



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESINA PROFESIONAL

**ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN DESDE EL CAMPO DE LA MEDICINA
CONDUCTUAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ANGELICA SOSA SEDAS

ASESOR:

PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2022



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.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a mis padres por su sacrificio y esfuerzo, por darme todo el apoyo y amor para que concluyera mis estudios, sin ellos sé que esto no hubiera sido posible. Madre esto es especialmente por ti que me motivas cada día a salir adelante, los amo.

A mi hermano, mi hermana, mi cuñado y mis sobrinos por estar para mí y apoyarme siempre, a mí familia que a pesar de no ser de sangre me ha dado todo el cariño y a las personas que han estado durante todo este trayecto muchas gracias, les estoy infinitamente agradecida.

Agradezco a Asua por estar para mí en mis alegrías y tristezas, brindándome su mano para seguir adelante. Gerardo muchas gracias por brindarme tu cariño y apoyarme cada día. A ambos gracias por creer en mí, dándome ánimos cuando más lo necesité.

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I. MEDICINA CONDUCTUAL	8
1.1 Psicología de la Salud.....	8
1.2 Medicina Conductual.....	21
1.3 Aplicaciones	29
CAPÍTULO II. DEPRESIÓN.....	37
2.1 Emoción	37
2.2 Depresión	54
2.3 Consecuencias Conductuales	63
CAPITULO III. MODELO Y ÁREA DE LA PSICOLOGÍA.....	66
3.1 Modelo Psicológico: Conductual	66
a) Antecedentes	66
b) Autores y teorías	70
c) Técnicas	80
3.2 Área de la Psicología: Clínica.....	88
CONCLUSIONES.....	96
REFERENCIAS	99

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende hacer un análisis del Trastorno Depresivo desde el punto de vista del campo de la medicina conductual; se realizó una investigación sobre su desarrollo, los fundamentos de la Medicina Conductual, sus aplicaciones en el ámbito hospitalario y cómo trabajan médicos y psicólogos en conjunto.

Con respecto a la Depresión se describen los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo, así como las consecuencias conductuales que puede derivar que la persona no lleve o no tenga un adecuado tratamiento, de igual manera la importancia del apoyo familiar y de su círculo social más cercano.

En resumen, se ha observado que la Medicina Conductual ha tenido buenos resultados en el tratamiento para realizar cambio de hábitos, en la mejora del comportamiento y en la adherencia al tratamiento. Trabaja de manera individual o en grupo, en el caso de enfermedades crónico degenerativas se le brinda información sobre el padecimiento, los efectos secundarios de algún tratamiento y la Psicoeducación en las familias.

En otras palabras, el uso de la Medicina Conductual en la depresión sería de gran ayuda para una mejor adherencia al tratamiento y evitar la desinformación de la misma tanto para familiares como al individuo.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es analizar la depresión desde el campo de la Medicina Conductual mediante una revisión teórica. La Medicina Conductual dentro de la Psicología ha sido de gran apoyo en el campo hospitalario tomando en cuenta la sintomatología de las enfermedades, en México tuvo sus inicios en 2005 en conferencias, esto con el fin de la utilización de un conjunto de técnicas que fueran efectivas para modificar el comportamiento de las personas con algún padecimiento, aplicando técnicas conductuales. Tanto médicos como psicólogos trabajan en conjunto con el fin de mejorar la calidad de vida del individuo.

En los últimos años el trastorno de depresión ha ido en aumento, actualmente se encuentra en tercer lugar en la carga global de salud mental en el mundo según la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM) y para el 2030 se prevé que sea la primera causa de morbilidad mundial, teniendo una prevalencia del 7% en el caso del Trastorno Depresivo Mayor. La poca adherencia al tratamiento trae consecuencias conductuales, emocionales en el individuo, el apoyo de la familia y de las personas cercanas son de gran importancia para la mejora o para la recaída, existen efectos disparadores que provocan que el individuo presente algún trastorno de depresión tales como los eventos estresantes, la poca adaptación al cambio, la muerte de un ser querido, las cargas familiares, entre otras.

Para poder brindar un diagnóstico objetivo se deben tomar en cuenta criterios obtenidos del DSM-5 y pruebas psicométricas, la sintomatología más común es la presencia de un estado de desánimo, baja autoestima, irritabilidad, anhedonia, entre otros.

El trabajo aborda tres capítulos; el Primer Capítulo habla acerca de la Psicología de la Salud la cual se define como una actividad profesional que se encamina a estudiar e influir sobre aquellos aspectos que facilitan la vinculación entre la salud y la población, haciendo un esfuerzo para identificar y dar solución a los problemas que aquejan a la población. De igual manera se habla del surgimiento de la misma, como es que se trabaja y quienes son los que la emplean, siendo utilizada en hospitales ofreciendo campañas, pláticas y conferencias con el fin de prevenir e informar sobre alguna enfermedad o malestares físicos, y la promoción de la salud.

Así mismo se habla de la Medicina Conductual cómo campo interdisciplinario que surge de la idea de la medicina psicosomática, dándose a conocer como un enfoque integrador en el proceso de la salud mental, se aborda dentro del campo hospitalario, utilizando técnicas conductuales como Biofeedback, Relajación Progresiva, Activación Conductual, Condicionamiento Clásico y Operante, esto con el objetivo de que el individuo con algún padecimiento, pueda hacer cambios en su comportamiento con la finalidad de obtener una mejora en la calidad de vida, se trabaja en conjunto con la familia a la cual se le brinda información sobre el padecimiento y los efectos secundarios de los medicamentos que al individuo se le hayan indicado.

En el Segundo Capítulo se habla acerca de la Depresión trastorno del estado del ánimo que se caracteriza por un estado profundo de tristeza, irritabilidad, cambios somáticos y cognitivos, se mencionan cuáles son los criterios para poder diagnosticar un trastorno depresivo, criterios tomados del DSM-5; cuales son las consecuencias conductuales que afectan al individuo que padece un trastorno depresivo, su prevalencia y estadísticas de cómo afecta a la población la depresión.

Otro tema a tratar son las emociones, que son experiencias multidimensionales con una respuesta cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Las

emociones nos han acompañado a lo largo de nuestra evolución, al principio como supervivencia después como un modo de adaptación social; nos afectan en la vida cotidiana siendo la emoción un constructo psicológico que coordina cuatro componentes como es el sentimental, la estimulación corporal, es decir, todas las reacciones físicas, el sentido de la intención y por último, que es el componente social-expresivo.

En el Tercer Capítulo se menciona el modelo psicológico en el cual se basa el análisis, así como el área de psicología que se aborda; en el caso del modelo psicológico hablamos del conductismo, corriente que estudia todo aquel comportamiento observable de un individuo; los principales exponentes fueron Pavlov con el condicionamiento clásico, Skinner definiendo el condicionamiento operante y Bandura con su teoría del aprendizaje social, donde se expone el modelamiento y sus componentes.

En el área de la Psicología mencionamos el área Clínica, como fue que se desarrolló y se trató de incluir a la psicología como una ciencia. Distintos autores empezaron a usar el método científico, autores como Fechner y Wundt fueron los principales representantes de la psicología experimental a lo que hoy en día son considerados como los padres de la psicología científica, actualmente la función que tiene la psicología clínica es evaluar, tratar, investigar y enseñar.

CAPÍTULO I.

MEDICINA CONDUCTUAL

1.1 Psicología de la Salud.

Durante un tiempo se ha tratado de conocer más acerca la relación de la psicología con las enfermedades y cómo es que se puede vincular con el mantenimiento de un padecimiento, de la misma manera se ha notado durante los últimos años un existente interés en la prevención de enfermedades como la promoción de la salud y en la obtención de una mejora de calidad de vida para las personas.

La Psicología de la Salud la cual “tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad” (Bloom, 1988, en Piña y Rivera, 2006, p.4) aunque esta definición es muy concreta, hemos de poder explicar con más detalle lo que implica esta interdisciplina.

Por otro lado, Torres y Beltrán mencionan que:

Por Psicología de la Salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda (en Piña y Rivera, 2006, p.4).

Por último, para Grau “la Psicología de la Salud es una disciplina científica que se ocupa de estudiar y comprender el proceso salud-enfermedad, desde una mirada hecha a la luz de los principios que regulan el comportamiento humano” (Flórez, 2007, p.XI). en el cual explica la comprensión y la atención de la enfermedad.

Distintos autores han propuesto definiciones a cerca de la Psicología de la Salud identificándola como una rama de la Psicología, una especialidad, un área aplicada que se ocupa del estudio de la conducta relacionada con la salud y con la enfermedad, la prevención y la promoción de la salud, así como la intervención terapéutica de las conductas problemáticas que afectan el estado de salud del individuo (Palacios y Pérez,2017, p. 8).

En cuanto a que se entiende por Salud se explica como el bienestar físico, psicológico y social, no como la ausencia de enfermedad sino el estado de adaptación al medio, así como la capacidad de funcionar en las mejores condiciones ante la alteración presentada (Oblitas, 2017, p.3). Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) define la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2021, p.1).

La Salud es un proceso dinámico cambiante por cada alteración que se presenta, afecta el medio en el que desarrolla la persona, así como las relaciones interpersonales las cuales suponen una reestructuración de los esquemas internos (Becoña, Vázquez y Oblitas,2000, en Oblitas, 2017, p.3). Actualmente la idea de Salud ha cambiado ya que toma en cuenta los factores psicosociales y la manera en que estos influyen en nuestra salud, nuestros sentimientos y emociones que pueden tener efectos tanto positivos como negativos (Oblitas,2005, p.25); esto repercute en el sistema corporal, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante la presencia de una alteración o enfermedad (Oblitas, 2017, p.18).

Actualmente se tiene suficiente evidencia de donde se puede explicar que la salud está influenciada por nuestras conductas, pensamientos y relaciones sociales. Aquí toman relevancia los estados psicológicos que conforman los pensamientos, emociones y sentimientos, esto genera efectos positivos como negativos (Oblitas, 2005, p.25). También se toman en cuenta cuestionamientos tales como el funcionamiento y dinámica familiar, el estilo de vida, actitudes hacia la enfermedad y las situaciones de estrés emocional que son centrales en la salud (Rodríguez y Rojas, 1998, p.48).

Se empieza a hablar de Salud y de la Prevención de Enfermedades a finales de los años setenta debido al cambio de concepción de los términos de salud y como tener una Buena Salud, una segunda razón es el cuestionamiento del modelo biomédico el cual era el modelo dominante en medicina, el modelo se basa en prestar atención a los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales (Oblitas,2005, p.27).

Hay una tercera razón, la cual abarca más al cambio presentado de patrones de enfermedad, ya que se hace el descubrimiento de los fármacos efectivos, lo que conlleva una reducción de víctimas ante las enfermedades presentadas y en estos últimos años no se toma en cuenta la totalidad del modelo biomédico, sino que las enfermedades también pueden desarrollarse debido a las conductas que realicemos (Oblitas, 2005, p.28).

Para terminar, se toma en cuenta la economía como una de las razones, por los costos elevados que conlleva los cuidados de salud que han incrementado, lo que da como resultado un alto interés en la prevención de enfermedades.

En el caso de la Psicología de la Salud su origen se puede rastrear a finales de la década de los sesenta y más ampliamente en los setenta, viéndose influenciado por el desarrollo de la medicina conductual y el biofeedback (Rodríguez y Rojas, 1998, p.24). Esto fue la incorporación rápida de una nueva forma de pensar en la salud, en la cual considera lo psicosocial en el proceso de salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados a la salud de la población (Rodríguez y Rojas, 1998, p.48).

Los principales temas que se trataron en el manejo psicológico fueron las enfermedades crónico-degenerativas, problemas cardiovasculares, cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, usando principalmente metodología de la psicofisiológica y la terapia cognitivo-conductual (Rodríguez y Rojas, 1998, p.24).

En lo que respecta a la Psicología de la Salud, en América latina comprende los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con algún padecimiento terminal (Rodríguez y Rojas, 1998, p.26).

La Psicología de la Salud se basa en el modelo médico-biológico de la salud en el que establece una falta de enfermedad o un equilibrio entre salud- enfermedad (Ribes,2008, p.14), en el que se tiene un origen biológico donde la persona no suele tener la responsabilidad sobre la enfermedad, sino que es víctima de fuerzas ajenas como lo puede ser la genética. La persona suele ser un agente pasivo, sin responsabilidad sobre el proceso de salud, en donde se da un mal funcionamiento de los procesos fisiológicos a causa, ya sea de patógenos externos, como son las bacterias y virus (León et al.,2004, p.16).

Este modelo se da a partir de los antecedentes de la teoría de la conducta y la teoría de la personalidad en la descripción psicológica de salud-enfermedad, los factores se representan como una condición de la existencia de la persona y de las reacciones biológicas que se integran en las acciones realizadas de sus actividades (Piña y Rivera, 2006, p.7); concibe a la salud como una metáfora del organismo, como fortaleza, defendiéndose de irrupciones externas en donde se llegan a reconocer los factores tanto genéticos como ambientales (Ribes, 2008, p.14).

Hay distintas disciplinas como es la Antropología, Epidemiología, Sociología y la Psicología, las cuales han declarado las insuficiencias del Modelo Biomédico ante la explicación de los problemas relacionados con las enfermedades, ya que el enfermar no solo es presentar el problema biológico sino también hay repercusiones en el entorno en el que desarrolla, que en ocasiones conlleva al deterioro de la persona (León et al.,2004, p.18).

En cuanto al segundo modelo en el que se fundamenta la Psicología de la Salud, es el Modelo Sociocultural de la salud, ha subrayado la adecuación entre la falta de enfermedad y condiciones de práctica de vida (Ribes, 2008, p.14) aquí los factores que se tienen en cuenta son las formas particulares que caracteriza a la persona en las relaciones que tiene con el medio en el que se desarrolla (Piña y Rivera, 2006, p.7).

Ahora bien, en este modelo hay distintos factores que son tomados en cuenta para la presencia o mantenimiento de una enfermedad, como son los biológicos, el entorno, estilo de vida y los ligados al sistema sanitario (Oblitas, 2005, p. 36). Para empezar, la persona describe la enfermedad no como una expresión de algo biológico, sino como el posible resultado de influencias (León et al., 2004, p.18). Hay varios indicadores en donde se observa que si se ve afectada una condición de vida ya sea

determinada por el medio físico y las prácticas socioculturales son casi directamente responsables de alteraciones de la salud biológica (Ribes, 2008, p.14).

Para el Modelo Sociocultural la salud es entendida como el desarrollo de las funciones sociales en donde se concibe a la enfermedad como algo más social (León et al.,2004, p.19); de donde se puede hacer dos distinciones dentro de los modelos sobre la conducta de la enfermedad, en donde se distingue el estar enfermo o sentirse enfermo. El primero es la presencia del problema como parte de la cultura y el segundo como la interpretación de los signos y síntomas corporales que hace alusión de la persona.

En el proceso de desarrollo de la Psicología de la Salud, con anterioridad se relacionaba a la Medicina Psicosomática, la cual fue la primera en considerar los aspectos psicológicos dentro de los factores de salud- enfermedad, todo esto nos lleva a la aparición de la psicología de la salud en el momento de querer incluir la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en el cual se ha podido proporcionar también la existencia de comportamientos que se relacionan al padecimiento de ciertas enfermedades, lo que permite que el psicólogo puede involucrarse e intervenir en el ámbito clínico.

Con respecto al proceso psicológico de la Salud, el cual se comprende de la interacción de tres factores, estos interactúan de modo diferencial uno con el otro, para saber la afectación ante la pérdida, mantenimiento o recuperación de la salud biológica (Ribes, 2008, p.21).

El primero de los factores es la historia interactiva del individuo, la cual explica el comportamiento que la persona va a tener ante las situaciones, no se basa en si será o no funcional la conducta, sino más bien, cómo va a repercutir en las interacciones del

individuo; el segundo factor se componen de las competencias funcionales presentes, se determina en este factor entre una serie de categorías que se deben tomar en cuenta como las consecuencias que se tendrán después de pasar la afectación de salud psicológica, las personas, las condiciones físicas y sociales que propician el mantenimiento o la pérdida de la salud de igual manera la capacidad del individuo en la interacción de la situación dada su experiencia de desarrollo.

El tercer factor se refiere a la modulación de los estados biológicos, en este punto se explica la afectación que va a desarrollar el individuo al enfrentarse a las contingencias que provoca una situación determinada, “cuando un individuo actúa en una situación no lo hace ‘separado’ de su cuerpo” (Ribes, 2008, p.26).

En relación a los fundamentos de la Psicología de la Salud, existen modelos explicativos sobre el por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas y sobre cómo se desarrolla los hábitos de salud para la prevención de enfermedades (León et al, 2004, p. 63).

El modelo de creencias sobre la Salud expuesto por Hochbaum y luego por Rosenstock y Kirsch, es utilizado para evitar o disminuir comportamientos de riesgo como el fumar, consumo de alcohol y consumo de drogas, esto con el fin de aumentar los comportamientos protectores de la salud, sugiere que una persona tomará o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto al problema de salud. Se basa en la teoría del valor esperado y en las teorías acerca de la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre (León et al, 2004, p. 63).

Los elementos que la constituyen son los de susceptibilidad percibida, que es la probabilidad de poder padecer alguna enfermedad; el riesgo subjetivo de cómo lo percibe

la persona de poder contraer algún padecimiento; la gravedad percibida la probabilidad de la afectación al no recibir tratamiento o de enfermar. Los costes y beneficios percibidos hacen mención a la estimación de los beneficios que se obtendrán al realizar acciones saludables; las campañas diseñadas para la prevención de enfermedades son claves para la acción, el modelo predice que cuando la susceptibilidad percibida sea baja será necesario que la clave para la acción sea intensa (León et al, 2004, p. 65).

Los factores modificadores son otro elemento que se incluye en el modelo de las creencias sobre la salud, hace referencia a factores como culturales, sociodemográficos, psicológicos, estos influyen en las conductas de salud (León et al, 2004, p. 65).

La Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planificada está diseñada con el objetivo de explicar el comportamiento social, y el por qué las personas ponen en práctica determinadas Conductas de Salud, para esta teoría el realizar una conducta o no realizarla es debido a dos factores, uno personal y otro de carácter social o cultural. (León et al, 2004, p. 70).

El factor personal es la actitud positiva o negativa que el individuo va a tener en considerar llevar a cabo la acción o no, en cuanto al comportamiento y los resultados obtenidos. El segundo factor es determinado por las presiones sociales que se ejercen sobre el individuo para la realización de una acción, intenta realizarla cuando cree que otras personas importantes para ella piensan que debería hacerlo (León et al, 2004, p. 71). No obstante, la teoría también asume que cada uno de los factores puede tener un peso relativo determinante y que dependerá de la intención que estemos estudiando y de la persona en cuestión (León et al, 2004, p. 71).

La actitud que la persona tenga, ya sea positiva o negativa es una estimación por el conjunto de creencias que posea acerca de la probabilidad de que la realización de comportamiento determinado dé como resultado una serie de consecuencias específicas (León et al, 2004, p. 71).

La norma subjetiva del individuo es acerca de la percepción que se tiene de la presión social que se produce sobre él para que realice o no una determinada conducta, es basada en las creencias normativas sobre la probabilidad que espera el medio social significativo que desempeñe o no la conducta en cuestión, también la motivación personal para cumplir con dichas expectativas [...]. Recogiendo lo más importante, Fishbein sostiene que la persona tendrá la finalidad de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño y cuando sus referentes sociales significativos piensen que debería llevarla a cabo (León et al, 2004, p. 72).

Fishbein y Ajzen opinan que hay variables con las que hay mayor correspondencia entre la intención de llevar a cabo un comportamiento, cómo es el grado de correspondencia entre la medición de la intención y la conducta observada, también el intervalo de tiempo que se llevará a cabo la ejecución de la conducta, por último, el grado en que la persona es capaz de actuar de acuerdo con su propia intención sin necesitar la ayuda de los demás (León et al, 2004, p. 72).

