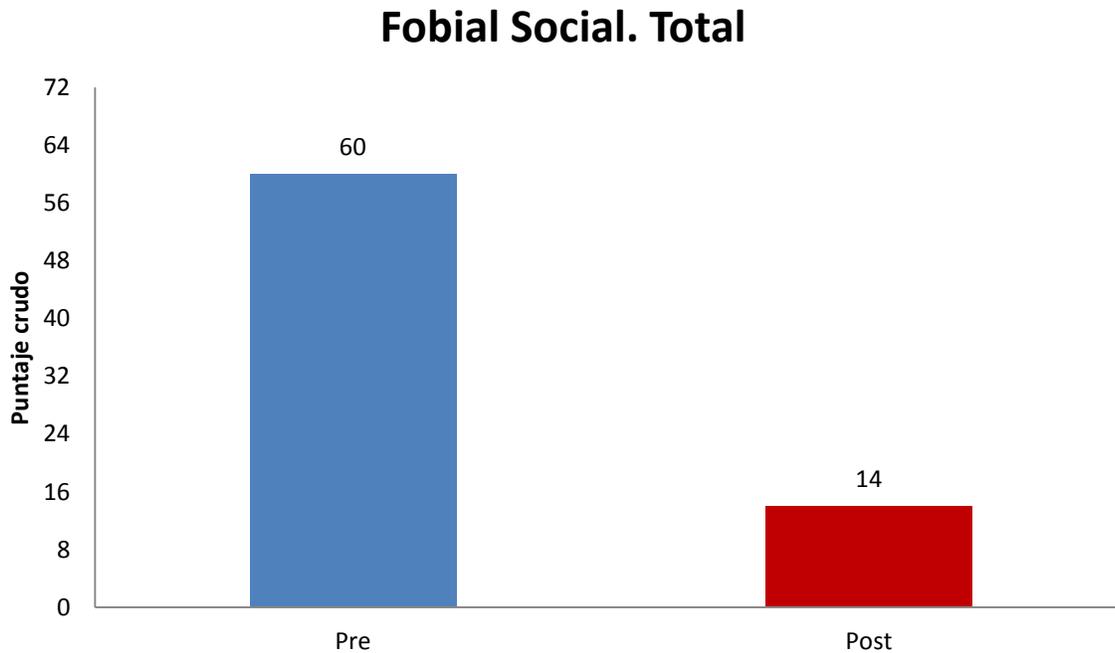


Figura 10. Puntaje total de la escala breve de fobia social.

Discusión

Con base en los datos recolectados, se puede decir que la ansiedad y la depresión, en general, disminuyeron de forma muy clara (figura 6 y 7). Con base en lo anterior y según la formulación de la caso podemos decir que intervención fue efectiva pues se cumplen dos de los tres objetivos finales. Resultado que concuerda con los datos de otros trabajos (Ipser et al., 2009).

Al respecto de la ideación suicida, no se utilizó ningún instrumento para medir dicha variable, factor que representa una limitante de este caso. Sin embargo, según la conceptualización del caso, la disminución de la depresión y la ansiedad provocarían una disminución en la ideación suicida. Al menos por reporte del paciente (durante entrevista en la sesiones) a lo largo de la intervención, se erradicó la ideación suicida. Autorreporte que coincide con la inexistencia de contactos al servicio de urgencias del hospital por intento suicida (información extraída directamente del expediente).

A pesar de medir una variable diferente al diagnóstico del paciente, se solicitó responder la escala breve de fobia social. Esto debido a que la incomodidad experimentada por el paciente no era solo de una parte del cuerpo, sino de varias, incluso su apariencia general, escenario que generó síntomas muy similares a la fobia social (como salir de casa para evitar ser visto). Al mostrarse una reducción en ello (figuras 8, 9 y 10), podemos inferir indirectamente un cambio en la preocupación por las partes del cuerpo.

Por otro lado, es indispensable analizar el contenido de la figura 12 y relacionarlo con la teoría que antecede al instrumento. Es decir, según dicha premisa, se espera que la medida de la ansiedad como rasgo muestre cierta estabilidad pues representa la forma en que habitualmente es la persona (Spielberger & Diaz-Guerrero, 1975).

Sin embargo, en el presente caso, también se presenta una reducción clara en ansiedad. Posiblemente este cambio se debe a que, el tiempo de evolución del paciente con su padecimiento fue prolongado (alrededor de dos años), la disfunción más clara se presenta cuando, las conductas evitativas alcanzan niveles extremos (como ya no salir de casa para nada). Dicho de otro modo, es evidente que "C", comenzó a estar ansioso todo el tiempo, figurando como rasgo de su persona y no solo una forma de responder ante ciertas situaciones.

Para concluir esta discusión, sería difícil determinar el porcentaje que cada intervención (psicoterapia - farmacoterapia) tiene en los resultados, de hecho no es el objetivo de un reporte de caso. El objetivo de un reporte de caso es primordialmente clínico, en este sentido, la combinación de los tratamientos logró los resultados aquí presentados. En este sentido, ese es uno de los aportes más importantes del reporte, el exhortar al trabajo multidisciplinario de áreas del conocimiento que se complementan satisfactoriamente, todo, en beneficio de las personas.

Manejo cognitivo conductual en el trastorno esquizoide de la personalidad.

El trastorno esquizoide de la personalidad es un padecimiento caracterizado por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal (OMS, 1992).

La relevancia de este reporte es ampliamente evidente puesto que es poca, incluso casi nula la investigación sobre este fenómeno. En una revisión breve de la literatura, no se encontraron estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia del trastorno. Además, la evidencia acerca del tratamiento es bastante limitada, solo se encontraron dos reportes de caso procedentes de Rusia y Alemania.

Se ofreció atención psicoterapéutica a “G” durante su estancia en el área de observación del servicio de urgencias del hospital. Dicho ofrecimiento se presentó por el importante déficit en habilidades sociales identificado, así como una marcada ansiedad incluso ante la entrevista del equipo médico.

La evidencia para el tratamiento de personas con estas características es limitada, por dicha razón, la intervención se realizó con base en la formulación de caso. La farmacoterapia estuvo a cargo del personal de psiquiatría del hospital, la cual consistía en Risperidona 2mg, Alprazolam 2mg, Valproato de Magnesio 200mg y Mirtazapina 30 mg.

Descripción del paciente

Hombre de 49 años de edad. Vivía solo, en la ciudad de Pachuca, Hidalgo. No tenía contacto con familiares, amigos o vecinos, solo interactuaba con las personas de su trabajo. Sin embargo, esta situación generaba intensa ansiedad. Se emplea como ayudante administrativo en una dependencia de gobierno, ubicada al sur del D.F. Todos los días se trasladaba de Pachuca hacia el sur del Distrito Federal por la

mañana y de regreso a casa por la tarde. Debido a este recorrido las horas de sueño diarias oscilaban entre 30 y 90 minutos.

El motivo de hospitalización fue conducta parasuicida (cortes leves en los antebrazos), alucinaciones aditivas y visuales, además de un evento catalogado como ataque de pánico durante el desempeño de sus actividades en el trabajo.

La intervención inicia durante su estancia hospitalaria y continua hasta los servicios ambulatorios.

Instrumentos

- Inventario de asertividad de Gambrill y Richey II.
- Batería neuropsicológica breve en español (NEUROPSI).
- Inventario de Calidad de Vida y Salud.

Formulación de caso - Diseño de tratamiento

La formulación de caso y el diseño de tratamiento se realizaron siguiendo la propuesta de Nezu, Nezu, & Lombardo (2006). El mapa clínico de patogénesis de "G" se muestra en la figura 11. El mapa de alcance de metas lo podemos observar en la figura 12.

Resultados

El resultado principal en este caso es el desarrollo de habilidades sociales, comportamiento asertivo. En la figura 13, podemos apreciar una disminución importante en el grado de incomodidad generada por emitir respuestas asertivas. Además, se identifica un decremento en el puntaje de la escala probabilidad de respuesta, de la cual entre menor sea el puntaje, mayor grado de probabilidad para emitir respuestas asertivas.

