



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

**Evaluación de padecimientos psiquiátricos para protocolos de
investigación en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino
Álvarez**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

PRESENTA

Luis Rafael Gallo Flores

Directora: Dra. Corina Margarita Cuevas Renaud

Revisora: Dra. Silvia Morales Chainé

Sinodales: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dr. Edgar Landa Ramírez

Dra. Paulina Arenas Landgrave



Ciudad Universitaria, CD.MX., noviembre, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen.....	1
Datos generales del programa de servicio social	2
Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social.....	2
Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.....	4
Reclutamiento de pacientes para el protocolo “Establecimiento de una prueba molecular que determinará el riesgo de recaída por la terminación del uso de antidepresivos en pacientes con depresión”	4
Reclutamiento de pacientes para el protocolo “Tamizaje del gen APOE y su asociación con demencia y psicosis en la población mexicana”	6
Reclutamiento de pacientes para el protocolo de “Tamizaje del gen APOE: Participación de alteraciones neuroinmunoendocrínicas en la Enfermedad de Alzheimer”	7
Reclutamiento y seguimiento de pacientes para el protocolo “Entrevista Motivacional para tratamiento de la conducta suicida en pacientes psiquiátricos”	7
Asistencia a la sesión clínica semanal del hospital	9
Lectura, revisión y/o exposición de bibliografía específica.....	9
Asistencia a clases semanales introductorias a la Terapia Cognitivo Conductual	9
Objetivos del informe de servicio social	10
Marco teórico.....	10
Historia de la Psicología de la Salud y la Psicopatología	11
Trastornos depresivos.....	16
Prevalencia.....	17
Factores de riesgo.....	19
Factores biológicos en la depresión.....	19
Factores psicológicos en la depresión.....	21
Factores sociales en la depresión	22
Tratamientos para los trastornos depresivos.....	23
¿La población mexicana busca tratamiento psicológico al notar sintomatología depresiva? ..	25
Conductas y pensamientos asociadas al suicidio.....	25
Prevalencia.....	26
Factores de riesgo/protectores	27
Teorías psicológicas del suicidio	28
Tratamiento de la conducta suicida	30
Trastornos neurocognitivos.....	32

Prevalencia.....	33
Factores de riesgo	34
Trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer	34
Tratamiento de los trastornos neurocognitivos	36
Resultados Obtenidos	38
Establecimiento de una prueba molecular que determinará el riesgo de recaída por la terminación del uso de antidepresivos en pacientes con depresión.....	38
Entrevista motivacional para tratamiento de la conducta suicida en pacientes psiquiátricos	40
Tamizaje del gen APOE y su asociación con demencia y psicosis en la población mexicana.....	41
Tamizaje del gen APOE: Participación de alteraciones neuroinmunoendocrinológicas en la Enfermedad de Alzheimer	42
Asistencia a la sesión clínica del hospital	43
Lectura, revisión y/o exposición de bibliografía específica.	44
Asistencia a clases semanales introductorias a la Terapia Cognitivo Conductual	46
Actividades adicionales realizadas.....	46
Competencias adquiridas/mejoradas durante el servicio social	46
¿Cuál fue la aportación del sustentante al programa de servicio social?	47
Resultados personales.....	47
Limitaciones del programa de servicio social	47
Recomendaciones al programa de servicio social	48
Impartir un curso de inducción al programa de actividades del servicio social a estudiantes de nuevo ingreso	50
Involucramiento del estudiante en el análisis de datos.....	52
Presentación de las actividades de la Jefatura de Investigación en la sesión clínica.....	53
Realizar investigación relacionada a conductas y pensamientos asociadas al suicidio.	54
Solicitar un aula extra donde pudiéramos atender a los pacientes reclutados.	54
Agradecimientos	55
Referencias	56

Resumen

El presente escrito reporta la experiencia del sustentante durante la prestación del servicio social en el programa *Manejo Cognitivo Conductual de padecimientos psicológicos y psicosomáticos*, con sede en la Jefatura de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Las actividades realizadas en el programa consistieron en el reclutamiento y evaluación de pacientes para protocolos de investigación que abordan trastornos depresivos, conducta y pensamientos suicidas, y trastornos neurocognitivos; asistencia a la sesión clínica del hospital; lectura, revisión y/o exposición de bibliografía específica; y asistencia a clases semanales introductorias a la Terapia Cognitivo Conductual. Este programa de servicio social, así como las actividades desempeñadas en él, tienen sus fundamentos teóricos en la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. Por esto, el marco teórico del informe habla sobre la salud, antecedentes de la Psicología de la Salud, trastornos depresivos, neurocognitivos, y conductas e ideación suicida. Durante la prestación del servicio social, se incluyeron 64 pacientes a las investigaciones: 30 en el protocolo de depresión; 8 en conducta suicida; 9 y 17 en los dos protocolos que abordan demencia; se asistió a 13 sesiones clínicas; se revisaron 7 temas en las clases introductorias a la terapia cognitivo conductual; y se estudiaron 6 materiales relacionados al programa de actividades. Las recomendaciones que se hacen a la institución consisten en brindar un curso de inducción a las actividades del servicio social para los estudiantes de nuevo ingreso al programa; presentar las actividades de la Jefatura de Investigación en la sesión clínica del hospital, solicitar un aula extra designada a la evaluación psicológica del paciente, realizar más investigación sobre las conductas y pensamientos asociadas al suicidio, e involucrar al estudiante en el análisis de datos. Las sugerencias anteriores tienen el fin de mejorar el programa de actividades en beneficio de la formación integral de futuros prestadores de servicio social, y de los pacientes evaluados.

Palabras clave: depresión, demencia, suicidio, investigación

Datos generales del programa de servicio social

De acuerdo con la Dirección General de Orientación y Atención Educativa (2018) el **programa** de servicio social en el que se participó se denomina *Manejo Cognitivo Conductual de padecimientos Psicológicos y psicosomáticos*, tiene como **responsable** al Dr. Juan José Sánchez Sosa, de la Facultad de Psicología, UNAM. Se desarrolla en el **eje de acción** Salud, y tiene como **objetivo** evaluar e intervenir sobre aspectos psicológicos relacionados con el desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos. Entre las **actividades** a realizar están la búsqueda y análisis de literatura de investigación, recolección de datos mediante instrumentos especializados, construir bases de datos y realizar análisis estadístico, evaluar aspectos psicológicos en escenarios hospitalarios utilización de equipo de retroalimentación biológica como apoyo al tratamiento.

El programa manda al estudiante a una sede externa de su elección. La sede elegida fue el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, bajo la supervisión de la Mtra. Janet Jiménez Genchi. El objetivo específico del programa de servicio social en esta sede es fomentar dentro del hospital el desarrollo de investigaciones que eleven la calidad de la atención en sus diferentes áreas y contribuir al conocimiento científico.

Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) es una institución pública que depende administrativamente de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud Federal que se dedica a atender los trastornos mentales; brindando atención preventiva y rehabilitación psicosocial con el fin de preservar la salud mental del individuo y apoyarlo a alcanzar una mejor calidad de vida (Servicios de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017).

La misión y visión del hospital consisten en “Contribuir a la reducción de la brecha de atención psiquiátrica mediante la prestación de servicios integrales especializados, con enfoque comunitario, de calidad y con pleno respeto a los derechos humanos de los pacientes; así como fortalecer la formación de recursos humanos de excelencia y favorecer el desarrollo de investigación en psiquiatría”, y en “ser referente nacional en materia de prestación de servicios psiquiátricos con respeto a los derechos humanos y en la formación de recursos humanos especializados en psiquiatría y paidopsiquiatría” (Secretaría de Salud, 2016).

El hospital ofrece los siguientes servicios de atención clínica: Consulta Externa, Hospitalización, Hospital Parcial, Urgencias, Unidad de Psicogeriatría, Clínica de Atención Temprana en Psicosis, Clínica de Adherencia Terapéutica, Clínica de Intervención Familiar, Clínica de Patología Dual, Rehabilitación y Psiquiatría Comunitaria. Todos estos servicios, con excepción de la clínica de atención temprana en psicosis que atiende adolescentes desde los 15 años, atienden a personas mayores de 18. El costo de estos servicios se decide después de realizar un estudio socioeconómico al paciente en el área de Trabajo Social (SAP, 2017).

Además de los servicios clínicos antes mencionados, el hospital ofrece los programas educativos de capacitación continua, programa de residencia médica en psiquiatría, prácticas profesionales y servicio social.

Por otro lado, el presente programa de servicio social surge de la maestría en Medicina Conductual de la UNAM, también coordinado por el Dr. Juan José Sánchez Sosa. Tanto el programa de servicio como la maestría hacen hincapié en las recientes demandas en el ámbito de la salud relacionadas a la prevención de enfermedades infecciosas y crónico degenerativas. Además, se basan en el fundamento de la Medicina Conductual, el cual argumenta que el comportamiento individual, familiar, y colectivo deteriora o preserva la salud a través de los estilos de vida aprendidos (Medicina Conductual, 2013).

Descripción de las actividades realizadas en el servicio social

Las actividades se relacionaron a los protocolos en los que la jefatura de investigación del hospital se encuentra participando. Principalmente se realizó el reclutamiento de pacientes a protocolos; aplicación de pruebas psicológicas, entrevista clínica, y manejo de base de datos. Además, se asistió a la sesión clínica del hospital; se realizó lectura, revisión y/o exposición de bibliografía específica; y se asistió a clases introductorias en la Terapia Cognitivo Conductual. Estas actividades apoyaron a la obtención de conocimiento necesario para realizar las actividades clínicas del programa. A continuación, se describen a detalle las actividades realizadas en el servicio social.

Reclutamiento de pacientes para el protocolo “Establecimiento de una prueba molecular que determinará el riesgo de recaída por la terminación del uso de antidepresivos en pacientes con depresión”

Este protocolo es dirigido por el Dr. Lenin Pavón Romero y colaboradores. Su hipótesis es que la expresión de genes del transportador de serotonina, y de la proteína p11 en linfocitos de sangre periférica de pacientes con depresión mayor tratados farmacológicamente ayudará a establecer un índice de riesgo de recaída, lo que disminuirá el número de recidivas por la terminación anticipada del consumo de antidepresivos. Para comprobar la hipótesis, el protocolo busca incluir 200 individuos sin un diagnóstico psiquiátrico, y 1000 personas con trastorno depresivo mayor en tratamiento. Esta muestra está siendo recabada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, UNAM, y en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

El procedimiento de reclutamiento de pacientes para este protocolo en el hospital es el siguiente: El estudiante realiza la **captación de usuarios** en el área de Consulta Externa del hospital, revisando historias clínicas de pacientes de primera vez que tengan una impresión diagnóstica de depresión y que cumplan con los criterios de selección del protocolo. **Se invita al paciente a participar.** Si

acepta, en la Jefatura de investigación el estudiante hace una **entrevista clínica** filtro para corroborar la presencia de un trastorno depresivo, y para descartar un posible trastorno comórbido de la personalidad. Si con base en la entrevista el estudiante considera se cumple lo anterior, se le pide al paciente **firmar el consentimiento informado**, haciendo así oficial la participación del usuario en el protocolo. Posteriormente, el estudiante aplica las siguientes **escalas**: Escala de Depresión de Hamilton, Escala de Ansiedad de Hamilton, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott, e Inventario de Discapacidad de Shehann. Al terminar la aplicación, el estudiante lleva al paciente al laboratorio donde el Químico Fármaco Biólogo (QFB) tomará la **muestra de sangre**. Finalmente, el estudiante califica las escalas, y los datos obtenidos son capturados y escaneados en la base de datos. Esta actividad se realizó semanalmente, de lunes a jueves.

La función de las escalas aplicadas se describe a continuación. **La escala de depresión de Hamilton** utiliza la entrevista semiestructurada para medir la severidad de la depresión en pacientes con este diagnóstico (Hamilton, 1960). La **escala de Ansiedad de Hamilton** mide la severidad de los síntomas de ansiedad con escala Likert (Hamilton, 1959). El **inventario de depresión de Aaron Beck** evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de la melancolía y pensamientos intrusivos persistentes en la depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). El **cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott** es una escala auto aplicable que obtiene medidas del grado de disfrute y satisfacción vivido por los individuos en diferentes áreas de la vida (Endicott, Nee, Harrison, & Blumenthal, 1993). Finalmente, el **inventario de discapacidad de Shehann** es una escala auto aplicable que evalúa deterioro funcional en tres áreas: trabajo/escuela, vida social, y familiar (Sheehan et al., 2016).

Reclutamiento de pacientes para el protocolo “Tamizaje del gen APOE y su asociación con demencia y psicosis en la población mexicana”

Jiménez Genchi y colaboradores lideran este protocolo, cuya hipótesis es que se identificará al alelo APOE E4 con mayor frecuencia en individuos mayores de 60 años con un trastorno neurocognitivo. Para confirmar esta hipótesis, el protocolo busca incluir 200 individuos mayores a 55 años.

El procedimiento de reclutamiento es el siguiente: Pacientes mayores a 55 años del servicio de Psicogeriatría del Hospital llegan a la Jefatura de Investigación referidos por su médico como candidatos a participar en el protocolo. El estudiante invita al paciente a participar, si acepta, se le pide **firmar el consentimiento informado**. El estudiante **toma la muestra de saliva**, y **aplica las escalas** Mini Mental State Examination (MMSE), NeuroPsi: Evaluación neuropsicológica breve en español, Face-Name Associative Memory Exam (FNAME). Después, el estudiante lleva la muestra de saliva al laboratorio del hospital para que esta sea recogida por el Instituto de Medicina Genómica para su posterior análisis. Finalmente, el estudiante califica, escanea, y captura los resultados de las escalas aplicadas y los datos del paciente en la base.

La función de las escalas aplicadas se describe a continuación. La **MMSE** es una escala que detecta posible deterioro cognitivo (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). El **NeuroPsi: Evaluación neuropsicológica breve en español**, evalúa funciones cognitivas en pacientes psiquiátricos (Ostrosky-Solís, Ardila, & Roselli, 1994). El **Face-Name Associative Memory Exam (FNAME)** es un instrumento que detecta déficits de memoria en individuos con enfermedad de Alzheimer preclínico (Rentz et al., 2011).

Reclutamiento de pacientes para el protocolo de “Tamizaje del gen APOE: Participación de alteraciones neuroinmunoendocrinológicas en la Enfermedad de Alzheimer”

Este estudio consiste en lo siguiente: en caso de que los resultados genéticos de la saliva del paciente que participó en el protocolo pasado arrojen un genotipo APOE E3 o E4, se le invita a participar en esta investigación. La participación del usuario consiste en donar una muestra de sangre al hospital para un análisis más detallado.