Los factores que se consideran en la conducta planificada son las actitudes hacia los objetivos, las características de personalidad, demográficas, estatus, inteligencia. Están relacionados con los comportamientos de salud, pero estos no se consideran como una razón directa, sino como variables externas, cabe mencionar que si bien, estas variables si son tomadas en cuenta sobre la Conducta de Salud no hay una relación directa entre cualquiera de ellas y el comportamiento (León et al, 2004, p.75).

Con respecto a los modelos explicativos, se encuentra la teoría de la motivación protectora la cual nos menciona sobre la probabilidad de que una persona tome la decisión de adoptar las Conductas de Salud, explica qué se tomará en el momento en que la persona sienta su salud amenazada, una vez ya establecida la motivación lo que conseguirá es prevenir la enfermedad, ya sea promoviendo distintos comportamientos relacionados con la salud (León et al, 2004, p.77).

Así mismo, los componentes con los cuales se desarrolla la teoría son la apreciación de la amenaza y la evaluación de la respuesta de afrontamientos. De la primera, resulta de restar a las ventajas de la respuesta desadaptativa el miedo a enfermar tomando en cuenta tanto la vulnerabilidad de la persona al caer enfermo y de la gravedad de la enfermedad, la segunda es el resultado de restar a la eficacia de la respuesta los costes de dicha respuesta adaptativa reduciendo así el riesgo de enfermar (León et al, 2004, p.78). Hay que destacar que influyen otros factores tales como la información, las oportunidades, la fuerza de voluntad, la capacidad de mantener la motivación durante se ejecuta la intención (León et al, 2004, p.79).

Así pues, los modelos y teorías de la autorregulación del comportamiento buscan integrar factores que puedan predecir la probabilidad de que una persona realice o no un determinado comportamiento de salud, esto a través de una serie de etapas (León et al, 2004, p.79).

Propuesta por Weinstein en 1988, el modelo del proceso de la Adopción de Precauciones explica que en el momento en que las personas enfrentan una necesidad de adoptar conocimientos protectores de la salud atraviesan por etapas en la probabilidad de adoptar un comportamiento orientado a la salud (León et al, 2004, p.80).

Las etapas que menciona Weinstein son: 1. Las personas no tienen información del riesgo que tienen en su salud ante dicho comportamiento; 2. Adquieren conciencia del riesgo, pero creen que eso no les pase a ellos (sesgo optimista); 3. Reconocer la probabilidad del riesgo y aceptan la idea de que la precaución podría ser eficaz, pero no entran en acción; 4. Toman acción ante el riesgo; 5. Pero también deciden que esa acción es innecesaria no piensan hacer cambios en el comportamiento; 6. Se adoptan precauciones con el fin del reducir el riesgo; 7. Mantienen la precaución en caso de resultar necesario; la persona debe superar el sesgo optimista y tener la percepción que los beneficios son muy altos, de igual manera ante las etapas no se pasan de forma evolutiva, sino que pueden desplazarse de una a otra en sentido inverso (León et al, 2004, p.81).

No obstante, el modelo es criticado por su incapacidad de valorar con precisión los factores sociales, étnicos y demográficos, que también afectan el comportamiento de la persona que desea promover la salud, ya que es más centrado al sesgo optimista que en la construcción del modelo (León et al, 2004, p.82).

El segundo modelo es expuesto por Schwazer el cual considera que la adopción de cambio de hábitos de riesgo para la salud debe de ser vista como un proceso de auto regulación, uno de intención de cambio y otro de mantenimiento (León et al, 2004, p.82).

Esta formación de intención de conducta está influida por variables cognoscitivas, como las percepciones de riesgo, las cuales incluyen percepciones de vulnerabilidad y la gravedad de una enfermedad o de un suceso crítico, influye en la instauración o inicio del estadio indirectamente; de igual manera las expectativas de resultados representan el conocimiento de un determinado comportamiento que conduce a unos determinados resultados dando la intención de cambio de la conducta de riesgo, ya sea de forma

directa o bien de forma indirecta a través de la autoeficacia percibida (León et al, 2004, p.83).

Pero bien, la formación de una intención de Conducta y del Comportamiento no van del mismo lado sino de forma sustancial de un caso a otro, está dividido en dos etapas. La primera etapa, es la intención de llevar a cabo la conducta saludable, las cuáles serán las instrucciones precisas de como efectuar la conducta, el siguiente paso será la acción, esta variable será la que decidirá la cantidad de esfuerzo, el tiempo que se deberá invertir ante los obstáculos presentados (León et al, 2004, p.84).

Por tanto, para el modelo el auto reforzamiento es la clave para tener exitosos resultados a partir de comenzar a practicar una conducta saludable, se renuncia a las recompensas inmediatas que nos ofrecen los malos hábitos, si la persona centra su atención a las recompensas cortas positivas que va efectuando el buen habito haciendo que el cambio sea más duradero (León et al, 2004, p.84).

Hay que tener en cuenta las barreras, las cuales pueden llegar a dificultar un cambio de la conducta de salud, tales barreras serian: barreras culturales y actitudinales, como es el caso de Samoa que la obesidad es una forma de belleza; barreras provenientes de la naturaleza de los hábitos de salud, al requerir una disciplina y tener que renunciar a las satisfacciones asociadas a los comportamientos de riesgo para la salud; barreras provenientes de la estructura del sistema sanitario, que se respalda más en la confianza de los avances médicos, que en sus propias capacidades para desarrollar hábitos saludables (León et al, 2004,p.85).

El contexto social puede llegar a hacer un inconveniente para la adopción de un comportamiento saludable, donde el entorno social no le otorga la suficiente importancia

al cambio de la persona, esto conlleva a una situación estresante y más complicada de superar, de lo opuesto, si la red social muestra un apoyo la persona podrá superar con menos dificultad el cambio de conducta (León et al, 2004, p.85).

Acerca de los modelos explicativos nos encontramos ahora con la teoría de la acción social propuesta por Ewart, centrado en los procesos de interacción social y en las capacidades generativas del pensamiento. Plantea que los cambios en el comportamiento y en el mantenimiento de hábitos de salud están mediados por el contexto social que se proporciona, por una estructura causal entre la persona y el ambiente en el que se desenvuelve, esta teoría sugiere técnicas para incrementar el bienestar y modificar los factores comportamentales de riesgo (León et al, 2004, p.90).

Además, este modelo supone la existencia de mecanismos que capacitan a la persona para llevar a cabo transformaciones de hábitos peligrosos o viejos para el bienestar, a hábitos beneficiosos para la salud (León et al, 2004, p.88).

En la Teoría de Acción Social, las intervenciones de carácter preventivo realizadas con el fin de disminuir el riesgo personal de padecer una enfermedad son la creación de hábitos protectores o secuencias de comportamientos o rutinas, las cuales son representadas como un ciclo de control de acción-resultado, de esta forma las acciones son guiadas por sus consecuencias, donde la persona realiza ajustes en el comportamiento, también se destacan los guiones de acción personal en el cual están conectados con los otros miembros del contexto socio-familiar, siendo así una interdependencia social uno de los determinantes fundamentales del cambio de comportamiento y del mantenimiento (León et al, 2004,p.88).

Para finalizar el Contexto Social modifica las capacidades personales y las relaciones sociales, afectando al establecimiento de metas, las oportunidades para la acción, el diseño y ejecución de estrategias de salud relevantes, las cuales se les conoce como influencias contextuales, que son analizadas en términos de escenarios, relaciones sociales o conjunto de beneficios y estructuras organizacionales, son combinadas con los condicionantes biológicos para generar estados de ánimo o de activación que influyen sobre la atención y el grado en que se procesa dicha información (León et al, 2004,p.89).

Ahora bien, para que una persona pueda o adopte comportamientos de salud se necesita que perciba su salud amenazada, opte por efectuar alguna acción al respecto y que se sienta capaz de llevarla a cabo, estimar que dicha acción es recompensada por su entorno social y considere que esta tiene una alta probabilidad de reducir el riesgo a un coste aceptable (León et al, 2004, p.90).

Así pues, los modelos explicados son lo bastante útil para poder entender un poco más acerca de dichos comportamientos que afectan la salud, así como el mantenimiento del mismo. Aún queda mucho por investigar para poder encontrar más preguntas relevantes ante acciones de mantenimiento de hábitos de riesgo, pero esto es una pequeña parte de lo que es la psicología de la salud.

1.2 Medicina Conductual

Dentro de las especialidades en Psicología nos encontramos con la Medicina Conductual, la cual ha sido de apoyo en los psicólogos del Área de Salud en la mejora de Tratamiento y Diagnóstico de las enfermedades que afectan a las personas en su Calidad de Vida.

La Medicina Conductual se define como el campo interdisciplinario de las ciencias conductuales y biomédicas que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. El sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas (Reynoso, 2012, en Reynoso y Becerra, 2014, p.15).

La Medicina Conductual surge de la medicina Psicosomática, la cual tiene como objetivo describir y explicar las relaciones que existen entre la enfermedad física y la vida emocional, los principales modelos de la medicina psicosomática surgen de la Teoría Psicoanalítica de las Emociones (Flórez,1991, p.1). Un segundo modelo que se centra en los síntomas del malestar y la base del condicionamiento construido a partir de las Teorías Clásicas del Condicionamiento Operante y del Condicionamiento Respondiente (Flórez,1991, p. 2).

El tercer modelo se basa específicamente en la Conducta donde se pretende ligar la emoción, especialmente el estrés como un agente etiopatogénico de la enfermedad. El cuarto modelo, en el cual se toma la existencia de porciones definidas del sistema nervioso conceptual fue propuesto por Donald Hebb (Flórez, 1991, p. 4). Todos estos modelos son de importancia para el desarrollo de la medicina conductual ya que se le reconoce como un enfoque integrador para la atención del proceso salud-enfermedad (Flórez, 1991, p. 4).

Definida también por Schwartz y Weiss como el campo interdisciplinario interesado en el desarrollo y la integración de conocimientos, técnicas generadas por las ciencias biomédicas y conductuales, relevantes para la salud y la

enfermedad, con técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (Schwartz y Weiss, en Rodríguez,2010, p.1).

Por otra parte, la Medicina Conductual realiza un trabajo en conjunto, complementando en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, a través de diferentes modelos de intervención, lo que implica entrenar al paciente para aprender a vivir en mejores condiciones y evitar deterioros psicológicos y conductuales en su calidad de vida (Martínez y Piqueras, 2010, en Rodríguez, 2010, p. 4).

El psicólogo Matarazzo denomina a la Medicina Conductual como el campo interdisciplinario que investiga acerca de las prácticas de Salud, Enfermedad o Disfunciones Relacionadas, en el cual se incluye el término “Salud Conductual”, que se entiende como una subespecialidad dentro de la medicina conductual, la cual está relacionada con el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedad en personas sanas (Cerezo y Hurtado,2011, p. 6).

En cuanto a la Salud Conductual, Matarazzo explica que es un campo interdisciplinario dedicado a la promoción de una Filosofía de Salud donde se aplica una responsabilidad individual para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades o disfunción, por una variedad de actividades realizadas por iniciativa o compartidas(Cerezo y Hurtado,2011, p. 8); sugiere que solo a través de la promoción máxima de la responsabilidad individual para la salud y el bienestar se podrá tener un impacto en la salud de las sociedades, también hace referencia a los llamados inmunógenos y patógenos conductuales (Cerezo y Hurtado,2011, p. 7).

Nos referimos a los Inmunógenos Conductuales como todas aquellas conductas que nos permiten llegar a tener una buena calidad de vida, tales como dormir entre 7 u

8 horas diarias, ejercicio físico regular, buena alimentación, entre otras; por lo contrario los patógenos conductuales son aquellos donde la probabilidad de tener complicaciones en la salud es alta, tales como el consumo recurrente de sustancias nocivas para la salud (consumo de tabaco, alcohol, drogas), malos hábitos de sueño, mala alimentación, entre otras.

Estos dos términos han sido estudiados llegando Matarazzo a explicar que son aquellas conductas que van a permitir que las personas tomen acciones para mantener, preservar o promover la salud (Cerezo y Hurtado,2011, p. 8). Vale la pena decir que otro termino importante para la psicología de la salud es el término hábito el cual es definido por Hunt, Matarazzo, como el patrón de una conducta establecida para provocar un cortocircuito en el proceso de reforzamiento para evitar la sobrecarga y proveer la estabilidad del hábito ya aprendido (Cerezo y Hurtado,2011, p. 7).

Según Reyes, la capacidad de los familiares al realizar una serie de comportamientos de cuidado afectará el tratamiento y el curso de la enfermedad del paciente, el impacto dependerá del paciente en cuestión de género, rol, edad, relación interpersonal y la adaptación en la realización de actividades diarias y laborales las acciones de acompañamiento durante todo el proceso de comunicación y búsqueda proactiva de las soluciones y la atención brindada se convierte en lo fundamental para atenuar el impacto de la enfermedad (Reynoso y Becerra, 2014, p. 51).

El autor Blanchard menciona tres acontecimientos que hicieron que la Medicina Conductual tuviera un inicio, estos son: la utilización de un conjunto de técnicas efectivas para modificar el comportamiento las cuales habían sido utilizadas con éxito en enfermos mentales y que comenzaban a ser aplicadas a pacientes con problemas de salud física (Rodríguez, 2010, p.3).

El segundo acontecimiento fue el desarrollo en el campo de la Biorretroalimentación que permitió observar cambios fisiológicos ante problemas de Trastornos Somáticos, como la migraña, cefaleas, entre otras (Rodríguez, 2010, p.3). Por último, debido a la atención hacia las dos principales causas de muerte en adultos con cáncer y enfermedades cardiovasculares, se reconoció la importancia de los cambios en el comportamiento que influían en el tratamiento y prevención en enfermedades cardiovasculares y cáncer (Rodríguez, 2010, p.3).

Además, Agras en 1982 menciona factores que propiciaron el crecimiento de la Medicina Conductual, así pues las antecedentes de la Medicina Psicosomática donde se vinculaban los factores psicológicos a distintos padecimientos; el análisis conductual aplicado en el generó, tratamientos psicológicos conductualmente dirigidos a una variedad de padecimientos físicos; los estudios epidemiológicos habían identificado ciertos factores que incrementaban el riesgo asociados a ciertos padecimientos; el alto costo de los tratamientos de las enfermedades hizo que se produjera mayor interés en la prevención de las mismas (Rodríguez, 2010, p.3).

En cuanto al surgimiento de la Medicina Conductual surge por iniciativa de los psicólogos en el Campo de la Salud, pero los profesionales médicos observaron que se podía aplicar en distintas áreas, es por eso que en 1984, Orth-Gomer describe sus distintos niveles de interacción donde escribe que entre las disciplinas de la ciencia del comportamiento pueden enlazarse con las ciencias biológicas, un ejemplo es el impacto de la personalidad en la predicción de enfermedades cardiovasculares, los factores de riesgo donde se vinculan las causas conductuales, como los riesgos médicos de contraer o morir de una enfermedad (Rodríguez, 2010, p.4).

El término de Medicina Conductual lo mencionó por primera vez el psiquiatra Lee Birk en un libro sobre biorretroalimentación en 1973, donde hace referencia al término

como la acción de curar enfermedades mediante el uso de procedimientos comportamentales haciendo uso de la retroalimentación (Biofeedback) (Flórez,1991, p.10).

El desarrollo de la Medicina Conductual reconoce que el conocimiento y experiencia de diversas disciplinas son necesarias para comprender e intervenir en la naturaleza multifacética de los problemas de salud actuales, esto se ha considerado como la gran variedad de disciplinas que contribuyen a los problemas de la salud y la enfermedad (Rodríguez, 2010, p.4).

Matarazzo sugiere qué a través de la promoción de la responsabilidad individual para la salud y el bienestar, incluyendo la igualdad en la disponibilidad de los conocimientos y tecnología relacionados con la salud, se podría tener un impacto en la salud dentro de la sociedad (Cerezo y Hurtado, 2011, p. 7).

A través del trabajo e investigaciones, los expertos en Medicina Conductual en México han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos en las enfermedades, así como su interrelación con factores medioambientales. Como resultante el papel del psicólogo se ha expandido enormemente y se comprueba que los estilos de vida, el vivir en áreas altamente contaminadas, el sobrepeso, la vida sedentaria, fumar, consumir alcohol en exceso y el estrés cotidiano, entre otros (Rodríguez, 2010, p.4), todo lo mencionado influye en nuestra salud.

Los tratamientos únicamente médicos no reditúan los beneficios necesarios hacia nuestra salud; por lo tanto, es necesario identificar conductas que reduzcan el riesgo de padecer ciertas enfermedades y favorecer conductas saludables, lo que implica un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida. (Rodríguez, 2010, p.5).

Por su parte, la Medicina Conductual incorpora las aportaciones científicas, tecnológicas y profesionales de otros campos, reconoce que las aportaciones de diversas disciplinas son necesarias para comprender la naturaleza multifacética de los problemas de salud en el mundo contemporáneo (Anderson et. al, en Rodríguez,2010, p.5). De acuerdo a la difusión de la medicina conductual en 2005, junto con la sociedad internacional de medicina conductual, se organiza la primera reunión regional latinoamericana y del caribe, de medicina conductual en la Ciudad de México. En 2006 se lleva a cabo el coloquio “Manejo de las enfermedades crónico-degenerativas y emergentes: una visión hacia el futuro” (Rodríguez,2010, p.6).

Hubo importantes intervenciones que se realizaron en el campo de la Medicina Conductual una de ellas fue llevada a cabo por Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz, quienes aplicaron el biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres, entre otras. De igual manera en el Laboratorio de Plasticidad Cerebral, el cual fue fundado en 1984 dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, Jorge Palacios utilizó el biofeedback para el tratamiento de diversas parálisis neuromusculares teniendo un gran éxito (Rodríguez,2010, p.5).

En la Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM), se forma un grupo de trabajo dirigido por Luis Flórez Alarcón, su objetivo principal fue la creación de una línea de investigación sobre las aplicaciones clínicas del condicionamiento instrumental de respuestas autónomas. Este grupo dio origen al Programa de Psicología de la Salud (Rodríguez,2010, p.5).

En cuanto a la Medicina Conductual en México y su desarrollo en el campo hospitalario, debemos hacer referencia a factores tecnológicos en el uso de la bio-retroalimentación en las investigaciones con respecto a los problemas de salud, la

formación de profesionales de la psicología considerando el contexto sociocultural y el entorno socio profesional (Camacho, 2013, p.2).

En México, se pudieron identificar las contribuciones científicas, tecnológicas y de intervención de equipos interdisciplinarios, encontrándose que, las líneas de investigación giran en torno al desarrollo de modelos de intervención sobre epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, conducta agresiva y comportamiento antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, hostilidad, biofeedback, políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez y Rojas, 1998, en Rodríguez, 2010, p.6).

Se debe destacar que, debido a las aportaciones dadas por investigadores mexicanos y estadounidenses a nivel académico se ha podido abrir el campo de investigación, sin embargo como menciona el Dr. Grau, la medicina conductual y la psicología de la salud en México no ha podido salir del todo del ámbito universitario, lo cual no ha permitido sacar el máximo potencial metodológico tan amplio, limitando así las oportunidades para posibilitar aplicaciones masivas a personas con problemas de salud [...]. Otro punto que debemos mencionar, es el uso menos frecuente de la idea general sobre la medicina conductual para referirse o sustituirse por el de la psicología de la salud, debido al desligamiento del modelo médico donde solo hace uso de fármacos (Camacho, 2013, p.2).

Para finalizar existen retos que aún tenemos que enfrentar en México, por ejemplo, impulsar la investigación en este campo no sólo en las instituciones educativas, sino también, en las instituciones del sector salud y/o social. Asimismo, impulsar la conformación de estudios de posgrado que permitan formar profesionales, así como

abarcando diversas especialidades en relación al cada vez más complejo estado de salud de la sociedad.

1.3 Aplicaciones

Ya hemos hablado de la Psicología de la Salud y el campo de la Medicina Conductual, a continuación, explicaremos la aplicación de cada una de ellas y sus funciones.