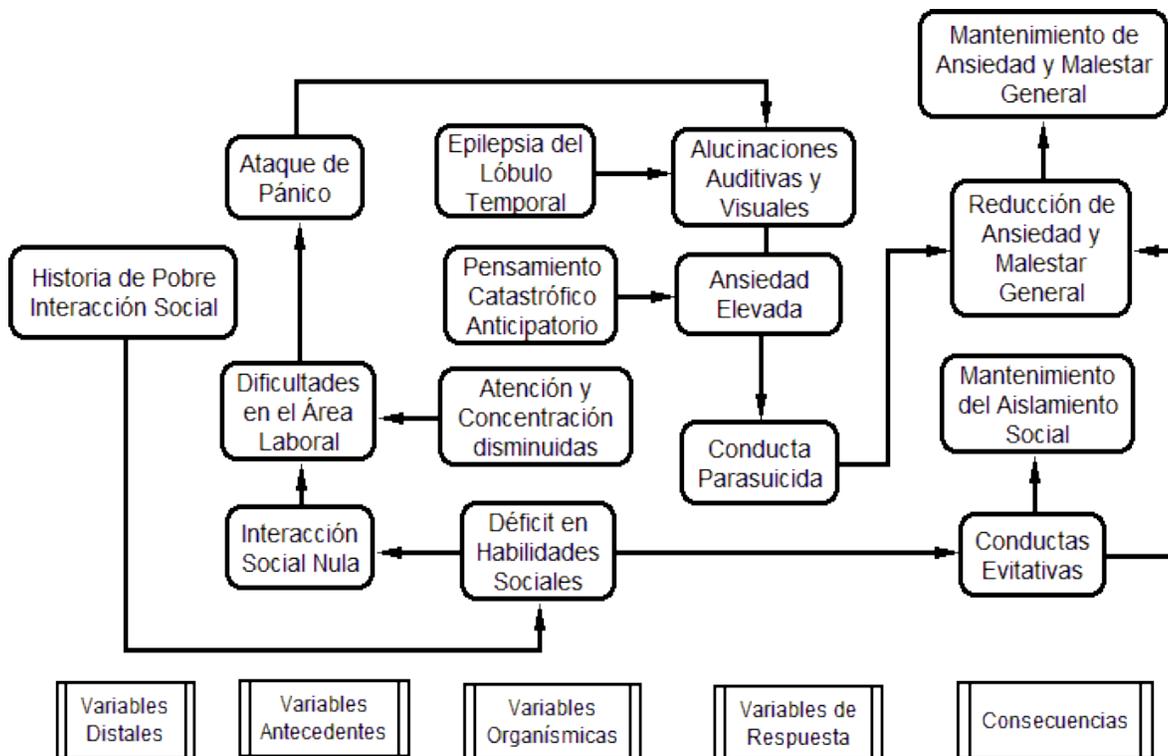


Figura 11. Mapa clínico de patogénesis de "G".

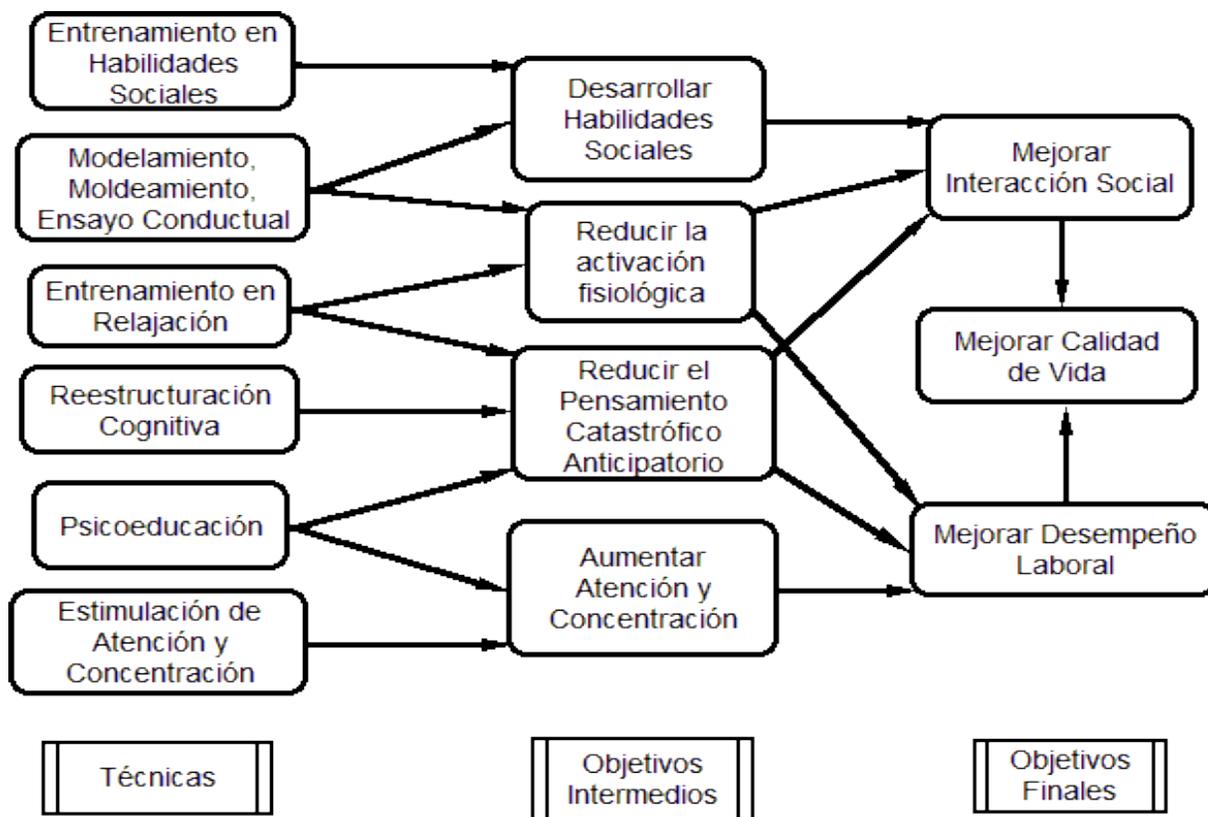


Figura 12. Mapa de alcance de metas de "G".

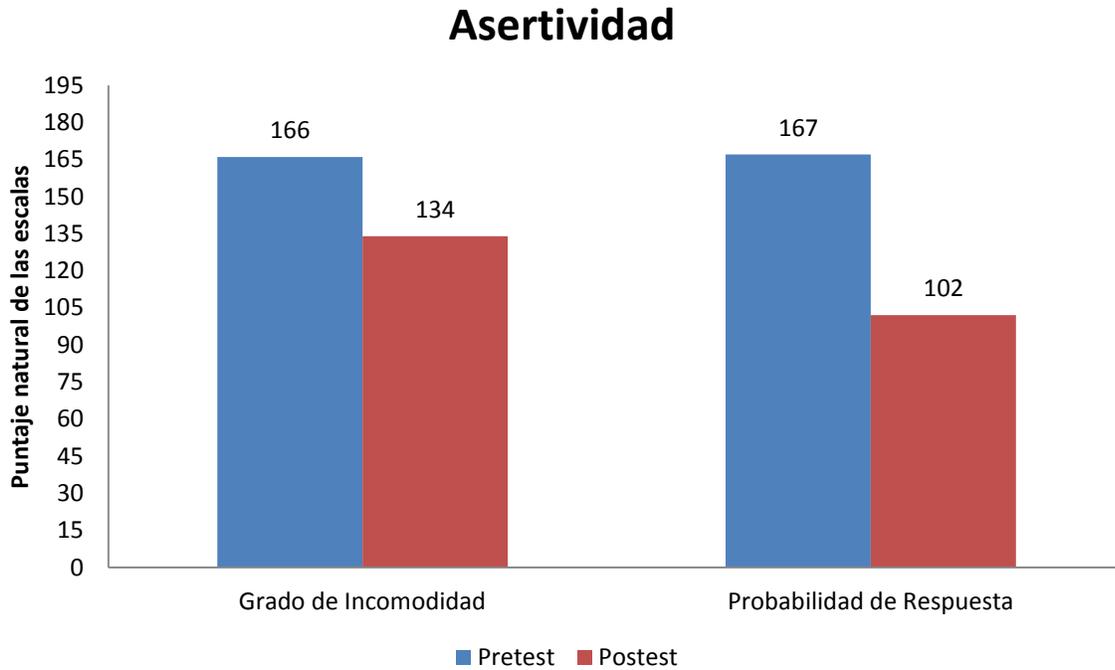


Figura 13. Resultados Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey II.

Con respecto a la Batería Neuropsicológica breve en español, el resultado muestra un aumento considerable en el puntaje crudo. Al realizar la interpretación del mismo, la categoría se modifica de deterioro cognitivo severo a deterioro cognitivo moderado (figura 14).

