



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-  
CONDUCTUAL A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN”**

**TESIS DOCUMENTAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**KELDA VARGAS AVALOS**

**DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**REVISORA: LIC. DAMARIS GARCÍA CARRANZA**



**SINODALES:**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA**

**LIC. REFUGIO DE MARÍA GONZÁLEZ DE LA VEGA AYALA**



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.

## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.....</b>	<b>7</b>
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.....	8
Síntomas.....	8
Síntomas y trastornos asociados.....	11
Trastorno depresivo mayor episodio único .....	12
Trastorno depresivo mayor recidivante.....	12
TRASTORNO DISTÍMICO.....	12
Síntomas y trastornos asociados.....	14
TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.....	14
TRASTORNO BIPOLAR .....	15
TRASTORNO BIPOLAR I .....	16
TRASTORNO BIPOLAR II .....	17
CICLOTIMIA.....	17
DEPRESIÓN.....	18
Perspectivas biológicas .....	20
Perspectivas psicológicas .....	20
<b>CAPÍTULO 2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO.....</b>	<b>25</b>
PREVALENCIA .....	25
COMORBILIDAD .....	26
GRUPOS VULNERABLES.....	28
EVALUACIÓN.....	30
DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN.....	32
<b>CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN .....</b>	<b>36</b>
INTERVENCIÓN BASADA EN EVIDENCIA .....	36
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	42
TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES .....	53
Entrenamiento en asertividad.....	53
Relajación .....	56

Solución de problemas.....	60
Reestructuración cognitiva .....	63
<b>CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA.....</b>	<b>66</b>
CALIDAD DE LA ATENCIÓN .....	67
SATISFACCIÓN .....	70
LA EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA.....	74
ELABORACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN .....	85
<b>CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA .....</b>	<b>89</b>
JUSTIFICACIÓN .....	89
OBJETIVO.....	90
MÉTODO .....	91
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>96</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>98</b>

## RESUMEN

Un trastorno del estado de ánimo consiste en una perturbación del estado emocional de una persona, esta perturbación puede ser depresión extrema, júbilo excesivo, o una combinación de ambos. La característica principal de los trastornos depresivos es la "disforia". La depresión es un trastorno que afecta a más de 350 millones de personas a nivel mundial y es una de las principales causas de discapacidad en el mundo. La prevalencia anual de depresión en México en 2012 fue de 4.8% en población de 18 a 65 años. Existen diversas formas de tratar la depresión, la perspectiva médica que incluye el consumo de fármacos o la perspectiva psicológica, donde se derivan diversos tipos de terapias. Se ha determinado que los tratamientos psicológicos más eficaces para tratar la depresión son los cognitivo-conductual, ya que se encuentran empíricamente validados hace varios años. La satisfacción es la medida de la eficacia y la calidad de los servicios de salud. Una de las razones del interés por conocer la satisfacción de los pacientes radica en que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones terapéuticas. Según estudios comprueban que la valoración de la sesión y la retroalimentación al terapeuta mejoran la relación terapéutica y promueven la efectividad de la terapia. La forma más efectiva de evaluar la terapia es con inventarios y cuestionarios, sin embargo no existen muchos instrumentos aptos para ello. El objetivo de este trabajo es sugerir un instrumento capaz de evaluar diferentes aspectos dados en la terapia cognitivo-conductual para pacientes deprimidos, obteniendo información sobre síntomas, áreas de vida, técnicas cognitivo-conductuales y nivel de satisfacción.

**Palabras clave:** Depresión, Terapia cognitivo-conductual, Evaluación de la psicoterapia, Satisfacción.

## INTRODUCCIÓN

Este documento inicia con la descripción del trastorno de la depresión, desde la definición y la epidemiología actual en México hasta los instrumentos más usados para el diagnóstico; a continuación describo el tratamiento para la depresión basado en evidencia y las principales características de la terapia cognitivo-conductual así como las técnicas más comúnmente aplicadas para tratar la depresión; posteriormente describo los hallazgos hasta la fecha sobre evaluación de la psicoterapia, retomando conceptos tales como "calidad de la atención", "satisfacción del paciente" y "elaboración de encuestas de satisfacción". Por último, propongo un instrumento que permite evaluar los resultados de la psicoterapia cognitivo-conductual aplicada a pacientes diagnosticados con depresión.

Como terapeuta cognitivo-conductual me he dado cuenta de las necesidades dentro del ámbito clínico, ya sea al momento de evaluar al paciente para determinar el diagnóstico o para indicar los objetivos a trabajar durante las sesiones, sin embargo, considero que existe un área que ha quedado rezagada de evaluación formal: La efectividad de la terapia. Fue así como me planteé las interrogantes siguientes: ¿Cómo sabe un terapeuta cuándo hay que dar de alta a un paciente? ¿Qué criterios debe cumplir para determinar su 'cura'? ¿El paciente quedó satisfecho con la forma de trabajar del terapeuta? ¿Qué habilidades se puede asegurar que fueron aprendidas durante el proceso terapéutico y con cuáles ya contaba el paciente para hacer frente a la depresión? ¿Fue de ayuda para el paciente la terapia? A todo lo anterior se le considera el problema de la 'Evaluación de la psicoterapia'.

La depresión es un trastorno que afecta a millones de personas a nivel mundial; en México afecta a 5 de cada 100 personas y es uno de los trastornos que más niveles de discapacidad genera (Lara et al., 2007), además, las personas deprimidas presentan tasas más altas de utilización de servicios de salud y por ende generan un mayor costo de atención.

Dado a que no existen los instrumentos necesarios para evaluar la psicoterapia de manera general, es por demás difícil encontrar aquellos que evalúen de forma más específica. Debido a lo anterior surgió la idea de realizar un instrumento que evalúe la psicoterapia cognitivo-conductual aplicada a pacientes diagnosticados con depresión, valorando: 1) La sintomatología depresiva para determinar mejoría en el paciente, 2) Satisfacción en las áreas de vida que se ven afectadas durante el trastorno depresivo, 3) Grado de conocimiento y aplicación de las técnicas trabajadas durante la terapia y 4) Grado de satisfacción con el servicio recibido. Lo anterior no solo con la finalidad de evaluar el curso de la terapia y responder a las preguntas planteadas anteriormente, sino que los resultados de dicha evaluación propiciarán una favorable relación terapéutica, lo que, según estudios (Ezama et al., 2012) promueven la efectividad de la terapia, mismo que redundará en la satisfacción de los pacientes y en que estos cumplan las recomendaciones terapéuticas para una pronta recuperación y así el terapeuta pueda brindar un servicio más óptimo (Romero, 2008; de los Ríos y Ávila, 2004).

## CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Un trastorno del estado de ánimo consiste en una perturbación en el estado emocional de una persona. Dicha perturbación puede ser depresión extrema, júbilo excesivo, o una combinación de ambos. La característica principal de los trastornos depresivos es la *disforia* o tristeza abrumadora, mientras que en el trastorno bipolar, además de experimentar disforia, también presentan sentimientos de júbilo o *euforia*. Estos trastornos se diagnostican bajo la pauta de la presencia de *episodios*, periodos delimitados durante los cuales son evidentes los síntomas intensos de determinado trastorno. En algunas ocasiones los episodios pueden ser tan largos que duran hasta dos años o más (Halgin y Krauss, 2009).

En el "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-IV) (APA, 2002) hay una sección de trastornos del estado de ánimo, que incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) Estos episodios no pueden diagnosticarse como entidades independientes, sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo, que son:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado
- Trastorno Bipolar I
- Trastorno Bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar no especificado



- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

## **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

Según el DSM-IV (APA, 2002) La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más *episodios* depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Un *episodio* depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas en el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos cuatro de los siguientes:

### **Síntomas**

1. El estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. Algunas personas ponen énfasis en quejas somáticas (molestias y dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (ira persistente, respuestas a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia).
2. Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de haber perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. También hay aislamiento social y puede haber reducción significativa de los niveles previos de interés o deseo sexual.