La Psicología de la Salud, ha crecido con rapidez debido a las publicaciones especializadas en el ámbito internacional, en la celebración de congresos ocupando un lugar importante en los trabajos que se realizan en este campo, en programas de maestrías, especialidad y la incorporación del psicólogo a las investigaciones, en todas las especializaciones médicas y momentos del proceso salud-enfermedad (Martín, 2003, p.2).

La Psicología de la Salud se ocupa de la atención, como la promoción de la Salud y la prevención de enfermedades, trabaja con el individuo, la familia y su comunidad, de igual manera estudia los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores (Martín, 2003, p.3). Se desarrolla en instituciones de salud como clínicas, hospitales, centros de salud, escuelas, instituciones gubernamentales encargadas de la regulación del sistema de salud (ministerios y secretaria de la salud), empresas y todo tipo de organizaciones (Palacios y Pérez, 2017, p.14).

A continuación se explica un pequeño esquema sobre el desarrollo de algún padecimiento y como se aplica la psicología de la salud; se comienza por un período de prevención, donde se observan los primeros síntomas, esto se le conoce como pre-

patogénesis, la Psicología de la Salud entra en acción desde este período donde se realizan campañas de prevención de enfermedades y la promoción de buenos hábitos, pláticas sobre las posibles consecuencias de malos hábitos y sobre el desarrollo de enfermedades (Martín,2003, p.3).

En segundo lugar, se pasa del período de pre-patogénesis al periodo de patogénesis, es decir el desarrollo de la enfermedad con la evolución del síntoma, aquí los médicos buscarán descubrir el origen del padecimiento. Las acciones a tomar en cuenta será la evolución de la enfermedad por los estímulos patógenos (Martín,2003, p.3). En tercer lugar, en el caso de una enfermedad perceptible, pero no avanzada dependerá de la intervención que se lleve a cabo, dando por resultado que esto se convierta en una enfermedad avanzada o a su vez crónica, de lo contrario si hay una intervención adecuada se puede lograr una recuperación en cualquiera de sus estadios (Martín,2003, p.3).

Así mismo, trabaja por estimular las principales conductas relacionadas con los estilos de vida, que constituyen comportamientos protectores, sin embargo la decisión de las personas de comportarse de un modo saludable y el mantenimiento de las conductas, está relacionada con múltiples factores donde se interrelaciona el contexto ambiental con variables personales (Martín,2003, p.4).

Dentro de la Psicología de la Salud se reconocen dos áreas con objetivos específicos de estudio e intervención, para empezar la Psicología Social de la Salud, la cual se centra en aplicar los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de la salud, se interesa por estudiar la conducta salud-enfermedad en la interacción con otras personas o con productos de la conducta humana (tabaco, alcohol, drogas, entre otras), estudiar organizaciones de cuidado de la salud, estudiar y aplicar técnicas diagnósticas e intervención (Palacios y Pérez, 2017, p.12).

La Psicología Clínica de la Salud, se interesa por evaluar e intervenir las conductas asociadas con la enfermedad física, favorecer el ajuste y la adaptación a través del soporte psicológico ante las crisis emocionales asociadas con las características de la enfermedad y su curso natural, interviene en el entrenamiento de habilidades para el afrontamiento de la enfermedad, en el entrenamiento en las competencias y habilidades para tomar decisiones y la resolución de los problemas asociados a la enfermedad (Palacios y Pérez, 2017,p.12).

Estudia el acompañamiento en los procesos de duelo, asociados con la pérdida de la salud, ejemplo de ello sería la pérdida de autonomía por enfermedad, la pérdida de muerte. En intervención y el manejo de las alteraciones cognoscitivas y del comportamiento por el proceso de enfermedad física, facilita al paciente la comprensión del papel que los factores psicológicos juegan en el desarrollo, la mejoría, el empeoramiento y mantenimiento de los estados de salud y enfermedad (Palacios y Pérez, 2017, p.12).

Los motivos de consulta con los cuales se trabaja en Psicología de la Salud son: fracasos terapéuticos y mal pronóstico de la enfermedad, dificultades en el establecimiento de hábitos saludables, temores asociados con la enfermedad y con la muerte por enfermedad, dificultades en el proceso de adaptación a la enfermedad, duelo asociado con la enfermedad y con la muerte por enfermedad (Palacios y Pérez, 2017, p.15).

Así mismo, otros motivos de consulta son la exposición a factores de riesgo para la Salud Física: estrés y psicopatología asociados a enfermedades físicas, dificultades en la adherencia al tratamiento médico, la no reanimación, la sedación paliativa y otros procedimientos relacionados con el final de la vida, síndrome del cuidador quemado

(burnout), dependencia del cuidador y del equipo de salud, ganancia secundaria a partir de la enfermedad (Palacios y Pérez, 2017, p.15).

Las funciones a cumplir del psicólogo clínico en el campo hospitalario, son la coordinación de actividades relacionadas con los miembros del equipo de salud, facilitar la adaptación de los pacientes a la hospitalización, interconsulta, realizar trabajos para establecer o modificar conductas adaptativas en los pacientes, lleva a cabo intervenciones psicológicas con el paciente y por último gestionar recursos humanos para mejorar la atención de los pacientes(Rodríguez-Marín, 2003 en Palacios y Pérez,2017,p.16).

La Medicina Conductual al igual que la Psicología de la Salud se trabaja en el ámbito hospitalario, razón por la cual están relacionadas, sin embargo, la diferencia radica en los objetivos. la Psicología de la Salud busca promover la salud y prevenir a través de programas, donde el individuo se involucre al igual que la familia, la medicina conductual toma en cuenta las conductas que llevan a desencadenar un padecimiento y en caso de padecer una enfermedad, modificar la conducta para mejorar la calidad de vida del individuo.

Las aplicaciones de la Medicina Conductual, se llevan a cabo en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), por ejemplo, la diabetes mellitus tipo 2. La Medicina Conductual se enfoca, en la adherencia al tratamiento, estrategias de enfrentamiento y la reducción del Estrés (Reynoso y Becerra, 2014, p.150). Se entiende como Estrés a un estado de tensión o presión psicológica que provoca reacciones fisiológicas (Morris y Maisto,2009, p.474). El manejo de estrés en este padecimiento, es un factor que se debe considerar para un buen éxito, siendo que el estrés puede afectar a los niveles de glucosa por razones en las que las personas tienen que lidiar con las exigencias que se

presentan en su vida cotidiana, junto con las características de su enfermedad las cuales requieren de cuidados permanentes (Reynoso y Becerra, 2014, p.152).

Las técnicas a utilizar en el manejo de estrés son Técnicas de Relajación o Biofeedback para la reducción de activación fisiológica, entrenamiento de habilidades específicas que le permitan enfrentar situaciones estresantes y reestructuración cognitiva (Reynoso y Becerra, 2014, p.152).

Otro padecimiento en el que la Medicina Conductual trabaja es la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la cual se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible de la función del riñón. La Medicina Conductual al igual que otras disciplinas busca realizar una rehabilitación completa del paciente en la medida de lo posible (Reynoso y Becerra, 2014, p.193). Así pues, en el abordaje psicológico será necesario inicialmente para valorar si el comportamiento del paciente con ERC es consecuencia de procesos bioquímicos.

Entendemos como procesos bioquímicos aquella sintomatología como es la somnolencia, obnubilación, adinamia, encefalopatía urémica, en el cual se presentan alteraciones de la conciencia, del comportamiento psicomotor, del pensamiento, memoria, del habla, etc. Todo esto se debe a los deterioros cognoscitivos, neuromusculares, somatosensoriales y autonómicos (Reynoso y Becerra, 2014, p.194). Ahora bien, si los cambios en la conducta y comportamiento son debido al entorno en el que se desarrolla, la presentación de ellos serán los pensamientos catastróficos, se presenta el padecimiento como evento estresante (Reynoso y Becerra, 2014, p. 194).

Algunos estresores que se presentan en el tratamiento de ERC el en caso de diálisis o de ser candidato al trasplante son: restricciones en la dieta, disminución de la

capacidad sexual, cambios en las relaciones sociales y familiares, cambios en la apariencia física, situación laboral y económica, dependencia del tratamiento médico y del personal de salud y disminución de la resistencia y fuerza física (Reynoso y Becerra, 2014, p. 195).

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad endocrina y metabólica, que se caracteriza por la elevación de valores de glucosa en sangre, presentando también Poliuria (emisión de un volumen de orina superior al esperado), Polidipsia (sed exagerada y beber demasiada agua), Polifagia (hambre exagerada y comer en exceso) (Reynoso y Becerra, 2014, p. 147). La Medicina Conductual desarrolla intervenciones en base a la adherencia al tratamiento, estrategias de enfrentamiento, la conciencia de la glucosa en la sangre y la reducción del estrés (Reynoso y Becerra, 2014, p. 149).

En el caso de las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo; la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) al igual que ECV son enfermedades crónicas no transmisibles es por eso que la Medicina Conductual trabaja en la adhesión al tratamiento en que se deberá realizar cambios en su estilo de vida, una técnica muy utilizada en estos casos en la Relajación Progresiva, Simétrica y Ascendente con el objeto de ofrecer tranquilidad a los pacientes (Reynoso y Becerra, 2014, p. 183).

Según estudios realizados se ha demostrado que las personas que padecen Diabetes tienen el doble de probabilidad de padecer sintomatología depresiva, buscando abordar esta problemática es recomendable buscar tratamientos psicológicos, antes que recurrir a los antidepresivos; uno de los tratamientos psicológicos más adecuados es la Terapia Cognitivo-Conductual, la Activación Conductual es utilizada como una intervención a corto plazo (Reynoso y Becerra, 2014, p. 150).

La Medicina Conductual busca modificar conductas y emociones para así poder generar respuestas más adaptativas, permite que los pacientes identifiquen los pensamientos que generan emociones disfuncionales y actúe para optimizar su eficacia en la toma de decisiones sobre el mejor tratamiento, de esta forma disminuir riesgos y complicaciones en su salud (Reynoso y Becerra,2014, p.203), trabaja en el control del dolor, disminuyendo el uso de medicamentos a través del manejo de contingencias, del entrenamiento en la presencia de estrés o de la retroalimentación biológica.

Se realiza una intervención directa con los pacientes y la familia, se trabaja en dar información y educación a los profesionales de la salud involucrados para favorecer la eficacia en las intervenciones con el uso de la comunicación asertiva, manejo de contingencias, comunicación de malas noticias, entrenamiento de relajación, entre otras (Reynoso y Becerra, 2014, p.210). Hace también uso de la psicoeducación, la cual consiste en la entrega de información al paciente sobre la problemática presentada a manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias, que le permitan afrontar situaciones conflictivas (Nezu et al, en Reynoso y Becerra, 2014, p.273).

Utiliza Técnicas Conductuales, las cuales son necesarias para identificar áreas de la vida de la persona que no estén siendo funcionales para poder hacer un planteamiento de metas las cuales haciendo uso de ensayos conductuales (Reynoso y Becerra,2014, p.274). Blumenthal y McKee recogieron muestras de las principales aplicaciones de la medicina conductual las cuales incluían patrones de conducta tipo A, que se conforman de: dolores de cabeza, dolor, deterioro cognoscitivo en personas de la tercera edad, disfunciones sexuales, obesidad (Rodríguez,2010, p.2).Así mismo, la Modificación de Conducta ante el Tratamiento de Problemas de Memoria, dolores crónicos y pacientes con traumatismo craneal, también la promoción de la salud a través de ejercicios, nutrición, control del hábito de fumar, etc. (Rodríguez,2010, p.2).

Con respecto a la Medicina Conductual al ser un campo interdisciplinario también se trabaja con niños, adolescentes, conocido como pediatría conductual, consiste en propiciar y mantener un estado óptimo de salud de los niños a fin de que disfruten de una mejor calidad de vida (Reynoso y Seligson en Reynoso y Becerra.2014, p.285). Los padecimientos en los cuales se enfoca la pediatría conductual son: cáncer infantil, asma infantil, obesidad infantil, diabetes infantil, enfermedad renal en niños, entre otros. Las intervenciones provenientes de la medicina conductual permiten que el niño/adolescente y la familia puedan sobrellevar el sufrimiento físico y emocional causado por el padecimiento y de esta manera mejorar la calidad de vida de ellos (Reynoso y Becerra, 2014, p.307).

En definitiva, la aplicación de este campo interdisciplinario es de gran apoyo para el control y la prevención de enfermedades, las técnicas empleadas con el fin de poder adaptar al paciente ante el diagnóstico de un padecimiento, brindar el apoyo que requieren tanto la persona como los familiares y poder mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO II.

DEPRESIÓN

2.1 Emoción

Las emociones son la capacidad que tienen los seres vivos que permiten reaccionar y comunicarse ante situaciones en la vida diaria, no obstante, al buscar una definición, distintos autores han dado distintos puntos de vista.

Se entiende por emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta cognitivo/subjetivo; conductual/ expresivo y fisiológico/ adaptativo (Chóliz,2005, p.3). Para poder entender la emoción es necesario atender estas tres dimensiones, cada una de las dimensiones puede llegar adquirir más relevancia en una emoción en concreto.

Es decir, las emociones en parte son sentimientos subjetivos, un ejemplo de ello cuando sentimos enojo o alegría, también son reacciones biológicas las cuales preparan al cuerpo para adaptarse a cualquier situación que una persona puede llegar a enfrentar, son agentes intencionales y por último son fenómenos sociales (Reeve,2010, p.222).

De una forma parecida, para Oatley en 1992 la emoción es una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta; cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico- adaptativo (Chóliz, 2005, p.4).

Por su parte, la emoción es una respuesta elicitada por un estímulo o situación temporalmente próximos y conocidos. Puede tener connotaciones positivas o negativas, pero siempre se encuentra vinculada a la adaptación ante situaciones que supone una importante amenaza para el equilibrio del organismo (Palmero et al. 2011, p.130).

Las emociones tienen una naturaleza dual: por un lado, son meros impulsos, automatismos que compartimos con el resto de las criaturas del reino animal y que están al servicio de la supervivencia, pero, por otro, las emociones son un entramado complejo que entraña aquellas sutilezas propias de la inteligencia humana como los pensamientos, las creencias y la imaginación (Gil, 2016 en Pinedo et al, 2020, p. 4).

Las emociones son fenómenos de corta duración, relacionados con sentimientos, estimulación, intención y expresión, que nos ayudan a adaptarnos a las oportunidades y retos que enfrentamos durante los sucesos significativos de la vida (Reeve, 2010, p.223). Siendo la emoción un constructo psicológico que une y coordina cuatro componentes que interactúan entre sí.

El primer componente sentimental que proporciona a la emoción es la experiencia subjetiva, está enraizado en procesos cognitivos o mentales (Reeve, 2010, p.222). El segundo es la estimulación corporal el cual involucra la activación neuronal y fisiológica incluye la actividad de los sistemas autónomos y hormonales mientras se prepara y regula la conducta adaptativa de afrontamiento del cuerpo durante la emoción, el cuerpo reacciona estando en un estado emocional, un ejemplo de ello es cuando una persona está enojada, en esa situación tiende a adquirir una postura de alerta o tener los puños cerrados (Reeve, 2010, p.223).

El tercer componente es conocido como el sentido de intención, este da a la emoción su carácter dirigido a logros para realizar las acciones necesarias a fin de afrontar las situaciones, en palabras más generales explica el por qué la persona quiere hacer lo que quiere hacer y por qué se beneficia de sus emociones (Reeve, 2010, p.223). El cuarto componente es llamado social- expresivo, el cual se refiere a la comunicación de la emoción, esta se realiza a través de posturas, gesticulaciones, vocalizaciones y expresiones faciales, de manera no verbal, comunican como nos sentimos y como interpretamos la situación presente (Reeve, 2010, p.223).

Ahora bien, las emociones tienen funciones que les confieren utilidad y permite que el sujeto pueda realizar con eficacia las reacciones conductuales apropiadas, tanto las emociones positivas o negativas, tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal, las cuales son funciones adaptativas, sociales y motivacionales (Chóliz, 2005, p.4).

Así pues, todas las emociones dirigen la atención y canalizan el comportamiento hacia donde es necesario ante las circunstancias que se presenten, cada emoción proporciona una disposición única a responder en una situación. Tanto el temor, enojo, asco, tristeza, alegría y todas las otras emociones son buenas, son organizadores positivos, funcionales, deliberados y adaptativos del comportamiento (Reeve, 2010, p.236).

Las funciones adaptativas son la preparación del cuerpo para que ejecute una conducta exigida por las condiciones ambientales, esto moviliza la energía que se requiere. Investigadores como Plutchik destacan la flexibilidad en las emociones de afrontamiento, tal como la emoción de temor, la situación estímulo será la de sentirse amenazado provocando una conducta emocional como correr, la función de la emoción será la de protección, que nos prepara para tomar decisiones adicionales y más flexibles,

incluyendo la prevención inicial de un suceso peligroso o la supresión de una actividad hasta que pase la amenaza (Reeve, 2010, p.236).

Muchas expresiones emocionales están motivadas por factores sociales, las emociones comunican nuestros sentimientos a los demás, influyen en la interacción de las otras personas con nosotros, invitan y facilitan la interacción social, crean, mantienen y disuelven las relaciones (Reeve, 2010, p.237). La emoción satisface múltiples funciones sociales, incluyendo las informativas, por ejemplo: “esto es lo que siento”, también de advertencia: “esto es lo que estoy a punto de hacer” y directivas: “esto es lo que quiero que hagas”. Las expresiones emocionales comunican incentivos sociales (sonrisas), disuasiones sociales (rostro enojado) y mensajes tácitos (rostro de vergüenza) estas allanan y coordinan las interacciones sociales (Reeve, 2010, p.237).

Es frecuente que las personas sonrían, aunque no estén dichosas, en lugar de ello, con frecuencia sonrían cuando quieren facilitar la interacción social, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal (Chóliz, 2005, p.5).

La represión de las emociones también tiene una evidente función social, siendo socialmente necesaria la inhibición de ciertas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar incluso a la propia estructura y funcionamiento de grupos y cualquier otro sistema de organización social. Sin embargo, en algunos casos la expresión de las emociones puede inducir en los demás altruismo y conducta prosocial (Chóliz, 2005, p.5).

Las funciones motivacionales son la relación de la emoción y motivación, se trata de una experiencia presente en cualquier actividad que realizamos, posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad (Chóliz, 2005, p.6). Las emociones son un tipo de motivo (necesidades, cogniciones) que energizan y dirigen la conducta, también sirven como sistema indicador de que tan bien o mal está yendo la adaptación (Reeve, 2010, p.224). La mayoría de investigadores aseguran que las emociones constituyen el sistema motivacional primario (hambre, sed, sueño, sexo y dolor). La emoción del cuerpo es la fuente causal e inmediata que motiva la acción, si se quitan la emoción, se elimina la motivación (Tomkins,1970 en Reeve,2010, p.224).

Por su parte las emociones facilitan algunas conductas e inhibe otras, también revelan los estados motivacionales en constante cambio y el estado de adaptación del individuo, las emociones positivas indican que “todo está bien”, satisfacen nuestros estados emocionales y evidencian nuestra exitosa adaptación a aquello que ocurre en nuestro entorno, las emociones negativas funcionan como señal de alarma de que “no todo está bien”, estas reflejan la indiferencia y frustración de nuestros estados emocionales y la mala adaptación de aquello que nos rodea (Reeve,2010,p.224). En cuanto a la existencia de las emociones, se abre un debate en si algunas emociones son más fundamentales o más básicas que las otras las cuales se han llegado a denominar emociones básicas y complejas.

Las emociones básicas son aquellas que son innatas o aprendidas a través de la experiencia o socialización, surgen de las mismas circunstancias para todos los individuos, se expresan de maneras únicas y distintivas, evocan una pauta de respuesta fisiológica, distintiva y sumamente fácil de predecir (Ekman y Davidson, 1994 en Reeve,2010, p.232).

Por otro lado, Izard menciona que las emociones básicas son “especies naturales” o categorías de fenómenos que se dan en la naturaleza, aquellas que se caracterizan por tener sustratos neurobiológicos más antiguos, poseen un componente expresivo de carácter evolutivo y capacidades universales específicas para regular y motivar la cognición y la acción (Pinedo et al, 2020, p.5).