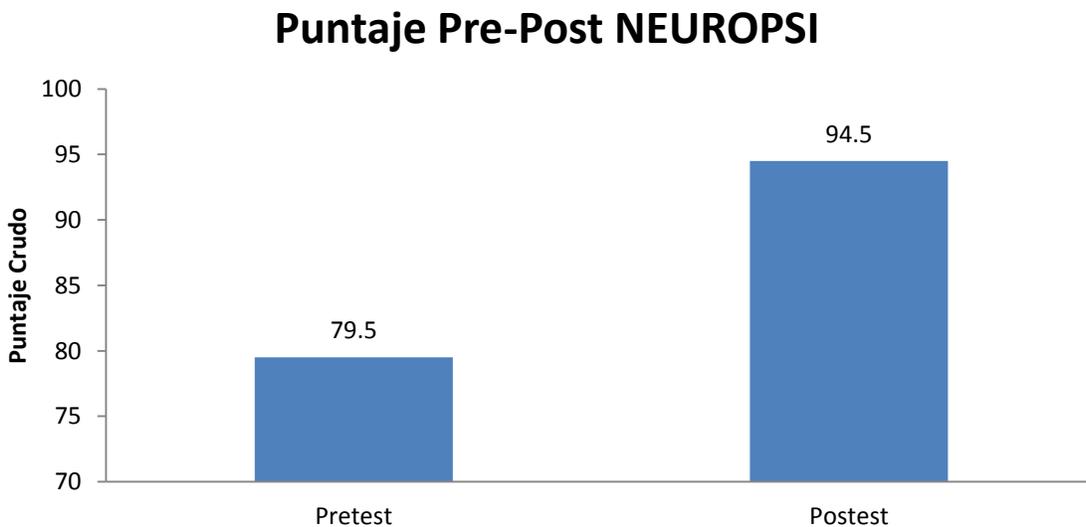
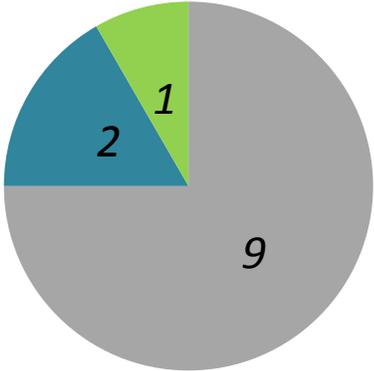


Figura 14. Puntaje crudo de la Batería Neuropsicológica breve en español.

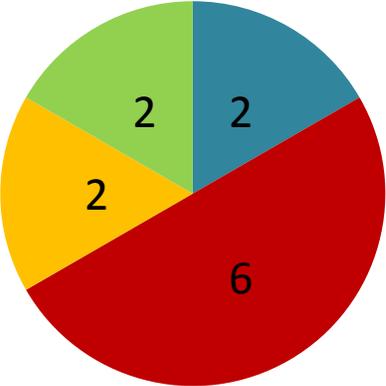
Con respecto del Inventario de Calidad de vida y Salud, solo mostramos la distribución de las escalas antes y después de la intervención, según la clasificación que brinda la prueba (muy baja, baja, normal, alta y muy alta). En la figura 15, podemos observar como en el pre-test son nueve las escalas clasificadas como muy baja calidad de vida. En el post-test, la mitad de las escalas se categorizan como calidad de vida normal, dos en alta y dos en muy alta.

Pre-test



■ *Muy Baja* ■ *Baja* ■ *Muy Alta*

Post-test



■ *Baja* ■ *Normal* ■ *Alta* ■ *Muy Alta*

Figura 15. Distribución de las escalas del InCaViSa.

Discusión.

Con base en los resultados, se puede decir que la intervención fue efectiva, destacando el entrenamiento en habilidades sociales, pues según la descripción del trastorno y la demanda del paciente, la interacción social fue el principal objetivo terapéutico.

En la figura 13 observamos los resultados correspondientes a las dos categorías que mide el instrumento. El grado de incomodidad se refiere al nivel de ansiedad que genera emitir respuestas asertivas, lo cual se solventó con el entrenamiento asertivo en conjunto de la práctica en relajación.

Al respecto de la probabilidad de respuesta, esta se refiere al nivel en que la persona emitirá una respuesta asertiva, abordado totalmente con el entrenamiento. Evidentemente que la probabilidad de emitir una conducta es muy baja, si la misma no se encuentra en nuestro repertorio.

Es indispensable clarificar la razón por la cual se utilizó la batería neuropsicológica. Cuando se inició el abordaje con el paciente se realizó una revisión de su expediente, identificando de este modo las dificultades médicas que presentaba. El objetivo fue conocer si el deterioro cognitivo era tan severo que imposibilitaría el proceso psicoterapéutico. Durante la realización en el pre-test, se observó que la ejecución deficiente parecía acentuarse por la ansiedad experimentada.

En este sentido, es evidente que el paciente cuenta con un deterioro cognitivo importante, sin embargo, la intervención no se focalizó a disminuirlo, sino a enfrentar de manera diferente situaciones de ansiedad, a través de actividades para estimular la atención y concentración, además de la práctica en relajación. Según lo anterior, los datos de este instrumento se consideran más como una medida indirecta de ansiedad (su influencia en atención y concentración) que una mejora en el deterioro cognitivo, pues durante la intervención no se utilizó algún protocolo formal para trabajar dicha variable.

En la figura 15, se muestra la distribución de las escalas del inventario de calidad de vida, variable que representó el objetivo final. En general, podemos observar que en el pre-test ninguna escala se clasificó como normal o alta, la mayoría estaba en mala o muy mala calidad de vida. Después de la intervención, la mitad se posicionó como normal, dos como alta y dos muy alta. Con base en lo anterior podemos decir que la intervención generó un cambio importante en la calidad de vida. Es pertinente mencionar que la escala que mide interacción social cambió de muy mala a muy alta.

Una aportación valiosa de este reporte, se ubica en el uso de las clasificaciones diagnósticas, pues a pesar de contar con muchos beneficios, no brindan información al respecto de la etiología del trastorno. En este sentido, la taxonomía solo nos dice que existe un marcado desinterés en la interacción social, pero no sabemos que lo genera. Información que si nos brinda la formulación de caso, al entrevistar, estar en contacto y brindar un papel activo a la persona.

Existen múltiples teorías que tratan de explicar la forma en que se gesta dicho trastorno. Este reporte nos permite generar o fortalecer una de esas explicaciones; el desamparo aprendido. "G", intentó en múltiples ocasiones a interactuar con los demás, al fracasar u obtener resultados adversos (identificar que las consecuencias no dependen de su conducta) se generó y fortaleció el desinterés por dicha actividad.

La Sede Clínica Institucional

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Antecedentes históricos.

El primer antecedente preciso al respecto de la atención psiquiátrica en el país y tal vez en el continente, data de 1566. Es Fray Bernardino Álvarez Herrera quien funda el Hospital de San Hipólito, consagrado exclusivamente al cuidado de enfermos mentales.

Posteriormente, el mismo Fray Bernardino fundó en 1568 el Hospital de Santa Cruz para enfermos mentales, el cual se ubicaba en Oaxtepec. Ya en 1700, la congregación del Divino Salvador funda un hospital con el nombre de dicha congregación, ubicado en la antigua calle de la Canoa en el centro de la ciudad de México.

Fue hasta después de 334 años de la fundación del Hospital de San Hipólito, el 1° de septiembre de 1910 cuando se inauguró el Manicomio General de la Castañeda, construido bajo el gobierno de Porfirio Díaz, para festejar el centenario del inicio de la independencia. El predio en que se construyó fue obsequiado por una familia del mismo apellido.

El Manicomio General se diseñó para albergar a 1000 pacientes. Sin embargo, por la falta de otros centros de atención llegó a atender a 3500 pacientes.

Para solventar las limitaciones que enfrentaban tanto la Castañeda, como siete hospitales-granja, se elaboró la operación Castañeda. El procedimiento concluyó en mayo de 1984. Dicho proyecto contempló la construcción de los siguientes hospitales psiquiátricos:

- Fray Bernardino Álvarez con 600 camas.
- Infantil Dr. Juan Navarro con 200 camas.
- Dr. Samuel Ramírez Moreno con 519 camas.

- Dr. Rafael Serrano con 495 camas (Puebla).
- Dr. Adolfo M. Nieto con 524 camas.
- Fernando Ocaranza con 620 camas (Pachuca).

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se inauguró el 9 de mayo de 1967, entró en operación el 22 de junio del mismo año, con el traslado de varios pacientes del Manicomio General. Dos hitos importantes en la historia de la institución son la fundación de la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en 1985, así como la unidad de Observación en Urgencias, la cual se pone en marcha en 1994.

Misión

Brindar atención integral con calidad, seguridad y humanismo a la población que requiere servicios especializados en psiquiatría, rehabilitación psicosocial, así como formación de recursos humanos en la materia.

Visión

Ser una Institución Psiquiátrica líder en modelos de prevención, atención, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación.

Servicios de la Residencia en Medicina Conductual

Observación – Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP)

Dentro de la estructura orgánica, el área de Observación pertenece al servicio de Urgencias-Observación. El cual a su vez, forma parte de la división de atención hospitalaria, bajo el mando de la Subdirección de Hospitalización. Por su parte, la UCEP, pertenece a la División de Cuidados Especiales y Especialidades.