3. Normalmente el apetito disminuye, otros sujetos pueden tener más hambre con mayor interés por ciertas comidas (dulces u otros hidratos de carbono). Esto puede provocar pérdida o ganancia significativa de peso.
4. Alteraciones del sueño; la más comúnmente asociada es el insomnio. Son característicos el *insomnio medio* (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormir), *insomnio tardío* (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse), *insomnio inicial* (problemas para conciliar el sueño). Es menos frecuente que los sujetos se quejen de exceso de sueño (hipersomnía) en episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno.
5. Cambios psicomotores, que incluyen agitación (incapacidad de permanecer sentados, paseos, frotarse las manos, etc.) o enlentecimiento (lenguaje, pensamientos o movimientos corporales). La agitación o el enlentecimiento deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.
6. Falta de energía o cansancio y fatiga persistente sin ejercicio físico. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas.
7. Sentimiento de inutilidad o de culpa; pueden implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades.
8. Capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria, suelen quejarse de ser incapaces de funcionar adecuadamente.
9. Son frecuentes los pensamientos de muerte, ideación suicida o las tentativas suicidas. Estas ideas varían desde la creencia de que los demás

estarían mejor si uno muriera hasta los pensamientos transitorios pero recurrentes sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos de cómo cometer suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables y no es posible predecir con exactitud cuándo ni en qué momento un sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Muriese

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, los síntomas debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo o de mantener una mínima higiene personal. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (DSM-IV, 2002).

Según Sue, Sue y Sue (1996) las características de un estado depresivo se pueden agrupar en cuatro dominios psicológicos: el afectivo, el cognoscitivo, el conductual y el fisiológico.

Los **síntomas afectivos** son: el estado de ánimo deprimido, la tristeza, el desaliento, y la aflicción excesiva y prolongada, además de sentimientos de inutilidad y la pérdida de la alegría de vivir; también se presentan llanto, frustración y cólera. Los **síntomas cognoscitivos** son: pesimismo profundo acerca del futuro, desinterés, disminución de la energía y pérdida de la motivación; evitación de las responsabilidades, además de autoacusación de incompetencia y autodenigración, dificultad para concentrarse y para tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes sobre suicidarse. Los **síntomas conductuales** se basan no solo en el comportamiento de la persona sino también en su apariencia, que puede ser desaliñada o descuidada en ciertos aspectos, expresión facial insulsa, su movimiento corporal puede ser muy lento y no tener interés por iniciar

actividades nuevas, el habla es reducida y lenta, muestran aislamiento social y disminución de la actividad laboral, aunque otras personas pueden mostrar un estado agitado e intranquilidad. Los **síntomas fisiológicos** son: la pérdida de apetito y peso aunque algunos pueden incrementar su apetito y peso, estreñimiento, trastornos del sueño (dificultad para dormirse, despertarse muy temprano, insomnio, pesadillas o sueño excesivo), en las mujeres se puede interrumpir el ciclo menstrual normal o disminuir el volumen de flujo, también se presenta aversión a la actividad sexual generando impotencia y/o anorgasmia (Sue et al., 1996).

Si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses desde la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de esos dos meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor, en cuyo caso sería válido el diagnóstico (DSM-IV, 2002).

### **Síntomas y trastornos asociados**

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor. También muestran crisis de angustia, problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual, problemas matrimoniales, problemas laborales, problemas escolares y abuso de alcohol u otras sustancias. Los episodios depresivos mayores van precedidos de algún estrés psicosocial (muerte, divorcio, etc.). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto (DSM-IV, 2002).

Para realizar el diagnóstico de un *Trastorno Depresivo Mayor* hay que tomar en cuenta los siguientes criterios:

**Trastorno depresivo mayor episodio único.** 1) Presencia de un único episodio depresivo mayor, 2) El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, 3) Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco.

**Trastorno depresivo mayor recidivante.** 1) Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. (Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor), 2) Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, 3) Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco.

El trastorno depresivo mayor, ya sea caso único o recidivante, puede empezar a cualquier edad, la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida (25 años). El curso del trastorno depresivo mayor recidivante es variable, algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores (DSM-IV, 2002).

## **TRASTORNO DISTÍMICO**

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día en la mayoría de los días durante al menos 2 años, manifestando dos o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito

- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

Otros criterios para el diagnóstico son: el reporte de pérdida de interés y aumento de la autocrítica, viéndose a sí mismos como poco interesantes o inútiles. A lo largo del periodo de dos años los intervalos libres de síntomas no son superiores a dos meses. Solo se puede realizar el diagnóstico del trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos. Después de los dos primeros años del trastorno distímico pueden sobreañadirse episodios depresivos mayores, en estos casos se diagnostican ambos trastornos como "depresión doble". No se establece el diagnóstico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco, o si se han cumplido criterios de trastorno ciclotímico. No se establece el diagnóstico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico o el trastorno delirante. Tampoco se diagnostica si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o alguna enfermedad médica. Además los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, escolar o de otras áreas importantes en la actividad del individuo (DSM-IV, 2002).

La edad de inicio puede ser de: *Inicio temprano*: si el inicio de los síntomas distímicos se producen antes de los 21 años, estos sujetos tienen más probabilidad de desarrollar episodios depresivos mayores. *Inicio tardío*: si el inicio de los síntomas distímicos se producen a los 21 años o con posterioridad. *Con síntomas atípicos*: si el patrón de los síntomas durante los 2 últimos años del trastorno cumple los criterios: 1) el estado de ánimo mejora en respuesta a

situaciones reales o potencialmente positivas, 2) aumento significativo en el peso o del apetito, hipersomnias, abatimiento, patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal que provoca un deterioro social o laboral significativo (DSM-IV, 2002).

### **Síntomas y trastornos asociados**

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Los síntomas más frecuentes son los sentimientos de incompetencia, pérdida de interés o placer, aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, irritabilidad o ira excesiva, descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad, además de problemas personales, dependencia a sustancias, estrés psicosocial crónico, déficit de atención con hiperactividad, trastornos de comportamiento, de ansiedad, de aprendizaje y retraso mental (DSM-IV, 2002).

### **TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO**

Este trastorno incluye aquellos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor, distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Los trastornos depresivos no especificados incluyen:

- a) Trastorno disfórico premenstrual:
- b) Trastorno depresivo menor
- c) Trastorno depresivo breve recidivante
- d) Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia:
- e) Episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, psicótico no especificado o en la fase activa de la esquizofrenia.

- f) Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Hay algunos tipos de depresión que se identifican por presentar características melancólicas, es decir que las personas pierden el interés en casi todas las actividades o les resulta difícil reaccionar a los sucesos que por lo común les ocasionaban placer; pueden presentar agitación o retardo psicomotor, alteraciones en el apetito y culpa excesiva. Sin embargo, también hay personas que desarrollan un episodio depresivo casi durante el mismo periodo cada año, a esto se le conoce como *pauta estacional*, y se presenta por lo general durante uno o dos meses en el otoño o en el invierno, retomando su funcionamiento normal pasado este periodo. Durante este tipo de "depresión estacional" las personas carecen de energía y suelen comer y dormir de forma excesiva (Halgin y Krauss, 2009).

Como se mencionó anteriormente, las alteraciones del estado de ánimo comprenden a los trastornos depresivos, pero también los trastornos bipolar y ciclotímico.

## **TRASTORNO BIPOLAR**

El trastorno bipolar es vivido como una experiencia muy intensa y muy perturbadora. Según Hales y Yudofsky (2000) es un trastorno que se acompaña de episodios de manía o hipomanía y puede alternarse o no con episodios depresivos mayores.

Sue et al. (1996) señalan que cuando una persona se encuentra sufriendo un episodio maniaco muestra energía ilimitada, entusiasmo y agresividad, irritabilidad, grandiosidad y exageración, además, el funcionamiento social y ocupacional está deteriorado, se muestran desinhibidos, realizan actividades sexuales de modo impulsivo y pueden volverse blasfemos; estos son los



**síntomas afectivos.** En cuanto a los **síntomas cognoscitivos** muestran un habla acelerada y presionada, decir frases irrelevantes, cambiar de tema a media oración, son incapaces de controlar su atención debido al pensamiento acelerado y desarticulado. Los **síntomas conductuales** pueden presentarse en dos intensidades: la forma más leve es la hipomanía, donde las personas parecen tener una actividad mayor a la común y tener un estado de ánimo elevado, su juicio es deficiente, dominan las conversaciones y rara vez presentan delirios. En la manía se acentúan la grandiosidad, sobreactividad e irritabilidad, el habla puede ser incoherente, no toleran que se les restrinja, la persona está frenéticamente excitada, divaga, desvaría, está en movimiento constante y puede presentar delirios y alucinaciones. Los **síntomas fisiológicos** son comúnmente la disminución de la necesidad de dormir acompañada por niveles altos de excitación. La hipomanía no es lo bastante grave como para causar incapacidad u hospitalización, sin embargo la manía si lo es.