El Temor es la respuesta a una amenaza o a un peligro, surge de la interpretación de una persona acerca de la situación, el miedo motiva la defensa como señal de advertencia de un daño físico o psicológico, involucrando las glándulas suprarrenales, haciendo un llamado a la adrenalina (Brennecke,1976, p.94), causando que el cuerpo tiemble, transpire, mirar alrededor y presente una tensión nerviosa la cual inclina a protegerse (Reeve,2010, p.233).

El Temor motiva la necesidad de protección, manifestándose a través de escapar o retrayéndose del objeto u objetos. No obstante, el temor puede de manera más positiva, dar el apoyo motivacional para aprender nuevas respuestas de afrontamiento que alejen a la persona del enfrentamiento inicial con el peligro, nos advierte de nuestra vulnerabilidad, facilita el aprendizaje y activa el afrontamiento (Reeve,2010, p.233).

La emoción de enojo proviene de la restricción, como la interpretación de que alguna fuerza externa ha interferido con los propios planes, metas o bienestar. Implica una respuesta total del cuerpo, la persona enojada se vuelve más fuerte y tiene más energía, otras respuestas motivadas por el enojo son la expresión de sentimientos heridos, discutir las cosas o evitar del todo a la persona (Reeve,2010, p.233). Así pues, el enojo acelera el ritmo cardíaco, aumenta el flujo sanguíneo en el cuerpo, provoca sudoración y energía intensa, se presenta tensión muscular, especialmente en la base del cráneo, en la mandíbula y en los puños. De igual manera en la expresión facial se

presenta tensión en los párpados superiores, cejas juntas, labios juntos y apretados (Montiel,2013, p. 6).

El Enojo es una emoción exaltada también es la más peligrosa, ya que su propósito es destruir las barreras en el ambiente, cuando el enojo estimula la agresión produce destrucción y lesiones innecesarias, no obstante, también puede ser una emoción productiva, es provechoso ya que energiza la fuerza y la resistencia en el esfuerzo por afrontar la situación en forma productiva a medida que cambiamos el mundo que nos rodea a cómo debería ser (Reeve,2010, p. 233).

La Tristeza es una emoción que se considera negativa y aversiva, surge principalmente de las experiencias de separación o fracaso, motiva al individuo a iniciar cualquier comportamiento necesario para aliviar las circunstancias provocadoras de angustia (Reeve, 2010, p. 234). La tristeza aparece después de una experiencia que genera miedo, debido a que es el proceso oponente del pánico y actividad frenética, se presenta ausencia de actividades reforzadas y conductas adaptativas (Chóliz, 2005, p.16). El sentir tristeza causa efectos corporales, tales como el hundimiento del tórax, tensión en la garganta si se inhibe el llanto o el grito (Montiel,2013, p.6). La tristeza puede inducir a un proceso cognitivo característico de la depresión (Chóliz, 2005, p.16).

Eckman menciona que los movimientos que se realizan ante la emoción de tristeza son: mirada baja, descenso de los párpados superiores, descenso de las comisuras labiales o elevación del labio inferior cuando está a punto de convertirse en llanto (Montiel, 2013, p.7). El aspecto benéfico de la tristeza es que facilita en forma indirecta la cohesión de los grupos sociales de modo que, aunque la tristeza es una sensación desagradable, puede motivar y conservar las conductas productivas (Reeve, 2010, p.234).

La Alegría es la emoción que favorece la recepción e interpretación positiva de diversos estímulos ambientales como es el conseguir lo que se desea, obtener respeto, recibir amor o afecto, recibir una sorpresa agradable o experimentar sensaciones placenteras; es la evidencia emocional de que las cosas están yendo bien. La función de la alegría es doble, facilitar la disposición a participar en actividades sociales y las sonrisas de dicha alegría que facilitan la interacción social; nos permite conservar el bienestar psicológico, incluso ante los sucesos angustiantes que se cruzan en nuestro camino (Reeve, 2010, p.235).

Ahora bien, los acontecimientos vitales que dirigen nuestra atención incluyen aquellos que implican nuestras necesidades o bienestar, el interés es la emoción más predominante en el funcionamiento cotidiano, sucesos donde se dirigen nuestra atención que instigan un incremento moderado en la tasa de descarga neural cortical, como los asociados con cambios en el estímulo, novedad, incertidumbre, complejidad, enigmas y curiosidades (Reeve, 2010, p.235). El interés crea el deseo de explorar, investigar, buscar, manipular y extraer información de los objetos que nos rodean, sustenta nuestro deseo de ser creativos, aprender y desarrollar nuestras capacidades, mejorando el aprendizaje (Reeve, 2010, p.235).

El Asco es una emoción que provoca reacciones emocionales en las que las sensaciones fisiológicas son más patentes, la mayoría de las reacciones se generan por condicionamiento, generando estímulos desagradables como un aumento de reactividad gastrointestinal (Chóliz, 2005, p.19). Los efectos que se presentan son principalmente corporales, tal es la tensión en el abdomen, estómago y en la mandíbula, un impulso de repulsión de apartarse (Montiel, 2013, p.8).

La función del Asco es el rechazo del individuo, este rechaza y desecha activamente algún aspecto físico o psicológico del ambiente. Al sentirse asqueada, el

individuo desea evitar los objetos. Se aprenden las conductas de afrontamiento necesarias para prevenir los encuentros de condiciones que provocan asco (Reeve, 2010, p. 234).

Dado que las emociones se desarrollan gradualmente de acuerdo con la complejización de las formas cognitivas, a medida que uno va creciendo vamos siendo conscientes del entorno como producto de la maduración cognitiva, provocando que otras reacciones aparezcan hasta alcanzar lo que algunos autores definen como emociones autoconscientes o complejas (Pinedo et al, 2020, p.7). Las emociones complejas involucran creencias de diversos tipos acerca de hechos o estados de cosas, esto indica que somos capaces de pensar a largo plazo, evaluar los acontecimientos por sus causas, sus consecuencias o por las reglas establecidas (Pinedo et al, 2020, p.10).

Otro punto son las Teorías Emocionales existentes, las cuales son las teorías biológicas de la emoción, conductuales y cognitivas en emoción se describirá cada una de ellas de manera general exponiendo sus autores y características. En las teorías fisiológicas e instintivistas, McDougall pone la capacidad para acercarse a las metas beneficiosas, ya que todas las conductas se encuentran regidas por un principio básico: aproximarse hacia lo que produce placer y evitar lo que produce dolor, no obstante, estos dos sentimientos no son suficientes para entender el funcionamiento del ser humano, que debe ser considerado como un organismo cognitivo y con expectativas (Palmero et al. 2011, p. 164).

McDougall explica que la experiencia de la emoción tiene lugar cuando un instinto es activado, ya que la finalidad del instinto es conseguir la adaptación del individuo a través de la evolución. Las metas del hombre han resultado más específicas, ante estos bien diferenciados ajustes se produce una emoción primaria, cuando dos o más de estas

reacciones corporales primarias coinciden se produce una emoción secundaria (Palmero et al. 2011, p. 165).

Otro autor que marco un momento importante para la psicología de la emoción fue James, para dicho autor y Lang la emoción se podría identificar por un patrón fisiológico diferenciado o al menos existirían alguno de ellos que caracterizarían a las emociones similares entre si (Chóliz,2005, p.24).

La formulación de James posee el valor de ser la primera teoría psicológica formulada sobre la emoción, con él, se pone la primera piedra en la construcción de la psicología de las emociones donde asume la existencia de emociones concretas, las cuales poseen una base claramente instintiva, y pueden ser separadas y diferencias de ciertos sentimientos. A pesar de ya existir distintos autores, como es el caso de Descartes que hablaban de las emociones, es con James donde se observa una influencia en los posteriores argumentos y teorías propuestas (Palmero et al. 2011, p.167).

Así pues, para James las reacciones viscerales y las reacciones corporales motoras son igualmente importantes y centrales para los estados emocionales y en el caso Lange, este menciona que se debe poner un énfasis en los cambios vasculares, fundamentalmente en la presión sanguínea. Es decir, el proceso de la reacción emocional está conformado por tres momentos los cuales son estímulos, cambios corporales y emocionales, los cambios corporales en general son los que dan lugar a la experiencia de la emoción, a esto se le conoce como la teoría de James-Lange (Palmero et al. 2011, p.165).

Un ejemplo sería si explicamos una fuerte emoción y luego tratamos de abstraer de nuestra conciencia de ella todas las sensaciones de sus síntomas corporales característicos, hallaremos que no nos quedó nada, ninguna “substancia mental” de la cual pueda ser constituida la emoción; todo lo que nos queda es un estado frío y neutro de percepción intelectual (James,1884 en Melamed, 2016, p.6).

Cabe resaltar, que, a pesar de su relevancia en el razonamiento de James, existieron aspectos que no llegaron a ser aclarados ante las formulaciones del autor, es por eso que en 1890 con el artículo de Principios de Psicología donde admite la importancia de la valoración, establece que los cambios fisiológicos y corporales son producidos por la significación personal que posee un estímulo o situación para el bienestar del organismo (Palmero et al. 2011, p.166).

De este modo la teoría de James provocó que distintos investigadores argumentaran en contra de las formulaciones propuestas por el autor, entre las críticas más conocidas se encuentra la que formuló Cannon, en la cual menciona cinco argumentos que cuestionan las afirmaciones de James: Primero, los cambios corporales que proporcionan el feedback al cerebro para originar la emoción pueden ser eliminados completamente sin perturbar las emociones de un organismo; segundo, los cambios corporales que se producen en los estados emocionales no son específicos de una emoción, ya que algunos cambios corporales son comunes a varias emociones (Palmero et al. 2011, p. 167).

Tercero, los órganos internos, que supuestamente proporcionan el feedback al cerebro, no son estructuras muy sensitivas; cuarto, los cambios que ocurren en los órganos internos son demasiados lentos para producir la emoción. Muchas veces, la experiencia de la emoción es inmediata, a lo que la emoción ocurre antes de que culmine

el circuito de feedback; por último, la manipulación experimental del organismo para producir cambios corporales no produce una verdadera emoción (Palmero et al. 2011, p. 167).

Así pues, la idea principal de la teoría de Cannon-Bard es que la emoción produce como consecuencia de la activación del tálamo, los cambios corporales y la experiencia emocional. Cannon defiende que las emociones tienen la función de preparar a los organismos ante situaciones de emergencia, por lo que los cambios corporales y las emociones se producen al mismo tiempo (Palmero et al. 2011, p.168). La teoría que propone Cannon ha sido denominada de distintas formas, como, por ejemplo, teoría neural central de la emoción, teoría talámica de las emociones o la teoría central de las emociones, la teoría de la emergencia o la teoría de neurofisiológica de la emoción (Palmero et al. 2011, p.168).

Por último, Cannon hizo una gran aportación por la cual motivó al desarrollo de la investigación neurológica en el estudio de la emoción, explicaba la existencia de centros específicos en el sistema nervioso central que se encargarían de la experiencia emocional, para Cannon la emoción se caracteriza por la activación general del organismo, propone la activación de un sistema general de defensa que prepararía al organismo para enfrentarse a situaciones aversivas mediante las conductas de escape o lucha (Palmero et al. 2011, p.168).

Las Teorías de la Activación intentan explicar las emociones a partir de los mecanismos de activación del organismo, Duffy en 1934, menciona que la emoción consiste en la movilización de energía, debido a los cambios constantes que se producen en el ambiente al que se enfrenta el individuo, este experimenta cambios en su nivel de activación para lograr adaptarse de la mejor forma posible a las demandas impuestas

por el ambiente (Palmero et al. 2011, p.169). Duffy describe que cualquier conducta se debe explicar mediante dos aspectos: la activación y dirección.

La Activación se entiende como la intensidad que puede ser aplicada perfectamente a cualquier manifestación conductual, siendo esta la más importante, ya que puede medirse como la frecuencia cardiaca, la tensión muscular, etc. Por otro lado, la dirección es entendida como la dimensión aproximación-evitación, en palabras más generales es la reacción que tendremos ante la emoción de escape o huida (Palmero et al. 2011, p.169). A lo que nos explica que toda conducta es motivada, sin la motivación no hay actividad.

Ahora bien, Lacey plantea un argumento donde denomina la teoría de la disociación de sistemas, según el modelo establece que la activación puede manifestarse mediante tres posibilidades de respuesta (electro cortical, fisiológica/autonómica y motora) las cuales no es necesario que estén relacionadas, por lo tanto la activación es multidimensional, así mismo, plantea la especificidad de la respuesta autónoma que se entiende que dentro de un mismo sistema se puede observar una disociación de respuesta (Palmero et al. 2011, p.171).

La especificidad se fundamenta de las siguientes maneras: el sistema nervioso autónomo realmente responde como un todo al estrés experimental impuesto; sin embargo, no es una respuesta como un todo en el sentido de que todas las estructuras autonómicamente inervadas exhiban iguales incrementos o disminuciones en su funcionamiento (Palmero et al. 2011, p.171).

Por último, a partir de los trabajos de Lacey parece evidente que los individuos no muestran cambios concordantes en todas las medidas en respuesta a una situación

emocional particular, también existen notables diferencias entre los sujetos en cuanto a los patrones de cambio que se observan, y los individuos muestran pautas comunes de respuesta en diferentes situaciones emocionales, para terminar, estas pautas de respuesta se mantienen por largos períodos de tiempo (Palmero et al. 2011, p.172). En cuanto a las aportaciones realizadas sobre el proceso emocional desde el campo de aprendizaje, está basada por las leyes de aprendizaje de la conducta emocional en la cual entiende un conjunto de respuestas observables o abiertas y fisiológicas que se pueden condicionar como cualquier otra conducta del organismo.

Tanto Watson y Skinner contribuyeron para formular una Teoría Conductista de la Emoción, Watson con el condicionamiento clásico en el cual define la emoción como una respuesta corporal con connotaciones desorganizadas en el que la emoción es una reacción corporal a un estímulo concreto, junto con Rayner, realiza un experimento que muestra que las emociones pueden aprenderse, al igual que otro tipo de respuesta mediante el procedimiento del condicionamiento clásico (Palmero et al,2011,p.200), para ello el sujeto experimental sería el pequeño Albert donde se mostró la generalización de la respuesta de miedo a otros estímulos similares y su eliminación mediante el contra condicionamiento.

Por otro lado, Skinner con el Condicionamiento Operante considera que una Emoción es una conducta que acontece ante la influencia del ambiente, puede considerarse como predisposiciones para comportarse de un modo concreto, distingue dos tipos de respuestas emocionales: reflejos simples (innatos) y operantes (conductas complejas aprendidas) (Palmero et al,2011, p.202).

De esta manera, a partir de ambos tipos de Condicionamiento dieron pie a otras aportaciones como es la teoría de los dos factores propuesto por Mowrer, en la que se menciona que la adquisición y la consolidación de la respuesta emocional (en este caso

fobias) se desarrolla en dos etapas: una primera de adquisición de la RC (respuesta emocional condicionada) mediante condicionamiento clásico y una segunda de consolidación, en la que la conducta de evitación de los EC (estímulo condicionado) produce un alivio de la RC, respuesta que se mantiene mediante reforzamiento negativo (Chóliz,2005, p.28).

Ahora bien, otras aportaciones basadas en la dimensión expresiva-motora-conductual de la emoción, donde se asume que la expresión facial de las emociones ha evolucionado mediante la selección natural, caracterizada por su adaptativa de supervivencia de la especie y del individuo, como el planteamiento de Plutchik (Palmero et al, 2011, p.208).Dicho autor nos menciona que la emoción implica una adaptación prototípica y con cierta cognición, siendo el procesamiento cognitivo anterior a la experiencia emocional establece emociones básicas: miedo, tristeza, ira, aceptación, asco, expectación, sorpresa y alegría. En 1991 establece la existencia de tres componentes en la emoción: cognitivo/subjetivo, fisiológico y conductual (Palmero et al, 2011, p.208).

Así pues, el planteamiento de Izard enfatiza el papel de la expresión facial, el carácter motivacional de las emociones innatas y que cada emoción se asocia a su experiencia emocional y su patrón de expresión facial emocional particular, con su teoría diferencial de las emociones propone la existencia de diez emociones básicas (excitación/interés, alegría, sorpresa, angustia/dolor, colera/ira, asco, desprecio, miedo, vergüenza y culpa). Las emociones pueden interactuar entre sí dando lugar a múltiples estados emocionales (Palmero et al, 2011, p.209).

El planteamiento de Ekman, se centra en la función social de las emociones, la comunicación. Destaca la elaboración del FACS (Facial Action Coding System) sistema de codificación de la expresión facial, donde el procedimiento permite identificar las

emociones a partir de la acción y el reconocimiento de las mismas, es un instrumento utilizado en la codificación de la expresión facial que permite la investigación sobre la expresión de las emociones en interés de clarificar el análisis y la comprensión en el estudio del campo de la emoción (Palmero et al, 2011, p.211).

Solomon en su tesis, “La Racionalidad de las Emociones”, describe que las Emociones son juicios normativos y frecuentemente morales, tener una emoción es realizar un juicio normativo acerca de la situación presente, pero el objeto de una emoción no puede ser simplemente un hecho. Robert explica que un evento o la mera percepción de un evento no es suficiente para poder producir una emoción, esta involucra necesariamente una evaluación personal de la significación del incidente (Melamed, 2016, p.9).

Por ejemplo, si me enojo con un compañero por que ha robado mi Tablet, es porque de alguna manera considero que me ha causado daño, si yo no juzgara la situación así, entonces no tendría por qué enojarme (Pinedo et al, 2016, p.10). Por otro lado, Solomon mencionaba que tener una emoción es albergar un juicio normativo sobre la propia situación, parece que cada sentimiento y cada emoción ya es una cuestión de juicio o a menudo de juicio moral (Pinedo et al, 2016, p.11).

De esta manera afirma que somos responsables de nuestras emociones, refutando la alternativa que utiliza a las emociones como excusas, como fenómenos que sufrimos que simplemente nos suceden y atravesamos con completa pasividad, haciendo imposible la atribución de la responsabilidad, dicho autor traza una distinción en el seno de los juicios, mostrando que las emociones conformarían un subtipo dentro de los juicios, pero distinguidas de los “juicios fríos”, en tanto las respuestas emocionales son producidas con urgencia o rapidez, pero principalmente carecen de “frialdad” (Melamed, 2016, p.10). Las emociones son respuestas apremiantes a situaciones

inesperadas para las cuales uno no se encuentra preparado, uno no dispone de patrones habituales de conducta.

Así mismo, Lazarus desarrolla su modelo teórico de las emociones, basándose en la teoría cognitiva del estrés que había establecido con anterioridad (Chóliz,2005, p.30). Plantea la existencia de tres formas de valoración, la primaria que se refiere a la decisión de la persona sobre las consecuencias que tendrán sobre su bienestar, los estímulos que le afectan ya sean consecuencias positivas, negativas o irrelevantes; secundaria donde la decisión del sujeto acerca de lo que debe o puede hacer tras la situación presentada; revaloración es la constante evaluación, que debe hacer el sujeto en su proceso interactivo con el ambiente, siendo esta ultima la constatación de los resultados obtenidos con la valoración primaria y secundaria (Palmero, 2011,p.223).

Con esos procesos de valoración, determinaran que emociones sentirá el sujeto manifestado por una tendencia a acción y expresión de características. En su argumentación Lazarus toma el punto de vista de Zajonc, donde discute contra la posibilidad de la existencia de episodios emocionales propiamente dichos, que prescindan de todo elemento cognitivo entre sus disparadores (Melamed, 2016, p.10).

Para Lazarus plantea si la emoción precede a la cognición o si es consecuencia de la misma, explica que la relación es bidireccional y ambas están intrínsecamente unidas, ya que la cognición es una parte fundamental de la emoción, que proporciona la evaluación del significado (Chóliz, 2005, p.30).Lazarus se refiere a la cognición en su relación con las emociones o más precisamente a la valoración cognitiva, formulando que la manera bajo la cual un sujeto interpreta una situación particular es crucial para la respuesta emocional (Melamed,2016, p. 15).