Estos servicios no cuentan con personal adscrito de psicología, ni de alguna otra índole. Por lo cual, la llegada de los residentes de

medicina conductual fue bastante oportuna. Las actividades realizadas durante la estancia en estas áreas fueron:

- Pase de visita. Escuchar e intervenir en la entrevista del equipo de especialistas para valorar la permanencia o envío a piso de los pacientes. De esta entrevista el residente de medicina conductual analizaba el caso de los individuos para iniciar o no la intervención psicoterapéutica.
- Intervención individualizada. Entrevista cognitivo conductual breve, formulación de caso, creación de propuesta e inicio de tratamiento breve. Las técnicas usadas con mayor frecuencia fueron; psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entre otras.
- Intervención en crisis. Cuando el personal de psiquiatría identificaba a personas en crisis, solicitaban el apoyo del residente de medicina conductual. La intervención en crisis se realizaba con base en el modelo propuesto por Slaikeu (1996). Esta labor solo se realizaba en el servicio de observación.

Consulta Externa

El servicio de consulta externa se encuentra ubicado dentro de la Subdirección de servicios ambulatorios, según la estructura orgánica del hospital. Esta área si cuenta con psicólogos adscritos, sin embargo, la alta demanda de atención hace evidente la necesidad de más personal para brindar espacios psicoterapéuticos individualizados. Las labores desempeñadas fueron:

- Grupo informativo. Como parte del procesos de ingreso a la consulta externa del hospital, el departamento de psicología realiza una breve entrevista para generar una impresión diagnóstica con base en los criterios de la CIE-10 (OMS, 1992).

- Grupo psicoeducativo. El objetivo del grupo es brindar información clara, científica y oportuna sobre temas involucrados en la enfermedad mental. El residente de medicina conductual era el facilitador en este grupo.

- Psicoterapia individual. Realizar intervención cognitivo conductual a pacientes con trastornos afectivos y de la personalidad.

Referencias.

- APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Arnfred, S., Nilsson, M. & Larsen, J. (2013). Beneficial effect of brief intensive cognitive behavioural therapy-based psychiatric aftercare for early discharged non-psychotic patients. *Danish medical journal*, 60(3), 1-5.
- Artasanchez, S. (1999). *Factores de riesgo para la ideación suicida: Análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza*. (Tesis de maestría). Recuperado de TESIUNAM. (001-01962-A1-1999-1)
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Gedisa.
- Borges, G., Nock, M., Haro J., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina-Mora, M., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Uda, H., Williams, D. & Kessler, R. (2010). Twelve Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the WHO

World Mental Health Surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1617–1628.

Borges, G., Nock, M., Medina-Mora, M., Hwang, I. & Kessler, R. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124, 98–107.

Brown, G., Ten Have, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J. & Beck, A. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563 – 570.

Cruzado, L., Vásquez, E. & Huavil, J. (2010). Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de caso. *Anuario de la Facultad de Medicina*, 71(1):51-53

Dimidjian, S., Martell, C., Addis, M. & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. En Barlow, D. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual* (pp. 328-364). New York: The Guilford press.

Dubicka, B., Elvins, R., Roberts, C., Chick, G., Wilkinson, P. & Goodyer, I. (2010). Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 197, 433–440

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286).

First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. & Benjamin, L. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Glasziou, P., Del Mar, C. & Salisbury, J. (2003). *Evidence-based medicine workbook: Finding and applying the best evidence to improve patient care*. Londres: BMJ Books

Hepburn, S., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D., Fennell, M. & Williams, M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 209 – 215.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Consulta Interactiva de Datos. Mortalidad*. 23 de abril de 2013. Recuperado de:
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11094&c=15273&s=est&cl=4#>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Consulta interactiva de datos. Mortalidad*. 27 de Agosto de 2014. Recuperado de:
http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144

- Ipsier, J., Sander, C. & Stein, D. (2009) Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 21(1).
- Jurado, C., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kazdin, A. (2011). *Single-Case Research Designs. Methods for Clinical and Applied Settings*. U.S.A.: Oxford University Press.
- Kessler, R. & Bromet, E. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-38.
- Mufaddel, A., Osman, O., Almugaddam, F. & Jafferany, M. (2013). A review of body dismorphic disorder and its presentation in different clinical settings. *Primary care companion CNS disorder*, 15(4).
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Omran, A. (2005). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: OMS

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Barcelona: Meditor

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Global Health Observatory Data Repository*. 23 de abril de 2013 Recuperado de: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.890?lang=en>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Panamá: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2012). *La depresión*. Nota descriptiva N°369. 05 de mayo de 2013 Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Public health action for the prevention of suicide. A framework*. Geneva: WHO

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington: OPS
- Parker, R. & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy* 40, 357-367.
- Phares, E & Trull, T. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. 6ª Edición. México: Thomson
- Rimm, D & Masters, J. (1990). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas
- Roth, K., Borges, G., Medina-Mora, M., Orozco, R., Ouéda, C. & Wilcox, H. (2011). Depressed mood and antisocial behavior problems as correlates for suicide-related behaviors in Mexico. *Journal of Psychiatric Research* 45, 596-602.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Yale conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of behavioral medicine*. 1(1), 3-12.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*. 1(3), 249-251.

Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press

Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D., Davies, P., Moore, T., Furukawa, T. & Churchill, R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. DOI: 10.1002/14651858.CD008696.pub2.

Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno

Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N. & Arensman, E. (2008). Emotion Regulation as Mediator of Treatment Outcome in Therapy for Deliberate Self-Harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 15, 205–216

Smith, M. (2005). *Cuando digo no, me siento culpable*. México: Debolsillo.

Stoffers, J., Vollm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with boerderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Review*. 15(8).

Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.

Spielberger, C. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de ansiedad: rasgo-estado. Manual e instructivo*. México: Manual moderno.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, D., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. & Van Heeringent, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*. 31, 97-988

Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*. 8(3), 417-449.

Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., Garland, A., Hollinghurst, S., Jerrom, B., Kessler, D., Kuyken, W., Morrison, J., Turner, K., Williams, C., Peters, T. & Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet*. 381: 375-384

Wilson, K., Mottram, P., y Vassilas C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su papel en ella.

La presente investigación es conducida por el licenciado en psicología José Nahum Rangel Villafaña, de la Universidad Nacional Autónoma de México. La meta de este estudio es determinar, si agregar el manejo cognitivo conductual al tratamiento usual es más efectivo que el cuidado habitual que reciben los pacientes en el hospital, para reducir la sintomatología depresiva y la conducta suicida.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder algunas encuestas de manera periódica, además de iniciar un proceso psicoterapéutico de corte cognitivo conductual. Esto tomará 12 sesiones aproximadamente, de sesenta minutos cada una, además de algunas sesiones extras para contestar las encuestas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recabe será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma dentro y fuera del hospital. Es decir, si decide retirarse de la investigación, la atención que brinda el hospital, así como la psicoterapia continuarán su curso sin ninguna modificación. Si alguna situación le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador.

Agradecemos su participación desde este momento.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el licenciado en psicología José Nahum Rangel Villafaña. He sido informado(a) que la meta de este estudio es determinar si agregar el manejo cognitivo conductual al tratamiento usual es más efectivo que el cuidado habitual que reciben los pacientes en el hospital, para reducir la sintomatología depresiva y la conducta suicida.

Me han indicado también, que responderé algunas encuestas de manera periódica, además de iniciar un proceso psicoterapéutico de corte cognitivo conductual. Esto tomará una hora por cada sesión de trabajo, por 12 sesiones aproximadamente, además de algunas sesiones extras para contestar las encuestas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto provoque alguna dificultad para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados del estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al psicólogo José Nahum Rangel Villafaña al teléfono: 04455 2085 8373 o al correo electrónico: joserangel_2@hotmail.com

Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Testigo	Firma del Testigo	Fecha
--------------------	-------------------	-------

Lic. Psic. José Nahum Rangel Villafaña

Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Anexo 2. Descripción detallada de las técnicas utilizadas.

Psicoeducación.

1. *Objetivo:* Brindar información relevante sobre el proceso depresivo, la psicoterapia y las técnicas a utilizar.
2. *Materiales:* Fue opcional, cuando era complicado para el paciente comprender la información, se utilizaron imágenes, diagramas, ejemplos hipotéticos o tomados del caso en cuestión.
3. *Consigna de partida:* Se brindó una explicación utilizando lenguaje adecuado para los recursos cognitivos de las participantes, sin tecnicismos o lenguaje científico. Se muestra el ejemplo de la terapia cognitivo conductual:
“La terapia cognitivo conductual es un tipo de psicoterapia que se basa en la idea que el ser humano tiene diversas áreas importantes. Esta terapia se concentra en tres de ellas, los pensamientos, las emociones y la conducta. Se enfoca en estas tres porque existe una relación muy estrecha entre ellas. Imagine que mientras estamos en la sesión, alguien empieza a golpear la puerta, gritando con mucho fuerza y se escucha una alarma, ¿Qué pensaría que está pasando?... ¿Si usted piensa eso que emoción experimentaría?... Si pensará y sintiera eso ¿Qué haría?... ¿Se da cuenta de la forma en que se relación estos factores?”
4. *Procedimiento:*
 - a) Se brindó la información con el mayor detalle posible.
 - b) Se brindaron al menos dos ejemplos al respecto (ejemplo neutral y ejemplo con base en el caso de cada paciente).
 - c) Se preguntó si había dudas con la información. Se resolvieron en los casos necesarios.
 - d) Se pidió a los pacientes que explicarán con sus propias palabras los conceptos revisados.