Los trastornos bipolares se dividen en tres categorías básicas:

## **TRASTORNO BIPOLAR I**

- ◆ *Episodio maniaco único:* es la presencia de un solo episodio maniaco y sin presencia de episodios depresivos mayores en el pasado.
- ◆ *Episodio reciente hipomaniaco:* en la actualidad o recientemente hubo un episodio hipomaniaco con al menos un episodio maniaco previo.
- ◆ *Episodio reciente maniaco:* de manera reciente o actual hubo un episodio maniaco con al menos un episodio depresivo mayor, hipomaniaco o maniaco previo.
- ◆ *Episodio reciente mixto:* de manera reciente o actual un episodio mixto, por ejemplo, todos los días durante un periodo de al menos una semana, los criterios para un episodio depresivo mayor, excepto por la duración, y uno maniaco han sido cumplidos ambos.

- ♦ *Episodio reciente deprimido*: actual o recientemente un episodio depresivo mayor con al menos un episodio maniaco previo.
- ♦ *Episodio reciente inespecífico*: de manera reciente o actual cumple los criterios para un episodio maniaco, hipomaniaco o depresivo mayor, excepto por la duración y al menos un episodio maniaco previo (Sue et al., 1996).

## **TRASTORNO BIPOLAR II**

- ♦ *Episodios depresivos mayores recurrentes con hipomanía*: uno o más episodios depresivos mayores y presencia de al menos uno hipomaniaco, nunca ha habido un episodio maniaco (Sue et al., 1996).

## **CICLOTIMIA**

La ciclotimia se caracteriza por estados de ánimo maníacos y depresivos que son crónicos y de naturaleza relativamente continua (Sue et al., 1996).

Belloch, Sandín y Ramos (1995) señalan que la ciclotimia se caracteriza por presentar un patrón semejante al trastorno bipolar, pero los síntomas son menos graves y más prolongados. Durante el curso se presentan periodos breves de depresión y euforia que se alternan, pudiendo llegar a una especie de "equilibrio", además en algunos pacientes puede predominar unos síntomas más que otros.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno ciclotímico según el DSM-IV son: La presencia al menos por dos años de episodios hipomaniacos y depresivos (nunca se ha sufrido un episodio depresivo mayor), durante dos años no ha habido un periodo mayor a dos meses libre de los síntomas hipomaniacos y depresivos, nunca ha sufrido un episodio maniaco, los síntomas no son consecuencia del uso de sustancias o de enfermedad médica, existe un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas (Hales y Yudofsky, 2000).

Ya se han abordado los diferentes trastornos del estado de ánimo y sus síntomas, en los siguientes párrafos se expondrán perspectivas históricas acerca de la definición de la depresión como problema de salud actual.

## **DEPRESIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud (2013) la depresión es un trastorno que afecta a más de 350 millones de personas a nivel mundial. Además, es la principal causa de discapacidad en el mundo y contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad. También se sabe que afecta más a las mujeres que a los hombres y en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

La depresión fue descrita por varios autores de la antigüedad bajo el nombre de "melancolía", la primera descripción la dio Hipócrates en el siglo IV A.C. (Beck, 1976).

El término depresión tiene un uso tanto popular como técnico. En ambos contextos apunta a una cierta experiencia de la vida que se podría definir como tristeza y desánimo, pero en todo caso tiene un uso demasiado elástico como para avenirse a una definición escueta (Pérez y García, 2001).

Por la parte "popular", según lo señalan Pérez y García (2001. p. 493) "La depresión define un estado personal de distinta experiencia subjetiva según sea la metáfora vivida con la que se reconoce tal experiencia". Lo anterior se refiere a que las personas pueden sentirse bajas de ánimo o apesadumbrados, no ver salida o nada claro, cuando carecen de interés las actividades cotidianas. Otras veces, más que un estado personal, el término es usado como una reacción ante cierto evento del que se desea estar protegido o señalar su impacto, como cuando se usa la frase "me deprime..." o también se usa para definir situaciones, entornos o ambientes, sin excluir a personas; por ejemplo cuando se dice que es deprimente o depresivo tal sitio, tal paisaje o tal persona.

Pérez y García (2001) señalan que el uso clínico del término "depresión" forma parte de patrones definitorios que consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos (tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí mismo, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza remordimiento o culpa), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y a la falta de energía).

De lo anterior se puede resumir que la depresión está mediada por diversos tipos de síntomas, dando como consecuencia un trastorno que puede ser experimentado de múltiples formas entre distintas personas, dependiendo de los síntomas que predominen.

Como lo mencionó Beck (1976), la depresión es una alteración específica del estado de ánimo, que se refiere principalmente a tristeza, desaliento y/o sensación de inutilidad, cuyos signos y síntomas son principalmente el autocastigo, conducta autodenigrante y deseo de morir, además de síntomas físicos y vegetativos como agitación, pérdida de apetito y peso, insomnio, disminución de la libido, etc., así como la creencia de haber cometido pecados imperdonables. También se presenta un concepto negativo de sí mismo acompañado de autorreproches y autoinculpación.

Existen diversos tipos de clasificaciones de la depresión, sin embargo, existen dos que han sido dominantes. Una es la que distingue entre depresión endógena cuya línea asociativa conlleva la condición psicótica, y la depresión no-endógena cuya línea asociativa conlleva la condición neurótica. Y la otra clasificación que distingue entre depresión bipolar cuando el episodio depresivo alterna con uno de índole maniaca (psicosis maniaco-depresiva) y depresión unipolar cuando únicamente cuenta con el polo depresivo. Dentro del trastorno depresivo unipolar se distinguen a su vez varios subtipos: episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor (recidivante), trastorno distímico, trastorno

depresivo no especificado, entre otros. Así mismo se distingue el grado de depresión entre leve, moderada y severa (Pérez y García, 2001).

Desde el año 1976 Beck ya había escrito en su libro "*Diagnóstico y tratamiento de la depresión*" (Beck, 1976) que este trastorno se compone de un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta.

Ya se ha hablado de qué es la depresión, cómo la vive la mayoría de las personas, así como de sus características principales, pero ¿Por qué se deprimen las personas? A continuación se analizan diversas perspectivas que explican las causas de los trastornos afectivos, hablemos específicamente de la depresión:

### **Perspectivas biológicas**

No podemos dejar de lado esta perspectiva, ya que los trastornos anímicos ocasionan cambios físicos. Estudios genéticos han determinado que estos trastornos son hereditarios particularmente para parientes de primer grado, además el riesgo es mayor si se es hijo de un individuo depresivo. La probabilidad de herencia del trastorno depresivo mayor se estima entre 31% y 42%, es decir, de 100 individuos con un pariente cercano que padece el trastorno, entre 30 y 40 de ellos tienen altas probabilidades de manifestar una depresión mayor. Entre los Factores bioquímicos se ha descubierto que el funcionamiento alterado de los neurotransmisores en el cerebro es lo que causa los trastornos, más exactamente, la escasez relativa de norepinefrina ocasiona la depresión, además la deficiencia de serotonina contribuye a los síntomas conductuales de la depresión (Halgin y Krauss, 2009).

### **Perspectivas psicológicas**

Teorías psicodinámicas: Según esta teoría, la depresión se manifiesta como una tendencia exagerada de experimentar placer por medio de la boca, es decir,

una fijación en esta etapa. Freud (1917) diferenció las manifestaciones depresivas por melancolía (reacciones depresivas "normales") y por duelo (pérdida de un ser querido), aunque ambas presentan los síntomas: tristeza, dolor profundo, falta de interés por el mundo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad; en la melancolía también se presenta disminución del autoestima. Asimismo, Freud interpretaba la depresión como la existencia de un superyó muy exigente, es decir, un excesivo sentido del deber y las obligaciones, o cual conlleva a sentimientos de culpa por no realizarlos. Retomando el concepto de fijación oral, la fase oral implica la satisfacción pasiva de las necesidades primarias y una fijación en esta etapa predispone a la persona a la dependencia emocional; ya sea por un trauma en la infancia o por el fracaso en la relación madre-hijo en los primeros años de vida, las personas crecen con una autoestima excesivamente dependiente de los demás (Belloch et al., 1995). Por otro lado, Sue et al. (1996) indican que la explicación psicoanalítica de la depresión se centra en dos conceptos: separación y cólera. La separación se da cuando una persona significativa muere o hay una pérdida simbólica que induce a la depresión. También se creyó que los depresivos son dependientes en exceso ya que tienen una fijación en la etapa oral, lo cual fomenta la dependencia, ser pasivo y dejar que otros cubran sus necesidades, si esta dependencia continúa hasta la vida adulta, la autoestima depende de otras personas importantes, así, cuando ocurre la pérdida significativa, la autoestima del doliente se derrumba. El doliente es abrumado con dos sentimientos: cólera y culpa, la primera debido al abandono y la segunda debido a los errores reales o imaginarios cometidos contra la persona perdida.