Existe una controversia entre Lazarus y Zajonc, en lo que se refiere a la relevancia de los procesos cognitivos en la emoción, mientras que, para Lazarus, lo esencial son los procesos de valoración y reevaluación, para Zajonc, los procesos cognitivos no siempre son necesarios y pueden producirse reacciones afectivas sin el curso de los mismos, recurriendo simplemente a reacciones fisiológicas. A pesar de la controversia ambos abordan una misma cuestión al otorgar a cada uno de los procesos, los aspectos cognitivos y en otro los fisiológicos y conductuales (Chóliz, 2005, p.30).

2.2 Depresión

La Depresión es un Trastorno del Estado del Ánimo, que se caracteriza por un estado de tristeza, irritabilidad, sentimientos constantes de culpa, lo cual termina por afectar la vida de la persona en todos sus ámbitos, perdiendo el interés en actividades que antes le resultaban interesantes.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), describe los Trastornos Depresivos, como trastornos de desregulación disruptiva del estado ánimo, el rasgo común es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (DSM-5,2014, p.155). Así pues, descrito como un Trastorno del Estado de Ánimo transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana, suelen estar en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad (Chávez y Tena, 2018, pág. 13).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Trastorno Depresivo es uno de los trastornos que más afecta a la población, sin embargo, no todos quienes lo padecen han recibido un tratamiento adecuado. La OMS define que “La Depresión es un Trastorno Mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2021, p.1).

Hipócrates fue uno de los primeros en abordar acerca de la Depresión, en su teoría de los cuatro humores, explica que la depresión se da por un enfriamiento y acumulación de bilis negra, de ahí el término “melancolía” que aún utilizamos. Años después se empieza a investigar para descubrir las razones por la cual se produce la depresión. Es así que a principios del siglo XIX Philippe Pinel, señala como posibles causas de la Depresión en primer lugar psicológicas y en segundo las físicas (Zarragoita. et al, 2018, p.5). Se descubre que la causa de la depresión era un proceso un poco más complejo que implicaba las conexiones que hay de nuestro cerebro a nuestro cuerpo, esas conexiones se realizan a través de los neurotransmisores (Belloch et al. 2009, p.300).

A mediados del siglo XIX surgió el término depresión para referirse a una alteración primaria de las emociones donde los rasgos más sobresalientes eran la inhibición y deterioro funcional. En el año 1980, por primera se incorpora el diagnóstico de “Depresión Mayor” en el DSM-III (Botto. et al,2014, p.2).

Por años varias hipótesis biológicas sobre el origen de la Depresión compitieron por credibilidad con las teoría psicodinámicas, conductistas y psicosociales, intentando formar una sola teoría. En 1973 Akiskal, comienza a abrirse paso a una nueva conceptualización integradora donde los estados depresivos son el resultado de la integración de múltiples factores genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpersonales

(Belloch et al. 2009, p.300). Históricamente la Depresión ha considerado dos modelos comprensivos: el unitario y binario, el primero plantea que la Depresión es el resultado del proceso psicobiológico, independientemente de sus causas o desencadenantes, por el contrario, el modelo binario considera dos subtipos de Depresiones (endógenas/ psicóticas y neuróticas/ reactivas) (Botto. et al,2014, p.2).

Así pues, existe una teoría realizada por Gonzales de Rivera, La Teoría de la Dinámica Circular, en la etiopatogenia de la Depresión, toma en cuenta los aspectos anteriormente mencionados explicando así, el círculo vicioso de la depresión (Belloch et al. 2009, p.300).

El círculo se explica de la siguiente manera, una situación que cause estrés crónico puede terminar por agotar los neurotransmisores, provocando una desregularización de noradrenalina y serotonina, lo cual conduce a un estado depresivo, los síntomas como el desánimo, la indefensión y la desesperanza, llevan a un estado de desinterés por el medio, por lo consiguiente un estado de inferioridad, competitividad y aumento del riesgo de situaciones de pérdida, la misma dinámica del círculo puede iniciarse a partir de cualquier punto descrito anteriormente (Belloch et al. 2009, p.300).

Existen modelos que tratan de explicar las posibles causas de la Depresión y su mantenimiento, actualmente se trata de un Trastorno Multifactorial, con un origen bio-psico-social (Chávez y Tena, 2018, pág. 16). En el modelo biológico tomando en cuenta los estudios genéticos y neuropsicológicos, nos marca una deficiencia en los neurotransmisores, sin embargo por la falta de evidencia en los últimos años han sido rebatida la hipótesis planteada (Chávez y Tena, 2018, pág. 16).

A nivel neurológico la relación Gen-depresión cuenta del 50%, por lo tanto, la Depresión es más frecuente entre los familiares de primer grado. Se vincula también a la exposición a estímulos aversivos, peligrosos o a una reactividad al cortisol generado por eventos estresantes, dándose a una edad temprana y en situaciones de maltrato infantil, se puede predisponer a un sesgo de atención que dé lugar a una sensibilidad, para que eventos estresantes que hagan vulnerable a un individuo pueda presentar depresión crónica en la vida adulta (Patten,2012 en Chávez y Tena, 2018, pág. 17), donde a partir de esas experiencias negativas en la infancia, el individuo puede formar esquemas mal adaptativos (Chávez y Tena, 2018, pág. 17).

Ahora bien, Abramson, propone el modelo de desesperanza e indefensión, donde el individuo que presenta vulnerabilidad cognitiva, tiene un sesgo de atribución negativa hacia los eventos de vida, asumiendo una causalidad estable, global e interna, el individuo al presentársele una situación desfavorable, asumirá que no hay nada que se pueda cambiar ante lo que está sucediendo, ante esto incrementara su indefensión haciendo al individuo más vulnerable a desarrollar depresión por desesperanza (Jonier et al., 2005 en Chávez y Tena, 2018, pág. 18).

El Trastorno Depresivo debe cumplir ciertos criterios para poder ser identificado y diagnosticado, para así poder brindar un mejor tratamiento, según el DSM-5, los Trastornos Depresivos se clasifican en: Trastornos de Depresión Mayor (incluyendo el Episodio Depresivo Mayor), el Trastorno Depresivo Persistente (Distimia), el Trastorno Disfórico premenstrual, el Trastorno Depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el Trastorno Depresivo debido a otra afección médica, otro Trastorno Depresivo Especificado y otro Trastorno Depresivo No Especificado (APA, 2014, p.155).

El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío e irritable, que va acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan

significativamente a la capacidad funcional del individuo, lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o el supuesto origen (APA,2014, p.155).

El Trastorno Depresivo Mayor es el tipo de depresión que más se aborda, el cual se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, presentando un cambio del funcionamiento en el individuo, con cinco o más síntomas se puede dar un diagnóstico, los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, los síntomas son (APA,2014, p.161).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días;
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades;
3. Pérdida importante de peso, un 5% del peso corporal en un mes, disminución del apetito casi todos los días;
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días;
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días;
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días;
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días;
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Un punto importante es la epidemiología de la Depresión, en el mundo aproximadamente 350 millones de personas sufren de depresión y se espera que esta cifra aumente, pues se ha previsto que, en 2030, la primera causa de morbilidad mundial será la depresión. Según la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM) en 2012,

menciona que la depresión ocupa el tercer puesto en la carga global de salud mental en el mundo. En México se encontró que la población más vulnerable estaba entre 45 y 54 años (Pérez y Rodríguez, 2016, p.3).

La prevalencia en el Trastorno Depresivo Mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7%, dependiendo el grupo de edad, pero en los individuos de 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en las personas mayores (APA,2014, p.165). En 2003 se realizó un estudio de Salud Mental en Colombia, donde los hombres reportaron prevalencias globales más altas, mas no se tiene un sistema de estadísticas que permita realizar un seguimiento. Se ha evidenciado que las mujeres deprimidas son más propensas que los hombres deprimidos a usar los servicios sanitarios o a solicitar soporte social (Pérez y Rodríguez, 2016, p.3).

Así mismo, se realizó un estudio de prevalencia de depresión y factores asociados en hombres, obteniendo datos donde el 6.1% de los hombres encuestados presentaban depresión moderada y 0.8% presentaba depresión severa (Pérez y Rodríguez, 2016, p.11). En conjunto se establece que los hombres tienen mayor riesgo suicida, pues la mayor parte de los suicidios efectivos registrados en Colombia y el mundo son cometidos por hombres, aunque no puede decirse que ideación suicida y depresión se correlacionen, si se ha observado que la mitad de los casos el acto suicida está relacionado con diagnósticos previos de trastornos del estado de ánimo en especial de depresión mayor (Pérez y Rodríguez, 2016, p.12).

Existen factores disparadores de la depresión en el hombre, los cuales son eventos estresantes de la vida y la adaptación al cambio, el modelado cultural en las expectativas con respecto a las cargas familiares, labores, profesionales o de estudio, las expectativas que se tiene sobre su funcionamiento (rol a cumplir), autoestima disminuida, falta de relaciones interpersonales (Franchi,2001, p.7). Actualmente un factor disparador

importante fue la pandemia por COVID-19, debido a la separación de los seres queridos, la pérdida de libertad y la incertidumbre sobre el estado de enfermedad (Barranco. et al, 2021, p. 2); según un informe científico publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha registrado un aumento del 25% en la prevalencia de la Depresión (OPS, 2022, p.1)

Ante la posible sospecha de depresión, el médico deberá explorar la presencia de la tríada sintomática: Desánimo, Baja Autoestima y Autorreproches, de igual manera consultar el DSM-5 para revisar la sintomatología del individuo, descartar causas orgánicas a través del estudio de los antecedentes familiares y la historia clínica (Botto. et al,2014, p.6). Una vez sea confirmado el diagnóstico, se deberá explorar las situaciones desencadenantes, el contexto relacional en que se desarrollan los síntomas y el grado de reactividad que presentan, así mismo, considerar el entorno social, cultural y su relación con los sistemas de salud involucrados, para poder implementar tratamientos que le sean funcional al individuo (Botto. et al,2014, p.6).

Con respecto al tratamiento de la depresión existen distintos tratamientos que suelen ir acompañados, tratamientos farmacológicos, neuro estimulantes, psicoterapia. Los Tratamientos Psicofarmacológicos son la vía principal de tratamientos para la Depresión; Ebmeier y colaboradores en 2004, mencionaron que su uso se relaciona con la hipótesis de la monoamina en la depresión, es decir que la depresión está basada en una deficiencia de la hormona noradrenérgica y por ende un decremento en otros neurotransmisores, como la serotonina y dopamina donde hacen uso de antidepresivos que incluyen la amitriptilina, nortriptilina, Imipramina y desipamina o también antidepresivos de segunda generación como la doxepina (Chávez y Tena, 2018, p.27).

Se ha encontrado que al menos un 10% de los pacientes suelen elegir un tratamiento psicofarmacológico como único modo de intervención, en el caso de

depresiones ligeras o moderadas, la psicoterapia tiene niveles en semejanza de eficacia que los tratamientos farmacológicos, aunque la combinación de ambos, además de ser el tratamiento de preferencia, suele favorecer una mejor eficacia (Chávez y Tena, 2018, p.27).

Existe un tratamiento de Estimulación Magnética Transcraneal que suele usarse con sujetos con resistencia a los medicamentos antidepresivos, tiene su etiología a partir de la hipótesis de Estrés de la Depresión, que sostiene, existe una hiperactivación del individuo frente a situaciones de estrés. El tratamiento consiste en la aplicación de dos mil choque eléctricos de débil amplitud (20-hz) directamente sobre el lado izquierdo dorsolateral del cráneo. La técnica suele llevarse a partir de dos electrodos (ánodo y cátodo) el primero incrementa la excitabilidad cortical y un segundo que la inhibe (Chávez y Tena, 2018, p.28).

La Activación Conductual es un Tratamiento de la Psicoterapia Conductista, este modelo da importancia para obtener reforzamiento de las conductas cuya frecuencia ha sido disminuida debido a la presencia de sintomatología depresiva, se hace uso de un análisis funcional en torno a la conducta depresiva, se resaltan los cambios contextuales que se asocian a la disminución de los reforzadores, utiliza como fundamento la teoría del aprendizaje, el modelamiento, métodos de condicionamiento clásico y operante, suele tener una buena eficacia y un menos índice de recaídas en el 63% de los casos, que el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), no obstante sugieren que los resultados deben ser tomados de forma tentativa debido al impacto de las medidas de evaluación (Chávez y Tena, 2018, p.28).

El Modelo de Psicoterapia Cognitiva, basado en el modelo de la depresión propuesto por Beck, sugiere que son sesgos cognoscitivos los que proceden a la depresión, enumera tres dimensiones a trabajar durante el proceso terapéutico, conocido

como la triada cognitiva o pensamientos automáticos acerca de sobre sí, el mundo y el futuro. Estos esquemas cognitivos automáticos, persistentes y negativos, se activan de modo incuestionable en situaciones de distrés (Chávez y Tena, 2018, p.28). La Terapia Cognitiva tiene el gran mérito de ser un tratamiento diseñado específicamente para la Depresión, dispone de una teoría, una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico (Pérez y García, 2001, p.7).

Se concibe como un Enfoque Psicoeducativo, Black y Moore en 1997, realizaron una investigación con el objetivo de comprobar que tan eficaz era la terapia cognitiva, tanto en el tratamiento como en la prevención de recaídas en comparación con la medicación antidepresiva, los resultados obtenidos fueron, que la Terapia Cognitiva es igual de eficaz en el momento del tratamiento que la medicación, de igual manera muestra eficacia como terapia de continuación (Pérez y García, 2001, p.9).

Es un procedimiento estructurado donde se trabaja de 15 a 25 sesiones, incluidas las sesiones de continuidad y terminación, teniendo como objetivo enfocarse en la interrelación entre los pensamientos, afectos y conductas, trabajando el “aquí y ahora” a partir del planteamiento de metas alcanzables que estén relacionadas a los síntomas, disminución del estrés y conductas adaptativas (Beck en Chávez y Tena, 2018, p.30).

La Psicoterapia Interpersonal, fue en sus inicios llamada Terapia de Alto Contacto, se desarrolló para tratar la Depresión Mayor, por Klerman y colaboradores, ofrece un procedimiento terapéutico de base clínico-empírico sobre las áreas en la depresión (duelo, disputas interpersonales, transición del rol y los déficits en habilidades sociales) (Pérez y García, 2001, p.10). La teoría presupone que un individuo con una vulnerabilidad biológica, temperamental o socio-cultural previa, entre otras situaciones que puedan afectar la vida del individuo, terminara por hacerlo vulnerable a generar

sentimientos de indefensión y desesperanza en consecuencia, una posible psicopatología depresiva (Beck en Chávez y Tena, 2018, p.31).

El objetivo de la terapia es ayudar al individuo a desarrollar habilidades sociales, entender la posición subjetiva del otro, asumir una relación significativa con el otro y solidificar sus recursos sociales. De este modo, el mejoramiento en la calidad de las redes sociales, así como la resolución de situaciones de vida adversas disminuirán la sintomatología depresiva (Beck en Chávez y Tena, 2018, p.31). Está estructurada por fases y objetivos, según las áreas señaladas para ser llevada en 16 sesiones de 50-60 minutos programadas semanalmente, cuenta con un manual de aplicación, cuando es usada para terapia de continuación la programación tiene una escala mensual. Su aplicación distingue tres fases, cada una con sus contenidos bien estructurados (Pérez y García, 2001, p.10).

Los tratamientos explicados con anterioridad pertenecen a los tratamientos basados en los modelos psicológicos e interpersonales de la depresión, donde se han realizados los estudios suficientes para avalar su eficacia para una mejora notable por el individuo, existen más modelos, tales como la terapia familiar sistémica o la terapia estratégica, no obstante, no se han obtenido resultados sobre su eficacia.

2.3 Consecuencias Conductuales

El individuo con Depresión es afectado en el entorno en el que convive, provocando que la persona pierda ciertas habilidades sociales, dificultando el poder salir adelante. Con un adecuado diagnóstico, tratamiento, apoyo de familiares y amigos, y un seguimiento, se pueden dar soluciones para que el individuo pueda adaptarse y mejorar así su calidad de vida, en caso contrario surgen consecuencias que imposibilitan la mejora del individuo.

Debido a la cultura en la que nos desarrollamos tanto varones como mujeres al momento de padecer algún trastorno de depresión en el caso del varón es más complicado, ya que en el caso de ellos la Educación Emocional es nula y a los niños no se le permite mostrarse “débiles”, los padres tienden a demandar que sus hijos sean fuertes con palabra como “no llores”, “llorar es para niñas”, provocando así que, ya siendo un adulto, el mostrar sentimientos sea símbolo de debilidad.

La Depresión, siendo un trastorno anímico hace que el hombre adulto por las creencias arraigadas desde la niñez y la resistencia a pedir ayuda, busque medidas de automanejo riesgosas, tales como el alcohol y drogas, que terminan generando una adicción, complicando así su diagnóstico de depresión y su tratamiento (Seijas, 2014, p.3).

En el uso del Tratamiento Farmacológico para Episodios Depresivos, los individuos corren un mayor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas que puede llegar a conducir a un derrame cerebral, también se asocia con mayor riesgo de accidente vascular encefálico (AVE). En algunos medicamentos suelen provocar disfunción eréctil, trastornos eyaculatorios y en ambos sexos disfunción orgásmica y trastornos de la excitación (Seijas, 2014, p.6).

Así mismo, provoca dificultades en áreas como el trabajo, relaciones sociales, actividades cotidianas y relaciones íntimas, en ocasiones la Depresión suele poseer una comorbilidad con otros Trastornos Psicológicos y Físicos, tales como Trastorno de Ansiedad (Cano. et al, 2012, p.3). Una de las consecuencias más preocupantes es el suicidio con un 28%, donde se muestra la depresión como el trastorno mental más relacionado con la presencia de ideas e intentos suicidas, esto puede mencionarse desde un deseo pasivo de no despertar por la mañana o la creencia que los demás estarían

mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta llegar al punto de empezar a diseñar un plan específico de suicidio (APA,2014, 164).

Además, las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse ante situaciones que se perciban como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe, como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. Así pues, suele existir una alteración del apetito en forma de disminución o de aumento. Las alteraciones del sueño son otra consecuencia conductual que termina perjudicando al individuo en su rendimiento, puede presentar dificultad para conciliar el sueño o sueño excesivo, el individuo puede despertarse a lo largo de la noche, tiene inconvenientes para volver a dormir (APA,2014, 163).

El individuo suele presentar Baja Autoestima que va acompañado de sentimientos de inutilidad y culpa convenciéndose a sí mismo de ser responsable de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades laborales o personales. Suelen existir una disminución de energía, cansancio y fatiga sin haber realizado ningún esfuerzo, reduciendo así una eficacia con la que realiza tareas, incluso la actividad que menos esfuerzo requiera sentirá que requiere un esfuerzo considerable, un ejemplo sería que al individuo el simple hecho de tener que bañarse le resulte difícil de realizar (APA,2014, 163).

Por otra parte, suele existir una dificultad para concentrarse o presentar problemas de memoria. Quienes realicen actividades cognitivas de gran demanda tendrán grandes dificultades para llevarlas a cabo, en el caso de los niños o adolescentes se puede observar un descenso en sus calificaciones (APA,2014, 164).

CAPITULO III

MODELO Y ÁREA DE LA PSICOLOGÍA

3.1 Modelo psicológico: Conductual

a) Antecedentes

El Conductismo fue una contracorriente del Psicoanálisis compartiendo el principio del placer, surge del positivismo y del trabajo experimental, postulando que solo desde una posición científica era posible utilizar procedimientos para estudiar el comportamiento (Sánchez,2008, p.302). Hace su aparición en los tratamientos psicológicos a finales de los años cincuenta, como una alternativa radical a los modelos existentes en la época especialmente al modelo psicodinámico (Feixas y Miró, 1993, p.170).

La influencia inicial del Conductismo en la Psicología era el querer minimizar el estudio introspectivo de los procesos mentales (emociones, sentimientos), cambiándolo por estudios objetivos de los comportamientos de los individuos en relación con el entorno, a través de métodos experimentales, este nuevo enfoque buscaba reconciliar la psicología con las demás ciencias naturales como la Física, la Química o la Biología (Sánchez,2008, p.305).