El procedimiento de reclutamiento consiste en que el estudiante invite al paciente a participar. Si acepta, **firma el consentimiento informado**, y es llevado al laboratorio para que el QFB tome la **muestra de sangre**. El estudiante reporta la toma de muestra en la base de datos.

Reclutamiento y seguimiento de pacientes para el protocolo “Entrevista Motivacional para tratamiento de la conducta suicida en pacientes psiquiátricos”

Este protocolo es liderado por el Mtro. en Psicología José Nahum Rangel Villafaña. Su hipótesis es que habrá una mejoría significativa de pacientes con sintomatología ansiosa/depresiva, e ideación y comportamiento suicida, al ser tratados con una serie de 15-20 sesiones de terapia cognitivo conductual, utilizando la entrevista motivacional. El estudio busca reportar una muestra de 6 usuarios.

El reclutamiento de pacientes se realizó en el área de Urgencias del Hospital debido a que aquí llegan individuos con intento suicida. El Mtro. Rangel informa a los estudiantes cuando había un paciente candidato a protocolo. Se invita al paciente a participar, si acepta, **firma el consentimiento informado**. El **estudiante aplica** el cuestionario que evalúa depresión mayor de la **Mini Entrevista Neuro Psiquiátrica Internacional (Mini)** para confirmar la presencia de un trastorno depresivo, y aplica el cuestionario que valora trastorno límite de la personalidad de la escala **Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID)** para

descartar la comorbilidad con este trastorno. Si lo anterior se cumple, el estudiante **aplica escalas:** cuestionario de ansiedad del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS), The Interpersonal Needs Questionnaire (INQ), Acquired Capability of Suicide Scale (ACSS 2.0), Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) y el Inventario de Depresión de Beck. Posteriormente, se explica al paciente sobre el **autorregistro de pensamientos suicidas** que tendrá que hacer durante su proceso terapéutico. Este autorregistro consiste en que el usuario anote cuántas veces pensó en quitarse la vida durante tres lapsos durante el día. Finalmente, el estudiante informa al paciente que, durante su internamiento en el hospital, se dará seguimiento a su caso.

El **seguimiento** consiste en que el **estudiante supervise que el paciente llene correctamente el autorregistro** de pensamientos suicidas. Cuando el Mtro. Rangel lo indique, el estudiante **aplica nuevamente las escalas:** ansiedad de IMADIS, INQ, ACSS 2.0, EBIS y el inventario de depresión de Beck con el objetivo de evaluar la evolución del estado de ánimo, y el riesgo suicida del usuario después de cierto número de sesiones terapéuticas.

La función de las escalas aplicadas es la siguiente: la **Mini** es una entrevista estructurada de breve duración que explora 17 trastornos de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM (Lecrubier et al., 1997). **El SCID** es una guía de entrevista semiestructurada para diagnosticar los principales trastornos psicológicos del DSM V (First, Williams , Karg, & Spitzer, 2016). El **cuestionario de ansiedad de IMADIS** registra la presencia de ansiedad conductual, cognitiva y fisiológica (Jurado, 2018). **El INQ** es una prueba que evalúa el sentido de pertenencia y la percepción de ser una carga para los demás. El Mtro. Rangel utilizó su versión de esta escala, que aún no ha sido publicada (Chu, Buchman, Hom, Stanley, & Joner Jr, 2016). **El ACSS 2.0** evalúa la posible ausencia de temor a la muerte y a la autolesión. El Mtro. Rangel utilizó su versión de esta escala, que no ha sido publicada aún (Chu et al., 2016). El **EBIS** mide la intensidad de los deseos de vivir y morir, así como la letalidad del método considerado, disponibilidad de este, la sensación de control sobre la acción o el deseo y la

presencia de “frenos” (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). Finalmente, **el Inventario de Depresión de Beck** valora los síntomas clínicos de la melancolía y pensamientos intrusivos persistentes en la depresión (Beck et al., 1961).

Asistencia a la sesión clínica semanal del hospital

La sesión clínica se lleva a cabo cada viernes de 10:00 a 11:30 en el auditorio del hospital. Cada sesión, un área del hospital (p.ej. Urgencias, Psicogeriatría) expone un caso clínico o un tema académico. En el caso de exponer un caso clínico, un equipo conformado por un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social, exponían el trabajo que hicieron con el paciente. Al final de la sesión, un médico residente de psiquiatría exponía un comentario en relación con el trastorno o tema presentado.

Lectura, revisión y/o exposición de bibliografía específica.

Los estudiantes del programa realizamos la lectura y exposición de temas específicos con el fin de profundizar nuestro conocimiento en los mismos, y así mejorar nuestro desempeño dentro del programa.

Asistencia a clases semanales introductorias a la Terapia Cognitivo Conductual

El Mtro. José Nahum Rangel Villafaña impartió clases introductorias a la terapia cognitivo conductual (TCC) a los estudiantes del programa como agradecimiento a nuestro apoyo en el reclutamiento de pacientes para su protocolo.

El objetivo de esta clase fue proporcionar una introducción en TCC que permita conocer estrategias terapéuticas efectivas para el tratamiento de pensamientos y conductas asociadas al suicidio, así como familiarizar a los estudiantes con los procedimientos clínicos pertinentes. Las clases se llevaron a cabo los miércoles de 8:00-10:00am.

Objetivos del informe de servicio social

El objetivo general del informe consiste en reportar la experiencia adquirida durante la prestación del servicio social a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades realizadas en el programa. Los objetivos específicos fueron los siguientes: realizar una revisión teórica de los temas vinculados directamente con las actividades del servicio social; describir detalladamente las actividades realizadas y las habilidades profesionales utilizadas; y reportar los resultados obtenidos en dichas actividades.

Marco teórico

Dado que todas las actividades del servicio social están bajo el “paraguas” de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, se inició el marco teórico hablando sobre el concepto *salud* y antecedentes históricos de la Psicología de la Salud. Posteriormente se escribió sobre los principales trastornos mentales con los que se trabajó durante el servicio social: trastornos depresivos, conducta y pensamientos asociados al suicidio, y trastornos neurocognitivos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) define en su acta constitutiva de 1948 a la salud como “el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano, y no solo la ausencia de enfermedades o padecimientos”. Esta definición es el fundamento para el concepto de *salud* en Psicología de la Salud.

De acuerdo con Sarráis (2016), diversos autores mencionan que los conceptos de salud y enfermedad no son categóricos, sino parte de un continuo. Es decir, que hay grados de salud y de enfermedad. Según Sarafino & Smith (2014) en un extremo de este continuo está el bienestar óptimo y en el otro encontramos la enfermedad más incapacitante.

Se ha adoptado también la teoría de sistemas para los conceptos de salud y enfermedad, la cual sostiene que todos los niveles de un individuo están unidos entre sí de forma jerárquica, y un cambio en algún nivel afectará a los demás. Por ejemplo, cambios a nivel biológico tendrán efectos a nivel social del individuo. Con esta teoría, los investigadores reconocen la influencia que aspectos físicos, mentales y sociales tienen sobre la enfermedad mental (Taylor, 2009).

Conociendo el concepto de *salud* y su relación a nivel dimensional con la enfermedad: ¿Cómo se define un trastorno psicológico? Este se define como un patrón de conductas, pensamientos o emociones que causan *sufrimiento* personal significativo, *disminución significativa de la funcionalidad* en la vida cotidiana, y/o que *pone en riesgo* la vida o integridad del individuo. Estas conductas, pensamientos o emociones tienen que *desviarse de la norma*, teniendo en cuenta los valores sociales y culturales donde se desarrolla el paciente (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

Ahora, ¿cómo es que se ha llegado a este punto en el entendimiento de la salud y los trastornos psicológicos? En la siguiente sección, se mencionan los antecedentes más importantes de la Psicología de la Salud.

Historia de la Psicología de la Salud y la Psicopatología

Culturas antiguas

Sociedades en el tiempo tan lejanas como la edad de piedra parecían haber explicado los trastornos mentales en términos de fuerzas sobrenaturales, magia y espiritualidad. Se creía que los enfermos mentales estaban poseídos, o que habían recibido un castigo divino a causa de algún comportamiento inmoral. El tratamiento solía ser el exorcismo y la trepanación, este último consistía en hacer un hoyo al cráneo del sujeto para promover que las fuerzas malignas escaparan del cuerpo (Taylor, 2009).

La influencia griega y romana

Posteriormente, los filósofos de la antigua Grecia propusieron las primeras ideas sobre fisiología, el proceso de enfermedad y la mente entre 500 y 300 A.C. Hipócrates, llamado “el padre de la medicina”, propuso la teoría humoral para explicar la enfermedad, la cual menciona la existencia de cuatro fluidos corporales (humores): sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. Esta teoría propone que la enfermedad surge cuando estos fluidos se encuentran en desequilibrio (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

Platón fue de los primeros filósofos griegos en proponer que la mente y el cuerpo eran dos entidades diferentes. (Field & Cartwright-Hatton, 2015) Se pensaba que la mente tenía poca o ninguna influencia sobre la enfermedad. Esta fue la forma de pensar dominante de los filósofos por más de mil años (Sarafino & Smith, 2014).

Galeno disecó animales e hizo descubrimientos sobre el cerebro, el sistema circulatorio y los riñones. Con base en esto, propuso que la enfermedad puede ser siempre localizada en alguna parte del cuerpo (Sarafino & Smith, 2014).

La edad media

Tras la muerte de Galeno y la caída del imperio Romano, las ideas prometedoras de la cultura griega y romana dieron una involución. Las creencias espirituales, mágicas y demoniacas volvieron a ser consideradas causantes de la enfermedad. El cuerpo del hombre era considerado santo y sacro, y la disección se prohibió rotundamente tanto en cuerpos humanos como animales. El tratamiento de los enfermos mentales se basó, nuevamente, en exorcismo y en tortura física, que se creía obligaba a la fuerza maligna a abandonar el cuerpo del enfermo (Vallejo, 2015).

El renacimiento

Al terminar la época del oscurantismo, Europa vio el renacer de la investigación, la política y la cultura, y los eruditos enfocaron su atención en el hombre. En el siglo XVII, el filósofo francés Rene Descartes, así como los antiguos

griegos, propuso que la mente y el cuerpo son entidades diferentes, sin embargo, introdujo ideas innovadoras en su momento: concibió al cuerpo como una máquina y describió la forma en la que la acción y la sensación ocurren en nuestro cuerpo; propuso que el cuerpo y la mente, a pesar de ser entidades separadas, pueden comunicarse por medio de la glándula pineal. Sus ideas abrieron paso a que la iglesia aceptara la disección como método de estudio. La ciencia dio grandes pasos gracias a la disección y al uso del microscopio, pudiendo entender con más claridad el funcionamiento del cuerpo humano, y, por ende, a rechazar la teoría humoral de la enfermedad. Estos avances, junto con la creencia de que la mente y el cuerpo son entidades separadas, sentaron las bases para el modelo biomédico, el cual propone que la enfermedad puede ser explicada por una anomalía en la fisiología del cuerpo, causada por desbalances bioquímicos, bacterias o infecciones virales. El modelo biomédico asume que la enfermedad se da únicamente en el cuerpo, y que los factores psicológicos y sociales no tienen influencia sobre la enfermedad (Sarafino & Smith, 2014).

Siglo XX

El papel de la psicología da un giro cuando Sigmund Freud, al iniciar el siglo XX, propone la **teoría psicoanalítica**, la cual dice que la enfermedad mental surge de conflictos inconscientes reprimidos. Freud observó que varios de sus pacientes presentaban síntomas físicos sin una causa orgánica específica. A esto le llamó *histeria conversiva*. Creía que los conflictos inconscientes de los pacientes eran convertidos en síntomas físicos, y que el sistema nervioso voluntario estaba involucrado en este proceso. Problemas como pérdida repentina del habla, de la vista, o parálisis muscular han sido interpretadas como manifestaciones de la histeria conversiva (Sarafino & Smith, 2014).

La necesidad de entender padecimientos como la histeria conversiva, llevó a investigadores a interesarse por la relación entre las emociones y el cuerpo. Flanders Dunbar en 1930, y Franz Alexander en 1940, dieron seguimiento a las ideas de Freud, y relacionaron tipos específicos de personalidad con enfermedades, e identificaron al sistema nervioso autónomo como canalizador de

las ansiedades del paciente a alguna parte del cuerpo. Los trabajos de Dunbar y Alexander dieron pie al surgimiento de la **medicina psicosomática**, la cual propone que padecimientos físicos como úlceras, hipertiroidismo, neurodermatitis, etc., son causados por conflictos emocionales. Actualmente se piensa que los padecimientos psicosomáticos no son solo debidos a tipos de personalidad sino a la influencia de factores biopsicosociales. No obstante, la medicina psicosomática sentó las bases para un cambio en las creencias sobre la relación mente-cuerpo, pues gracias a esta teoría, se empezó a reconocer que la salud física está ligada a factores psicológicos y sociales (Taylor, 2009).

Tras el impacto de las ideas de la medicina psicosomática, dos nuevos campos emergieron para estudiar el rol de la psicología en la enfermedad: la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud. El surgimiento de estos campos se da por comentarios como el que hizo Schofield, quien abogó alrededor de 1969 que la Psicología debía contribuir activamente al conocimiento científico en *salud*, y no solo en *salud mental* (Matarazzo, 1980).

Fue en la Conferencia de Yale sobre Medicina Conductual en 1976 que médicos y científicos conductuales se reunieron para acordar la definición y objetivos de estudio de este campo. Se propuso que la medicina conductual es un campo interdisciplinar que se ocupa del desarrollo de conocimiento científico y técnicas conductuales relevantes para el entendimiento de la salud y enfermedad física, y para el diagnóstico, tratamiento, y prevención de esta última (Schwartz & Weiss, 1978). Este campo surge de la corriente en Psicología llamada conductismo, la cual propone que la conducta es resultado del aprendizaje (Sarafino & Smith, 2014).

La medicina conductual mostró evidencia acerca de la influencia que tienen las emociones sobre procesos corporales (p.ej. presión arterial), y se demostró que las personas pueden controlar estos procesos si reciben retroalimentación de lo que sucede en su cuerpo -biofeedback- (Sarafino & Smith, 2014). También, se reconoció que la conducta y los estilos de vida del individuo tienen una gran

influencia en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, y epilepsia (Matarazzo, 1980).

El conductismo sentó bases también para la **Psicología de la Salud**, campo que surge en 1978 a partir de la formación de la División 38 (Health Psychology) de la American Psychological Association (APA). Psicología de la Salud es el agregado de contribuciones de la Psicología a la educación, ciencia e investigación. Estas contribuciones buscan la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación etiológica y diagnóstica de diferentes padecimientos (Matarazzo, 1980). Tiempo después se agrega a esta definición la preocupación de la Psicología de la Salud en mejorar las políticas de salud públicas (Walston, 1996).