Teorías conductuales: Este enfoque se basa en la teoría de aprendizaje. Según Skinner (1953) la principal característica de la depresión es una reducción general en la frecuencia de las conductas. Para Ferster (1973) existen cuatro procesos que explican la depresión: 1) cambios súbitos en el entorno que suponen pérdidas de fuentes de reforzamiento, lo que puede producir una generalización. 2) estados que impliquen dedicar mucho esfuerzo por periodos prolongados sin indicaciones de refuerzo, esto lleva a estados de abulia. 3) existencia de espirales

patológicas donde existe una conducta de evitación debido al poco refuerzo obtenido, esto lleva a una mala adaptación al medio y por ello un menor refuerzo positivo (ej. Estados depresivos por falta de refuerzo social) y 4) distorsión de la realidad debido a una observación deficiente (ej. cómo actuar correctamente en situaciones sociales). Lewinsohn (1974) expresó la depresión como una ausencia total o parcial de refuerzos positivos, lo que conlleva a un estado de ánimo deprimido y a una reducción conductual dando como resultado la pérdida de interés por el medio, por otro lado, la baja autoestima y la desesperanza las señala como consecuencia de la disminución de las actividades; Lewinsohn indicó que la depresión es causada por los siguientes factores: a) un ambiente poco reforzante, b) déficit de habilidades sociales y c) incapacidad para reconocer y disfrutar de los reforzadores disponibles (Belloch et al., 1995).

Teorías cognitivas: *Teorías del procesamiento de la información:* Se basan en la metáfora del humano como sistema de procesamiento de información, en un ambiente cambiante el individuo construye su realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información, misma que se modifica y afecta las respuestas emocionales y conductuales del sujeto, y produce una interrelación entre emoción, cognición y conducta. La teoría más conocida es la propuesta por Aaron Beck (Beck y Clark, 1988) que postula que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo en el procesamiento de la información, los procesos cognitivos distorsionados llevan a la depresión. *Teorías cognitivo-sociales:* Basándose en las teorías atribucionales de la psicología social, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) postularon que al experimentar una situación incontrolable, las personas buscan explicarse la causa de la incontrolabilidad, si esta atribución de la falta de control se hace a factores internos se produce un descenso de la autoestima, más no así si se atribuye a factores externos; atribuir la falta de control a factores estables conlleva a la expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras y por ende a la indefensión y la depresión se extendería temporalmente; además, la atribución de la falta de control a factores globales provoca una expectativa de incontrolabilidad en futuras situaciones; por otro lado, la depresión solo aparece cuando la pérdida de control

es de un suceso altamente deseable o por la ocurrencia de un suceso altamente aversivo (Belloch et al., 1995).

Teorías interpersonales: Enfatizan la importancia de los factores interpersonales sociales y familiares en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Se basa en la escuela interpersonal de Sullivan, las investigaciones de los patrones de comunicación interpersonal en familias y la aplicación de la teoría general de sistemas. La principal teoría que explica la depresión es la teoría de Gotlib y Hammen (1992) señala que las experiencias familiares adversas durante la infancia conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos, de características de personalidad dependientes emocionales y de habilidades inadecuadas para resolver problemas y para conseguir y mantener relaciones sociales reforzantes. La depresión se inicia con la aparición de un estresor, que debido a los factores de vulnerabilidad mencionados es interpretado como una situación que reduce su autoestima y se encuentra sin posibilidades de resolverlo; si la persona no es capaz de hacer frente al estresor aumenta la sintomatología depresiva y los patrones desadaptativos, siendo así que uno de los primeros síntomas sea la autofocalización excesiva que interfiere con las habilidades de solución de problemas; posteriormente, la expresión del sujeto de habilidades sociales y esquemas interpersonales desadaptados, sumado a la respuesta de los otros significativos exacerba la depresión, aunado a lo anterior se presenta un sesgo cognitivo negativo donde hay un aumento en la sensibilidad y la atención prestada a aspectos negativos, presentando así más síntomas y más patrones desadaptados cerrando el círculo vicioso (Belloch et al., 1995).

### **Perspectivas socioculturales**

Comúnmente las personas deprimidas tienen dificultades en sus interacciones con los demás, cuando las habilidades de la persona son deficientes, se crea un ciclo en el que su pesimismo y autodevaluación constantes



hacen que los demás se sientan culpables o deprimidos, esto puede hacer que las personas respondan ante ellos de forma crítica o con rechazo, lo cual refuerza la visión negativa que la persona deprimida tiene del mundo. La perspectiva social hace hincapié en que el funcionamiento social de la persona se encuentra perturbado y que los problemas psicológicos representan los esfuerzos mal orientados del individuo por adaptarse a su entorno. También señala esta perspectiva que los vínculos de apego perturbados durante la niñez temprana son causantes de la desdicha posterior en la vida. Esto se ve como un conjunto de pasos, donde la persona experimenta el primer fracaso en la niñez temprana al adquirir las habilidades necesarias para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias, esto conduce a sensaciones de desesperación, aislamiento y depresión. Una vez establecida la depresión, se mantiene por la falta de habilidades sociales y comunicación deteriorada, lo que conduce al rechazo adicional de los demás. Además, la depresión puede aparecer en la edad adulta si el sujeto vive sucesos estresantes. En ocasiones se establece un círculo en el cual el comportamiento hace que la gente se aleje, como la persona se encuentra sola se vuelven más difíciles las interacciones con los otros. Es así como la falta de interacciones sociales y el deterioro de habilidades sociales se consideran el problema medular en esta perspectiva. Aunado a lo anterior, las experiencias estresantes o el estrés crónico ponen en riesgo a cualquier persona a sufrir depresión (Halgin y Krauss, 2009).

## CAPÍTULO 2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO

### PREVALENCIA

La depresión es un trastorno que afecta a la población mexicana de manera importante y si no es atendida puede llegar a culminar en un problema de salud grave. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en el año 2003 por la Dra. Medina-Mora et al (Medina-Mora et al., 2003), el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia, además, muestra la depresión como uno de los trastornos afectivos más frecuentes en nuestro país, con una prevalencia del 9.1% alguna vez en la vida de todas las personas. El episodio depresivo mayor se encuentra dentro de los primeros cinco trastornos más comunes con una prevalencia de 3.3%. Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias, específicas y sociales y el trastorno depresivo mayor. Para los hombres fueron la dependencia al alcohol, trastornos de conducta y el abuso de alcohol sin dependencia, siendo el episodio depresivo mayor uno los cinco trastornos que más afectan a los hombres. Además solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención para dicho problema.

A pesar de los grandes avances en materia de tratamiento de la depresión, este trastorno sigue siendo un problema de salud grave en nuestro país. Según un estudio realizado por Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo (2012) identificaron que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población de 18 a 65 años, solamente superada por los trastornos de ansiedad con una prevalencia anual de 6.8%, es decir que cinco de cada 100 personas en México padecieron depresión en 2012. Además señalaron

que cerca de la mitad de las personas con depresión presentó síntomas en el último año. Lo anterior demuestra que la depresión es un trastorno que afecta de sobremanera nuestro país.

Según Wagner et al (2012) al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. Lo anterior se complementa con los datos obtenidos en la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes, la cual identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año con prácticamente la mitad de los casos calificados como graves.

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevando en la salud pública es debido al alto grado de discapacidad que generan. En un estudio realizado por Lara et al (2007) encontraron que en México los trastornos que producen mayores niveles de discapacidad fueron principalmente el trastorno por estrés postraumático, la depresión y el trastorno de pánico, medido por la escala de discapacidad de Sheehan y por los días productivos perdidos; en promedio los días perdidos por depresión fueron 26, tres veces más días que los días perdidos por enfermedades crónicas. Asimismo, la depresión es el trastorno que más afecta en el área laboral, seguido de las relaciones interpersonales y la vida social.

## **COMORBILIDAD**

Una gran cantidad de estudios a nivel mundial confirman la presencia conjunta de trastornos depresivos y otros problemas de salud, tanto físicos como emocionales.

Los ejemplos abundan en cuanto a diversos padecimientos comórbidos con la depresión, entre los que se incluyen problemas del corazón, diabetes, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable, trastorno de ansiedad, suicidio e ideación suicida, complicación

en el tratamiento de cáncer, entre otros. Las personas que padecen depresión tienen un riesgo dos veces mayor de presentar también enfermedad del corazón que las que no tienen depresión. La relación que pueda guardar la depresión con otras enfermedades es muy importante abordarla, ya que puede ser el caso que la depresión origine estas enfermedades o que estas enfermedades agraven la depresión llevando a la persona al suicidio. Así mismo, la combinación de trastornos físicos y mentales genera mayor discapacidad que cuando los trastornos ocurren por separado (Wagner et al., 2012).