Se desarrolla a comienzos del siglo XX por los fisiólogos rusos Pavlov y Bekhtere, las numerosas contribuciones de Pavlov a la Psicología destaca el estudio experimental de los procesos de Condicionamiento, demostrando como un estímulo neutro puede

adquirir la capacidad de provocar una acción, así pues inicia el estudio de Condicionamiento con animales, fue un paso necesario para depurar métodos y principios terapéuticos durante este primer período, no obstante fue Bekhtere quien desarrolló la idea de que el condicionamiento podía explicar una gran variedad de Conductas Humanas con lo cual terminó por influir sobre Watson (Feixas y Miró, 1993, p.171).

Las figuras más reconocidas fueron los estadounidenses Watson y Skinner, quienes decían que las experiencias psíquicas no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables (Sánchez,2008, p.303).

El Enfoque Conductista llevo a Watson a formular una Teoría Psicológica en término de Estímulo-Respuesta, según esta teoría todas las formas complejas de comportamiento, tales como las emociones, los hábitos e incluso el pensamiento y el lenguaje, se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas (Sánchez,2008, p.303). Ocupa así un lugar destacado por su aplicación de los principios del condicionamiento en la reducción de los miedos, su discípula Jones sigue sus planteamientos llegando a recopilar hasta siete métodos para eliminar los miedos infantiles, las investigaciones de Jones señalaban que los miedos podían ser tratados al nivel de la conducta manifiesta (Feixas y Miró, 1993, p.172).

Otro autor dentro del Conductismo fue Thorndike sobre el Condicionamiento Instrumental, en el que el Aprendizaje se entendía como un proceso que obedece a diversas leyes de asociación estímulo-respuesta, la conducta está controlada por sus consecuencias. A partir de los años treinta el interés de los investigadores se basa en el desarrollo de las teorías del aprendizaje y hacia finales de los años cincuenta la Terapia de Conducta aparece ya como una alternativa fundamentada en los principios de la

psicología científica, denominada por Pelechano el periodo de latencia o incubación (Feixas y Miró, 1993, p.174).

Fue en 1950 que el Enfoque Conductista había generado numerosos datos sobre el aprendizaje, condujo a los nuevos psicólogos experimentales entre ellos Skinner. Dicho autor postulaba que los sentimientos debían excluirse del estudio científico de la conducta, realizó investigaciones con animales, centradas en el tipo de aprendizaje llamado condicionamiento operante o instrumental, demostrando que la conducta del individuo aun los comportamientos más complejos como el lenguaje o la resolución de problemas, podrían estudiarse científicamente partiendo de su relación con las consecuencias de estas, acuñando un gran principio “La conducta está en función de sus consecuencias” (Sánchez,2008, p.303).

En 1953 el término “terapia de conducta” aparece en los trabajos de Skinner, Solomon y Lindsey, en el que aplicaron el Condicionamiento Operante en enfermos psicóticos. Fue Eysenck en 1959 que utilizó el término para referirse a la Terapia Basada en las Teorías de Aprendizaje, incluyendo el Condicionamiento Clásico tanto como el Condicionamiento Operante (Feixas y Miró, 1993, p.176).

Fue así, que en los años sesenta y setenta, la terapia de conducta se fortaleció como un enfoque terapéutico. Fueron de suma importancia los ya mencionados autores Eysenck y Skinner, también los trabajos desarrollados por Wolpe, con la publicación de Psicoterapia por inhibición recíproca en 1958, siendo de gran importancia en la modificación de la conducta. Otra parte fue la utilización de la relajación profunda, que se convirtió en la base de la Desensibilización Sistemática haciendo uso de la Relajación Progresiva de Jacobson (Feixas y Miró, 1993, p.176).

Ahora bien, algunos de los estudios realizados se llevaron a cabo con seres humanos en laboratorios equipados con dispositivos de observación, también en locaciones naturales como la escuela o el hogar, otros hicieron experimentos con animales en particular con ratas y palomas en ambientes de laboratorio estandarizado, se le solía adiestrar para pulsar una palanca o picar en un disco, para recibir algo de valor (comida) o para evitar se aplicaban leves descargas eléctricas (Sánchez,2008, p.304).

A demás fue durante la década de los años sesenta que se publicaron varios manuales en los que se presentaron fundamentos científicos de los procedimientos terapéuticos, donde se aspiraba a unificar el campo de las teorías basadas en las teorías del aprendizaje, algunos autores por mencionar fueron Bandura y Walters con el Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad (Feixas y Miró, 1993, p.177).

En los últimos años la Terapia de Conducta se ha desarrollado en técnicas de tratamiento, así como el tipo de desórdenes que pueden abordarse con planteamientos conductuales, así mismo los terapeutas de conducta, también han desarrollado nuevas áreas de trabajo, tales como la Medicina Conductual (Feixas y Miró, 1993, p.177). Del mismo modo centrándose en las interacciones precedentes al comportamiento, como es el ciclo de la atención, los cambios en el comportamiento mismo como la adquisición de habilidades, los castigos y las condiciones que hacen prevalecer una conducta, el estrés prolongado o las carencias intensas y persistentes (Grupo Tecné en Sánchez,2008, p.304).

b) Autores y teorías

Ya se hablo del surgimiento del Conductismo y sus exponentes, a continuación, describiremos las teorías de los principales autores del conductismo.

Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936) fisiólogo ruso que descubrió el condicionamiento clásico casi por accidente al observar cómo los perros salivaban en exceso antes de que la comida estuviera en su boca, el solo hecho de ver el alimento los hacía babear, así que intento enseñar a los perros a salivar cuando no estuviera presente la comida. Diseñó un experimento el cual consistía en hacer sonar una campana justo antes de llevar la comida a la habitación, después de escuchar la campana por varias ocasiones logro que los perros empezaran a salivar en cuanto sonaba, los perros habían sido condicionados a salivar en respuesta a un nuevo estímulo, la campana (Morris y Maisto, 2009, p. 194).

El Condicionamiento Clásico o Pavloviano, se conoce como el pareamiento de una respuesta involuntaria, que por lo regular es provocada por un estímulo con otro estímulo previamente neutral, los cuatro elementos básicos de condicionamiento son: el Estímulo Incondicionado(EI) que produce cierta reacción, siendo la reacción o Respuesta Incondicionada (RI) el segundo elemento, estos dos elementos están relacionados, el tercer elemento es el Estímulo Neutral que es denominado Estímulo Condicionado(EC) (Morris y Maisto, 2009, p. 194).

El cuarto elemento producido por el EC y EI, es la Respuesta Condicionada (RC) esta es la conducta que se ha aprendido en respuesta al EC. Los cambios en la conducta producidos por el condicionamiento no solo se aplicaron en animales, sino que juega un papel importante en la vida de casi todos los seres vivos, se ha podido obtener información acerca de cómo ocurre el aprendizaje (Morris y Maisto, 2009, p. 195).

Así pues, en su obra “La Teoría de los Reflejos Condicionados”, menciona que las diversas manifestaciones de la actividad nerviosa resultan de las continuas interacciones entre el organismo y el medio que lo rodea, ellas a su vez, dependen de las condiciones de la vida de los organismos (Delgado,2003, p.14). Con respecto al uso de condicionamiento clásico, se puede recurrir a él para comprender como la gente aprende de diversas respuestas involuntarias, por ejemplo, cuando una persona genera cierta aversión hacia un alimento determinado, como resultado de una asociación con un dolor de estómago (Ellis,2005, p.43).

Así pues, el Condicionamiento Clásico es un modelo que explica algunos de los miedos y fobias que se desarrollan en las personas, el mejor ejemplo que se puede explicar ante esto, posiblemente sea el caso del niño Albert que aprendió a temer a las ratas blancas mediante un procedimiento inducido por Watson y Rayner en 1920, desafortunadamente Watson y Rayner nunca “deshicieron” su condicionamiento. Actualmente, el código deontológico de la Asociación Americana de Psicología, ya prohíbe explícitamente ese tipo de conductas. (Ellis,2005, p.43).

Los conceptos básicos del Condicionamiento Clásico son: la extinción, que se define como la desaparición de una respuesta condicionada, cuando un estímulo condicionado se presenta repetidamente sin que le acompañe el estímulo condicionado (Ellis,2005, p.44); recuperación instantánea, es la reaparición de una respuesta condicionada cuando hay un periodo de descanso después de que se haya producido la extinción; generalización del estímulo, Pavlov observó que, tras condicionar una respuesta a un tono elevado, era posible que se generalizara la respuesta condicionada también a un tono bajo, esto lo denomino como una diferenciación, sin embargo, se suele utilizar más el término discriminación del estímulo (Ellis,2005, p.45).

La Discriminación del Estímulo, se produce cuando se presenta un Estímulo Condicionado junto con un Estímulo Incondicionado y otro Estímulo en ausencia del Estímulo Incondicionado, los individuos aprenden una RC ante EC, pero no generalizan la repuesta al EC (Ellis,2005, p.45).

Pavlov describió un fenómeno conocido como Condicionamiento de segundo orden o también nombrado Condicionamiento de Orden Superior, el cual funciona de la siguiente manera: en primer lugar, un EN1 se convierte en EC1 al asociarse con un EI, de tal manera que provoca una RC; después un segundo EN2 se asocia con el EC1 y, empieza a provocar una RC; así el segundo estímulo también se ha convertido en un EC2; el condicionamiento de orden superior, es una de las formas en que un individuo puede desarrollar una respuesta condicionada ante un estímulo que nunca se ha asociado directamente con un estímulo incondicionado (Ellis,2005, p.47).

Durante más de 30 años de incesante actividad Pavlov y sus colaboradores demostraron, que además de los Reflejos Innatos o Incondicionados, existen reflejos suplementarios, que van apareciendo en el transcurso de la vida del animal y que son resultados de una coincidencia, entre la acción de estímulos indiferentes hasta un momento dado y una respuesta del organismo (Delgado,2003, p. 15). Pavlov en sus últimos años llego a interesarse por la psiquiatría y pasó largas horas en hospitales psiquiátricos, donde observaba a los pacientes y trataba de encontrar analogías o hacer extrapolaciones de sus experiencias de laboratorio. Fallece a sus 87 años (Delgado,2003, p. 17).

Otro autor conocido dentro de la Psicología y en el Conductismo, es Burrhus Frederic Skinner, nació en Susquehana al norte de Pensilvania, siendo la persona que ha ejercido mayor influencia en la Psicología Moderna (Delgado,2003, p. 43). Comenzó escribiendo novelas de ficción, aunque se interesó por las ideas de Pavlov y Watson (Ellis,2005,

p.61). Apoyándose del trabajo de Thorndike adoptó un nuevo punto de partida, la explicación del aprendizaje (Feixas y Miró, 1993, p.175), mencionando que adquirimos aquellas conductas que van seguidas de ciertas consecuencias, residiendo en los estímulos reforzantes, que se definen como aquellos hechos ambientales que acompañan o se dan con las respuestas y que cambian la probabilidad de que estas aparezcan en el futuro (Feixas y Miró, 1993, p.175).

Skinner, desarrolló un equipamiento para estudiar los efectos de las consecuencias mediante una medida precisa de las respuestas en un entorno cuidadosamente controlado, este equipamiento se le conoce como la caja de Skinner, teniendo una alta popularidad sobre el Aprendizaje Animal, la Caja de Skinner se compone de una barra metaliza que, cuando baja, hace que caiga comida al alcance del animal. Skinner desarrollo un conjunto de principios que son una descripción del aprendizaje (Ellis,2005, p.62).

Propone ideas que fueron la base de sus planteamientos, las cuales consistieron en:

1. Las respuestas de un organismo no son necesariamente provocadas por algún estímulo, sino por reforzamientos;
2. El ser humano puede ser estudiado aisladamente y no necesariamente en grupos;
3. Reuniendo datos conductuales se pueden conformar leyes de la conducta sin necesidad de caer en ficciones explicativas;
4. El animal y el laboratorio ofrecen un paradigma que puede ser extrapolado y extendido a una amplia variedad de organismos y situaciones;
5. Mediante una cuidadosa recolección de datos puede lograrse mucho mayor progreso hacia la predicción y el control de la conducta (Delgado,2003, p. 44).

Para Skinner las leyes que rigen la Conducta, son leyes científicas y una síntesis de ellas, proporcionaría un cuadro completo del organismo como un “Sistema de Conductas”, la Conducta puede ser explicada y controlada con el solo control del

ambiente externo del organismo (Delgado,2003, p. 44).Es así que en 1938, propone los principios del Condicionamiento Operante, los cuales han servido como base para muchos estudios de investigación y se han aplicado ampliamente tanto en contextos educativos como terapéuticos (Ellis,2005, p.62).

Inventó el Método de Operante Libre, donde permitía al animal repetir una respuesta instrumental sin limitación alguna una y otra vez sin ser extraído del aparato, sino hasta el final de la sesión. Skinner estaba interesado en el análisis de una forma de la conducta, que sería representativa de toda actividad en curso que ocurre de forma natural, no obstante, el reconoció que antes de que la conducta pueda ser analizada experimentalmente, debería definirse una unidad mensurable de conducta, es preciso resaltar que la conducta no cae perfectamente en unidades, así que propuso el concepto de operante, como una manera de dividir la conducta en unidades medibles significativas (Domjan, 2016, p. 127).

El principio básico del Condicionamiento Operante, propuesto por Skinner es: una respuesta que va seguida por un esfuerzo se fortalece y, por lo tanto, tiene más probabilidad de volver a producirse, explicando que las respuestas que son reforzadas tienden a incrementar su frecuencia dando así un cambio de conducta, utiliza el término reforzador en vez de recompensa, para describir una consecuencia que aumente la frecuencia en la que se realiza la conducta. El término recompensa implica que el estímulo que sigue a la conducta es agradable y deseable de una u otra manera (Ellis,2005, p.62).

Los conceptos básico del Condicionamiento Operante para poder comprenderlo son: la línea base (nivel operante básico), que se define como la frecuencia de una conducta operante en ausencia de reforzamiento; conducta terminal, esta constituye la forma y frecuencia de la respuesta deseada al finalizar el programa de Reforzamiento; Extinción,

en el caso del Condicionamiento Operante hace referencia a cuando una respuesta ya no va seguida por un reforzador, provocando así que disminuya la respuesta y pueda retomarse a su frecuencia base (Ellis,2005, p.66).

Al término Extinción, le sigue un término que se le denomina estallido de la extinción, este hace referencia, a que, durante las etapas iniciales del proceso de extinción, es probable que se presencie un incremento temporal de la conducta que se pretende extinguir; conducta supersticiosa, esta puede presentarse cuando el reforzamiento se administra de manera aleatoria, probablemente se refuerce cualquier respuesta que haya ocurrido inmediatamente; modelado o aproximaciones sucesivas, es una forma de enseñar una conducta cuando el nivel operante básico de esa conducta es insuficiente o cuando la conducta terminal deseada es diferente de cualquier respuesta, siendo un reforzamiento en el que sucesivamente se refuerzan aproximaciones, cada vez parecidas a la conducta terminal (Ellis,2005, p.68).

Otro concepto es el Encadenamiento, los organismos pueden aprender una secuencia o cadena de respuestas mediante el modelado, este tipo de acciones se van adquiriendo con mayor facilidad si se va paso a paso (Ellis,2005, p.69).

Así pues, existen los Reforzamientos Positivos y Negativos. Los positivos, son aquellos cuya presencia incrementa la probabilidad de que vuelva a ocurrir la respuesta, agrega algo gratificante, como comida, música entre otros, por lo contrario los negativos, es cualquier evento cuya reducción o terminación incrementa la probabilidad de que vuelva a ocurrir la conducta en curso, sustraen algo desagradable de una situación, tanto el reforzamiento positivo como negativo dan por resultado el aprendizaje de nuevas conductas o el fortalecimiento de conductas existentes (Morris y Maisto, 2009, p.202).

Existen tres condiciones importantes para el Condicionamiento Operante, primero, el reforzador debe seguir a la respuesta, los reforzadores siempre deben seguir a la conducta deseable; segundo, el reforzador debe ofrecerse de manera inmediata, ya que de lo contrario resultara menos eficaz; tercero, el reforzador debe ser congruente con la respuesta en condiciones ideales, el reforzador debería presentarse solamente cuando se ha producido la respuesta deseada, cuando el reforzador está vinculado con la respuesta (Ellis,2005, p.64). Ahora bien, durante los últimos años, los planteamientos de Skinner han suscitado múltiples controversias, donde parecen incuestionables sus hallazgos experimentales, sus aportes han sido de inmenso valor para el ensamblaje de modernas técnicas terapéuticas (Delgado,2003, p. 45).

Albert Bandura psicólogo canadiense, principal impulsor de la Teoría del Aprendizaje Social, la cual procede del conductismo. Bandura se refiere a su teoría, como una teoría cognoscitiva social (Morris y Maisto, 2009, p.225); en un experimento demostró que la gente puede aprender una conducta sin ser reforzada por hacerlo, y que no es lo mismo aprender una conducta que realizarla. El experimento consistió en tres grupos de niños de preescolar vieran una película donde un adulto se dirigía a un muñeco de plástico del tamaño de un adulto y le ordenaba hacerse a un lado, para cada grupo de niños la película tenía un final diferente (Morris y Maisto, 2009, p.225).

En el grupo de los niños con modelo de recompensa veían que el adulto recibía dulces, elogios de un segundo adulto lo que se conoce como un Reforzamiento Vicario; en otro grupo, en la condición del modelo castigado presenciaban como el segundo adulto reprendía al modelo dando un castigo vicario sacudiéndole un dedo y daba un golpe; el tercer grupo, en la condición sin consecuencias observaron que la película terminaba con la escena de agresión, no había un segundo adulto por lo que no hubo consecuencias (Morris y Maisto, 2009, p.225).

A continuación, se dirigió individualmente a los niños a una cámara de Gesell, en la que encontraron un muñeco, bolas de goma, un mazo, entre otros juguetes, cada vez que un niño repetía espontáneamente alguno de los actos agresivos vistos en la película, se codificaba que el niño estaba realizando la conducta, después de 10 minutos un experimentador entraba al cuarto y le ofrecía al niño algún obsequio a cambio de que imitara o repitiera las cosas que el adulto le había hecho o dicho al muñeco, Bandura usó el número de las conductas imitadas con éxito como medida de cuánto había aprendido el niño al observar al adulto (Morris y Maisto, 2009, p.225).

Así pues, la Teoría del Aprendizaje Social señala, como no enseñar algo de manera inadvertida, al ver que un modelo es reforzado o castigado simplemente proporciona información útil acerca de lo que probablemente nos suceda si lo imitamos (Morris y Maisto, 2009, p.225). La Teoría del Aprendizaje Social, se centra en el grado en el que aprendemos no solo de la experiencia directa, sino también al observar lo que sucede a otra gente o escuchar acerca de algo, no obstante, no imitamos todo lo que otras personas hacen, esto lo explica la teoría, de distintas maneras (Morris y Maisto, 2009, p.224), sostiene que las personas aprenden las conductas que aprueba la sociedad por observación e imitación de los modelos, llamado aprendizaje por observación o modelamiento (Papalia y Martorell, 2017, p.29).

En primer lugar, no solo debemos ver, sino también prestar atención a lo que el modelo hace; en segundo lugar, debe uno recordar lo que el modelo hace; en tercer lugar, tiene que convertir lo que aprendió en acción. Los teóricos del aprendizaje social suelen marcar, que el aprendizaje puede ocurrir sin algún cambio en la conducta manifiesta, y que el grado en el que manifestamos conductas que han sido aprendidas mediante la observación, puede verse afectado por el reforzamiento y el castigo vicarios. Por reforzamiento y castigo experimentado, se refiere a los modelos que afectan la disposición de otros a realizar las conductas que aprendieron al observar a esos modelos (Morris y Maisto, 2009, p.225).