Detección de Distorsiones Cognitivas.

1. *Objetivo:* Entrenar a los pacientes en la detección de sus distorsiones cognitivas y la forma en que interactúan las áreas cognitiva-emocional-conductual.
2. *Materiales:* Registro de pensamiento, pluma o lápiz.
3. *Consigna de partida:* Unas de las actividades en este proceso psicoterapéutico será registrar los momentos en que más triste se siente a lo largo de la semana. Para ello, vamos a utilizar un formato en específico que nos facilitará la tarea. Además, al registrarlo de esta forma podremos analizar en la sesión la forma en que nuestros pensamientos impactan en nuestro estado de ánimo y nuestra conducta.
4. *Procedimiento:*
 - a) Se explicó el objetivo y la razón de utilizar esta técnica.
 - b) Se mostró un ejemplo del formato a llenar durante el paso de los días.
 - c) Se explicó la forma en que se llenaría cada columna del formato (escenario, pensamiento, emoción y conducta).
 - d) Se generó un caso hipotético para practicar el registro.
 - e) Se solicitó registrar aquellos momentos en que se sentían más tristes a lo largo de la semana.
 - f) Para la siguiente sesión, durante la revisión de tareas, se examinaron las posibles dificultades y dudas durante el registro.
 - g) Si era posible, se iniciaba el análisis de las distorsiones cognitivas.

Reestructuración Cognitiva.

1. *Objetivo:* Modificar aquellos pensamientos que generaban tristeza o que impactaban de manera negativa en el estado de ánimo de los participantes.

2. *Materiales*: Registro de pensamiento de la semana anterior.
3. *Consigna de partida*: Ya que recolectó esta información y si está de acuerdo, vamos a proceder a analizarla. ¿Cómo se sintió al realizar este ejercicio? ¿Hay algo que llamará mucho su atención? Con base en lo que registró ¿Existen un pensamiento que sea muy frecuente? ¿Cuál de los escenarios registrados es en el que más triste se sintió?
4. *Procedimiento*:
 - a) Se explicó la razón de analizar los pensamientos de esta forma.
 - b) Se eligió el escenario que desde la óptica de la paciente tuvo mayor impacto en su estado de ánimo.
 - c) Se realizaron las preguntas para hacer la reestructuración propiamente dicha (¿Cuál es la evidencia de...? ¿Podría existir una explicación alternativa para...? ¿Qué es lo peor que podría pasar si...? ¿Qué le dirías a tú hijo (a) o a un familiar cercano si...?).
 - d) El registro y análisis continuaba sesión con sesión, dependiendo de cada paciente.
 - e) Posteriormente se solicitaba a las pacientes detener el registro pero prestar atención a sus pensamientos para que ellas hicieran un análisis como el practicado en sesión.

Programar Actividades (Activación Conductual).

1. *Objetivo*: Aumentar las actividades cotidianas y placenteras en las pacientes.
2. *Materiales*: Calendario semanal con los horarios habituales del individuo.
3. *Consigna de partida*: Una de las características de las personas con depresión es una disminución muy importante en las actividades que se realizan día con día. Este aspecto es muy relevante pues

muchas de esas actividades son indispensables para nuestro bienestar y salud o nos generan placer.

4. *Procedimiento:*

- a) Se explicó el objetivo y la razón de utilizar la técnica.
- b) Se solicitó que cada paciente construyera su calendario personalizado. Es decir, en el material que cada quien decidiera, del tamaño que ellas eligieran, con la decoración de su preferencia y con su horario habitual (las horas a las que con más frecuencia se levantaban y se dormían).
- c) Para la siguiente sesión, se solicitó que anotaran las actividades que habían realizado la semana anterior.
- d) Posteriormente se pidió que en los horarios vacíos escribieran actividades que les gustaban realizar (leer, salir a caminar, ver a sus amistades, practicar natación, ir al cine, entre otras).
- e) A continuación analizábamos las dificultades que podrían impedir la ejecución de las acciones propuestas, con el objetivo de crear opciones para solventarlas.
- f) La indicación para esa semana era llevar a cabo la propuesta del calendario.
- g) En la sesión posterior, se revisó la ejecución y el impacto que tuvo en el estado de ánimo.
- h) A la postre se implementaron actividades cotidianas (limpieza del hogar, actividad física, hacer de comer, revisar la tarea de los hijos, retomar el trabajo, entre algunas otras).
- i) Con el paso de las sesiones, se discontinuaba el uso del calendario. Sin embargo, continuaba la supervisión de la ejecución de actividades cotidianas y placenteras.

Entrenamiento Asertivo.

1. *Objetivo:* Generar y/o aumentar las habilidades sociales.
2. *Materiales:* Lectura de apoyo sobre asertividad y derechos asertivos.

3. *Consigna de partida:* Los humanos somos seres sociables, es decir, que desde nuestro nacimiento interactuamos con otras personas y así sucede por el resto de nuestras vidas. Sin embargo, como cualquier otra habilidad, a lo largo de nuestra vida podemos o no, aprender a ser asertivos. En muchas ocasiones, las personas se ponen muy tristes por la poca o nula interacción con otros, que es producida por una disminución en habilidades sociales.

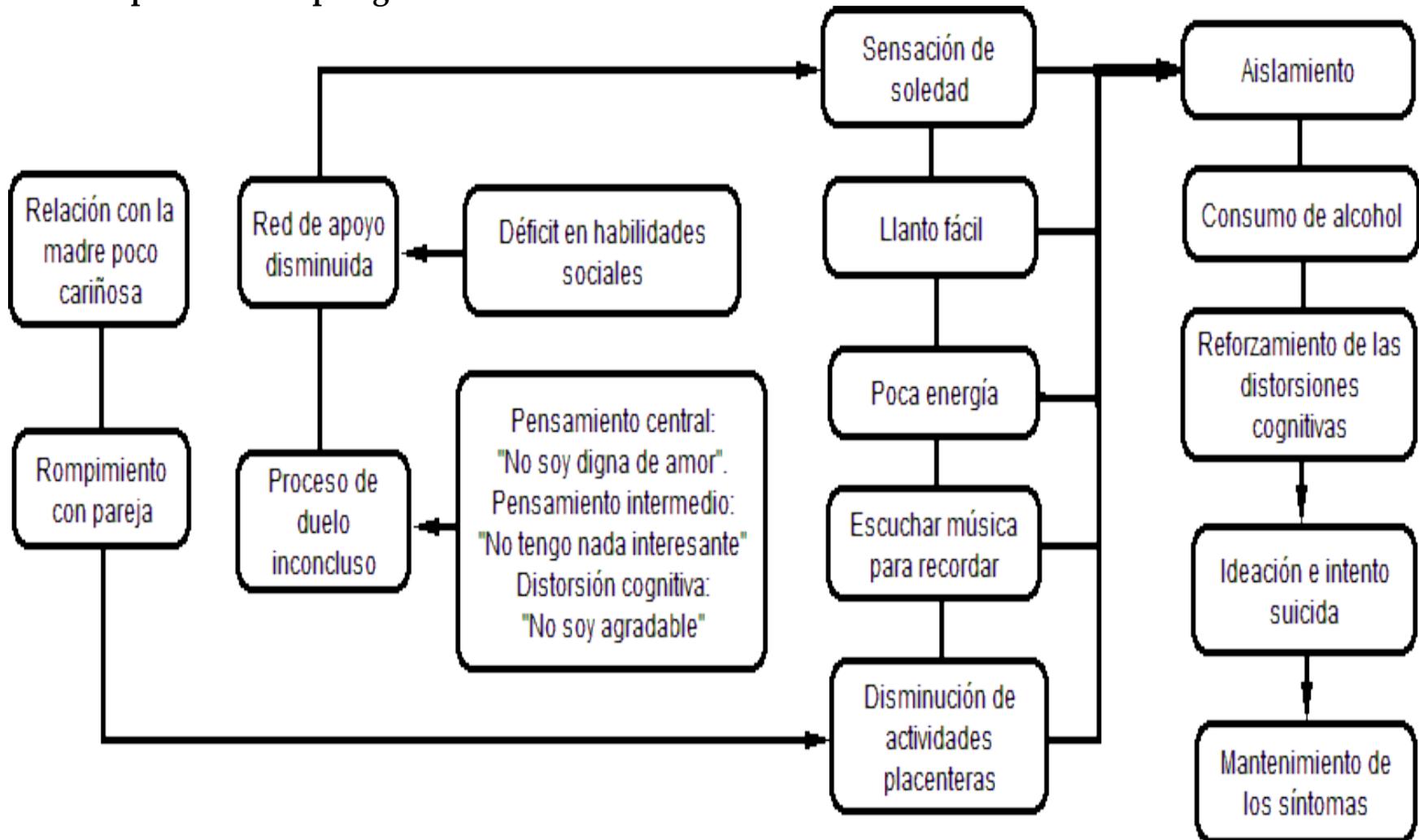
4. *Procedimiento:*
 - a) Se explicó el objetivo y la razón de iniciar el entrenamiento.
 - b) Se entregó de manera impresa o electrónica la lectura de apoyo para que se revisara como actividad en casa.
 - c) En la siguiente sesión, se comentó el texto, se disiparon dudas y se crearon ejemplos para cada concepto.
 - d) Posteriormente y dependiendo de las características de cada individuo se brindó información sobre las diferentes técnicas (libre información, autorevelación, disco rayado, banco de niebla, aserción negativa e interrogación negativa).
 - e) El entrenamiento inició con el modelamiento por parte del terapeuta de la técnica, con escenarios similares a los que el paciente había enfrentado.
 - f) Después de ello, se utilizó el ensayo conductual. Es decir, el paciente ejecutaba la técnica y posteriormente recibía retroalimentación por parte del terapeuta.
 - g) Los dos pasos anteriores se replicaron con cada técnica.
 - h) Cuando el paciente dominaba las técnicas de manera individual, se practicaba la asertividad considerando todas las técnicas en el discurso. Para ello, se utilizaron los mismos procedimientos (modelamiento y ensayo conductual).
 - i) Para finalizar, la consigna era presentar comportamiento asertivo durante la semana, se hacía retroalimentación en la sesión siguiente.