En estudios revisados por Wagner et al (2012) que incluían a personas con diabetes en México, se encontró una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en las mujeres, las personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa. Más aún, otro estudio encontró que los pacientes con depresión tenían dos veces menos adherencia al tratamiento de la diabetes que pacientes sin depresión. Aunque la adherencia al tratamiento puede verse afectada por diversas circunstancias, lo anterior muestra que la depresión puede afectar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos médicos, aumentar la estancia hospitalaria y sin duda, afecta la calidad de vida de la persona. Aunado a lo anterior, un problema psicosocial derivado de la depresión son las conductas problemáticas realizadas por adolescentes y jóvenes, tales como el uso de drogas, violencia, sexo desprotegido, entre otras, además de la tendencia en aumento y a edades cada vez más tempranas.

Según un estudio realizado por Borges (Borges et al, 2010) el 48% de personas con ideación suicida y el 62% de personas con un intento suicida padecen algún trastorno psiquiátrico, además 40% de las personas con un intento de suicidio padecían algún trastorno de ansiedad, 28% tenía algún trastorno de control de los impulsos, 18.6% tenía algún trastorno depresivo y 16% tenía algún trastorno por uso de sustancias (principalmente alcohol).

Estudios realizados por el Consorcio Internacional para la Epidemiología Psiquiátrica han indicado que en la mayoría de los países la depresión tiene una alta comorbilidad, particularmente con los trastornos de ansiedad, de los que

frecuentemente resulta secundaria (Scott et al, 2007). Lo anterior señala que el principal padecimiento comórbido a la depresión es la ansiedad por sobre otros trastornos psicológicos.

Muchos estudios se han enfocado en analizar la depresión como factor de riesgo para el desarrollo de otros problemas de salud tanto física como mental, sin embargo, también es importante considerar la depresión como un trastorno secundario a diversos problemas de salud.

## **GRUPOS VULNERABLES**

Como han revelado diversos estudios, la proporción de mujeres que padecen depresión es el doble de los hombres y la edad de comienzo es cada vez más temprana, empezando a darse la mayor incidencia entre los 15 y 19 años, y se mantiene igualmente elevada hasta los 40 años en hombres y hasta los 50 años en mujeres (Pérez y García, 2001).

Según un estudio realizado por Wagner et al (2012) las mujeres, las personas sin pareja y el bajo nivel de educación se asocian con mayor riesgo de padecer depresión. El estado civil se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, las personas separadas o que nunca se casaron, en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión, mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en países pobres. Finalmente, se encontró que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India tienen mayor riesgo de depresión.

En resumen, los grupos más vulnerables a la depresión en México son las mujeres, personas solteras, de bajo nivel educativo, viudas y divorciadas según los estudios mencionados anteriormente.

Según Sue et al (1996) la vulnerabilidad a la depresión puede ser causada por factores biológicos o psicológicos. Algunos de estos factores pueden ser el hecho de tener padres que son disfuncionales y que crean condiciones de estrés

en la familia, estos individuos pueden fallar en el futuro en desarrollar y aplicar habilidades adaptativas, generando más estrés; es decir, experiencias estresantes y tempranas en la familia pueden ser un factor que haga vulnerables a las personas a padecer depresión. Otro factor que hace vulnerables a las personas a la depresión es el carecer de recursos sociales adecuados como amortiguadores, ya sea por parte de amigos o familiares. Como se ha mencionado anteriormente, la depresión es mucho más común entre las mujeres que entre los hombres; esto puede deberse a diversos factores, por ejemplo, los roles y estereotipos que maneja la sociedad: las mujeres se han caracterizado a través de los años como atractivas, sensibles a los otros y pasivas en las relaciones sociales, si a estos papeles le agregamos la subordinación a los hombres y la falta de oportunidades ocupacionales podemos concluir que las mujeres que no están activas fuera del hogar y se encuentran criando niños, son más vulnerables a la depresión. Por otro lado, la forma en que una persona responde a los estados de ánimo deprimidos contribuye a la gravedad, cronicidad y recurrencia de los episodios depresivos, desde la perspectiva femenina, las mujeres tienden a rumiar y amplificar sus estados de ánimo depresivos en comparación con los hombres, quienes amortiguan o encuentran formas para minimizar la disforia, de ahí que los varones presenten más comúnmente alcoholismo o conductas antisociales con mayor frecuencia que las mujeres.

En un estudio acerca del nivel e impacto de los eventos traumáticos en población mexicana, se encontró que las personas con eventos traumáticos en el último año o anteriores tenían sintomatología depresiva y somática más elevada. Los autores incluyeron una lista de eventos traumáticos, destacando que los casos más graves padecieron "traumatismo" por violencia o abuso sexual en la infancia, entre otras características (Wagner et al, 2012).

"Un estudio reveló que los hijos de madres con depresión durante su primera infancia tuvieron niveles más altos de inactividad cinco años después, y que la falta de actividad fue mediada por factores internalizantes" (Wagner et al, 2012. p. 6). Lo anterior sugiere que la depresión no solo afecta a la persona que la

padece, sino que también puede traer consecuencias negativas a las personas alrededor de la persona deprimida.

A todo lo anterior se le puede agregar que las personas que padecen depresión u otros problemas de salud tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, y por ende un mayor costo de atención.

## **EVALUACIÓN**

Existen diversas maneras de realizar la evaluación de las personas con depresión, las principales son *la aplicación de pruebas*, de las cuales existe gran variedad, y *la entrevista*, donde se realiza un análisis del estado de la persona y se presta atención a su postura, forma de hablar, cuidado personal, lenguaje, etc., es decir el lenguaje no verbal (Cruz, 2013).

Según mencionan Pérez y García (2001) una prueba muy utilizada es la Escala de Hamilton (1960) que puede ser aplicada en una entrevista, es utilizada principalmente para la investigación científica. Consta de 21 ítems, pero también existe una versión con 17; cada uno es un síntoma de la depresión, para responder de 0 a 2 o de 0 a 4, donde una puntuación por arriba de 29 en la escala de 17 ítems se considera una depresión severa; esta escala abunda en ítems físicos. También existe el Inventario de Depresión de Beck (1988) que consta de 21 ítems y cada uno es un síntoma (humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etc.) para responder de 0 a 3, una puntuación por encima de 29 se considera una depresión severa. Ambos instrumentos evalúan la depresión pero no establecen por sí mismas el diagnóstico.

Otras escalas son la Escala de Depresión de Zung (1965) es autoaplicable y determina la gravedad de la depresión en el momento en el que la escala es respondida; también existe la Escala Análogo-Visual de los estados de ánimo de Stern (1997) donde las personas que tengan dificultades de lenguaje trazan una marca en la línea para describir la intensidad de diversas emociones (Cruz, 2013).

Como indica Calleja (2015) existen escalas validadas para población mexicana, a saber: **1) Escala de depresión.** Córdova, A. (2000) (Basada en Córdova, 2000; González, 1992; De la Serna, Rojas, Estrada, y Medina-Mora, 1991) Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. Consta de 23 ítems. **2) Inventario de depresión de Beck.** Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperana y Varela (1998) (Basada en Beck, Steer y Garbin, 1988) Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión y es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. **3) Escala de Birlson para el trastorno depresivo mayor.** De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páes y Almeida (1996) (Basada en Escala Birlson, 1980 y 1987). Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. Consta de 18 afirmaciones con opciones de siempre (0) a nunca (2). **4) Lista de Adjetivos de Depresión.** Axelrod (1990) (Basada en Axelrod, 1990). Evalúa sentimientos y estados de ánimo que experimenta la persona en el momento presente. Consta de 41 adjetivos que se dividen en Felicidad vs Tristeza (14), Seguridad vs Inseguridad (12), Optimismo vs Pesimismo (8), Satisfacción vs Insatisfacción (7). **5) Escala de ideación Suicida de Beck.** González, S. (1998) (Basado en Beck et al., 1979) Evalúa los pensamientos asociados con el deseo de morir y con la planeación del suicidio. Consta de 19 afirmaciones divididas en características de la actitud hacia la vida/muerte (5), características de los pensamientos/deseos de suicidio (6), características del intento de suicidio (4) y actualización del intento (4). **6) Escala de expectativas de Vivir y Morir.** Esquivel (2003) (Basado en Okasha, Lotaif y Sadek, 1981) Explora la intensidad para vivir o dejar de hacerlo, incluye intentos de suicidio, las razones, situaciones que han motivado el deseo de dejar de vivir, presencia de intensidad de sentimientos relacionados con conductas suicidas, consta de cinco preguntas si-no.