La División 38 (Health Psychology) de la APA inició con el objetivo de dar avance al conocimiento en psicología por medio del entendimiento de la salud y la enfermedad a través de investigación clínica que integre información biomédica y psicológica. Se buscó esparcir este conocimiento al público en general, específicamente a la comunidad biomédica y psicológica, y brindar educación y servicios en psicología para la atención de la salud y la enfermedad. Esta División abrió paso a la Psicología de la Salud como ciencia por medio de publicaciones como el *Health Psychology newsletter* en 1979, y el *Health Psychology journal* en 1982, y fue Joseph Matarazzo quien contribuye a diferenciar la Medicina Conductual de la Psicología de la Salud mencionando que la primera es un campo interdisciplinario, mientras que la segunda es intradisciplinario (Walston, 1996).

Actualmente, el hecho de que enfermedades crónicas como problemas cardiovasculares, depresión, o diabetes sean las principales causas de muerte en países industrializados, lleva al psicólogo de la salud a la labor de ayudar al enfermo crónico a adaptarse a su cambiante estado de salud (Taylor, 2009).

La aparición de la Medicina Conductual y la Psicología de la salud sientan las bases para dejar atrás el **modelo biomédico**, y dar paso al **modelo biopsicosocial** de la enfermedad, el cual propone que el diagnóstico de

enfermedad debe tener en cuenta la contribución de factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977).

Basándose en este modelo, se propone que los trastornos mentales surgen cuando un individuo con predisposición genética (diátesis) vive un evento estresante (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

Asimismo, la Psicología de la Salud se apoya en las aportaciones de la investigación epidemiológica. Esta contribuye describiendo y explicando la dinámica de la salud poblacional a fin de desarrollar políticas públicas que apoyen a la conservación y promoción de la salud. La epidemiología busca principalmente describir la distribución y frecuencia de las condiciones de salud en la población y contribuir al descubrimiento de factores ambientales, sociales y biológicos que tienen influencia sobre estas condiciones. Por lo anterior, la epidemiología se considera una ciencia básica para la salud pública. (López & Hernández, 2007)

¿Y cómo está la salud mental en la Ciudad de México (CDMX)? Sarabia (2018) reportó que la depresión, ansiedad y el estrés son algunos de los trastornos mentales que han aumentado entre los capitalinos. En el 2017, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SEDESA) reportó 2,393,773 atenciones a padecimientos psicológicos. De los servicios ofrecidos en el primer nivel de atención, 29% se relacionan a depresión. Vulnerabilidad, desempleo y violencia doméstica son factores que influyen al aumento de mexicanos con estos trastornos.

A continuación, se mencionan de manera general los trastornos depresivos, la conducta y el pensamiento suicida, y los trastornos neurocognitivos. Padecimientos con los que se trabajó durante el servicio social.

Trastornos depresivos

De acuerdo con la OMS (2018) la depresión es un trastorno del estado de ánimo cuyos síntomas afectan la forma de pensar y actividades diarias tales como comer, dormir y trabajar. Para recibir este diagnóstico es necesario que los

síntomas *humor triste y/o pérdida de interés en las actividades* esté presente al menos las últimas dos semanas.

El Trastorno depresivo mayor representa la condición clásica de depresión dentro de los trastornos depresivos. Este padecimiento se caracteriza por humor triste todos, o casi todos los días y/o por la pérdida de interés en las actividades cotidianas, por lo menos en las últimas dos semanas. Algunos de los siguientes síntomas también pueden estar presentes: Pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, pérdida de energía o fatiga, sentimientos de culpa e inutilidad, dificultad para concentrarse, y/o pensamientos recurrentes de muerte (Bear, Connors, & Paradiso, 2016).

La OMS prevé en el año 2020 a los trastornos depresivos como la segunda causa de discapacidad en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares. (Berenson, Lara, Robles, & Medina, 2013).

A pesar de varios años de extensa investigación, aún no ha sido posible hallar una forma para diagnosticar la depresión que tenga una alta especificidad y sensibilidad. Psicólogos continúan llevando a cabo estudios que evalúan características conductuales y biológicas de la depresión para encontrar una forma confiable de diagnóstico. Por ejemplo, Papakostas et al. (2013) sugirieron la efectividad de la prueba compuesta, multi ensayo, basada en suero para medir 9 analitos que logró arrojar una especificidad y sensibilidad de 90 y 80% respectivamente para diferenciar pacientes adultos estadounidenses con Trastorno depresivo mayor de individuos sin depresión.

Prevalencia

Aproximadamente un 20% de la población mundial padecerá algún trastorno depresivo en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud del 2002 reportó una prevalencia puntual de depresión en el mundo en hombres de 1.9% y 3.2% en las mujeres (Bello, Puentes, Medina, & Lozano, 2005).

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor y al estudio de Hasin et al. (2018) en la población estadounidense adulta, 10% padeció depresión mayor en los últimos 12 meses y 20% la padeció en algún momento de su vida. En promedio, los episodios depresivos duraron 6 meses, y la mayoría fueron clasificados como moderados o severos. 13% de la población con depresión tuvo un intento de suicidio, y 75% de los casos tuvieron el especificador de ansiedad, y el resto características mixtas (manía e hipomanía). Este estudio fue importante porque antes de él no había datos que reportaran prevalencia de depresión mayor basada en los criterios diagnósticos del DSM 5, ni en sus especificadores en población estadounidense.

En México, resultados de la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica (ENEP) señalaron que 9.2% de los mexicanos han sufrido un trastorno del estado de ánimo en algún momento de su vida, y 4.8% en el último año previo al estudio. Las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los hombres de padecer un trastorno depresivo, y hay una prevalencia del 20% en individuos mexicanos mayores de 65 años (Berenson et al., 2013). De la población adulta mexicana que sufrió un episodio depresivo mayor, 27.5% tuvo su primer episodio antes de los 18 años, y 2% durante la infancia (González, Hermosillo, Vacío, Peralta, & Wagner, 2015). La depresión es la principal causa de discapacidad para las mujeres, y la novena para los hombres en México (La Jornada, 2018).

Dentro del HPFBA, en el 2017 el trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente, ocupó el sexto lugar (973 pacientes: 789 mujeres, 184 hombres) en el área de Consulta Externa como una de las principales causas de morbilidad. En el área de Hospitalización Continua, el trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos ocupó el sexto lugar (173 pacientes: 125 mujeres, 48 hombres), y el trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos ocupó el noveno lugar (63 pacientes: 41 mujeres, 22 hombres) (Servicio de Bioestadística, 2017).

Factores de riesgo.

El neuroticismo (afectividad negativa), las experiencias estresantes en la niñez, y factores genéticos se relacionan a la posible aparición de un trastorno depresivo (American Psychiatric Association, 2013). Estudios con gemelos monocigóticos registran una probabilidad del 69% en uno de los miembros de padecer un trastorno depresivo, si el otro gemelo lo presentó. En gemelos dicigóticos esta probabilidad es de 13% (Carlson, 2014).

En población mexicana, se han identificado los siguientes factores de riesgo para el posible desarrollo de un trastorno depresivo: Ser mujer, dedicarse exclusivamente a labores del hogar, ser cuidador primario de un enfermo crónico, bajo nivel socioeconómico, desempleo, aislamiento social, ser primera generación de migrantes, y sufrir experiencias violentas (Berenson et al., 2013).

Factores biológicos en la depresión.

Dentro de la investigación biológica de la depresión se ha propuesto la **hipótesis monoaminérgica**. Esta propone que el estado de ánimo es directamente proporcional al nivel de serotonina y noradrenalina liberados en el cerebro. La propuesta nace de observaciones hechas alrededor de 1960, donde investigadores notaron que la reserpina – sustancia introducida para controlar la hipertensión arterial - provocaba síntomas depresivos al interferir con la carga de serotonina en la vesícula sináptica. Esta hipótesis es criticada por su simplicidad; pues pareciera reduccionista decir que el estado de ánimo depende de dos neurotransmisores. Además, se ha observado que la mejoría que brindan los antidepresivos empieza después de 2 a 3 semanas de ingerir el fármaco. Esto lleva a suponer que no es la acción del medicamento sobre la serotonina y/o la noradrenalina lo que provoca la mejoría, sino el cambio adaptativo gradual en el cerebro causado al experimentar un cambio constante en los niveles de estos neurotransmisores (Bear et al., 2016).

Otra propuesta es el papel que juega la **disfunción de la corteza cingulada anterior (CCA)** en la depresión. La investigación ha reportado que la

actividad en la CCA es mayor cuando un individuo presenta un trastorno depresivo. Se sabe que la CCA envía mensajes a la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo; por ende, se propone que, al disminuir la actividad en la CCA, esta a su vez reduce la activación fisiológica de la amígdala, provocando de este modo, una disminución de la sintomatología depresiva (Carlson, 2014).

Otra propuesta es la **hipótesis de la diátesis-estrés**, esta sugiere que la interacción de factores genéticos y ambientales específicos causan los trastornos depresivos (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

Basándose en esta hipótesis, se ha propuesto que en **el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS)**, donde se regula la secreción de cortisol desde la glándula suprarrenal en respuesta al estrés, convergen la influencia genética y ambiental para provocar un trastorno depresivo. En individuos sanos, la inhibición del eje HHS se da por retroalimentación recibida de los receptores glucocorticoides del hipocampo. En pacientes depresivos no hay retroalimentación entre receptores glucocorticoides y el eje HHS, provocando que éste último esté hiperactivo, se libere más cortisol, y que la persona experimente más estrés. La investigación ha demostrado que la magnitud de la expresión génica de los receptores glucocorticoides está regulada por las primeras experiencias sensitivas de la vida. Si estas experiencias son positivas, la expresión génica de estos receptores será mayor. Causando así que la retroalimentación de receptores glucocorticoides y el eje HHS sea más fuerte, haciendo al individuo más capaz de responder adaptativamente a situaciones estresantes. Con base en esto, se sugiere que las experiencias estresantes en la infancia disminuyen la expresión génica de receptores glucocorticoides, provocando que el individuo sea más propenso a experimentar estrés en su vida y, por lo tanto, a desarrollar un trastorno depresivo (Bear et al., 2016).

Ligado al párrafo anterior, Uchida, Yamagata, Seki, & Watanabe (2018) reportan la influencia de la **epigenética** sobre la **neuro plasticidad** y como esta se relaciona con el trastorno depresivo mayor. Modelos animales han demostrado que ante estrés crónico hay atrofia neuronal, reducción de la densidad sináptica en

sistema límbico, corteza prefrontal e hipocampo. Resultados descritos en su revisión apoyan la hipótesis de que estresores ambientales actúan a través de mecanismos epigenéticos (p.ej. metilación del ADN y alteración de las proteínas histonas) que interactúan con la genética del individuo para determinar el riesgo de depresión.

También se ha demostrado que los **ritmos circadianos** y el **sueño** se relacionan con la depresión (p.ej. influencia de las estaciones del año en el estado de ánimo). Además, se ha relacionado la expresión génica del **alelo corto del transportador de serotonina** con una probabilidad mayor de sufrir depresión, sin embargo, metaanálisis sobre esta propuesta reportan resultados no significativos (Carlson, 2014).

Autores como Hyde et al. (2016) realizaron un metaanálisis de datos con información genética de 75,607 individuos con descendencia europea que auto reportaron haber recibido el diagnóstico de depresión, y de 231,747 personas sin dicho diagnóstico. El resultado fue el hallazgo de 15 regiones genéticas implicadas en la depresión. Más investigación es necesaria para sustentar estos hallazgos.

Factores psicológicos en la depresión

La forma particular en la que individuos con depresión piensan sobre ellos mismos y sobre los eventos vividos influye en el mantenimiento o desarrollo de sintomatología depresiva.

En la década de los 60s' Aaron Beck observó que sus pacientes con depresión solían tener pensamientos negativos acerca de ellos mismos, del mundo, y del futuro; a esto lo llamo la **triada cognitiva de la depresión**. Teorizó que estos pacientes, después de haber vivido experiencias estresantes en la niñez, desarrollan un esquema negativo sobre ellos mismos y las circunstancias externas, haciéndolos más propensos a culparse a ellos mismos por las cosas malas en su vida, incrementando así su vulnerabilidad a desarrollar un trastorno depresivo (Barlow & Durand, 2015).

Individuos con depresión presentan un **sesgo atencional** al reconocer emociones; tienden a notar con más frecuencia la tristeza, y palabras y experiencias negativas. Esto hace que las personas con depresión sean más sensibles a la retroalimentación negativa ambiental, manteniéndose así la sintomatología depresiva (Dalili, Penton-Voak, Harmer, & Munafo, 2014).

La **rumiación** y el **estilo atribucional** se han relacionado al mantenimiento e incremento de la sintomatología depresiva e ideas suicidas. La rumiación, que involucra un pensar excesivo sobre los problemas, interfiere con el desarrollo e implementación de soluciones, manteniendo la sintomatología depresiva e incluso generando ideas suicidas al no ver una salida de este continuo pensar negativo (Moore, 2015). Asimismo, un metaanálisis de diferentes estudios demostró que individuos con depresión suelen atribuir los resultados negativos en su vida a causas internas, estables, y globales de su persona (Hu, 2015).

Adicionalmente, Martin Seligman propuso **la teoría de la desesperanza aprendida**, la cual sugiere que las personas se vuelven ansiosas o depresivas cuando perciben no tener control sobre los eventos en su vida (Barlow & Durand, 2015).

Factores sociales en la depresión

Uno de los factores de riesgo para padecer depresión es ser mujer. Esto se ha asociado a los roles de género enseñados, pues a los hombres se les enseña a ser asertivos, independientes y fuertes, mientras que a las mujeres a ser pasivas, sensibles a las necesidades de otros, y dependientes. También se ha asociado la desigualdad social de la mujer con la depresión, pues ellas sufren más discriminación y acoso que los hombres (Barlow & Durand, 2015).

Además, un estudio de Smyth et al. (2015), basado en la teoría del apego de Bowlby, demostró que personas con apego evasivo y ansioso-ambivalente tienen una mayor activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS) estando así en mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.

También se han identificado a las habilidades sociales desadaptativas y a la angustia marital como factores relacionados a la depresión. Habilidades sociales inadecuadas resultan en una capacidad limitada para obtener reforzamiento positivo en interacciones sociales. La angustia marital facilita un sentimiento de pobre apoyo social en el individuo (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

Tratamientos para los trastornos depresivos

El tratamiento de la depresión incluye el uso de fármacos, terapia electroconvulsiva y/o psicoterapia. Los tratamientos descritos a continuación son los más utilizados para intervenir en el Trastorno Depresivo Mayor.