Entrenamiento en Resolución de Problemas.

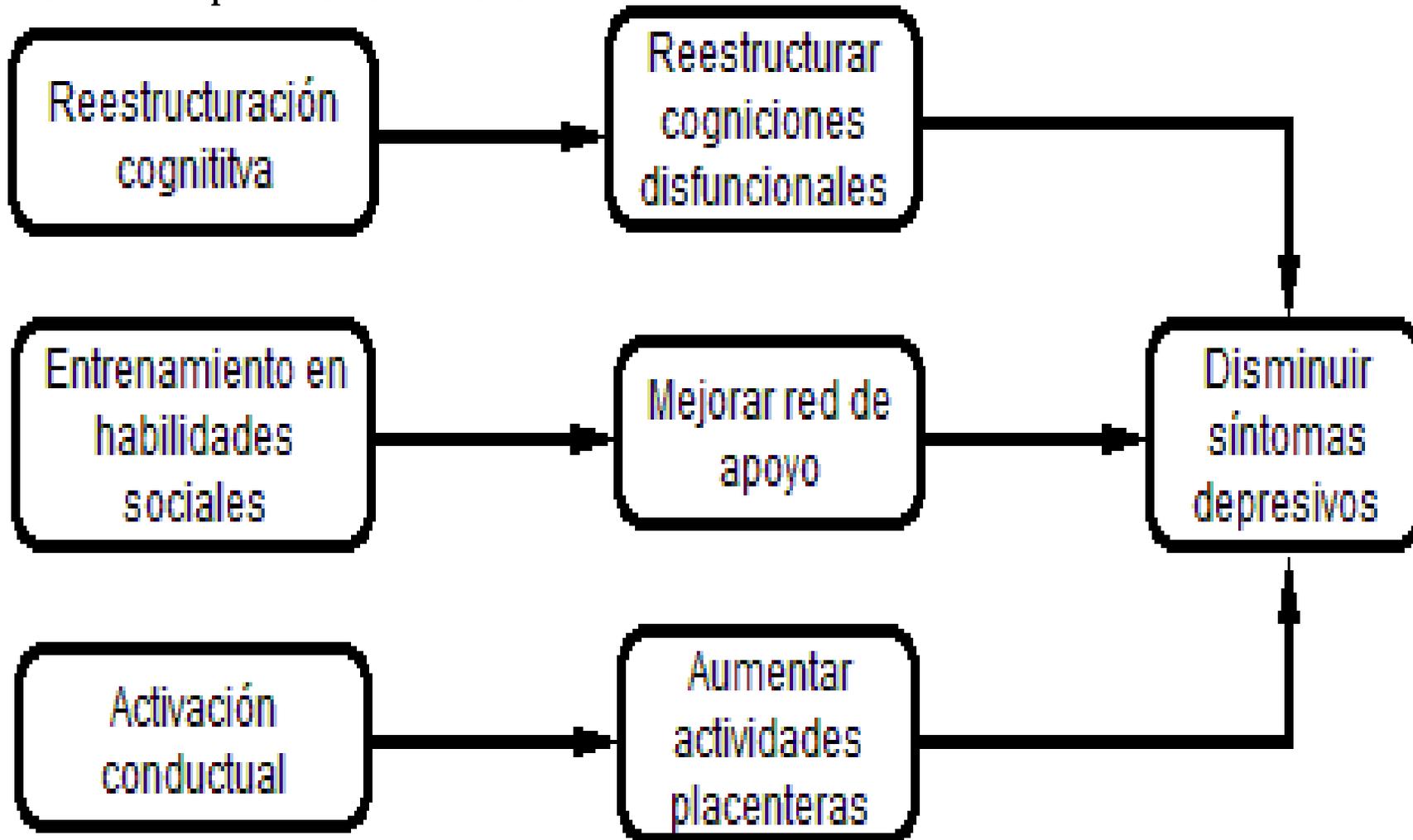
1. *Objetivo:* Aumentar la habilidad para resolver problemas.
2. *Materiales:* Hojas blancas, pluma o lápiz.
3. *Consigna de partida:* Un problema es una situación que se presenta de manera inesperada. Es decir, no podemos saber que va a suceder. Sin embargo, es algo que necesitamos resolver. Algunas veces, no logramos solventar dicho problema o nuestras soluciones no rinden frutos y esa situación pueden impactar en nuestro estado de ánimo.
4. *Procedimiento:*
 - a) Se explicó el objetivo y la razón de realizar el entrenamiento.
 - b) Se analizó la forma en que cada paciente suele resolver un problema.
 - c) A continuación se brindó información al respecto de las etapas que podemos seguir para resolver un problema (orientación del problema, definición y formulación del problema, propuesta de alternativas, toma de decisión, poner en práctica el plan y comprobar resultados).
 - d) Luego de ello, se realizó el ejercicio con un problema actual de las pacientes.
 - e) Al respecto de la propuesta de alternativas, se enfatizó la relevancia de posponer el juicio.
 - f) Las propuestas se generaron a través de lluvia de ideas, considerando incluso aquellas que parecieran fantasiosas o imposibles.
 - g) Proseguimos con el análisis de las mismas, tomando en cuenta que tal vez, la mejor opción podría ser una combinación de dos o más opciones de la lista.
 - h) Como actividad para casa, se llevó a cabo el plan. Se hizo retroalimentación en la siguiente cita.
 - i) Se implementaron los ajustes necesarios.

Anexo 3. Mapa clínico de patogénesis y de alcance de metas para cada paciente.