Otra prueba efectiva para medir depresión en población mexicana es el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (1998), que cuenta con un cuestionario breve para diagnóstico y clasificación de la depresión y una



escala para el seguimiento. Permite diagnosticar depresión (ausencia-presencia), obtener la clasificación (tetradimensional, tridimensional, bidimensional, unidimensional; y por dimensiones I, II, III, IV) con la posibilidad de dar seguimiento con un cuestionario específico. La clasificación la determinan cuatro dimensiones estructurales de la depresión (humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía), seccionados en rasgos psíquicos y somáticos (Alonso-Fernández, 1998).

Como se puede apreciar, existen diversas formas para medir la depresión e incluso llegar a un diagnóstico, el uso de las entrevistas a los usuarios y la aplicación de pruebas debe ser un sistema cada vez más completo empleado por profesionales de la salud mental que realicen un trabajo ético.

## **DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN**

Gran parte de las personas que se han diagnosticado con depresión en México no son tratadas de manera eficaz. Según datos de la OMS, uno de cada cuatro pacientes que solicitaban servicios de salud, cursaban con un problema de salud mental, siendo la depresión y ansiedad los más comunes. Adicionalmente, casi la mitad de los casos de depresión o ansiedad no se diagnosticaron, y solo la mitad de los que se identificaron recibieron un tratamiento que incluyó una prescripción médica (Wagner et al., 2012).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2007) al revisar la edad de primera ocurrencia de los trastornos mentales y el tiempo que tardan en recibir atención, se encontró que a pesar de que una elevada proporción de los casos de trastornos mentales hicieron algún contacto para su tratamiento, al menos 30% nunca recibió ayuda (a pesar de tener sintomatología suficiente para algún trastorno depresivo); más aún, sólo 16% recibieron atención durante el primer año en que se generó el trastorno por primera vez, y la mediana de demora en la búsqueda de atención para trastornos depresivos fue de 14 años (Wagner et al., 2012).

Existen diversas formas para que una persona sea atendida cuando padece depresión, una de ellas es la atención médica: medicamentos antidepresivos, siendo los más conocidos la fluoxetina, la sertralina e imipramina; estos medicamentos actúan de diversas maneras en el cerebro de la persona deprimida para ir aliviando paulatinamente los síntomas, sin embargo, requiere de un periodo de dos a seis semanas antes de que comiencen a verse resultados y una vez que los síntomas se han reducido, el paciente debe continuar el tratamiento médico por otros cuatro o cinco meses. Las personas gravemente deprimidas para las que son ineficaces los medicamentos pueden ser candidatas a la terapia electroconvulsiva, este tipo de atención es la menos utilizada debido a las connotaciones negativas que se le asocian, consiste en aplicar un voltaje eléctrico moderado al cerebro del paciente por medio segundo, en respuesta a ello el paciente sufre de una breve convulsión que dura entre 30 y 40 segundos; los pacientes con depresión grave muestran mejoría temporal después de cuatro tratamientos. (Halgin y Krauss, 2009).

Otro tipo de atención es la atención psicológica, esta comprende diversos enfoques, uno de ellos es la **terapia conductual** la cual comienza con la evaluación de la frecuencia y calidad de actividades e interacciones sociales del paciente, posteriormente el terapeuta implementa un tratamiento que ayude al cliente a modificar su entorno, le son enseñadas habilidades sociales y se le exhorta para que busque actividades placenteras, todo acompañado de psicoeducación y la asignación de tareas para lograr los cambios conductuales deseados. Otro enfoque es la **terapia cognitiva** el cual se centra en los pensamientos negativos del cliente, se orienta en sus problemas actuales y su solución, se identifican y vigilan los pensamientos disfuncionales automáticos del paciente y se le hace ver al cliente la relación entre pensamientos, emociones y conducta, se evalúa lo razonable de sus pensamientos, se le enseña a debatirlos y a sustituirlos por pensamientos más razonables y funcionales, también le son asignadas tareas para lograr los cambios deseados. La **terapia interpersonal** evalúa la magnitud y naturaleza de la depresión, según el tipo de síntomas se conjunta la medicación junto con un plan de tratamiento que se enfoca en los

problemas primarios el cliente: problemas interpersonales, transiciones de roles, entre otros (Hales y Yudofsky, 2000). La **terapia psicoanalítica** busca resolver el conflicto básico y erradicar las defensas patológicas, además de comprender el origen de la depresión por parte del paciente para el posterior alivio de los síntomas. Se da un mayor énfasis en los hechos interpersonales del paciente y en la interpretación que hace el terapeuta sobre la transferencia ya que mediante ésta, se desalienta la neurosis de transferencia y se fomenta la alianza terapéutica, además suele combinarse con agentes psicotrópicos; este tipo de psicoterapia suele extenderse por varios años (Kaplan y Sodock, 1987).

Como se aprecia, existen muchas formas de tratar la depresión, sin embargo, es fundamental que como psicoterapeutas brindemos un servicio que aporte resultados de una forma rápida y a largo plazo.

En un estudio realizado por Borges (Borges et al., 2006) para la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica se ilustra que sólo cerca de la mitad de los pacientes recibieron un tratamiento que puede ser calificado como «mínimamente adecuado» por cumplir con lineamientos básicos estandarizados; sin embargo, cuando se utilizaron criterios más rigurosos de calificación, los autores encontraron que menos de 20% de los servicios cumplieron los requisitos de adecuación (Wagner et al, 2012).

En un estudio realizado por Benjet et al (2004) se encontró que el 2% de la población nacional ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia, con un promedio de siete episodios en toda su vida, siendo el primero persistente por 31 meses, durante los cuales no reciben tratamiento; es decir, la detección y el tratamiento de la depresión a nivel nacional no se da de manera adecuada.

Lamentablemente no solo los problemas de salud mental no se diagnostican y tratan a tiempo, sino que también está poniéndose en duda cuán efectivos son los tratamientos que se les ofrecen a los pacientes en cuanto a su calidad, efectividad y durabilidad.

Los niveles de discapacidad y sufrimiento que puedan generar los trastornos depresivos no son mínimos, muy por el contrario, debido a su volumen y a que no son atendidos adecuadamente, los problemas de depresión en los primeros niveles generan un enorme sufrimiento y discapacidad, así como elevados costos financieros.

## CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

### INTERVENCIÓN BASADA EN EVIDENCIA

Como lo menciona Mustaca (2003) la psicología tiene, como toda ciencia, dos propósitos generales: crear leyes comprensivas sobre su objeto de estudio (ciencia básica) y tecnologías que permitan acciones eficaces (ciencia aplicada). Estas estrategias deben tener un sustento empírico que confirmen su eficacia mediante un proceso de investigación; sin embargo, la necesidad de aliviar el sufrimiento humano nos ha llevado a utilizar prácticas psicoterapéuticas que son una mezcla entre intuición y especulaciones. Alrededor de 1950 comenzaron a aparecer técnicas terapéuticas validadas empíricamente que se fundamentan en el conocimiento de los principios de la conducta, esto ocurrió más intensamente desde el advenimiento de la terapia de conducta. Desde los estudios de Eysenck (1952) sobre la ineficacia de los tratamientos psicológicos de la época, su publicación provocó bastante inquietud en el mundo científico; así fue como pugnó porque se hicieran estudios sobre la eficacia de los tratamientos y consideró que la investigación básica y aplicada debía ser el sustrato fundamental para una práctica clínica eficaz.

Según señalan Llobell, Frías y Monterde (2004. p. 3) “En 1996 se cambia el término de ‘tratamiento empíricamente validado’ por el de ‘con apoyo empírico’ y en el informe de 1998 de la APA aparece por primera vez la distinción conceptual entre la ‘eficacia’ de los tratamientos psicológicos y su ‘efectividad’”

Debido a la gran proliferación de tratamientos psicológicos, se ha buscado aplicar en la práctica clínica sólo aquellos que estén basados en evidencia científica, es así como surgió la Práctica Clínica Basada en Evidencia. La preocupación por fundamentar la práctica profesional sobre la evidencia empírica no es nueva y comenzó hace siglos (Llobell et al., 2004) es por esto que hoy por

hoy se busca aplicar únicamente los tratamientos psicológicos con validez empírica.