Entre los fármacos encontramos los **antidepresivos tricíclicos**, ellos inhiben la recaptación de Serotonina y de noradrenalina. Son efectivos, pero presentan diversos efectos secundarios como boca seca, estreñimiento, náusea e hipersomnias. La Imipramina es un tricíclico que hasta ahora tiene la mayor efectividad para la reducción de sintomatología depresiva (Carlson, 2014). Los **inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)** no presentan tantos efectos secundarios, y usualmente son usados como segunda línea de tratamiento después de que un paciente no responde a antidepresivos tricíclicos (Andreasen, 2006). Los **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)**, como la Fluoxetina y la Sertralina, reducen sintomatología depresiva, obsesivo-compulsiva y ansiedad social. Los ISRS presentan menos efectos secundarios que los tricíclicos. De acuerdo con la revisión sistemática hecha por Magni et al. (2013) se reportó que la sertralina y la mirtazapina son más eficaces para la reducción de sintomatología depresiva que la fluoxetina, y que los efectos secundarios de esta última son más tolerables que los de antidepresivos tricíclicos e IMAO. Adicionalmente, los **inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)**, como la duloxetina, tienen acción aún más específica sobre los neurotransmisores en los que actúa, provocando que haya menos efectos secundarios. Al recetar un medicamento, los psiquiatras deben tener en cuenta el costo y la toxicidad del fármaco. (Carlson, 2014).

Dado que es común en pacientes con dependencia al alcohol tener comorbilidad con un trastorno depresivo, estudios se han realizado para descubrir si los antidepresivos ayudan a disminuir la sintomatología depresiva, la dependencia al alcohol o ambos. La revisión sistemática de Agabio, Trogu, & Pani (2018) halló evidencia sobre la moderada eficacia de los antidepresivos para la reducción de sintomatología depresiva y de dependencia al alcohol.

Por otro lado, la **terapia electroconvulsiva (TEC)** es una alternativa eficaz para el tratamiento de pacientes que no responden a tratamiento farmacológico ni a la psicoterapia, y es útil para tratar pacientes con ideación suicida. La TEC puede sacar al individuo de una depresión grave en unos días, sin embargo, su efecto secundario principal es la pérdida de memoria de sucesos recientes. Este efecto adverso desaparece después de unas semanas (Andreasen, 2006).

Otra forma de tratamiento es la **psicoterapia**, esta es útil para fomentar en el paciente el desarrollo de consciencia de enfermedad, y modificar el pensamiento de los pacientes a uno más adaptativo. La terapia cognitiva de Aaron Beck, la terapia interpersonal, e intervenciones comportamentales como la activación conductual son reconocidas por su eficacia para el tratamiento de depresiones leves y moderadas (Vallejo, 2015). La OMS (2016) añade que el entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en relajación, la terapia interpersonal grupal y fortalecer redes de apoyo social son intervenciones eficaces para la depresión.

La revisión sistemática realizada por Shinohara et al. (2013) comparó la eficacia y aceptabilidad de terapias conductuales (p.ej. activación conductual, entrenamiento en relajación, habilidades sociales y asertividad) con la de otras terapias (p.ej. Cognitivo Conductual, Humanista y Psicodinámica) en el tratamiento de depresión aguda. No se encontró evidencia significativa que reportara a las terapias conductuales como más eficaces que otras. Cada una de estas terapias resultó ser casi igualmente efectiva. Se encontró a la TCC con más efectos positivos a largo plazo que la terapia Psicodinámica en reducción de sintomatología depresiva. Por otro lado, Hunot et al. (2013) realizaron una revisión

sistemática comparando la efectividad de TCC tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, y activación conductual) con la TCC para tratamiento de depresión aguda. No se encontró suficiente evidencia que ponga a la TCC tercera generación como más efectiva que la TCC, pues los estudios revisados reportaron que son igualmente efectivas.

Ijaz et al. (2018) mencionaron en su revisión sistemática que añadir psicoterapia al tratamiento farmacológico es benéfico para la reducción de sintomatología y tasas de remisión a corto plazo en pacientes con depresión resistente al tratamiento. Más evidencia hace falta para arrojar conclusiones de sus efectos positivos a largo plazo, y sobre qué tipo de psicoterapia es la más efectiva.

Cox et al. (2012) buscaron evidencia sobre qué tipo de tratamiento es el más efectivo para prevenir recaídas en niños y adolescentes. Los resultados de su búsqueda hallaron que los antidepresivos tuvieron un porcentaje menor de recaídas (40%) que aquellos con tratamiento placebo (66%).

¿La población mexicana busca tratamiento psicológico al notar sintomatología depresiva?

México tiene un alto retraso en la búsqueda de atención psicológica, pues menos del 20% de la población que sufre un trastorno depresivo busca ayuda profesional. Entre los factores que detienen a los mexicanos a pedir ayuda están el estigma de la enfermedad mental, el desconocimiento de la existencia del tratamiento para la depresión, no contar con alguien que cuide a los hijos, y la lista de espera para obtener una cita (Berenson et al., 2013).

[Conductas y pensamientos asociadas al suicidio](#)

El suicidio es el acto intencional de un individuo de terminar con su propia vida. Este es, posiblemente, la causa de muerte más directamente afectada por factores psicológicos, pues la persona toma la decisión consiente de terminar con su propia vida. El término *conducta suicida* se refiere a los comportamientos de

una persona que podrían llevarlo a perder la vida, esto incluye el intento suicida y la conducta autolesiva; intento suicida se refiere a la realización de una conducta que pone en riesgo la vida de la persona, donde existe la motivación de morir. Por otro lado, se le conoce como ideación suicida a los pensamientos que involucran la intención de terminar con la propia vida (O'Connor & Nock, 2014).

Prevalencia

Actualmente, el suicidio es la causa de muerte número 10 en el mundo, representando el 1.5% de muertes en la sociedad occidental. Aproximadamente 90% de los individuos que cometieron suicidio cumplían con los criterios diagnósticos de algún trastorno psicológico. Sin embargo, aun cuando la mayoría de las personas suicidas sufrían de psicopatología, la mayoría de la gente con un trastorno psicológico no intenta suicidarse (Gvion & Apter, 2015).

En México, el suicidio ha aumentado en los últimos 40 años. La Secretaría de Salud reportó que entre 1970 y 1998 la tasa de suicidio se duplicó en el país. Actualmente, el suicidio es una de las 5 principales causas de muerte hasta los 34 años, y la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años. Hay una mayor prevalencia de ideación e intento suicida en las mujeres mexicanas, mientras que los hombres ocupan el mayor número de casos de suicidio (Vázquez, Piña, González, Jiménez, & Mondragón, 2015). Tan solo en el 2016 se registraron 6,370 suicidios en el país y los estados de Chihuahua, Quintana Roo, Aguascalientes y Campeche fueron los que tuvieron las mayores tasas de suicidio. (Canchola & Jiménez, 2018)

Vitela (2018) reporta que el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro trata de 3 a 4 casos al mes de intento o ideación suicida en niños menores de 10 años. Esta cifra es alarmante pues esto no sucedía hace 10 años. Expertos atribuyen estos casos principalmente a la desatención y negligencia familiar.

Factores de riesgo/protectores

Fawcett (2012) mencionó que el suicidio es la peor consecuencia de los trastornos depresivos, y demuestra ser impredecible en casos clínicos individuales. Además, señaló los siguientes factores de riesgo: intentos previos de suicidio; historia de familiares con intentos suicidas; vivir solo, dolor crónico severo, o haber perdido a alguien significativo recientemente; tendencia a la impulsividad y a reaccionar agresivamente ante provocaciones mínimas; aumento en la ingesta de alcohol o empeoramiento de sintomatología depresiva; reciente internamiento psiquiátrico, o haber recibido el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, o esquizofrenia; presencia de agitación psicomotora, ansiedad severa, o desesperanza; estrés severo, o el diagnóstico de una enfermedad grave (p.ej. cáncer, demencia).

Gold (2012) mencionó que la razón por la que las mujeres presenten más intentos suicidas que los hombres, pero ellos tengan una tasa de mortalidad por suicidio mayor, puede deberse a que los hombres suelen elegir métodos suicidas más letales que las mujeres. Por ejemplo, los hombres suelen utilizar pistola, mientras que las mujeres ingieren sobredosis de píldoras.

Asimismo, O'Connor & Nock (2014) sugieren a la desesperanza, perfeccionismo, neuroticismo, factores cognitivos como la rumiación y la rigidez cognitiva, y un déficit en solución de problemas como factores de riesgo de la conducta suicida.

En lo que corresponde a México, una mala relación con los padres y sentimientos de soledad ponen en riesgo de suicidio a niños y adolescentes. Al experimentar estrés por enfrentar dificultades económicas causadas por los bajos salarios, los jóvenes mexicanos incrementan su riesgo de sufrir ansiedad, depresión, sentimientos de soledad y desesperanza, que a su vez los hace más vulnerables a la conducta suicida (Vázquez et al., 2015).

Teorías psicológicas del suicidio

Al inicio del Siglo XX, Freud y las teorías psicoanalíticas, ayudaron a cambiar la perspectiva que se tenía sobre el suicidio; pues de ser un tema moral, legal, o espiritual, pasó a ser una preocupación clínica para los profesionales de la salud, y sentó bases para investigaciones futuras (O'Connor & Nock, 2014). Después de las teorías psicoanalíticas, autores como Durkheim, Schneidman, y Beck contribuyeron con sus teorías sobre el suicidio.

Durkheim (2013) argumentó que el suicidio es consecuencia de influencias sociales, y no tanto de decisiones individuales. Sin embargo, sus postulaciones no tienen mucho soporte empírico, y no logran explicar casos clínicos individuales.

Schneidman (1993) propuso que el suicidio es consecuencia de dolor psicológico (psicalgia); un intenso e intolerable dolor emocional que difiere de la depresión y la desesperanza. Este dolor psicológico surge de la frustración de no satisfacer necesidades psicológicas básicas, como autoimagen positiva y relaciones interpersonales de calidad. Su propuesta formó la base de varios modelos suicidas contemporáneos, y el dolor psicológico se considera hoy un factor predictivo de la conducta suicida. Sin embargo, todavía no hay una definición general de lo que es la psicalgia, y estudios muestran que psicalgia, depresión, y desesperanza podrían no ser constructos independientes. Por esto, se requiere más investigación sobre el papel de la psicalgia en el suicidio.

Por otro lado, Beck enfatizó el factor cognitivo del suicidio, proponiendo que la desesperanza juega un papel importante en él. La persona suicida se ve a sí misma, al futuro, y al entorno como negativo. Esta evaluación negativa, así como errores y distorsiones cognitivas empujan al individuo hacia la conducta suicida. Actualmente, psicólogos cognitivos conductuales proponen que ciertos esquemas cognitivos y creencias irracionales son factores cruciales en el desarrollo de negatividad, la cual lleva a la persona a la conducta suicida. La teoría cognitiva ha sido ampliamente aceptada, pues muchos de los constructos que utiliza tienen soporte empírico (Wenzel, Brown, & Beck, 2009).

Un modelo más reciente propuesto por Thomas Joiner es la **teoría interpersonal del suicidio**, la cual argumenta que la persona presentará conducta suicida severa si tiene el deseo de morir, y la capacidad de actuar en tanto ese deseo. El deseo de morir surge de dos estados psicológicos interpersonales: percibirse como una carga para los demás, y un pobre sentido de pertenencia. Cuando estos dos estados convergen, la ideación suicida se hace prominente. Sin embargo, el deseo de morir no es suficiente para realizar un intento suicida, pues la persona puede sobre ponerse a la ideación suicida a partir de su sentido de autopreservación. Para que la persona adquiera la capacidad de suicidarse, Joiner argumenta que el individuo debe desarrollar un miedo nulo al dolor, las lesiones, y a la muerte por medio de la experimentación constante de dolor, usualmente por autolesión (Van Orden et al., 2010).

Esta teoría ofrece una posible explicación a los intentos suicidas de personas con una historia de autolesiones y otros factores de riesgo, y es el primer modelo en distinguir individuos únicamente con ideación suicida, de aquellos que llevan la ideación suicida a la acción. La investigación sugiere que hay una influencia significativa de un pobre sentido de pertenencia y una percepción de ser una carga para los otros en la ideación suicida, y una correlación alta entre una historia de autolesiones con menor temor a involucrarse en conducta suicida. Por otro lado, las limitaciones de esta teoría se encuentran en que aún no es claro el por qué el adquirir la capacidad de involucrarse en un acto suicida no siempre lleva al suicidio. Además, el modelo falla en tomar en cuenta el papel de los trastornos psiquiátricos (p.ej. depresión) en el suicidio (Barzilay-Levkowitz & Apter, 2014).

Otra explicación reciente sobre la conducta suicida la encontramos en la propuesta de Rory C. O'Connor con su **modelo integrado motivacional-volitivo de la conducta suicida**, que conceptualiza a la conducta suicida como determinada por la interacción compleja de factores próximos y distales agrupados en tres fases: 1) pre-motivacional, 2) motivacional, 3) volitiva. La fase pre-motivacional consiste en factores biopsicosociales de riesgo y eventos estresantes

recientes que pueden dar pie a la conducta suicida. La fase motivacional habla sobre la formación de ideación suicida, a partir de la percepción de sentirse atrapado, que es provocada por experiencias de derrota/humillación. Estas percepciones son moderadas por factores como déficit en solución de problemas, o sesgos de atribución. En la fase volitiva los pensamientos suicidas se traducen a actos suicidas (O'Connor & Kirtley, 2018).

Este modelo es importante porque nace a partir de evidencia existente y conocimiento teórico. Integra aspectos de teorías psicológicas pasadas y explica como factores distales pueden traducirse a conducta suicida, por medio de la influencia de factores proximales. A pesar de que los hallazgos sobre este modelo son prometedores, la investigación sugiere que los constructos de derrota y percepción de sentirse atrapado podrían no ser independientes, por lo que aún existe la necesidad de probar esta teoría en diferentes muestras y lugares (Barzilay-Levkowitz & Apter, 2014).

Tratamiento de la conducta suicida

De acuerdo con el Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) de la OMS (2016) primero se debe evaluar si la persona ha tenido un intento de autolesión que haya requerido atención médica; riesgo inminente de suicidio/autolesión; presencia de trastornos mentales; severidad de síntomas emocionales; y la presencia de dolor crónico.