Así mismo, la imitación de modelo, es un elemento importante de la forma en que los niños se enseñan hablar, manejar agresiones, cultivar un sentido moral y asimilar conductas (Papalia y Martorell,2017, p.29). Existe un componente fundamental de la teoría, el modelamiento, este hace referencia a los cambios conductuales, cognoscitivos y afectivos, que se derivan de la observación de uno o más modelos, las funciones del modelamiento son: la facilitación de la respuesta, inhibición y desinhibición, aprendizaje por observación (Schunk,2012 p.126).

El primer funcionamiento es la facilitación de la respuesta, son las acciones modeladas que sirven como incitadores sociales para que los observadores se comporten en consecuencia, la facilitación de la respuesta no refleja un verdadero aprendizaje, ya que las personas saben cómo realizar las conductas, en realidad, los modelos funcionan como señales para las acciones del observador, el cual obtiene información acerca de la pertinencia de la conducta y podría sentirse motivado. El modelamiento para la facilitación de la respuesta puede darse sin que el individuo tenga conciencia (Schunk,2012 p.126).

El segundo funcionamiento es la inhibición/desinhibición, el primero ocurre cuando los modelos son castigados por exhibir ciertos comportamientos, lo cual detiene o evita que los observadores se comporten de la misma manera, la desinhibición ocurre cuando los modelos se comportan de maneras amenazadoras o prohibidas sin sufrir consecuencias negativas, lo cual lleva a los observadores a comportarse de la misma manera. Los efectos ya sean inhibitorios y desinhibitorios aparecen porque las exhibiciones modeladas comunican a los observadores que podrían recibir las mismas consecuencias (Schunk,2012 p.127).

El tercer funcionamiento es el Aprendizaje por Observación, este a través del modelamiento, hace aparición cuando los observadores manifiestan nuevos patrones de conducta, que antes de estar expuestos a las conductas modeladas no tenían nunca probabilidad de manifestar, aunque estuvieran muy motivados hacerlo (Schunk,2012 p.127).

El Aprendizaje por Observación tiene cuatro procesos: atención, retención, producción y motivación. El primer proceso es la atención, se observan los eventos relevantes para percibirlos de manera significativa, el segundo es la retención, se requiere que la información modelada se organice a nivel cognoscitivo, se repase, se codifique y se transforme para su almacenamiento en la memoria, en el cual se proponen dos formas de almacenar la información, se puede retener como imagen, de forma verbal o de ambas maneras (Schunk,2012 p.128).

El tercer proceso es la Producción, consiste en traducir las ideas visuales y simbólicas de los eventos modelados en conductas abiertas, el cuarto proceso es la motivación, esta afecta el aprendizaje por observación porque suele aumentar las probabilidades de que las personas se involucren en los tres procesos anteriores para las acciones modeladas que consideran más importantes, ejecutan aquellas acciones que creen que producirán resultados recompensables y evitan actuar en formas que consideren les traerán consecuencias negativas (Schunk,2012 p.128).

Actualmente, a la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura se le conoce como Teoría Cognoscitiva Social, este cambio se debe a que se enfoca más en los procesos cognoscitivos como una parte central desarrollo (Papalia y Martorell,2017, p.29).

c) Técnicas

Las Técnicas de Relajación son un estado psicofisiológico caracterizado por un patrón mínimo de actividad somática y autónoma, un estado subjetivo de tranquilidad y sosiego y quietud motriz, existen diversas técnicas de relajación, por ejemplo, la relajación progresiva (Feixas y Miró, 1993, p.184).

Relajación Progresiva: Es el procedimiento más utilizado en terapia de conducta. Se entrena al cliente para que aprenda a reducir el tono muscular, por medio de la tensión y la relajación de distintos grupos musculares, las sesiones suelen durar veinte minutos y se le pide al cliente que practique en casa para consolidar el aprendizaje (Feixas y Miró, 1993, p.177).

Desensibilización Sistemática: Este procedimiento creado por Wolpe, surge a partir de la idea de que la relajación muscular podía inhibir la respuesta de ansiedad, se procede a exponer al sujeto cuando se encuentra en un estado de relajación profunda, gradualmente a las situaciones temidas. El procedimiento de la desensibilización consta de cuatro pasos:

1. Entrenamiento en el empleo de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad, cuyo objetivo es que el cliente aprenda a referir la magnitud de su respuesta de ansiedad en una escala de 0 a 100.
2. Un completo análisis conductual y el desarrollo de una jerarquía de miedos de los estímulos evocadores de ansiedad ordenados de menor a mayor.
3. Entrenamiento en relajación, por lo general se utiliza el método de relajación progresiva pero también se puede hacer uso de otros.
4. Se comienza pidiéndole al cliente que imagine la primera escena de la jerarquía, la que evoca menos ansiedad, si el cliente experimenta alguna ansiedad debe indicarlo por medio de una señal acordada con el terapeuta y

se le pide que se detenga en la imaginación de tal escena y retorne a una escena relajante, por lo contrario, si no muestra ansiedad debe seguir imaginando la escena, tan vívidamente como sea posible durante 10 segundos, si sigue sin mostrar ansiedad, se repite la escena dos veces más y a continuación, se procede con la siguiente escena.

Se recomienda que una sesión de desensibilización termine con una escena que se haya imaginado con éxito y que en la siguiente sesión se comience con ella, cuando se haya desensibilizado con éxito una ansiedad específica se deberá comprobar con in vivo; las sesiones suelen durar de entre 15 y 30 minutos. (Feixas y Miró, 1993, p.185).

Entrenamiento Asertivo: Técnica que está indicada para tratar fobias sociales, desarrollada principalmente por Wolpe, Rimm y Masters, Goldfried y Davison. Antes de proceder a un entrenamiento asertivo, es necesario evaluar de forma conductual el nivel de asertividad del cliente, se procede a elaborar una serie de situaciones en las que el cliente tiene dificultades para ser asertivo, de un modo análogo al procedimiento seguido en la construcción de jerarquías de ansiedad. A continuación, se realizan ensayos de conducta sobre dichas situaciones en las que el terapeuta actúa de modelo, se da una retroalimentación del terapeuta y se acaba con la prescripción de tareas en el contexto real del cliente (Feixas y Miró, 1993, p.187).

Técnicas de Implosión: Esta técnica consiste en que el terapeuta expone al paciente de un modo continuo y repetido a los estímulos temidos y anteriormente enviados con el fin de producir una respuesta emocional intensa y facilitar el proceso de extinción. La exposición puede ser in vivo o en la imaginación, aunque normalmente se utiliza el segundo procedimiento, el terapeuta suele contar con escenas exageradas que cuenten con cierta base en la simbología (Feixas y Miró, 1993, p.187).

Implosiva- Expresiva: Esta técnica es una variante de la implosión, se conserva la estimulación de la fantasía y se induce al paciente a imaginar permanentemente situaciones ansiógenas para que el sujeto exprese abiertamente durante las sesiones todo cuando viva en su fantasía (Delgado,2003, p.11).

Técnicas de Inundación: Se presentan estímulos que provoquen ansiedad durante largos periodos de tiempo mientras se impide la respuesta de evitación, los periodos de tiempo pueden ser de dos horas o más, aunque lo normal es que las sesiones se extiendan durante 40 0 60 minutos, esta técnica ha sido eficaz para el tratamiento de la ansiedad, fobia social, fobia a la sangre, las heridas, animales, la agorafobia, las obsesiones, las composiciones y la ansiedad generalizada (Feixas y Miró, 1993, p.187).

Práctica Masiva: Consiste en la repetición continuada de hábito involuntario y persistente hasta lograr un nivel de agotamiento. Se ha utilizado para eliminar tics (Feixas y Miró, 1993, p.188).

Terapia Aversiva: Consiste en la utilización de estímulos aversivos para modificar la conducta, se ha utilizado tanto desde el condicionamiento clásico en el cual se empareja un estímulo cuyo valor positivo se quiere reducir con un estímulo aversivo, por ejemplo, el condicionamiento operante en el que se utiliza la presentación o terminación de los acontecimientos aversivos de un modo contingente a la conducta (Feixas y Miró, 1993, p.188).

Técnicas operantes

Técnica del Moldeado: su objetivo es reforzar las conductas que más se aproximan a la conducta deseada a lo largo de un continuo de aproximación hasta que el cliente realiza la conducta deseada, se escoge un nivel de variación de una respuesta

ya existente y se refuerza a la vez que se elimina el refuerzo de otros niveles, se utiliza para establecer conductas sencillas, como asearse, vestirse (Feixas y Miró, 1993, p.189).

El Encadenamiento: Utilizado para establecer hábitos de higiene y aseo personal, el cual consiste en una secuencia repetitiva, hay dos formas de realizarlo, en la primera se empieza reforzando el primer componente de la secuencia, después se refuerza el segundo y luego el tercero y así sucesivamente, en la segunda se comienza reforzando el último eslabón de la cadena y se procede de igual modo que con el anterior (Feixas y Miró, 1993, p.190).

Técnicas para Incrementar Conductas: Estas técnicas operantes son las más reconocidas y utilizadas no solo en el ámbito clínico, sino educativo y social en general (Feixas y Miró, 1993, p.190).

Refuerzo Positivo: Incrementa su probabilidad de aparición futura, es más eficaz si se aplica de manera inmediata, de modo contingente y persistente, es necesario identificar los reforzadores más útiles observando sus efectos funcionales.

Control del Estímulo: Consiste en el control de las condiciones antecedentes de una conducta reforzada para incrementar su probabilidad de aparición.

Contrato de Contingencias: Se establece entre dos partes para controlar las consecuencias de la conducta, en él se especifican las conductas deseadas, así como los refuerzos mutuos que se dispensarán (Feixas y Miró, 1993, p.190).

Economía de Fichas: Utilizada por primera vez por Ayllon y Azrin, las fichas se administran como refuerzo inmediato y contingente a la realización de las conductas deseadas y posteriormente se cambian por refuerzos “reales”. Las fichas pueden ser acumulables para conseguir un refuerzo valioso, esta estrategia conduce en poco tiempo, al establecimiento de una autentica economía, que puede llegar a ser bastante complicada (Feixas y Miró, 1993, p.191).

Extinción: Consiste en dejar de reforzar la conducta que se desea disminuir, los efectos de poner en marcha un programa de extinción no siempre son inmediatos, ni están ausentes de perturbaciones, sobre todo cuando la conducta que se desea disminuir está muy arraigada, por esta razón a la hora de aplicar un programa basado en la extinción es conveniente reforzar a la vez respuestas deseables alternativas (Pear en Feixas y Miró, 1993, p.191).

Extinción Gradual: También conocida como fantasía programada, está concebida como presentaciones de breve duración de un estímulo fóbico en fantasía, siguiendo una jerarquía e instruyendo al paciente para que dirija su atención a las diversas sensaciones que acompañan a su estado ansioso, sin embargo, su uso es poco frecuente (Delgado,2003, p.118).

Castigo: Se administra una Estimulación Aversiva de modo contingente a la aparición de una respuesta, es una forma de que el sujeto aprenda lo que no tiene que hacer, además de las habituales consideraciones éticas y legales, el castigo es un procedimiento controvertido dentro del paradigma operante, los modificadores de conducta han puesto de manifiesto que el castigo es un proceso técnicamente complejo que puede afectar a otros operantes, por ello se considera que solo debe utilizarse cuando se trata de conductas que suponen un peligro físico para el sujeto o para otras

personas de su medio. Ha sido utilizado eficazmente con resultados positivos para eliminar el consumo de alcohol (Feixas y Miró, 1993, p.192).

Tiempo Fuera de Reforzamiento: Consiste en eliminar las oportunidades de obtener refuerzos positivos de modo contingente a la realización de una conducta, suele utilizarse en instituciones para reducir conductas de alteración del orden, está indicado que la utilización de este procedimiento se combine con el refuerzo de las conductas deseadas (Feixas y Miró, 1993, p.192).

Condicionamiento Encubierto: Desarrollado por Cautela, es un conjunto de técnicas que instruye a los pacientes a imaginar que realizan determinadas acciones y que reciben determinados efectos a causa de ellas. Cautela ha adaptado a este formato gran parte de los procedimientos expuestos, por ejemplo, la sensibilización encubierta y el refuerzo encubierto, no obstante, sus fundamentos conceptuales permanecen inciertos y se considera que su eficacia no ha sido plenamente probada. Se ha utilizado para el tratamiento de diversos desordenes como las fobias y tabaquismo (Feixas y Miró, 1993, p.192).

Técnicas del Modelado: Se han utilizado para distintos fines, como en la reducción del miedo, de conductas hiperactivas en niños, tratamiento de adultos psicóticos, entre otros. Para diseñar un programa de modelado es importante diferenciar entre la fase de adquisición de las conductas relevantes y la fase de ejecución de las mismas, siguiendo las recomendaciones de Bandura (Feixas y Miró, 1993, p.193).

En la fase de adquisición, el observador tiene que atender a las conductas relevantes del modelo y procesar y retener las observaciones, se deben tener en cuenta los siguientes factores:

- a) Características del modelo: Semejanza (sexo, edad, raza y actitudes), prestigio, competencia, cordialidad.
- b) Características del observador: Capacidad para procesar y retener información, incertidumbre, nivel de ansiedad, otros factores de personalidad.
- c) Características del formato de presentación: Modelo real o simbólico, modelo de habilidades progresivas, procedimientos graduados, instrucciones, comentario de características y reglas, resumen realizado por el observador, ensayo y minimización de estímulos distractores (Feixas y Miró, 1993, p.193).

Ahora bien, para presentar la Conducta se puede utilizar un modelo real o un Modelo Simbólico, un ejemplo sería una grabación en video, de igual manera se pueden utilizar múltiples modelos que pueden variar en su nivel de semejanza con el observador, continuando con el empleo de estrategias progresivas, en las que el modelo comienza mostrando un grado de habilidad similar al del observador para finalizar con un nivel de competencia adecuado, también mejora la adquisición (Feixas y Miró, 1993, p.194).

Factores que mejoran la ejecución de la Conducta: Factores que suponen incentivo, reforzamiento vicario (reforzar al modelo), extinción vicaria del miedo a responder (no proporcionar consecuencias negativas al modelo), reforzamiento directo, factores que afectan la calidad de la puesta en práctica de la conducta, imitación, ensayo de conducta, modelado participativo, factores que facilitan el transfer y la generalización, semejanza entre la situación de entrenamiento y el medio natural cotidiano, práctica repetida que afecta a la jerarquía de respuestas, incentivos en el medio natural, principios de aprendizaje que gobiernan una clase de conductas, variaciones en la situación de entrenamiento (Feixas y Miró, 1993, p.195).

Ahora bien, el primer grupo de factores se refiere a aspectos que contribuyen a motivar al observador a que ponga en práctica la conducta, las conductas que el observador ha adquirido pueden mejorarse mediante el ensayo activo, en el que se le da la oportunidad de comparar su conducta con la conducta del modelo para mejorar su calidad. Por último, es preciso asegurarse de que las conductas aprendidas van a ponerse en práctica en el contexto real de la vida del cliente (Feixas y Miró, 1993, p.195).

Técnica de Detención del Pensamiento (Thought stopping): Se utilizan para el tratamiento de las “Ideas obsesivas”, el cual se cumple en 4 fases:

1. Interrupción por parte del terapeuta de pensamientos verbalizados por el paciente: El paciente comienza a pensar y a expresar en voz alta todo lo que vaya apareciendo en su imaginación, en el momento justo en que aparezca la idea obsesiva del sujeto, el terapeuta interrumpirá el pensamiento diciendo ¡ya!, con voz enérgica.
2. Interrupción por parte del terapeuta de pensamientos no verbalizados: En este caso, el paciente comienza a pensar, pero sin verbalizar y justo al aparecer la idea obsesiva se lo comunicará al terapeuta levantando uno de sus dedos o mediante otra señal previamente convenida.
3. Interrupción abierta por parte del mismo paciente de pensamientos no verbalizados: Se le pide al sujeto que cierre los ojos y que piense libremente hasta que aparezca la idea obsesiva donde el mismo deberá emitir un comando subvocal, y decir ¡ya!, deteniendo su pensamiento.
4. Interrupción cubierta por parte del paciente de pensamientos no verbalizados: El paciente pensará libremente hasta que aflore la idea obsesiva, deberá presionar sus cuerdas vocales y mover su lengua dentro como si fuera a decir ¡ya! Y detener su pensamiento (Delgado,2003, p.131).

Exposición Prolongada: Técnica diseñada para eliminar las conductas de miedo y evitación mediante la reexposición gradual del individuo a la situación que provoca su respuesta, ha sido utilizada para fobias, cuadros obsesivos- compulsivos y disfunciones sexuales (Delgado,2003, p.123).

Intención Paradójica: Técnica propuesta por Frankl, plantea que puede lograrse la extinción de un miedo si el paciente es sometido a sesiones terapéuticas en las cuales exagere su temor en forma deliberada. Esta técnica ha sido utilizada para otro tipo de respuestas a la del miedo (Delgado,2003, p.124).

3.2 Área de la Psicología: Clínica

La Psicología como disciplina es muy antigua, se puede buscar sus orígenes como ciencia desde la antigua Grecia, naciendo como una ciencia de la psique en el ámbito de la filosofía, esto con el fin de comprender los problemas psicológicos humanos desde un punto de vista más espiritual (Centeno,2018, p.49).

Da inicio a finales del siglo XIX, precisamente en la época en la que surgen distintas ciencias humanas o ciencias sociales, tales como la antropología, sociología, economía y por ende la psicología (Psicología clínica y psiquiatría, 2003, p.3). Comenzó como una ciencia interesada en el estudio de la conducta anormal o desviada, abarcando así una amplia variedad de fenómenos manifiestos y encubiertos, adaptativos o mal adaptativos, conscientes o inconscientes (Sánchez,2008, p. 3).

Dentro de la Psicología emerge la Psicología Científica con ciertos filósofos como Descartes, el cual afirmaba que el cuerpo humano era como una maquinaria de relojería,

pero que cada mente era independiente y única. Por otra parte, Thomas Hobbes y Locke resaltaban el papel de la experiencia en el conocimiento humano, siendo Locke el que creía que toda la información sobre el mundo físico pasa a través de los sentidos, por lo cual llegamos a la conclusión de que el individuo está sujeto a la influencia del medio al que tiene que adaptarse (Centeno, 2018, p.51).

Con respecto a cómo la Psicología se fue desarrollando de un modo más científico, ha sido gracias a la fisiología. Mientras la frenología alcanzaba su popularidad, tanto hombres como mujeres en Europa y América comenzaron a emplear el método científico en la investigación psicológica. Los primeros representantes auténticos de la psicología experimental fueron el físico alemán Fechner y el fisiólogo alemán Wundt, siendo considerados los padres de la actual psicología científica (Centeno, 2018, p.52).

Fechner desarrolló métodos experimentales con la intención de medir la intensidad de las sensaciones y relacionarla con los estímulos físicos que las provocaban, hasta hoy en día su ley es uno de los principios básicos de la percepción. Así pues, Wundt fundó el primer laboratorio de psicología experimental en 1879 (Centeno, 2018, p.52).

En 1895 se funda el primer laboratorio de psicodiagnóstico por Alfred Binet, de igual manera, se da a conocer la aportación de los trabajos de condicionamiento de respuestas viscerales de Ivan Pavlov a la “Enfermedad Psicósomática” y el reconocimiento a sus trabajos con la concesión del Premio Nobel por su trabajo sobre la fisiología de la digestión en 1904 (García et al.,2008, p 7).

Otros aportadores a la Psicología Clínica fueron los médicos preocupados por las enfermedades mentales. El psiquiatra Emil Kraepelin estableció las bases de los

métodos de clasificación de las enfermedades mentales, contribuyendo así al desarrollo de las modernas teorías psicológicas. Es así que en 1896 oficialmente se establece la Psicología Clínica (Centeno, 2018, p.53).

En 1896 se establece la primera Clínica de Psicología por parte de Lighner Witmer, donde se especializaba en el trabajo con niños con discapacidades intelectuales o déficits, esto facilitó el establecimiento de nuevas clínicas. En 1907 Witmer fundaría la primera revista especializada con el nombre de The Psychological Clinical (Centeno, 2018, p.53). Witmer concebía a la psicología como una disciplina estrechamente vinculada con la investigación científica y sometida a la prueba de utilidad y eficiencia (Sánchez,2008, p. 5).