Según el estudio realizado por Llobell et al (2004) la distinción entre eficacia y efectividad del tratamiento fue especialmente popularizada por el trabajo de Seligman (1995) donde los pacientes que recibieron psicoterapia lograron mejores resultados que los del grupo control, dando como conclusión que la intervención aplicada fue identificada como 'tratamiento con apoyo empírico'.

Después de la realización de diversos estudios para destacar y promover intervenciones con evidencia científica, se ha definido el área de Psicología Clínica Basada en Evidencia, su principal objetivo es difundir la aplicación de tratamientos psicológicos que han sido sometidos a pruebas científicas. La Psicología Clínica Basada en Evidencia se guía con base a algunas consideraciones generales; partiendo de que los profesionales de la psicología clínica deben tomar decisiones sobre el diagnóstico, pronóstico y la intervención más adecuados para el paciente que acude a consulta, nos lleva a plantearnos que tomar esta decisión no es fácil y que la solución debe tener en cuenta tanto el juicio clínico, la experiencia del terapeuta, la evidencia que aportan los datos y las preferencias del paciente que además se encuentra inmerso en un contexto social determinado (Llobell et al., 2004).

Es por todo lo anterior que uno de los principales deberes y obligaciones del psicólogo, es elegir aquel tratamiento psicológico que esté respaldado por pruebas científicas con apoyo empírico, para brindar atención de calidad y en un periodo más breve para aliviar el malestar del paciente en cuestión.

Según la APA, la determinación de la eficacia de un tratamiento viene avalada por la presencia de tres criterios: a) estar respaldado por la existencia de dos o más estudios rigurosos de investigadores distintos con diseños experimentales intergrupales, b) contar con un manual de tratamiento claramente descrito, y c) haber sido puesto a prueba en una muestra de pacientes inequívocamente identificados (Echeburúa et al., 2010).

Una vez establecidos los criterios para denominar los tratamientos eficaces, los resultados de las investigaciones de Vera-Villarroel (s/f) demuestran que solo unas pocas intervenciones pueden ser consideradas efectivas, siendo las terapias conductuales y cognitivo-conductuales las que cuentan con la evidencia suficiente para ser consideradas como intervenciones bien establecidas por sobre otros modelos teóricos.

Por otro lado, en las investigaciones de Llobell et al (2004) los autores revisaron las publicaciones más recientes de la revista de la APA, donde encontraron una lista con los tratamientos con apoyo empírico, en esta lista se encuentran las orientaciones: conductual, cognitiva, impersonal, familiar, entre otras, siendo las más comunes la cognitivo-conductual y la conductual.

Dado que una prioridad para el psicólogo actualmente es brindar atención de calidad y basada en evidencia empírica, cabe señalar que, como es bien sabido, la terapia de conducta utilizó estrategias experimentales para validar sus tratamientos desde sus comienzos. Según señala Mustaca (2003) las intervenciones validadas empíricamente que cumplen los criterios establecidos por la APA, el 84.21% son de terapia de conducta, el 10.53% de terapia interpersonal y el 5.26% de terapia cognitiva, y estos son válidos para diferentes tipos de trastornos.

En España, la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPYS) elaboró un documento con el objetivo de dar a conocer los tratamientos psicológicos de los cuales se dispone, el documento realizado por Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo (2003) proporciona una lista de los tratamientos que tienen apoyo empírico para diferentes trastornos en adultos y para trastornos en niños y adolescentes, destacando especialmente la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (Llobell et al., 2004).

Vera-Villarroel (s/f) realizó una serie de investigaciones realizadas dentro del proyecto "Diseño, aplicación y evaluación de intervenciones psicológicas chilenas basadas en evidencia". La primer investigación se tituló "Intervención

cognitivo conductual aplicado a adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva", El objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención de corte cognitivo conductual aplicada a 32 adolescentes divididas en grupo control y grupo experimental, las técnicas utilizadas fueron: reestructuración cognitiva, ensayos conductuales, técnica de relajación y resolución de problemas. Los síntomas se evaluaron mediante el Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención. Los análisis estadísticos mostraron que la intervención fue efectiva para la reducción de síntomas en los análisis antes-después, así como en la comparación con el grupo control.

Otro estudio que realizó este investigador consistió en brindar una intervención cognitivo conductual como taller grupal breve de ocho sesiones dirigido a mujeres diagnosticadas con trastorno mixto ansioso-depresivo, las técnicas usadas fueron: técnica de relajación de Jacobson, ensayo conductual, reestructuración cognitiva, técnica de solución de problemas, entrenamiento en asertividad e imaginación guiada. Se determinó que el tratamiento fue efectivo reduciendo la sintomatología en las evaluaciones pre-post y en la comparación con el grupo control (Vera-Villarroel, s/f).

Posteriormente, el autor evaluó el efecto de una intervención cognitivo conductual dirigida a un grupo de adultos mayores con el objetivo de disminuir los síntomas de ansiedad y depresión. El tratamiento duró un mes con dos sesiones semanales de dos horas cada una, participaron 38 sujetos adultos mayores con edades entre los 63 y 76 años diagnosticados con depresión leve a moderada y sintomatología ansiosa, fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas usadas fueron relajación progresiva, reestructuración cognitiva, psicoeducación y programación de actividades agradables. Se realizaron mediciones pre, post y seguimiento a las dos semanas y al mes de finalizada la intervención. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones del tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas (Vera-Villarroel, s/f).



Por último, el autor realizó una intervención cognitivo conductual intensa para reducir los índices de depresión y timidez en un grupo de 10 personas con 30 años en promedio. Todos los participantes eran maestros de secundaria y participaron en un taller de desarrollo personal, los instrumentos utilizados fueron Inventario de Depresión de Beck, Escala de orientación Vital y la Escala de Timidez. El tratamiento consistió en un taller de cinco sesiones de cuatro horas de duración. Los participantes respondieron los cuestionarios en la primera sesión. Durante el taller se aplicaron las siguientes técnicas: Relajación, psicoeducación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, planificación de actividades y ensayo conductual. Los resultados indicaron una disminución estadísticamente significativa para la depresión y la timidez. De acuerdo a los resultados de las diversas investigaciones de Vera-Villarreal (s/f) se concluye que las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado ser confiables y aplicables a diversos grupos de edad con resultados óptimos y a corto plazo.

Con lo anterior no se pretende mencionar que otros modelos teóricos no sean efectivos, sin embargo, aún no hay evidencia empírica que los apoye.

En la actualidad ya no solo se trata de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, como lo hemos estado revisando, sino que se debe demostrar que dicha terapia es más eficaz que otras alternativas y en mejores condiciones. Si bien, se han dado grandes avances en cuanto a los resultados de las investigaciones con tratamientos farmacológicos, también se han dado avances importantes en cuanto a la investigación en materia de tratamientos psicológicos, sin embargo, estos avances no se difunden de manera muy veloz (Echeburúa et al., 2010).

Las ventajas de la psicología clínica basada en evidencia según Echeburúa et al (2010) son, entre otras, que los organismos públicos y las compañías de seguros pueden contar con criterios para financiar selectivamente sólo las terapias empíricamente validadas; los profesionales y los pacientes pueden contar con información clara para saber qué tipo de ayuda ofrecer o buscar según sea el caso; los profesores universitarios podrán formar a los futuros psicólogos sólo en

aquellas terapias que han mostrado su utilidad, entre muchas otras. En la lista actualizada de los tratamientos psicológicos apoyados empíricamente para trastornos específicos pueden obtenerse varias conclusiones, entre las que se destacan: a) la superioridad de las terapias cognitivo-conductuales como tratamientos de elección y b) la ausencia generalizada de las terapias psicodinámicas, a excepción de la terapia interpersonal para la depresión y la bulimia y quizá algunas intervenciones psicodinámicas breves.

La tabla actualizada para el trastorno depresivo específicamente se presenta a continuación:

Tabla 1. Terapias con evidencia empírica. Basado en Echeburúa et al (2010)

Tipos de tratamientos	Evidencia empírica
<b>DEPRESIÓN</b>	
Terapia cognitiva para la depresión.	Dobson (1989)
Terapia conductual para la depresión.	Jacobson et al. (1996)
Psicoterapia interpersonal para la depresión.	DiMascio et al. (1979) Elkin et al. (1989)
Terapia dinámica breve.	Gallagher-Thomson y Steffen (1994)

Echeburúa et al (2010) han destacado una situación muy importante con respecto a las diferencias entre la investigación y la práctica clínica, señalando que las principales discrepancias se encuentran entre a) pacientes: en la investigación son homogéneos y sin comorbilidad, mientras que en la práctica clínica son heterogéneos y con diversos trastornos; b) terapeutas: durante la investigación están muy motivados y tienen poca experiencia, mientras que en la práctica clínica se encuentran menos motivados pero con mayor experiencia profesional; c) el tratamiento: en la investigación el contenido es rígido y hay un menor número de sesiones que además son fijas, por otro lado, en la práctica clínica el contenido es más flexible y no hay número fijo de sesiones por lo que

pueden extenderse; y d) seguimiento: en la investigación suele ser largo (6 meses a un año) mientras que en la práctica clínica suele ser corto o inexistente.