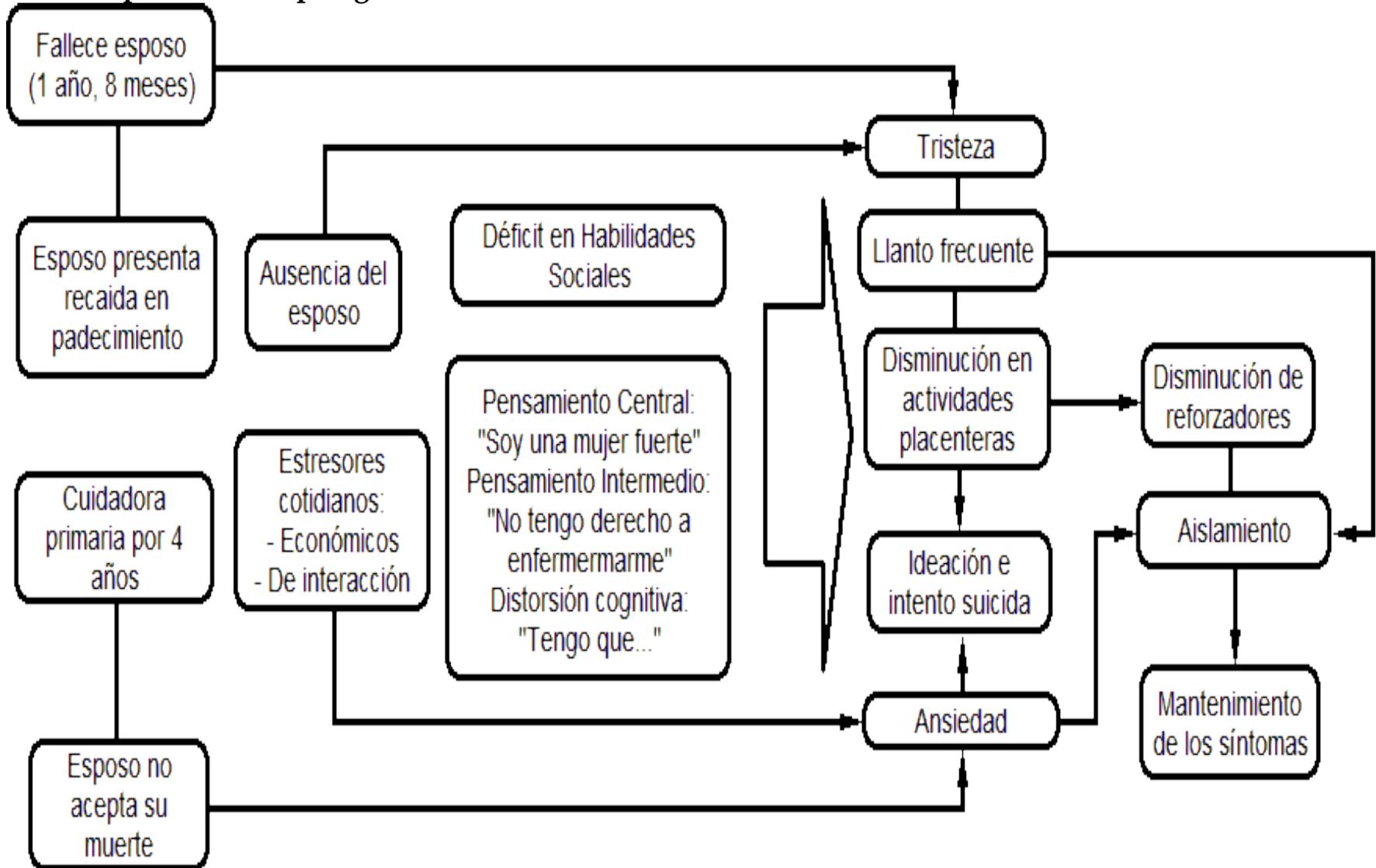
Paciente 1. Mapa clínico de patogénesis.



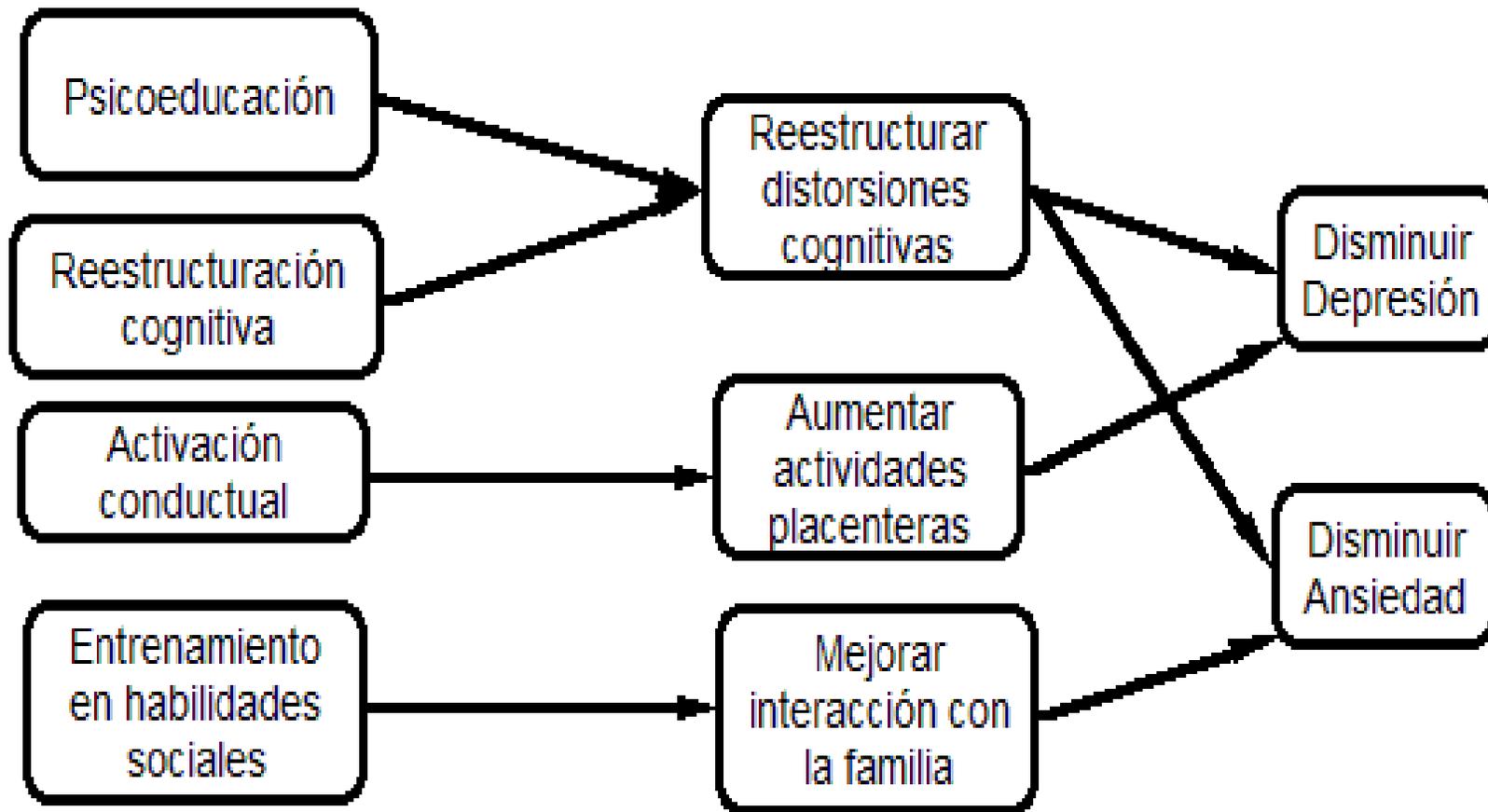
Paciente 1. Mapa de alcance de metas.



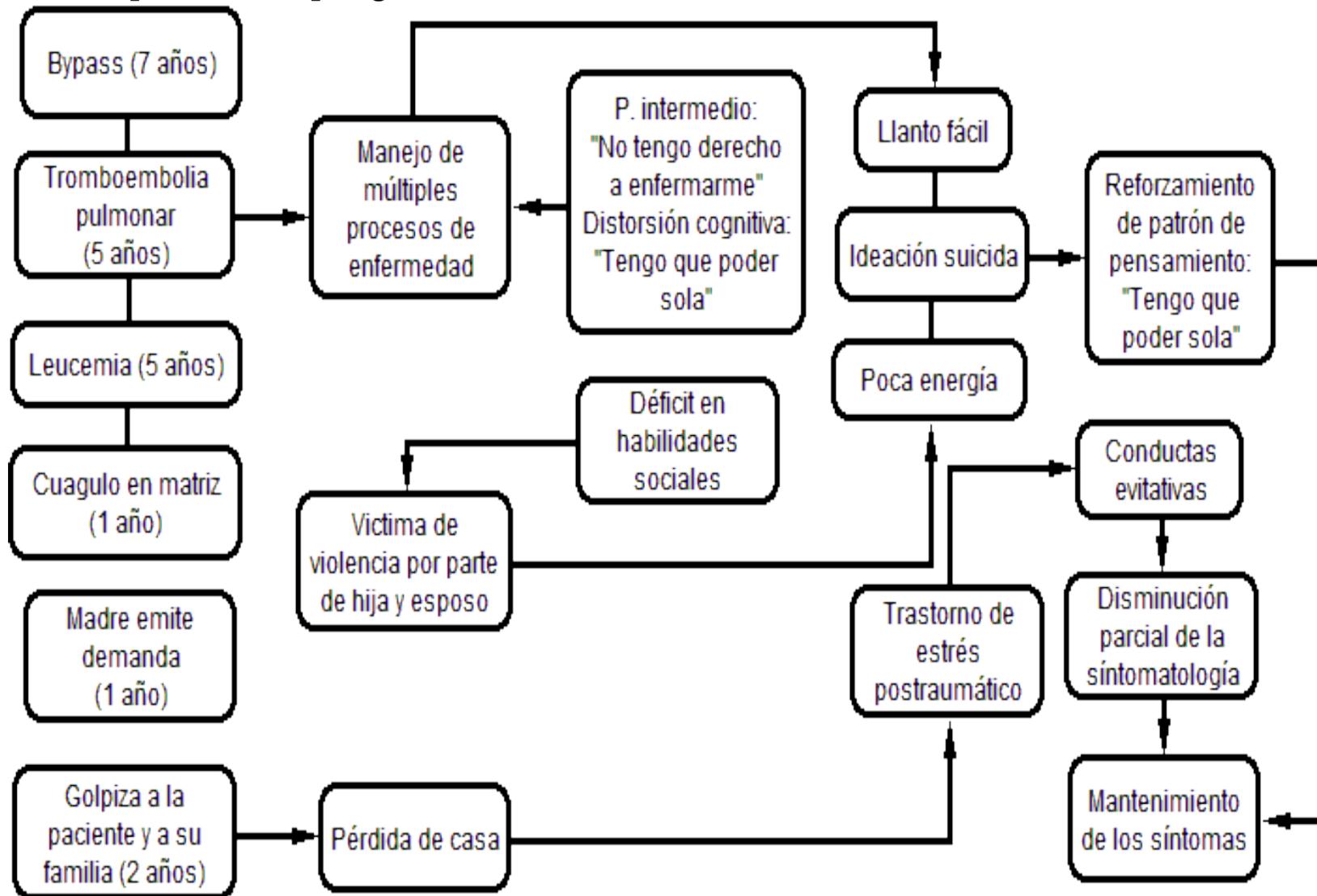
Paciente 2. Mapa clínico de patogénesis.