Una vez hecho esto, el mhGAP cuenta con protocolos que especifican que hacer en caso de que la persona haya requerido atención médica por autolesión, o en caso de que exista un riesgo inminente de suicidio. Estos protocolos sugieren, de manera general, no dejar a la persona sola, ofrecer y activar apoyo psicosocial, brindar psicoeducación, ofrecer apoyo emocional/psicológico a los cuidadores primarios, retirar objetos con los que el individuo pudiera hacerse daño, y dar seguimiento al caso. En el caso de ofrecer apoyo psicosocial, se exploran las razones por las que la persona desea suicidarse, se le invita a recordar cómo en el pasado otros problemas pudieron resolverse, y moviliza a familiares y/o amigos

cercanos a que supervisen constantemente a la persona en riesgo. La psicoeducación se enfoca en enseñar al individuo en atención y a sus cuidadores que hablar de suicidio no es negativo y que este es prevenible. Se les enseña que una persona con riesgo suicida es alguien que está viviendo sufrimiento emocional severo y que no ve otra alternativa para resolver sus problemas. Se invita a los cuidadores a ser pacientes con el individuo en atención, y a dejar de lado las críticas o juicios a su decisión.

Finalmente, para el seguimiento del caso se recomienda tener contacto con el individuo en riesgo diariamente, o con frecuencia durante la semana, los primeros dos meses. Posteriormente, si se evalúa que el riesgo suicida ha disminuido puede irse retirando la supervisión poco a poco. Se sugiere mantener seguimiento por dos años (OMS, 2016).

Existe evidencia de que el tratamiento farmacológico (p.ej. inhibidores selectivos de serotonina) ingerido por 6 meses de manera constante, puede prevenir el suicidio en una proporción significativa de pacientes (Fawcett, 2012).

Linehan et al. (2015) reportó que la terapia dialéctico conductual (TDC), con terapeutas entrenados en el manejo y evaluación de pacientes con riesgo suicida, es efectiva para la reducción de intentos suicidas y episodios de autolesión. Mehlum et al. (2016) mostraron que la TDC adaptada a adolescentes es más efectiva que otros tratamientos para la reducción a largo plazo de episodios de autolesión, y para una rápida recuperación en sintomatología depresiva, límite, e ideación suicida.

Hawton et al. (2016) reportaron que la TCC es efectiva para reducir probabilidad de repetición de autolesión, aunque no la frecuencia. La TDC resultó efectiva para disminuir la frecuencia, más no la repetición, en pacientes con dificultad en la regulación emocional con diagnóstico de trastorno de personalidad. Otras formas de terapia fueron excluidas porque los autores no encontraron suficiente evidencia para estas.

La revisión sistemática de McCabe, Garside, Backhouse, & Xanthopoulou (2018) reportó evidencia de que las intervenciones breves (no más de 3 sesiones) enfocadas a tratar ideación y planes suicidas únicamente, y no a dar un diagnóstico (p.ej. depresión) son efectivas para reducir la conducta suicida, más no reducen significativamente la ideación. Autores sugieren hacer más investigación respecto a este tema.

A nivel político, la bancada de Morena en la Cámara de diputados alistó la Ley General de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio. Esta propone la creación de la Comisión de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio para coordinar la capacitación de personal de salud y educación para la detección de conducta suicida. La ley pretende establecer la concurrencia entre federación, entidades y municipios para disminuir la incidencia del problema, así como expedir normas legales y presupuestales para dar cumplimiento a su mandato. A través de la comisión permanente, se piensa recabar información epidemiológica del suicidio (p.ej. edad, sexo, modalidad empleada, municipio, etc.) (Canchola & Jiménez, 2018)

Trastornos neurocognitivos

Este capítulo enfatiza los trastornos neurocognitivos, comunes en la gente de la tercera edad, los cuales representan una condición en la que la persona muestra mayores déficits cognitivos de los que presentaría en el envejecimiento normal (Boeve & Miller, 2017). Estos déficits se observan usualmente en la memoria, aunque también se pueden ver afectadas habilidades cognitivas como las funciones ejecutivas, el lenguaje y/o la visión espacial. Adicionalmente, procesos sociales como reconocer las intenciones de otro, y la autorregulación del comportamiento pueden verse comprometidas (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

Cuando los déficits cognitivos y/o sociales son mayores que los observados en el envejecimiento normal, y la persona aún es capaz de hacer sus actividades de forma independiente, esto se denomina un **trastorno neurocognitivo leve**. Si el deterioro es severo e interfiere con el funcionamiento independiente del

individuo, indica un **trastorno neurocognitivo mayor**. En el DSM-5, el diagnóstico de trastorno neurocognitivo reemplazó al término *demencia* (American Psychiatric Association , 2013).

Después de diagnosticar un posible trastorno neurocognitivo, es necesario determinar su posible causa. Este puede ser debido a la enfermedad de Alzheimer, deterioro frontotemporal, cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, uso de una sustancia, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad por priones, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, traumatismo cerebral, u otra condición médica (Ray, 2015).

Prevalencia

La prevalencia de los trastornos neurocognitivos incrementa exponencialmente al aumentar la edad, y se duplica cada cinco años después de los 65. En países desarrollados, la prevalencia se encuentra entre el 5-10% en individuos mayores de 65, y es más frecuente en mujeres que en hombres, mayormente debido a que las mujeres viven más. Metaanálisis sugieren que la prevalencia es más alta en Latino América que en cualquier otra parte del mundo (Hugo & Ganguli, 2014). Y en lo que concierne a México, estudios nacionales han establecido la prevalencia de la demencia para el área urbana en un 7.4% y para la región rural en un 7.3% (Gutiérrez & Arrieta, 2015).

El DSM-5 puntualiza que, además de variar con la edad, la prevalencia varía ampliamente con la causa etiológica del trastorno neurocognitivo, y menciona que las estimaciones en la prevalencia mundial toman en cuenta, en su mayoría, solo a población de la tercera edad (American Psychiatric Association , 2013).

De acuerdo con investigadores del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la demencia por enfermedad de Alzheimer ocupó el segundo lugar en las principales causas de morbilidad atendidas en consulta externa del área de psicogeriatría del hospital en el 2014 y 2015, y ocupó el tercer lugar en el área de hospitalización del área de psicogeriatría en el 2014 (Castañeda et al., 2016).

Factores de riesgo

El factor de riesgo más fuerte para el desarrollo de un trastorno neurocognitivo es la **edad** (American Psychiatric Association , 2013).

Yaffe & Al Hazouri (2017) identificaron los siguientes factores protectores y de riesgo: Las **mujeres** viven más tiempo que los hombres y están expuestas por más tiempo al riesgo de padecer un trastorno neurocognitivo; **escolaridad** alta se ha asociado con mayor reserva neuronal, lo cual protege o minimiza el daño causado por la demencia; **padecimientos cardiovasculares** causados por diabetes, hipertensión y obesidad se han asociado a un mayor riesgo de padecer demencia; **estilos de vida** como una dieta saludable, ejercicio físico y mental constante, dormir un suficiente número de horas, y consumo leve o moderado de alcohol se han asociado como factores protectores de la demencia; **trastornos mentales** como la depresión, que ocurre en 30-50% de los pacientes con demencia, incrementan el riesgo de deterioro cognitivo. Se ha asociado a la depresión con la aparición de ovillos neurofibrilares y placas A β en el cerebro, principales signos biológicos de la enfermedad de Alzheimer; **poca actividad social** en la adultez media y tardía puede sugerir demencia prodrómica.

En México, Gutiérrez Robledo (2015) identificó la desventaja social, el analfabetismo, la diabetes y el síndrome metabólico como factores de riesgo principales. Añade que el acceso limitado a sistemas de salud lleva al diagnóstico tardío de demencia en el país, disminuyendo así las posibilidades para prevenir o enlentecer el curso de la enfermedad.

Trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer

El trastorno neurocognitivo por enfermedad de Alzheimer representa la causa más común de demencia en el mundo, y también una de las causas de discapacidad y carga financiera más prominentes (Matthews, 2017).

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva en donde la persona, inicialmente, presenta problemas de memoria (p.ej. olvida nombres, donde puso las llaves); estas dificultades se deben a pérdida neuronal y ruptura de

sinapsis en el cerebro. Al avanzar la enfermedad, los problemas de memoria empeoran, y aparecen problemas atencionales y de lenguaje. También las habilidades visoespaciales pueden deteriorarse, y algunos pacientes desarrollan síntomas psicóticos (p.ej. delirios y alucinaciones). En la etapa final de la enfermedad, la pérdida de memoria es total, el individuo no reconoce a sus familiares, no puede comunicarse, y es totalmente dependiente de otros para su cuidado (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

De acuerdo con el DSM-5, el porcentaje de demencias atribuidas a la enfermedad de Alzheimer varía entre un 60-90%, esta variación depende del sitio donde se evalúe la enfermedad. La prevalencia de este padecimiento aumenta con la edad, siendo de alrededor 1-2% en sujetos de 60 años, y de 40% en individuos de 90 (American Psychiatric Association, 2013).

Esta enfermedad fue descrita por primera vez por Alois Alzheimer en su reporte sobre una mujer de 51 años que manifestó problemas de memoria. Después de que la mujer falleciera, Alzheimer examinó su cerebro e identificó dos anormalidades cerebrales que hoy en día se han reconocido como las principales características biológicas de esta enfermedad: las placas amiláceas y los ovillos neurofibrilares (Ray, 2015).

Las **placas amiláceas** son depósitos extracelulares formados por un núcleo denso de la proteína beta amilácea que se acumulan, principalmente, cerca del hipocampo. La formación de estas placas se debe a la producción defectuosa de la proteína beta amilácea. Por otro lado, la proteína tau en un individuo sano ayuda a mantener la estructura citoesquelética de la neurona. En la enfermedad de Alzheimer, los **ovillos neurofibrilares** se forman cuando la proteína tau se enreda, esto causa que la estructura de la neurona se destruya y se altere el transporte de sustancias en el interior de la célula, impidiendo así la comunicación de esta con otras neuronas (Carlson, 2014).

Entre las causas genéticas de la enfermedad de Alzheimer, investigadores sugieren que el cromosoma 21 (implicado también en el Síndrome de Down), y mutaciones de dos genes de la presenilina (PSEN1 y PSEN2) contribuyen a la

producción de una forma larga defectuosa de beta amilácea, que a su vez forma las placas amiláceas (Matthews, 2017).

Otra causa genética es la mutación del gen de la apolipoproteína E (ApoE), glucoproteína que transporta colesterol en sangre e interviene en la restauración celular. El alelo E4 de la ApoE parece aumentar el riesgo de padecer Alzheimer de aparición tardía al interferir con la eliminación de la forma larga de la proteína beta amilácea del medio extracelular (Carlson, 2014). Un único alelo E4 incrementa el riesgo de padecer Alzheimer de dos a tres veces, mientras que la presentación homocigótica (E4/E4) incrementa el riesgo de 5 a 15 veces, haciéndolo el factor genético del Alzheimer más importante. (Matthews, 2017) Por otro lado, estudios reportan que el alelo E2 de la ApoE ayuda a prevenir el desarrollo del Alzheimer (Montañola, 2011).

Además, estudios distinguen a individuos que desarrollan la enfermedad antes de los 65 (comienzo temprano) de aquellos que la desarrollan después de los 65 (comienzo tardío). Personas con comienzo temprano de Alzheimer muestran mayor influencia familiar genética que los de comienzo tardío (Ray, 2015).

Tratamiento de los trastornos neurocognitivos

Los tratamientos para los diferentes tipos de demencia, con excepción del tratamiento para el trastorno neurocognitivo debido al VIH, no pueden curar o revertir el daño cognitivo existente. El tratamiento consiste, principalmente, en enlentecer el daño causado por el padecimiento, y en prevención de la enfermedad (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

El tratamiento farmacológico para síntomas cognitivos, sobre todo en la enfermedad de Alzheimer, se basa en inhibidores de la acetilcolinesterasa (p.ej. donepecilo y galantamina) y antagonistas de receptores NMDA no competitivos (p.ej. memantina). Las neuronas colinérgicas ayudan en la activación cortical y en procesos relacionados a la memoria, y son de los primeros grupos neuronales afectados por el Alzheimer. Los medicamentos inhibidores de la

acetilcolinesterasa aumentan, temporalmente, la capacidad cognitiva del sujeto con Alzheimer al aumentar el flujo de la acetilcolina en el cerebro, sin embargo, no revierte el daño neuronal (Carlson, 2014). Por otro lado, la memantina protege a las neuronas de excitotoxicidad asociada con la actividad glutamatérgica; el transportador glutamatérgico es desregulado en el Alzheimer, llevando a cambios en la beta amilácea y la proteína tau. La memantina ayuda a una mejora temporal de síntomas cognitivos y comportamentales del Alzheimer (Matthews, 2017).

La depresión, ansiedad y síntomas psicóticos son comunes en pacientes con demencia. La depresión y ansiedad pueden tratarse con tratamiento farmacológico antidepresivo (p.ej. ISRS o tricíclicos), o con el uso a corto plazo de benzodiazepinas. Los síntomas psicóticos suelen ser tratados con antipsicóticos de última generación, ya que antipsicóticos tradicionales, como el haloperidol, pueden causar Parkinsonismo (Matthews, 2017). Por otro lado, autores reportaron evidencia sobre la capacidad de las terapias psicológicas para reducir sintomatología depresiva y ansiosa, e incrementar la calidad de vida del paciente con demencia. Se necesita más investigación para diferenciar que intervenciones psicológicas son las más eficaces para esta tarea (Orgeta, Qazi, Spector, & Orrell, 2014).

Para tratar los síntomas psicológicos de la demencia, diferentes autores sugieren la Psicoeducación al paciente y a su familia para incrementar la comprensión de la enfermedad y brindar herramientas a los cuidadores primarios para lidiar con las complicaciones del Alzheimer. Se ha sugerido también la terapia de reminiscencia, la cual ayuda a estimular las memorias tempranas de la vida del paciente, y la terapia de orientación, que apoya a disminuir la confusión del individuo situándolo en el aquí y el ahora (Rosenberg & Kosslyn, 2014).

Se estima que aproximadamente el 50% de los trastornos neurocognitivos pueden ser prevenidos. La prevención se lleva a cabo con la modificación de estilos de vida. Por ejemplo, comer sanamente, hacer ejercicio, y consumir de forma leve o nula el tabaco (Ray, 2015).

Resultados Obtenidos

A continuación, se muestra en tablas el número de pacientes reclutados para los diferentes protocolos durante el servicio social, así como las pruebas psicológicas aplicadas. Posteriormente, se mencionan las competencias profesionales mejoradas/obtenidas, la aportación del sustentante al programa de servicio social y los resultados personales obtenidos durante la realización de las actividades.