Fue así que los psicólogos clínicos se empezaron a centrar en la práctica en tareas de evaluación. En la Primera Guerra Mundial se movilizó la construcción y aplicación de test psicológicos y así mismo, se estructuró el papel del psicólogo clínico, se encargaban de investigar y teorizar sobre los temas psicológicos más relevantes, comenzando así a brindar tratamientos (Centeno, 2018, p.54).

Es en 1930 cuando el campo de la Psicología Clínica ya estaba organizado con seis actividades, las cuales se encargaba de realizar la evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, asesoramiento y administración (Centeno, 2018, p.55). Ahora bien, con la Segunda Guerra Mundial se generaron necesidades tanto en el ámbito de la psicología y la psiquiatría. Los veteranos de guerra empezaron a sufrir neurosis, esto impulsó a la consolidación de la psicología clínica, es así que en 1946 se define a la Psicología como una profesión que implicaba el diagnóstico, tratamiento e investigación relativo a los trastornos de los adultos (Centeno, 2018, p.55).

Es así que Rodríguez en 1998, da su opinión diciendo que las dos guerras mundiales contribuyeron a la consolidación de esta especialidad como disciplina científica, a través de las pruebas psicológicas para el reclutamiento y el tratamiento que demandaban los veteranos de guerra, pues implicaba fuertes necesidades de atención clínico-psicológico, en este contexto se moldea al psicólogo clínico como psicoterapeuta y coadyuvante en trastornos mentales y psicológicos, se nombra como un científico-práctico, cobrando auge como profesional en los ámbitos institucionales (Sánchez,2008, p. 6).

La Asociación Americana de Psicología (APA) en 1945 crea la división de psicología clínica y en 1949 en la conferencia de Boulder, con el fin de clarificar los propósitos de la formación del psicólogo en tres vertientes principales: evaluación, tratamiento e investigación (Sánchez,2008, p. 6).

La Psicología Clínica es la disciplina o el campo de especialización que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías, los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad en distintos contextos (Centeno, 2018, p.87). La Psicología Clínica pretende ofrecer servicios profesionales a las personas que acuden a consulta, se ocupa de los problemas relativos al área de la salud mental, los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan a individuos como a grupos, con el objetivo de lograr una mejor adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal (Sánchez,2008, p. 3).

Interviene no solo en las anomalías, trastornos mentales o del comportamiento, sino que estudia y se aplica igualmente y con más dedicación a otros comportamientos relevantes para los procesos de salud y enfermedad, procurando asegurar o reinstaurar estados de salud o bienestar con las funciones complementarias de prevención y de

educación para la salud, abarcando lo biológico, psicológico y social (Centeno, 2018, p.88).

El psicólogo clínico es aquel profesional de la psicología que se dedica a la investigación fundamental de los patrones anormales de comportamiento, para evaluarlos y establecer programas de cambio, así como la investigación de los problemas de comportamiento que se presentan en personas neurotípicas con problemas que pueden surgir en su vida diaria a nivel individual, familiar, sociolaboral, comunitario y en todos los aspectos de los servicios sanitarios (Centeno, 2018, p.91).

Ahora bien, las funciones del psicólogo clínico consisten en evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir. Evaluar implica la recopilación de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas (Centeno, 2018, p.93). Se utilizan instrumentos como test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos las cuales constituyen una batería de pruebas o estrategia de medida múltiple (Centeno, 2018, p.94). Continuando con la función de diagnóstico, implica identificar y rotular el problema comportamental, cognitivo, emocional o social de la persona. Debe entenderse como resultado del proceso de evaluación psicológica (Centeno, 2018, p.94).

La experiencia clínica de los psicólogos en la práctica basada en la evidencia en psicología, donde se busca promover la práctica psicológica efectiva y mejorar la salud pública incluye competencia como: realizar evaluaciones, desarrollar juicios diagnósticos, formulaciones sistemáticas y planes de tratamiento, monitorear el progreso del paciente, utilizar la evidencia de la investigación tanto en ciencias psicológicas básicas como aplicadas, comprender la influencia de la diferencias individuales, culturales y contextuales en el tratamiento, buscar los recursos disponibles (consulta,

servicios complementarios o alternativos), tener una justificación convincente para las estrategias clínicas (APA, 2022, P.1)

En la función del tratamiento, el psicólogo clínico opera intervenciones clínicas sobre las personas, con el fin de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos, ya sean emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales, entre otros. El tratamiento puede ser individual, en pareja o en grupo, no obstante, en algunos casos la actividad del psicólogo será entendida como intervención, en este caso se contemplarán un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema de forma indirecta, esta función incluye la realización de programas de ajuste a la enfermedad crónica, programas de preparación, de entrenamiento para afrontar o conseguir una buena adaptación (Centeno, 2018, p.97).

El psicólogo clínico diseña en colaboración, en la ejecución de programas para modificar o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento, adherencia al tratamiento o modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente (Centeno, 2018, p.98). Se debe aprender a trabajar de manera cooperativa y multidisciplinaria, en las medidas de prevención, intervención o seguimiento prescrito por otros profesionales y en la implementación de acciones como la adherencia a la medicación, terapias físicas y mentales (Sánchez, 2008, p. 10).

La Psicología Clínica dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos en particular; métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos (Psicología clínica y psiquiatría, 2003, p.4).

En cuanto a la Psicología en México, nació en 1896 cuando Ezequiel Chávez funda el primer curso de Psicología en la Escuela Nacional Preparatoria, teniendo la influencia de la psicología francesa y alemana, es en los años 1940-1950 que la psicología es entendida como una mezcla de psicoanálisis, psiquiatría y psicometría (Sánchez,2008, p. 3).

Tiempo después, fue la influencia estadounidense que llega a México, en 2006 Galindo identifica tres enfoques relevantes en la psicología de México: el transcultural, conductual y el psiquiátrico-psicométrico. El transcultural coincide con la fundación de la licenciatura en psicología en el año 1959 en UNAM; el Conductismo surge a finales de 1960 alrededor de la figura de Emilio Ribes; el enfoque psiquiátrico-psicométrico es el más apegado a la Psicología Clínica actual, ya que trabajan con problemas como: alcoholismo, adicciones, enfermedades mentales, temas relacionados al desarrollo de pruebas y escalas de uso clínico (Sánchez,2008, p. 8).

En México los psicólogos han trabajado históricamente como auxiliares psiquiátricos y como administradores de pruebas psicológica, intervienen desde una perspectiva simple a una visión más amplia del sujeto con biografía, red social, cultura y grupo social de referencia, con un medio que lo somete a un conjunto de exigencias (Sánchez,2008, p. 8).

Phares asegura que la psicología clínica es una profesión en continuo desarrollo y crecimiento, manteniendo una visión básica de aplicar principios psicológicos en los programas de los individuos. Los principales lugares donde los psicólogos clínicos laboran suelen ser hospitales generales, psiquiátricos, clínicas o centros de orientación con pacientes externos y ambulatorios (Sánchez,2008, p. 9).

Actualmente, la Psicología Clínica en México se ha enfocado en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental, así mismo, a desarrollar herramientas para diseñar y aplicar programas que brindan soluciones desde diferentes puntos de vista, tanto a un nivel de fundamentos teóricos como de estrategias individuales o grupales, siendo los enfoques más utilizados el psicoanálisis, conductismo, cognitivo-conductual y sistémico (Pick y Givaudan,1999, p.8).

Así pues, se han realizado investigaciones con respecto a la Depresión en diferentes grupos de investigación, de igual manera, investigaciones sobre el estrés psicosocial y suicidio han sido temas de gran interés dentro del campo de investigación, además, se han analizado las consecuencias de factores ambientales en las conductas neonatales, también se cuenta con investigaciones que profundizan en aspectos de la formación del vínculo maternos infantil, con respecto a los trastornos mentales, se han realizado trabajos desde una perspectiva neurológica y estudios, analizando factores genéticos y la prevalencia de los trastornos (Pick y Givaudan,1999, p.8).

CONCLUSIONES

La información recabada durante el trabajo nos muestra la Psicología de la Salud, área de la Psicología que se encarga de informar para buscar prevenir enfermedades, promoviendo hábitos saludables que ayuden al paciente e identificando las posibles relaciones que influyen en el desarrollo de un padecimiento. De igual manera, se habla de la Medicina Conductual, que es definida como una interdisciplina que busca mejorar la calidad de vida del individuo con algún padecimiento. Ambas se desarrollan dentro del ámbito hospitalario, trabajando con enfermedades crónico degenerativas, así como padecimientos que terminan por afectar al individuo.

Es así que, en el caso de la Depresión, trastorno mental que puede afectar a cualquier individuo y según los estudios realizados es un padecimiento que afecta aproximadamente a 350 millones de personas, ocupando el tercer puesto en problemas de salud mental, se debería de tomar con mayor importancia, desde brindar más información para un adecuado diagnóstico, disminuir los tabúes de la depresión y mejorar la adherencia al tratamiento. Aunque la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual trabajen con enfermedades físicas, la depresión afecta a la persona en su estado de ánimo, provocando que si la persona no es diagnosticada a tiempo o tenga una baja adherencia al tratamiento pueda llegar a padecer molestias físicas, es así que ambas áreas pueden ser de gran utilidad para mejorar la calidad de vida de un individuo con depresión

El individuo que sufre depresión, llevando o no un tratamiento, termina por afectar el entorno en el que se desenvuelve, ya que la depresión afecta el estado de ánimo provocando que la persona esté sumergida en una tristeza que le impide realizar sus actividades cotidianas, de igual manera, se pueden presentar otros síntomas como

irritabilidad, esto acompañado de otros criterios se deben tomar en cuenta para poder diagnosticar adecuadamente.

La desinformación y la cultura en la que nos desarrollamos marca un papel importante para que quien padece de depresión pueda pedir ayuda. Al menos en México, específicamente los varones, es más complicado que lleguen a buscar ayuda ante lo que están pasando. Se ha realizado un estudio donde se comprobó que en el caso de los varones, muchos de ellos padecían o presentaban síntomas de depresión, sin embargo, no fueron atendidos por ignorancia del problema o por el simple hecho de que sufrieran de depresión significaba debilidad.

Hay que tener en cuenta lo importante que es llevar un adecuado tratamiento y una buena vida, con hábitos saludables. Cuando la depresión no es tratada a tiempo termina provocando consecuencias en el individuo, en ocasiones puede que desarrolle adicciones, presente malestares, que a su vez puede ser a causa del insomnio o la hipersomnía, inhibición del apetito o la necesidad de estar comiendo sin sentirse satisfecho, afecta también sus relaciones personales, la familia, amigos, parejas o personas que sean de gran importancia para el individuo.

Retomando el punto de la Medicina Conductual, actualmente se hace uso de ella en el caso de enfermedades como es la diabetes, cáncer, enfermedades intestinales, entre otras, su objetivo es que la persona aprenda sobre su padecimiento, eliminando la desinformación, explicando cuales son los malestares que va a presentar, que efectos secundarios tendrá el medicamento, la importancia de seguir un adecuado tratamiento, al igual que educa a los familiares más cercanos brindando la información adecuada y cómo pueden ellos ayudar a que el paciente lleve una mejor calidad de vida, aún con su padecimiento. Aplica técnicas conductuales para el manejo de estrés, ansiedad y manejo de emociones, las más utilizadas son la desensibilización sistemática, biofeedback,

condicionamiento clásico u operante, activación conductual, relajaciones progresivas, entre otras.

La Psicología de la Salud suele trabajar con programas sanitarios para evitar la desinformación, prevenir y explicar las posibles causas de un padecimiento, como el desarrollo de enfermedades a causa de malos hábitos, trabaja a través de capacitaciones, campañas, pláticas donde promociona una buena salud, y de igual manera evalúa y rehabilita ante la presencia de algún padecimiento.

Ante lo explicado anteriormente, se puede explicar brevemente que ambos campos pueden ser utilizados para mejorar el tratamiento de la depresión, brindar información sobre lo que es, los síntomas y las posibles causas; también para conocer cuales son las consecuencias que se presentan cuando no se sigue adecuadamente el tratamiento y cómo puede afectar en la vida del individuo. Se han notado cambios en la mejora de la calidad de vida de la persona, logrando que realice cambios en sus hábitos malos; en el caso de la familia, poder entender por lo que está pasando el individuo y cómo puede su entorno ayudar ante la presencia de un cuadro de depresión, así como brindar la suficiente información de los efectos secundarios de los antidepresivos.

No obstante, hay limitantes que se presentan para poder llevar a cabo el uso de ambos campos para el trastorno de depresión, el primero es la falta de personal en el ámbito hospitalario, la desinformación ante el padecimiento, la cultura para dar la suficiente importancia al padecimiento, ya que hay gente que sigue pensando que la depresión es solo estar triste y que no afecta a la persona, cuando la realidad es completamente diferente.

Finalmente, la Depresión es un trastorno de suma importancia que puede afectar a cualquier individuo, pero la medicina conductual y las técnicas que utiliza pueden ser eficaces para que el individuo pueda comprender mejor el padecimiento y mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

Asociación Americana de Psicología. (2022). Declaración de política sobre la práctica basada en la evidencia en psicología. Recuperado de [Declaración de política sobre la práctica basada en la evidencia en psicología \(apa.org\)](#) el día 17 de agosto de 2022.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (5ta edición). American Psychiatric Publishing.

Barranco.C, Flores. R, González. L, Reyes. B, Vázquez. C, García. G. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad, y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar. Recuperado de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3956/4066 día 18 de agosto de 2022

Belloch. A, Bonifacio. S y Francisco. R. (2009). Manual de psicopatología Edición revisada. Mc Graw Hill.

Botto Alberto, Acuña Julia, Jiménez Juan Pablo. (2014). La depresión como diagnóstico complejo. Implicaciones para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Recuperado de [art10.pdf \(scielo.cl\)](#) el día 02 de mayo de 2022.

Butcher N. James, Mineka Susan, Hooley M. Jill. (2007). Psicología Clínica 12va. edición. Pearson educación, S.A., Madrid.

Camacho G. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. Recuperado de [La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico | Camacho Gutiérrez | Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine \(unam.mx\)](#) el día 03 de agosto de 2021.

Cano. V, Martín. S, Mae. W, Dongil. E y Miguel. L. (2012). La Depresión en atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/230577077> el día 13 de mayo de 2022

Centeno. S. (2018). Psicología Clínica Aplicada. Segunda edición. Formación Alcalá

Cerezo, R y Hurtado R. (2011). Principales aportaciones a la medicina conductual de Joseph Dominic Matarazzo. Recuperado de [v3n2a4.pdf \(scielo.org.mx\)](#) el día 08 de noviembre de 2021

Chávez Mendoza Karla, Tena Suck Antonio Edgar. (2018). Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales. Manual Moderno, S.A de C.V.

Chóliz. M. (2005). Psicología de la emoción: El proceso emocional. Recuperado de [Microsoft Word - Proceso emocional.doc \(uv.es\)](#) el día 03 de febrero de 2022

Delgado Senior. F. (2003). La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. Trillas, S.A de C.V.

Domjan Michael. (2016). Principios de aprendizaje y conducta, séptima edición. Cengage Learning Editores, S.A de C.V.

Ellis Ormrod. (2005). Aprendizaje humano, cuarta edición. Pearson Educación, S.A.

Feixas G. y Miró Teresa Ma. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia, una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós Ibérica, S.A

Flórez A. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. Recuperado de [View of La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual \(unal.edu.co\)](#) el día 01 de diciembre de 2021

Flórez A. (2007). Psicología social de la salud. Promoción y prevención. Manual Moderno.

Franchi, Silvia. (2001). La depresión en el hombre. Recuperado de [Redalyc.La depresión en el hombre](#). El día 02 de mayo de 2022

García-López et al. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. Recuperado de: [Redalyc.PANORAMA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD](#) el día 14 de junio de 2022.

León, J, et al. (2004). Psicología de la salud y de la calidad de vida, editorial UOC.

Londoño Pérez, Constanza, & González Rodríguez, Manuel (2016). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN HOMBRES. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79847072013> el día 26 de abril de 2022

Martín. A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud. Recuperado de [APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD \(sld.cu\)](#) el 31 de diciembre de 2021

Melamed, Andrea F. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis desde la filosofía de la mente. Recuperado de [LAS TEORÍAS DE LAS EMOCIONES Y SU RELACIÓN CON LA COGNICIÓN: UN ANÁLISIS DESDE LA FILOSOFÍA DE LA MENTE \(redalyc.org\)](#) el día 01 de marzo de 2022

Montiel Marta. (2013). El actor, la voz y las emociones básicas. Recuperado de [Article 60-El actor, la voz y las emociones básicas \(logopediamail.com\)](#) el día 21 de febrero de 2022

Morris G. y Maisto A. (2009). Psicología, Decimotercera edición. Pearson Educación de México, S.A, de C.V.

Oblitas A. (2005). Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria. Editores psicom.

OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions> el día 15 de julio de 2021.

Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo> el día 18 de agosto de 2022.

Palacios. E y Pérez-Acosta. (2017). Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional. Recuperado de [BI 24 Rehabilitación web.pdf \(urosario.edu.co\)](#) el día 31 de diciembre de 2021

Palmero Cantero, Guerrero Rodríguez, Gómez Iñiguez, Carpi Ballester, Gorayeb Ricardo. (2011). Manuel de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume

Palmero, F. et al. (2011). Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume

Papalia y Martorell. (2017). Desarrollo humano, Decimotercera edición. Mc Graw Hill/interamericana editores, S.A de C.V

Pérez Álvarez, Marino y García Montes. José Manuel. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para la depresión. Recuperado de [Pág. 493-.PDF \(uniovi.es\)](#) el día 09 de mayo de 2022.

Pick, S., & Givaudan, M. (1999). La psicología en México. M. Alonso & A. Eagly (comps.), Psicología en las Américas. Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología.

Pinedo Cantillo, Iván Alfonso, y Yáñez-Canal, Jaime. (2020). Emociones básicas y emociones morales complejas: claves de comprensión y criterios de clasificación desde una perspectiva cognitiva. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139069262012> el día 03 de febrero de 2022.

Pinedo Cantillo, Pacheco Castañeda, Yáñez Canal. (2016). Las emociones y la moral: de interpretación desde una aproximación cognitiva. Recuperado de [Dialnet-](#)

[LasEmocionesYLaMoralClavesDeInterpretacionDesdeUna-6635118 \(1\).pdf](#) el día 23 de febrero de 2022.

Piña. J y Rivera. B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750319> el día 08 de julio de 2021.

Psicología clínica y psiquiatría. (2003). Papeles del psicólogo. Recuperado de: [Redalyc.Psicología clínica y psiquiatría](#) el día 14 de junio de 2022.

Reeve, J. (2010). Motivación y emoción, Mc Graw Hill.

Reynoso. E y Becerra. G. (2014). Medicina Conductual: Teoría y Práctica. Qartuppi, S. De R.L. De C.V.

Ribes, E. (2008). Psicología y Salud un análisis conceptual, trillas

Rodríguez Ortega, Graciela. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. Recuperado de [Desarrollo de la Medicina Conductual en México \(redalyc.org\)](#) el 23 de junio de 2021

Rodríguez, G y Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina, Facultad de psicología, UNAM

Sánchez Escobedo, Pedro. (2008). Psicología Clínica. Manual Moderno, S.A de C.V

Schunk Dale H. (2012). Teorías del aprendizaje, una perspectiva educativa. Sexta edición. Pearson Educación.

Seijas Daniel. (2014). Adicciones y depresión en la salud del hombre. Recuperado de [Adicciones y depresión en la salud del hombre | Lector mejorado de Elsevier](#) el día 13 de mayo de 2022.

Zarragoitia Alonso Ignacio, Miriam de la Osa O' Reilly, Gilda Agudín Depestre Sara, Marot Casañas Milagros. (2018). La Depresión: Retos y conflictos en el siglo XXI. Recuperado de [1-1-2018-13-pon4\[1\].pdf \(psiquiatria.com\)](#) el día 16 de agosto de 2022