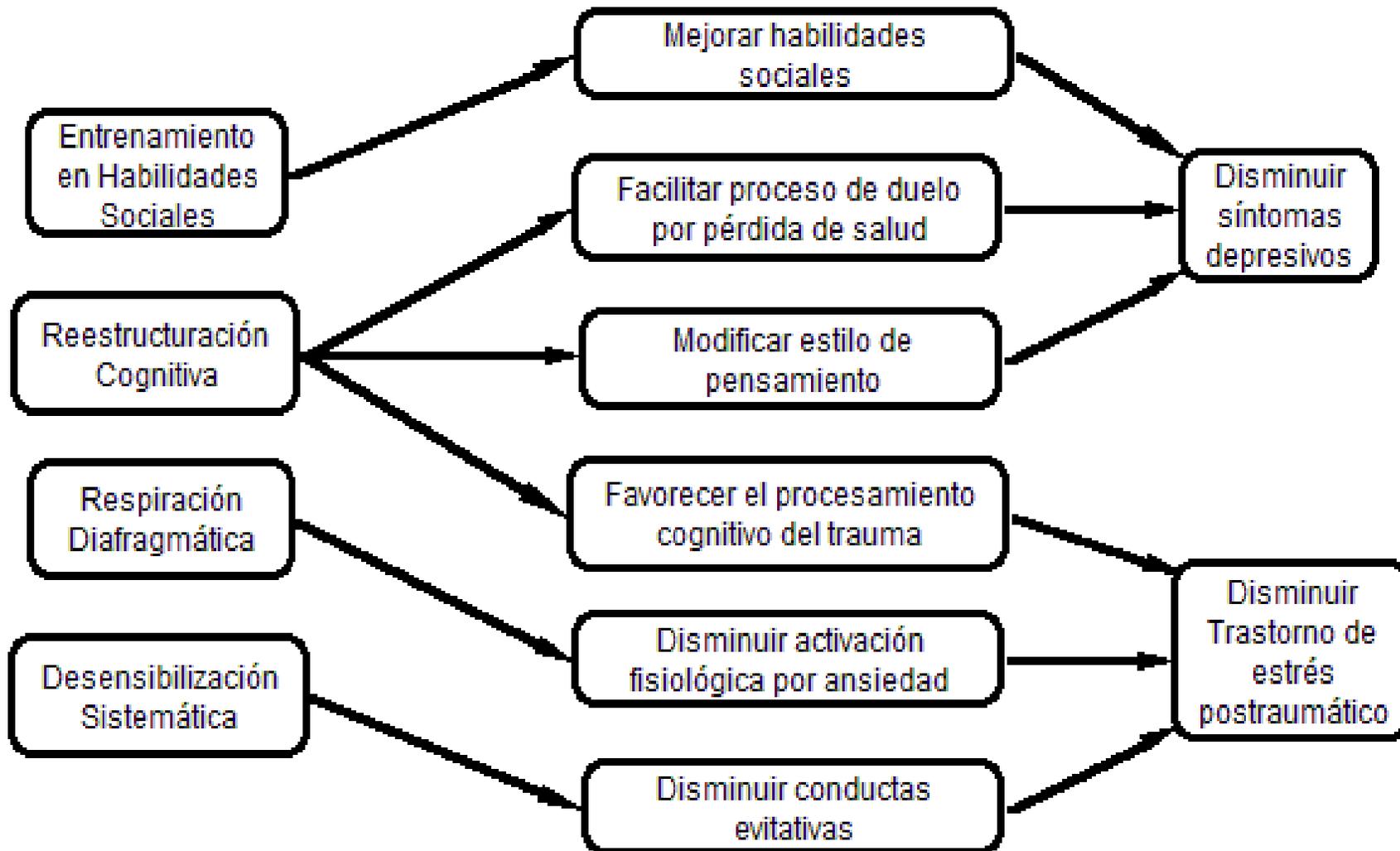
Paciente 2. Mapa de Alcance de Metas



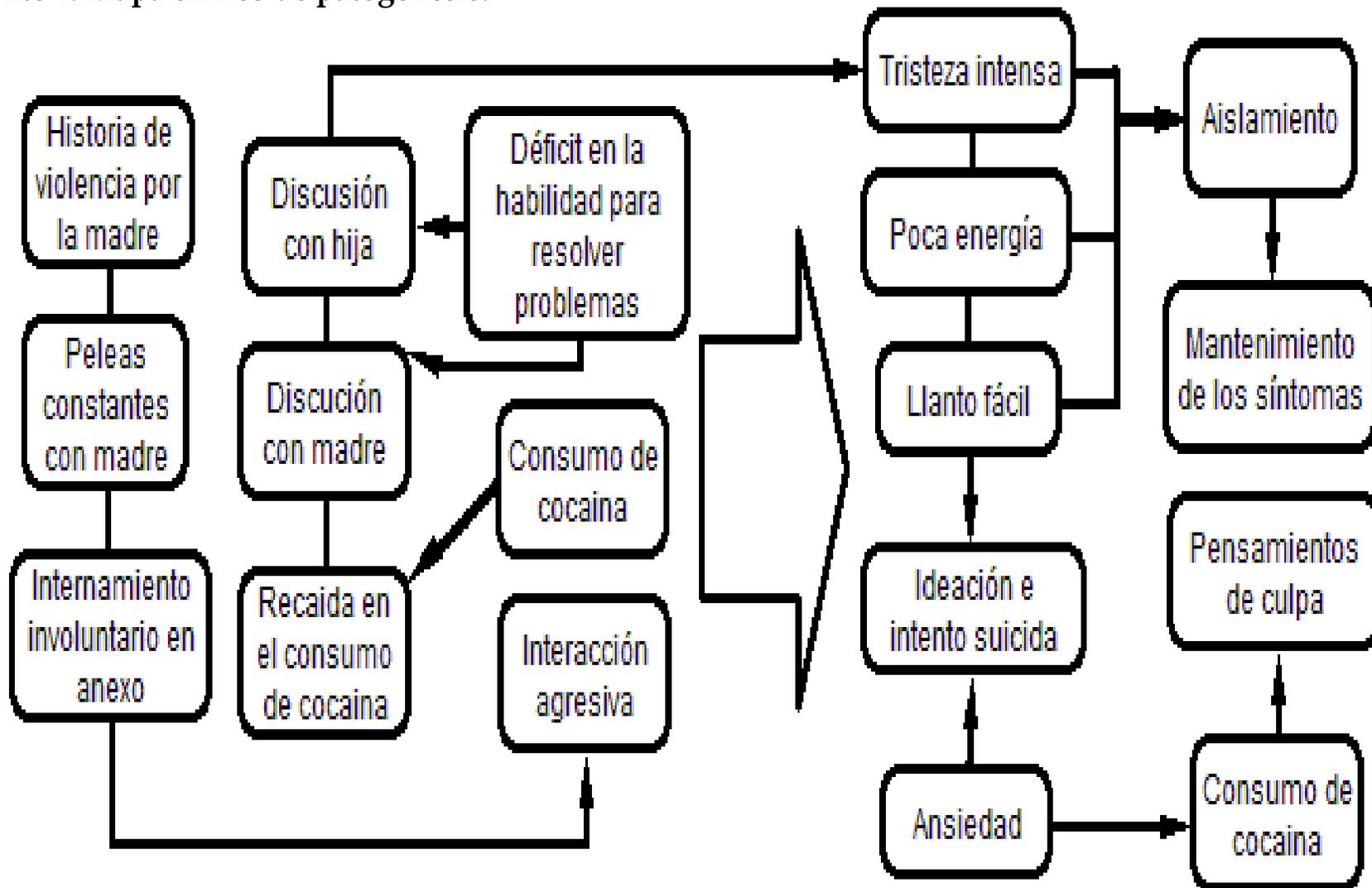
Paciente 3. Mapa clínico de patogénesis.



Paciente 3. Mapa de alcance de metas.



Paciente 4. Mapa clínico de patogénesis.



Paciente 4. Mapa de alcance de metas.