Dado que en el servicio social se trabajó en conjunto, al atender un paciente se tomaron turnos como terapeuta y coterapeuta entre los estudiantes del programa. Por esta razón, en las tablas reportadas se especifica el rol que fungió el sustentante durante la evaluación de los pacientes reclutados.

Establecimiento de una prueba molecular que determinará el riesgo de recaída por la terminación del uso de antidepresivos en pacientes con depresión

Tabla 1

Pacientes incluidos en la investigación: "Establecimiento de una prueba molecular que determinará el riesgo de recaída por la terminación del uso de antidepresivos en pacientes con depresión"

Número de Paciente y sexo	Edad	Fecha de ingreso a la investigación
1. Femenino	22	14/02/2018
2. Femenino	22	20/02/2018
3. Femenino	22	21/02/2018
4. Femenino	43	12/03/2018
5. Femenino	21	03/04/2018
6. Masculino	55	10/04/2018
7. Femenino	31	12/04/2018

8. Femenino	18	24/04/2018
9. Femenino	42	30/04/2018
10. Femenino	35	03/05/2018
11. Femenino	29	08/05/2018
12. Femenino	33	09/05/2018
13. Masculino	19	15/05/2018
14. Femenino	20	21/05/2018
15. Femenino	26	23/05/2018
16. Femenino	19	23/05/2018
17. Femenino	20	28/05/2018
18. Femenino	45	04/06/2018
19. Femenino	55	07/06/2018
20. Femenino	24	11/06/2018
21. Femenino	49	12/06/2018
22. Femenino	38	09/07/2018
23. Femenino	42	10/07/2018
24. Femenino	51	12/07/2018
25. Femenino	52	19/07/2018
26. Femenino	24	24/07/2018
27. Masculino	18	24/07/2018
28. Femenino	42	31/07/2018
29. Masculino	54	07/08/2018
30. Femenino	51	08/08/2018

Nota: Los pacientes fueron reclutados en el área de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El sustentante fungió el rol de terapeuta con los usuarios marcados en negritas, y de coterapeuta con el resto.

Durante 6 meses se reclutaron, en promedio, 5 usuarios por mes, 26/30 pacientes fueron mujeres, y la moda en edad fue entre los 20 y 30 años. Se entrevistaron alrededor del doble de pacientes mencionados en la tabla, sin embargo, los usuarios reportados son quienes cumplieron los criterios de inclusión del protocolo.

A cada uno de estos pacientes se les aplicó las siguientes escalas: Escala de Depresión de Hamilton, Escala de Ansiedad de Hamilton, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott, e Inventario de Discapacidad de Shehann. Los resultados de estas escalas fueron capturados en la base de datos del protocolo, contribuyendo de esta forma al avance de esta investigación.

Entrevista motivacional para tratamiento de la conducta suicida en pacientes psiquiátricos

Tabla 2

Pacientes incluidos en la investigación "Entrevista Motivacional para tratamiento de la conducta suicida en pacientes psiquiátricos"

Número de paciente y sexo	Edad	Fecha de ingreso al proyecto
1. Femenino	18	15/05/2018
2. Femenino	42	16/05/2018
3. Masculino	27	21/05/2018
4. Femenino	33	30/05/2018
5. Femenino	29	13/06/2018
6. Femenino	34	11/07/2018
7. Masculino	21	23/07/2018
8. Femenino	44	23/07/2018

Nota: Los pacientes fueron reclutados en el área de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El sustentante fungió el rol de terapeuta con los usuarios marcados en negritas, y de coterapeuta con el resto.

En promedio se reclutaron 2 usuarios por mes, en un periodo de 4 meses. 6/8 pacientes fueron mujeres siendo la moda en edad entre 20 y 30 años.

Se aplicó a estos pacientes las escalas siguientes escalas: cuestionario de depresión de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini) cuestionario de trastorno límite de la personalidad de Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID), cuestionario de ansiedad del Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS), Interpersonal Needs Questionnaire (INQ), Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS) 2.0, Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS), e Inventario de Depresión de Beck. Los resultados de estas escalas fueron capturados en la base de datos del protocolo, contribuyendo de esta forma al avance de esta investigación.

Tamizaje del gen APOE y su asociación con demencia y psicosis en la población mexicana

Tabla 3

Pacientes incluidos en la investigación "Tamizaje del gen APOE y su asociación con demencia y psicosis en la población mexicana"

Número de paciente y sexo	Edad	Fecha de ingreso al proyecto
1. Femenino	76	22/02/2018
2. Femenino	65	04/04/2018
3. Femenino	56	30/05/2018
4. Masculino	75	30/07/2018
5. Femenino	70	31/07/2018
6. Femenino	76	31/07/2018
7. Masculino	78	03/08/2018
8. Femenino	70	08/08/2018
9. Femenino	65	13/08/2018

Nota: Los pacientes fueron referidos por su médico a la Jefatura de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez como candidatos a participar en la investigación. El sustentante fungió el rol de terapeuta con los usuarios marcados en negritas, y de coterapeuta con el resto.

Durante 6 meses se reclutaron, en promedio, 1 o 2 pacientes por mes; 7/9 usuarios fueron mujeres; y la moda en edad fue entre los 70 y 80 años. Con excepción del usuario #7, debido a que su deterioro cognitivo era severo impidiéndole comunicarse de manera verbal, a los pacientes reportados en la tabla

se les aplicó las siguientes escalas: Mini Mental State Examination (MMSE), Face-Name Associative Memory Exam (FNAME), y NeuroPsi: Evaluación neuropsicológica breve en español. Los resultados de estas escalas fueron capturados en la base de datos del protocolo, contribuyendo de esta forma al avance de esta investigación.

Tamizaje del gen APOE: Participación de alteraciones neuroinmunoendocrinológicas en la Enfermedad de Alzheimer

Tabla 4

Pacientes incluidos en la investigación "Participación de alteraciones neuroinmunoendocrinológicas en la Enfermedad de Alzheimer"

Número de paciente y sexo	Fecha de ingreso a protocolo
1. Femenino	13/02/2018
2. Femenino	14/02/2018
3. Femenino	15/02/2018
4. Femenino	19/02/2018
5. Femenino	21/02/2018
6. Masculino	22/02/2018
7. Femenino	26/02/2018
8. Femenino	27/02/2018
9. Femenino	05/03/2018
10. Femenino	06/03/2018
11. Femenino	08/03/2018
12. Femenino	14/03/2018
13. Femenino	20/03/2018
14. Femenino	02/04/2018
15. Femenino	11/04/2018
16. Femenino	17/04/2018
17. Femenino	29/05/2018

Nota: Los pacientes fueron reclutados en el área de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El sustentante fungió el rol de terapeuta con los usuarios marcados en negritas, y de coterapeuta con el resto.

Durante 6 meses se reclutaron, en promedio, casi 3 pacientes por mes, donde 16/17 pacientes fueron mujeres. Dado que nuestra labor en el protocolo fue reclutar al paciente y acompañarlo al laboratorio para que el QFB tomara la muestra de sangre, aquí no se aplicó ninguna prueba psicológica.

Asistencia a la sesión clínica del hospital

Durante el servicio social, los temas que se presentaron en las sesiones clínicas fueron los siguientes:

Tabla 5
Temas de las sesiones clínicas a las que se asistió

Fecha	Tema
16/02/2018	Caso clínico: paciente masculino con ideación suicida y problemas con el abuso de diferentes sustancias
06/04/2018	Caso clínico: paciente femenina con trastorno depresivo con síntomas psicóticos y riesgo suicida
13/04/2018	Teorías del amor y su relación con la terapia de pareja
19/04/2018	Influencia de las bacterias intestinales sobre las enfermedades mentales
27/04/2018	Vejez en México: fomentando el envejecimiento sano
11/05/2018	Historia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
01/06/2018	Caso clínico: paciente femenina con esquizofrenia paranoide y pobre soporte familiar
08/06/2018	La importancia de la psicoeducación y la relación terapeuta-paciente en la recuperación del usuario del hospital
15/06/2018	Asesinos seriales y psiquiatría
29/06/2018	Inhalables como droga de abuso y depresor del Sistema Nervioso

 Central

- 13/07/2018 Caso clínico: paciente femenina con demencia por enfermedad de Alzheimer
- 03/08/2018 Imagenología: avances recientes en tecnología para el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas
- 17/08/2018 Terapia cognitivo conductual metacognitiva y su eficacia en el tratamiento de pacientes con primer brote psicótico
-

Nota: La sesión clínica se llevó a cabo los viernes de 10:00 a 11:30 en el auditorio del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Al presenciar la exposición de estos temas se obtuvo conocimiento sobre diferentes tópicos que incumben a la psiquiatra y a la psicología. Se observó que la Jefatura de Investigación no participa en las ponencias de la sesión clínica, a diferencia de otras áreas del hospital.

[Lectura, revisión y/o exposición de bibliografía específica.](#)

El material revisado durante el servicio social fue el siguiente:

El 23 de febrero del 2018, se revisó y expuso el **anteproyecto del protocolo *Establecimiento de una prueba molecular que determinará el riesgo de recaída por la terminación del uso de antidepresivos en pacientes con depresión***, con el objetivo de que los estudiantes del servicio comprendiéramos la investigación en la que estaríamos participando.

El 9 de marzo del 2018, se expuso en equipo el siguiente libro: **Ruiz Cantero, M. T. (2008). Redacción científica en biomedicina: lo que hay que saber**, con el fin de obtener conocimiento sobre cómo se debe redactar un artículo científico.

El 16 de marzo del 2018, dos compañeras del programa expusieron la forma correcta de aplicar y calificar la **Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)**. Además, se observó la aplicación de dicha escala a un paciente hospitalizado con depresión. Esto se hizo con el fin de conocer una

prueba psicológica que confirmara o descartara la presencia de trastornos psicológicos en pacientes psiquiátricos.

El 27 de abril del 2018, se expuso en equipo sobre trastornos de la personalidad y trastornos depresivos con el objetivo de obtener más conocimiento sobre estos padecimientos. Se tomó como referencia el siguiente libro: Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2015). Trastornos de la personalidad. In **D. W. Black, & N. C. Andreasen, Texto introductorio de psiquiatría. (pp. 495-518). Ciudad de México: Manual Moderno.**

El 7 de mayo del 2018, Se revisó la prueba **Inventario Autodescriptivo del Adolescente** con el fin de conocer una prueba psicológica que evalúa áreas de riesgo (p.ej. social o familiar) en el adolescente. Además, se aplicó la escala a un adolescente sin diagnóstico psiquiátrico, y se calificaron e interpretaron los resultados.

El 4 de julio del 2018, se revisó la prueba **NeuroPsi: Evaluación neuropsicológica breve en español**. Se leyó acerca de lo que evalúa, su forma de aplicación y calificación, con el objetivo de estar familiarizados con ella al momento de aplicarla a los pacientes reclutados en el protocolo de APOE.

La revisión del material antes mencionado apoyó al incremento de conocimiento sobre instrumentos útiles para evaluación de síntomas o situaciones de riesgo, y sobre temas selectos en psicopatología e investigación. Estos conocimientos ayudaron a mejorar el desempeño de los estudiantes del programa en las actividades prácticas del servicio social.

Asistencia a clases semanales introductorias a la Terapia Cognitivo Conductual

Durante el servicio social, se revisaron los siguientes temas:

Tabla 6

Clases Introductorias a la Terapia Cognitivo Conductual: temas revisados

Fecha	Tema de clase
02/05/2018	Definición de terapia cognitivo conductual (TCC)
09/05/2018	Historia de la TCC
16/05/2018	Modelo teórico de la TCC
30/05/2018	Formulación de caso y diseño de tratamiento
06/06/2018	Entrenamiento en habilidades sociales
11/07/2018	Entrenamiento en resolución de problemas
18/07/2018	Terapia racional emotiva conductual y terapia cognitiva estándar

Nota: La clase fue impartida por el Mtro. José Nahum Rangel Villafaña los miércoles en un horario de 8:00 a 10:00

Con estas clases se reforzó conocimiento aprendido durante la carrera, y se aprendieron características básicas de esta forma de terapia.

Actividades adicionales realizadas.

Se asistió al 4to Congreso Nacional y 2do Internacional de Bibliotecas en Ciencias de la Salud con sede en el Hospital Infantil de México el 1 y 2 de marzo de 2018, y a la 3ª Feria del Libro de ciencias de la Salud 2018 con sede en el Palacio de la Escuela de Medicina el 16 y 17 de agosto de 2018

Competencias adquiridas/mejoradas durante el servicio social

Se mejoraron/adquirieron las siguientes competencias profesionales durante el servicio social: La **búsqueda de información especializada** y **elaboración de informes** fueron mejoradas durante la elaboración de este escrito al buscar información teórica que diera sustento a las actividades del programa y posteriormente redactarla. La habilidad en **entrevista clínica** mejoró gracias a las entrevistas clínicas filtro realizadas, y a las pruebas psicológicas *SCID* y *Escala de*

Depresión de Hamilton que utilizan la entrevista semiestructurada para su aplicación. Asimismo, estas entrevistas mejoraron la habilidad en **elaboración de diagnóstico**. La constante aplicación de escalas mejoró la competencia en **aplicación de pruebas**. El conocimiento sobre **metodología de la investigación** aumentó gracias al material revisado en las sesiones clínicas, la bibliografía específica revisada, y a la participación en los protocolos de investigación.

¿Cuál fue la aportación del sustentante al programa de servicio social?

La aportación del sustentante al programa fue el reclutamiento de pacientes a los protocolos de investigación, y la inclusión de sus datos a su respectiva base. Se contribuyó de esta manera al crecimiento de la muestra requerida para el estudio, y al avance de la investigación científica en temas como la depresión, suicidio y trastornos neurocognitivos.

Resultados personales

Los materiales teóricos revisados con la Mtra. Jiménez Genchi, en la sesión clínica y las clases de TCC fueron útiles para profundizar la formación teórico-práctica dentro del hospital, así como para mejorar el desempeño de los estudiantes del programa en las actividades prácticas del programa.

Al trabajar en el hospital, observé graves manifestaciones de los trastornos mentales y evalué pacientes que venían de diferentes partes de la república. Esto me permitió observar que hay zonas del país que carecen de servicios psicológicos de calidad, y reafirmó mi inclinación a contribuir en un futuro, por medio de mi trabajo clínico y futura investigación, a que los servicios de salud mental estén al alcance de un mayor porcentaje de la población mexicana.

Limitaciones del programa de servicio social

El reclutamiento de pacientes a protocolo se llevó a cabo en lapsos relativamente largos, debido a los criterios de inclusión de las investigaciones (ej. edad, presencia de otras enfermedades, comorbilidades psiquiátricas, etc.), al flujo

de pacientes en el hospital, y a que el paciente puede aceptar o rechazar la invitación a participar en el estudio. Estas circunstancias limitaron el trabajo práctico del programa.

El estudiante de nuevo ingreso al servicio social no recibe capacitación para conocer y ejecutar sus actividades, por lo que aprende sobre la marcha con base en prueba y error. Asimilar el modo de desempeñar estas labores suele llevar semanas al estudiante. Cuestiones como comprender de qué se tratan los protocolos en los que se participará; qué evalúan, cómo aplicar e interpretar el resultado de las pruebas psicológicas; y cómo reclutar a los pacientes, podrían ser objeto de una capacitación que permitiera al estudiante desde su ingreso al programa desempeñar con seguridad y eficiencia su labor en el servicio social.

La Jefatura de Investigación no cuenta con un espacio específico para realizar las entrevistas o evaluaciones a los pacientes reclutados, pues cuenta con un cubículo donde trabajan todos los estudiantes participantes en el servicio social. Algunos pacientes expresaron incomodidad por ser evaluados frente a los demás estudiantes del programa, y esto pudo haber sesgado la información reportada por el usuario al momento de ser entrevistado o evaluado.

Por último, la Jefatura de Investigación es la única área del hospital que no participa en la sesión clínica. Esto se considera una limitación porque el área cuenta con mucho conocimiento que podría compartirse a los profesionales del hospital.

Recomendaciones al programa de servicio social

El programa *Manejo cognitivo conductual de padecimientos psicológicos y psicosomáticos* en el hospital se enfoca en fomentar la investigación dentro del instituto. Los estudiantes contribuimos a este objetivo por medio del reclutamiento de pacientes y manejo de bases de datos de los protocolos en los que el hospital participa. El programa tiene sus fundamentos teóricos en la Medicina Conductual y

la Psicología de la Salud, contribuyendo a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Particularmente, los protocolos de depresión y demencia se enfocaron en comprender la etiología biológica de dichos trastornos, mientras que el protocolo de conducta suicida se enfocó a examinar la efectividad de intervenir con TCC la conducta e ideación suicida.

Con base en lo anterior y en los resultados obtenidos, se concluye que el objetivo del programa se cumplió satisfactoriamente. Durante el servicio social, se avanzó en la obtención de la muestra objetivo de 4 protocolos, y los estudiantes del programa obtuvieron experiencia valiosa en investigación. Además, el programa enfatizó un enfoque teórico al exponer a sus estudiantes a clases de TCC, sesiones clínicas, y revisión de bibliografía y material específico. El avance en las investigaciones se logró gracias al trabajo colaborativo entre los psicólogos del programa, psiquiatras que refirieron pacientes, y QFB que tomaron muestras de sangre. También participaron profesionales de la salud en el Instituto de Medicina Genómica que posteriormente apoyaron con el análisis de las muestras. Esto demuestra el trabajo interdisciplinario que se hace en investigación dentro del hospital, que va acorde con los fundamentos teóricos del programa.

Respecto a los resultados obtenidos, el protocolo de entrevista motivacional tuvo un mayor número de pacientes femeninas reclutadas (6 mujeres de un total de 8), así como los protocolos de APOE (23 mujeres de un total de 26). Esto es congruente con la literatura, la cual menciona que las mujeres cometen más intentos de suicidio que los hombres (Gold, 2012), y que las mujeres están en mayor riesgo de padecer demencia por su mayor longevidad (Yaffe & Al Hazzouri, 2017). Por otra parte, la cifra de pacientes femeninos reclutados para el protocolo de depresión fue más grande que la de los hombres: 26 pacientes femeninas de un total de 30 pacientes reclutados. Esta cifra supera lo mencionado en la literatura acerca de que en México mujeres presentan el doble de riesgo que los hombres para padecer depresión (Berenson et al., 2013). Asimismo, el HPFBA reportó en el 2017 haber atendido a 789 mujeres y 184 hombres con depresión en Consulta Externa; y 141 mujeres y 70 hombres con depresión en Hospitalización

Continua (Servicio de Bioestadística, 2017). Tomando en cuenta lo anterior, surgen preguntas como el por qué hay una inclinación tan pronunciada de mujeres con depresión en Consulta Externa del HPFBA. Esto es un tema de investigación que podría llevarse a cabo en el futuro dentro del hospital.

A continuación, se presentan recomendaciones al programa de servicio social que tienen el objetivo de apoyar a los estudiantes a obtener una mejor formación profesional, aumentar el involucramiento de la Jefatura de Investigación dentro del hospital, e incrementar la evidencia en investigación en temas como la psicología del suicidio.

Impartir un curso de inducción al programa de actividades del servicio social a estudiantes de nuevo ingreso

Esta propuesta se hace con el fin de mostrar a los estudiantes de nuevo ingreso al programa la forma en la que trabajarán durante su estancia en el hospital. Se esperaría que esta inducción le permita al estudiante familiarizarse con sus actividades, se sienta más seguro al ejercer sus labores, y optimice su desempeño dentro del programa.

El protocolo de actividades del curso de inducción sería el siguiente:

Revisión de los protocolos de investigación en los que participará el estudiante. Consistiría en revisar antecedentes, planteamiento del problema, objetivo, hipótesis y criterios de selección de la muestra de cada una de las investigaciones donde se participará el estudiante. Esto con el fin de que comprenda en qué consiste el estudio en el que estará involucrado. Conocer los criterios de selección de la muestra le dará al estudiante la pauta para decidir la inclusión - o exclusión - de pacientes a protocolo.

Conocer las áreas del hospital donde el estudiante reclutará/evaluará pacientes. Se sugiere que la supervisora del programa muestre a los estudiantes estas áreas con el fin de que el estudiante comprenda la forma de laborar del hospital, y cómo debe desempeñar sus actividades dentro de la institución. Es

conveniente que la supervisora explique, de manera general, cómo trabaja cada área en la que el estudiante desempeñará su labor.

Revisión de las pruebas psicológicas que utilizará el estudiante. Se sugiere revisar qué evalúa, cómo se aplica, califica e interpreta el resultado de cada una de las pruebas utilizadas en los diferentes protocolos de investigación. También se propone practicar con role play la aplicación de las pruebas con mayor nivel de complejidad entre los estudiantes (p.ej. NeuroPsi).

Esta actividad es importante porque un alto número de estudiantes recién egresados de la Facultad de Psicología no conocen la forma de aplicación de numerosas pruebas psicológicas, ni la técnica de la entrevista clínica. Esto puede ser debido a que el plan de estudios 2008 enseña lo anterior en sus materias optativas: *Psicodiagnóstico* y *Teoría y Técnica de la Entrevista*. Solo aquellos interesados en la asignatura, o en inscribirse a prácticas profesionales, obtienen este conocimiento durante la carrera. Estudiar entrevista clínica y pruebas psicológicas (p.ej. *NeuroPsi*) frecuentemente aplicadas en investigación y en el trabajo clínico beneficiaría a todos los estudiantes de la Facultad, sean del área que sea. Por lo anterior, se recomienda que el plan de estudios de la Facultad de Psicología incluya las dos materias antes mencionadas en el tronco común de asignaturas.

Revisión de las bases de datos de los protocolos en los que participa el estudiante. Esto es importante debido a que la base de datos es la materia prima de un estudio. De ella surgen los resultados a analizar, las conclusiones y preguntas futuras de investigación. Por ende, es necesario instruir al estudiante de servicio social la forma correcta del vaciado de datos en las bases para contribuir a que esta sea un reflejo, lo menos sesgado posible, de la realidad de los pacientes reclutados en el hospital.

Conocer la estructura del discurso para reclutar pacientes. Cuando un estudiante no ha tenido experiencia previa reclutando pacientes para un protocolo, es posible que al iniciar su servicio social su discurso al reclutar sea dubitativo y no muy claro para el paciente. El siguiente discurso tiene el fin de estandarizar el

diálogo de reclutamiento, y ser una guía para los estudiantes sobre qué se debe decir:

Buenos días, soy el psicólogo(a) (Nombre completo del estudiante). Trabajo en la jefatura de investigación del hospital. El motivo por el que estoy aquí es para invitarlo a participar en una investigación debido a que revisamos su (expediente, historia clínica, etc.) y observamos que presenta características para ser parte de este estudio. Su participación consistiría en (explicar procedimiento con base en el protocolo) es totalmente voluntaria, y no tiene ningún costo. Participar con nosotros no tendría un beneficio directo para usted, ya que no le devolveríamos un diagnóstico, o resultados de ningún tipo respecto a su problemática. Sin embargo, su participación contribuiría al avance del conocimiento científico y a mejorar el tratamiento de los usuarios del hospital. ¿Aceptaría participar?

Se sugiere adaptar los paréntesis de este diálogo a las particularidades de cada protocolo, y que este se practique con role play hasta que sea dominado.

Estas actividades podrían llevarse a cabo los primeros tres días de ingreso del estudiante en el hospital, en el siguiente horario: **lunes:** Revisión de los protocolos de investigación donde participará el estudiante (9:00-12:00), Conocer las áreas del hospital donde el estudiante reclutará/evaluará pacientes (12:00-13:00); **martes:** Revisión de las pruebas psicológicas que utilizará el estudiante (9:00-12:00), Revisión de las bases de datos de los protocolos en los que participa el estudiante (12:00-13:00); **miércoles:** Conocer y practicar la estructura del discurso para reclutar pacientes (9:00-10:00).

Involucramiento del estudiante en el análisis de datos

Los psicólogos están capacitados para realizar investigación; parte de esta competencia es la habilidad de análisis de datos. Por esto, se recomienda, además de contribuir en el reclutamiento y evaluación de pacientes, que el estudiante participe en el análisis de datos de los protocolos en que participó. Esto involucraría al alumno en más actividades relacionadas a la investigación, contribuyendo así a su formación profesional y a generar información útil para el

servicio de bioestadística del hospital que podría ser reportada en futuros informes y artículos en la revista del Instituto. Esta recomendación depende, por supuesto, de la autorización de los directores de las investigaciones en que participa el hospital, y del permiso de la responsable del programa.

Asimismo, a través del análisis de los datos, el estudiante podría contribuir al crecimiento de la psico-epidemiología, y a obtener información que sirva de sustento para Políticas Públicas. Por ejemplo, datos referentes a factores de riesgo que predispongan a población mexicana a desarrollar depresión y/o conducta suicida sustentarían Políticas Públicas tales como la Ley de Prevención, Atención y Posvención del Suicidio (Canchola & Jiménez, 2018).

Presentación de las actividades de la Jefatura de Investigación en la sesión clínica

Se sugiere que la Jefatura de Investigación participe en la sesión clínica del hospital presentando a los profesionales de la salud su programa de actividades, en qué consisten los protocolos de investigación en los que trabaja, y mencionar los protocolos en los que se participó, así como los resultados obtenidos en ellos. Esto con el objetivo de facilitar la difusión del conocimiento generado en la Jefatura de Investigación.

Debido a que el tiempo en el que se pueden reportar avances en los protocolos puede ser de varios años, se sugiere que la participación de la Jefatura de Investigación en la sesión clínica sea una vez al año. De esta forma, se estaría presentando el trabajo de la Jefatura a los residentes de nuevo ingreso en el hospital una vez al año, y se repasarían los proyectos en marcha con aquellos profesionales que lleven trabajando más tiempo en el hospital. La ponencia podría ser impartida por la responsable del programa y los estudiantes de servicio social.

Realizar investigación relacionada a conductas y pensamientos asociadas al suicidio.

Con base en la literatura revisada, se observó que hace falta investigación por hacer respecto a conductas y pensamientos asociados al suicidio. Sería ideal en un futuro cercano poder predecir el riesgo suicida de los usuarios del hospital. Ya que muchos estudiantes del servicio social buscan hacer su tesis, se propone a la responsable del programa que a aquellos alumnos que no estén seguros sobre un tema, les haga la sugerencia de trabajar con el tema del suicidio.

Entre las teorías psicológicas del suicidio más actuales revisadas, la Teoría Interpersonal del Suicidio es la más parsimoniosa debido a que utiliza únicamente tres variables (sentido de pertenencia, percepción de ser una carga para los demás, y capacidad para involucrarse en conducta suicida) para predecir el comportamiento suicida. Con base en lo que sugieren Van Orden et al. (2010) acerca de la Teoría Interpersonal del Suicidio, se sugiere realizar investigación que aborde alguna de las siguientes preguntas: ¿Hay una correlación entre el deseo de morir con el sentido frustrado de pertenencia y la percepción de sentirse una carga para los otros?, ¿Tratar en intervención terapéutica el sentido frustrado de pertenencia y la percepción de sentirse una carga para los otros disminuye el riesgo suicida del usuario?, ¿Hay una correlación entre la experimentación constante de dolor físico con la adquisición de la capacidad para involucrarse en conducta suicida?

Esta propuesta surge del interés personal del sustentante en la Teoría Interpersonal del Suicidio, y en que se considera necesaria más investigación que dé luz sobre cómo predecir e intervenir el riesgo suicida.

Solicitar un aula extra donde pudiéramos atender a los pacientes reclutados.

Esta propuesta tiene el fin de obtener un espacio designado para la evaluación psicológica del paciente. Esto les daría a los usuarios del hospital un lugar más cómodo donde se sintieran libres de expresar su problemática, o sobre la actividad psicológica que se esté llevando a cabo.

Agradecimientos

A mi familia, quien me ama incondicionalmente y me apoyó durante todo mi trayecto educativo. A mis profesores, quienes con su labor iluminan las mentes y el camino de miles de estudiantes. A toda la gente que me brindó su amistad, cariño, consejo y/o apoyo durante mi estancia en la universidad. ¡Muchas gracias!

Referencias

- Agabio, R., Trogu, E., & Pani, P. (2018). Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD008581). doi:10.1002/14651858.CD008581.pub2.
- American Psychiatric Association . (2013). Neurocognitive disorders. En American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.* (págs. 591-641). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Depressive Disorders. En American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5th ed.* (págs. 155-188). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (2006). Trastornos del estado de ánimo. En N. C. Andreasen, *Un cerebro feliz. La conquista de la enfermedad mental en la era del genoma* (págs. 215-251). New York, NY: Ars Medica.
- Anestis, M. D. (2015). Emotion dysregulation and suicidality. En U. Kumar, *Suicidal Behavior. Underlying Dynamics* (págs. 56-63). London : Routledge.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). Mood disorders and suicide. En D. H. Barlow, & V. M. Durand, *Abnormal Psychology. An Integrative Approach 7th ed.* (págs. 212-267). Stamford, USA: Cengage Learning.
- Barzilay-Levkowitz, S., & Apter, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295-312. doi:10.1080/13811118.2013.824825
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2016). Enfermedad Mental. En M. F. Bear, B. W. Connors, & M. A. Paradiso, *Neurociencia, la exploración del cerebro 4ta ed.* (págs. 751-771). Barcelona, España : Wolters Kluwer .
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343-352. doi:10.1037//0022-006x.47.2.343
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bello, M., Puentes, E., Medina, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *salud pública de méxico/ vol.47, suplemento 1*, 4-11. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/106/10609302/>
- Berenson, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de méxico*,

- vol.55, no. 1, 74-80. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131i.pdf>
- Boeve, B. F., & Miller, B. L. (2017). Dementia at the bedside. En B. L. Miller, & B. F. Boeve, *The Behavioral Neurology of Dementia* (págs. 1-8). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Canchola, A., & Jiménez, H. (14 de Octubre de 2018). *Alistan ley para prevenir suicidio*. Recuperado el 14 de Octubre de 2018, de El Universal: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/alistan-ley-para-prevenir-suicidio>
- Carlson, N. R. (2014). Esquizofrenia y trastornos afectivos. En N. R. Carlson, *Fisiología de la conducta 11va ed.* (págs. 610-624). Madrid : Pearson .
- Carlson, N. R. (2014). Trastornos neurológicos. En N. R. Carlson, *Fisiología de la conducta 11va ed.* (págs. 578-583). Madrid: Pearson.
- Castañeda, C., Roche, A., Bojorge, A., Jiménez, J., Freyre, J., Galindo, A. G., & Márquez, M. Y. (2016). Demanda de atención del servicio de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, revisión del 2008 al 2015. *Psiquis*, 25(3), 64-69.
- Chu, C., Buchman, J. M., Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joner Jr, T. E. (2016). A Test of the Interpersonal Theory of Suicide in a Large Sample of Current Firefighters. *Psychiatry Research*, 240, 26–33. doi:10.1016/j.psychres.2016.03.041
- Cox, G., Fisher, C., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, O., Simmons, M., & Hetrick, S. (2012). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD007504). doi:10.1002/14651858.CD007504.pub2.
- Dalili, M. N., Penton-Voak, I. S., Harmer, C. J., & Munafo, M. R. (2014). Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. *Psychological medicine*, 45(6), 1135-1144. doi:10.1017/s0033291714002591
- Dirección Gral de Orientación y Atención Educativa. (2018). *Manejo cognitivo conductual de padecimientos psicológicos y psicosomáticos*. Recuperado el 03 de Septiembre de 2018, de Sistema de Información Automatizada de Servicio Social: <https://www.siaas.unam.mx/consulta/563318>
- Durkheim, É. (2013). *El suicidio* (2da ed.). Ciudad de México: Colofón.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321-326. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de <http://psycnet.apa.org/record/1994-12048-001>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N. Y.)*, 196(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460

- Fawcett, J. (2012). Depressive Disorders. En R. I. Simon, & R. E. Hales, *The American Psychiatric Publishing. Textbook of suicide assessment and management*. (2nd Edition ed., págs. 109-119). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Field, M., & Cartwright-Hatton, S. (2015). The Big Issues in Classification, Diagnosis and Research into Psychological Disorders. En M. Field, & S. Cartwright-Hatton, *Essential Abnormal & Clinical Psychology* (págs. 1-31). Thousand Oaks, California : Sage Publications.
- First, M. B., Williams , J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)*. Recuperado el 03 de 09 de 2018, de American Psychiatric Association. Publishing:
https://www.appi.org/structured_clinical_interview_for_dsm-5_disorders-clinician_version_scid-5-cv
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12, 189-198. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de
http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf
- Gold, L. H. (2012). Suicide and Gender. En R. I. Simon, & R. E. Hales, *The American Psychiatric Publishing. Textbook of Suicide Assessment and Management*. (2nd edition ed., págs. 453-473). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- González, C., Hermosillo, A. E., Vacío, M. d., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114615000659?via%3Dihub>
- Gutiérrez, L. M., & Arrieta, I. (2015). Demencias en México: La necesidad de un Plan de Acción. *Gaceta Médica de México*, 151(5), 667-673. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de <http://www.cdi.salud.gob.mx/descargas/publicaciones-inger/Demencia.pdf#page=10>
- Gvion, Y., & Apter, A. (2015). Role of aggression and impulsivity in suicide attempts and in suicide completion. En U. Kumar, *Suicidal Behavior. Underlying Dynamics* (págs. 66-73). London : Routledge.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, 32(1), 50-55. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Hasin, D., Sarvet, A., Meyers, J., Saha, T., Ruan, W., Stohl, M., & Grant , B. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*, 75(4), 336-346. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4602

- Hawton, K., Witt, K., Salisbury, T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., . . . Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(CD012189). doi:10.1002/14651858.CD012189.
- Hu, T. Z. (2015). The relationship between attributional style for negative outcomes and depression: a meta-analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(4), 304-321. doi:10.1521/jscp.2015.34.4.304
- Hugo, J., & Ganguli, M. (2014). Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Clinics in geriatric medicine*, 30(3), 421-442. doi:10.1016/j.cger.2014.04.001
- Hunot, V., Moore, T., Caldwell, D., Furukawa, T., Davies, P., Jones, H., . . . Churchill, R. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD008704). doi:10.1002/14651858.CD008704.pub2.
- Hyde, C. L., Nagle, M. W., Tian, C., Chen, X., Paciga, S. A., Wendland, J. R., . . . Winslow, A. R. (2016). Identification of 15 genetic loci associated with risk of major depression in individuals of European descent. *Nat Genet*, 48(9), 1031-1036. doi:10.1038/ng.3623.
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(CD010558). doi:10.1002/14651858.CD010558.pub2.
- Joshi, H. L., Parkash, V., & Kumar, U. (2015). Conceptualizing suicidal behavior Understanding and prevention/. En U. Kumar, *Suicidal Behavior. Underlying dynamics* (págs. 3-22). London: Routledge.
- Jurado, S. (2018). *Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS)*. Ciudad de México: Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado el 03 de Septiembre de 2018, de DocPlayer.es: <https://docplayer.es/64893835-Inventario-mexicano-de-ansiedad-depresion-e-ideacion-suicida-imadis.html>
- La Jornada. (1 de Octubre de 2018). *Sigue aumentando la depresión en México; mujeres, las más afectadas*. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Vanguardia MX: <https://vanguardia.com.mx/articulo/sigue-aumentando-la-depresion-en-mexico-mujeres-las-mas-afectadas>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., . . . Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231. doi:10.1016/S0924-9338(97)83296-8
- Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., Lungu, A., . . . Murray, A. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039

- López, S., & Hernández, M. (2007). Desarrollo histórico de la epidemiología. En M. H. Ávila, *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios* (págs. 1-15). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Magni , L., Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., Furukawa, T., Cipriani, A., & Barbui, C. (2013). Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD004185). doi:10.1002/14651858.CD004185.pub3.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817. doi:10.1037/0003-066X.35.9.807
- Matthews, B. R. (2017). Alzheimer's disease. En B. L. Miller, & B. F. Boeve, *The Behavioral Neurology of Dementia* (págs. 123-135). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A., & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 120. doi:10.1186/s12888-018-1663-5
- Medicina Conductual, U. (2013). *Maestría*. Recuperado el 03 de Septiembre de 2018, de Medicina Conductual, C.U,UNAM: <http://www.medicinaconductual.org/maestr-a-en-medicina-conductual.html>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A., Haga, E., Diep, L., Stanley, B., . . . Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300. doi:10.1016/j.jaac.2016.01.005
- Montañola, R. Q. (2011). Factores de riesgo genéticos y ambientales en la enfermedad de Alzheimer de presentación esporádica. En R. Alberca, & S. López-Pousa, *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (págs. 171-178). Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Moore, K. (2015). Rumination and Self-destructive Thoughts in People with Depression. *Behavioural Sciences Undergraduate Journal*, 2(1), 5-12. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de <http://mrujs.mtroyal.ca/index.php/bsuj/article/view/281>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). Depresión. En A. M. Nezu, C. M. Nezu, & E. Lombardo, *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas* (págs. 63-76). Ciudad de México: Manual Moderno.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 373(1754), 20170268. doi:10.1098/rstb.2017.0268
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014, 73-85. doi:10.1016/s2215-0366(14)70222-6
- Organización Mundial de la Salud . (2018). *Depresión*. Recuperado el 3 de Octubre de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *mhGAP intervention Guide—Version 2.0 for mental, neurological and substance user disorders in non-specialized health settings*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Acerca de la OMS*. Recuperado el 03 de Septiembre de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/about/es/>
- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A., & Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(CD009125). doi:10.1002/14651858.CD009125.pub2.
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A., & Roselli, M. (1994). *NEUROPSI. Evaluación neuropsicológica breve en español. Manual*. México, D.F.: Publingenio, S.A. de C.V. .
- Papakostas, G., Shelton, R., Kinrys, G., Henry, M., Bakow, B., Lipkin, S., . . . Bilello, J. (2013). Assessment of a multi-assay, serum-based biological diagnostic test for major depressive disorder: a Pilot and Replication Study. *Molecular psychiatry*, 18(3), 332-339. doi:<https://doi.org/10.1038/mp.2011.166>
- Ray, W. J. (2015). Neurocognitive disorders. En W. J. Ray, *Abnormal psychology : neuroscience perspectives on human behavior and experience* (págs. 542-558). Los Angeles: SAGE .
- Rentz, D. M., Amariglio, R. E., Becker, A., Frey, M., Olson, L. E., Frischie, K., . . . Sperling, R. A. (2011). Face-name associative memory performance is related to amyloid burden in normal elderly. *Neuropsychologia*, 49(9), 2776-2783. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2011.06.006
- Robles, J., Acinas, M., & Pérez, J. (2013). Aspectos generales del suicidio. En J. Robles Sánchez, M. Acinas Acinas, & J. L. Pérez-Íñigo Gancedo, *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida* (págs. 13-26). Madrid: Síntesis.
- Rosenberg, R. S., & Kosslyn, S. M. (2014). Mood Disorders and Suicide. En R. S. Rosenberg, & S. M. Kosslyn, *Abnormal Psychology* (págs. 146-151). Ney York, NY: Worth Publishers.
- Rosenberg, R. S., & Kosslyn, S. M. (2014). Neurocognitive Disorders. En R. S. Rosenberg, & S. M. Kosslyn, *Abnormal Psychology* (págs. 477-501). New York, NY: Worth Publishers.
- Rosenberg, R. S., & Kosslyn, S. M. (2014). The History of Abnormal Psychology. En R. S. Rosenberg, & S. M. Kosslyn, *Abnormal Psychology* (págs. 3-27). New York, NY: Worth Publishers; 2nd ed.
- Sarabia, D. (03 de Junio de 2018). Empeora salud mental entre los capitalinos. *Reforma*, pág. 1.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). An Overview of Psychology and Health. En E. P. Sarafino, & T. W. Smith, *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions, 8th Edition* (págs. 4-32). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sarráis, F. (2016). Concepto y objeto de la Psicopatología. En F. Sarráis, *Psicopatología* (págs. 13-26). Pamplona: EUNSA, Ediciones Universidad de Navarra, S. A.
- Schneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northwale, NJ: Jason Aronson.

- 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. doi:10.1007/BF00846582
- Secretaría de Salud. (2016). *Manual de organización específico de los Servicios de Atención Psiquiátrica*. Ciudad de México. Recuperado el 14 de Septiembre de 2018, de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274369/Manual-de-Organizacion-Especifico-de-los-SAP.pdf>
- Servicio de Bioestadística. (2017). *Principales Causas de Morbilidad en Consulta Externa de Enero a Diciembre del 2017*. Reporte estadístico, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Bioestadística, Ciudad de México.
- Servicio de Bioestadística. (2017). *Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización Continua de Enero a Diciembre del 2017*. Reporte estadístico, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Bioestadística, Ciudad de México.
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (18 de Julio de 2017). *Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Recuperado el 03 de Septiembre de 2018, de Servicios de Atención Psiquiátrica: <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez>
- Sheehan, D., Mancini, M., Wang, J., Berggren, L., Cao, H., Dueñas, H., & Yue, L. (2016). Assessment of functional outcomes by Sheehan Disability Scale in patients with major depressive disorder treated with duloxetine versus selective serotonin reuptake inhibitors. *Human Psychopharmacology*, 31(1), 53-63. doi:10.1002/hup.2500
- Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D., Davies, P., . . . Furukawa, T. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD008696). doi:10.1002/14651858.CD008696.pub2.
- Smyth, N., Thorn, L., Oskis, A., Hucklebridge, F., Evans, P., & Clow, A. (2015). Anxious attachment style predicts an enhanced cortisol response to group. *Stress*, 18(2), 143-148. doi:10.3109/10253890.2015.1021676
- Taylor, S. E. (2009). Qué es la psicología de la salud. En S. E. Taylor, *Health Psychology* (págs. 3-15). Boston: Mc. Graw Hill.
- Uchida, S., Yamagata, H., Seki, T., & Watanabe, Y. (2018). Epigenetic mechanisms of major depression: Targeting neuronal plasticity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(4), 212-227. doi:10.1111/pcn.12621
- Vallejo, J. (2015). Introducción (I). Psicopatología, psiquiatría y enfermedad mental. Tendencias en la psiquiatría actual. En J. Vallejo Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8va ed., págs. 19-32). Barcelona: Elsevier Masson.
- Vallejo, J. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8va ed., págs. 249-276). Barcelona: Elsevier Masson.

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, Jr., T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575-600.
- Vázquez, D., Piña, M., González, C., Jiménez, A., & Mondragón, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, *25*(2), 62-69. doi:10.15174/au.2015.855
- Vitela, N. (3 de Junio de 2018). Encienden alarmas por suicidio infantil. *Reforma*, pág. 16.
- Walston, K. A. (1996). *HEALTHY, WEALTHY, AND WEISS: A HISTORY OF DIVISION 38 (HEALTH PSYCHOLOGY)*. Nashville, TN: Unification through division: Histories of the divisions of the American Psychological Association, 2. Recuperado el 4 de Octubre de 2018, de <https://societyforhealthpsychology.org/wp-content/uploads/2016/07/DivHistory.pdf>
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients : scientific and clinical applications*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Yaffe, K., & Al Hazzouri, A. Z. (2017). Epidemiology and risk factors for dementia. En B. L. Miller, & B. F. Boeve, *The Behavioral Neurology of Dementia* (págs. 44-51). Cambridge, UK: Cambridge University Press.