Debido a lo anterior, lo más recomendable sería realizar estudios tanto en condiciones experimentales como en la práctica clínica real. Lo cual redundará en una amplia cobertura de ambos extremos, logrando así una mejora en cuanto a los resultados obtenidos de ambas condiciones.

Para Echeburúa et al (2010) el enfoque orientado a ofrecer terapias eficaces, breves y a un menor costo trata de determinar que los resultados justifican una inversión a *nivel terapéutico* (costo de la terapia), a *nivel sanitario* (ahorro de tratamientos posteriores) y a *nivel social* (menos ausentismo laboral, menor uso de recursos sociales, prevención de problemas a nivel familiar, etc.) Como retos a futuro los autores exponen que se debe mejorar la calidad de las intervenciones formando profesionales clínicos que comprendan y empleen la metodología de investigación y desarrollen un espíritu crítico para refinar la información científica a la que tienen acceso.

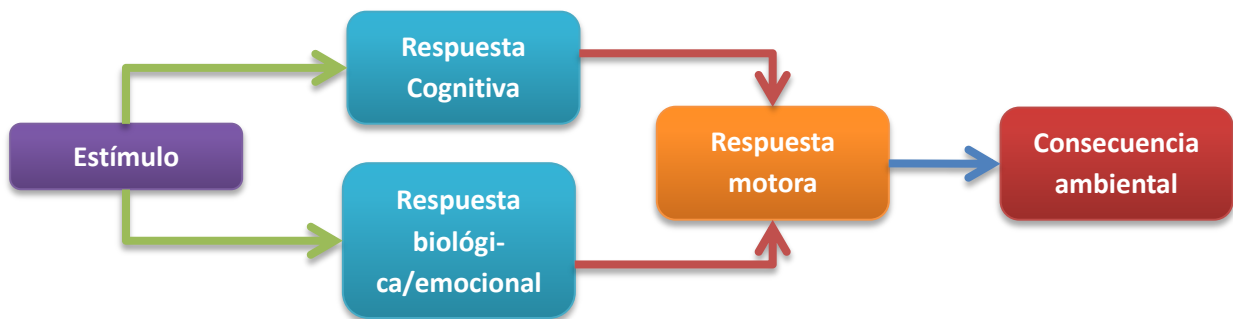
Como conclusión, la existencia de tratamientos empíricamente validados no descarta el necesario ajuste de los procedimientos a las características de cada paciente, es decir, buscar en todo momento adaptarse como terapeuta a las necesidades del paciente.

## **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

Las terapias cognitivo-conductuales provienen de una larga tradición de terapeutas y son resultado de un largo proceso evolutivo. En los años sesentas surgió una gran insatisfacción con las bases teóricas y empíricas del enfoque conductual estricto, aunado a ello, los descubrimientos de terapeutas cognitivos como Ellis (1980) y Beck (1976), provocaron que surgiera como un nuevo modelo las terapias cognitivo-conductuales (Mahoney et al., 1997).

Como lo señalan Dumont y Corsini (2003), la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se basa en los principios y procedimientos de la psicología experimental, teoría según la cual el comportamiento normal y anormal se mantiene y modifica en función de sucesos ambientales; la influencia de estos sucesos externos sobre los individuos está determinada principalmente por procesos cognitivos, que a su vez se ven afectados por las consecuencias sociales y ambientales de la conducta. Es así como la teoría de la terapia cognitivo conductual enfatiza la reciprocidad entre el comportamiento y las consecuencias ambientales para el desarrollo de métodos para el cambio conductual autodirigido.

Riso (2009) propone un esquema que permite identificar los estímulos que operan sobre un individuo y la forma en que éste genera distintas respuestas en dicho organismo. Este esquema puede apreciarse a continuación:



Según este esquema y desde la perspectiva cognitiva, los estímulos operan sobre los individuos provocando respuestas tanto cognitivas (pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas) como fisiológicas y emocionales; es a través de estos sistemas que se producen respuestas motoras que provocan consecuencias ambientales. Es de este modo como se explica la relación entre lo que las personas piensan, sienten y hacen (Riso, 2009).

La terapia cognitiva parte del modelo diátesis-estrés, que afirma que para que se pueda dar la patología, deben de presentarse uno o más eventos estresantes así como la vulnerabilidad cognitiva, es decir, formas inadecuadas de

procesar la información junto con eventos estresantes dan como resultado los trastornos emocionales (Riso, 2009).

El objetivo de la terapia cognitiva es producir un cambio en el sistema de creencias de los pacientes para que permita modificar tanto las emociones como las conductas de las personas (Beck, 2000).

En el enfoque cognitivo-conductual los programas de intervención están diseñados para ayudar a los pacientes a ser conscientes de sus procesos cognitivos y enseñarles a darse cuenta, captar, registrar e interrumpir las cadenas cognitivo-afectivo-conductuales para producir respuestas de afrontamiento mucho más adaptativas; de igual manera se les ayuda a prevenir recaídas identificando situaciones de alto riesgo y ensayando formas de manejar las circunstancias (Mahoney et al., 1997)

La Terapia Cognitivo Conductual es una forma de tratamiento psicológico cuya premisa básica parte de que el malestar asociado a los desórdenes mentales se origina debido a la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales, mismas que también los mantienen. En este tipo de terapia, el terapeuta hace uso de estrategias tanto cognitivas como conductuales, que tienen como objetivo la flexibilización y la modificación de los esquemas disfuncionales y de los pensamientos automáticos de los pacientes, enseñando una gama de conductas más adaptativas para afrontar sus problemas (Hernández y Sánchez, 2007).

En la TCC el tratamiento implica una evaluación detallada y continua de cada uno de los problemas del paciente, enfocándose el terapeuta principalmente en los determinantes actuales del comportamiento. La idea central de la terapia cognitivo conductual es que las personas se describen mejor a través de aquello que piensan, sienten y hacen en situaciones específicas; una vez que el panorama acerca del problema del paciente está planteado, el terapeuta selecciona las distintas técnicas que se incluyen en un programa de tratamiento multimodal, mismo que es diseñado para modificar la situación problema en todos sus

aspectos. Los terapeutas cognitivo conductuales funcionan como solucionadores de problemas, proporcionando apoyo emocional y promoviendo la participación del paciente para lograr los objetivos dirigidos a cambiar su conducta (Dumont y Corsini, 2003).

Riso (2009) señala que para el tratamiento cognitivo es necesario enfatizar en los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, debido a que es de esta forma como se mantienen las emociones y conductas negativas, es por esto que un primer objetivo del terapeuta cognitivo es determinar la o las fuentes del problema y así atacar los síntomas de la manera más eficiente.

Como lo señala Beck (2000) la terapia cognitiva parte de la formulación del problema del paciente en términos cognitivos, requiere una sólida relación y alianza entre el paciente y el terapeuta, otro principio básico es que el terapeuta debe enfatizar la participación activa del paciente en cada sesión, otro principio es que esta terapia está orientada al logro de objetivos y se centra en problemas determinados, se concentra en el presente, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta, es limitada en el tiempo, las sesiones son estructuradas pero al mismo tiempo son flexibles, además ayuda a que los pacientes identifiquen, evalúen y modifiquen sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y utiliza una gran cantidad de técnicas para el logro de objetivos ya que se basa en el método científico.

Esta terapia es más breve y directiva que otros tipos de tratamiento, ya que está orientada hacia objetivos específicos, se centra en la modificación de cogniciones y conductas usando tareas para casa y la práctica repetida de habilidades que ayudan a que el paciente adquiera una nueva perspectiva sobre su vida. En este tipo de terapia, la relación terapeuta-paciente es fundamental, ya que uno de los objetivos es también que el paciente sea capaz y competente para hacerse cargo de sí mismo y de su mejoría, ya que se basa en el supuesto de que instruir a la persona en el conocimiento sobre su propio trastorno, su origen y los factores que contribuyen a su mantenimiento es una parte fundamental del tratamiento, es de esta manera que la psicoeducación en la fase inicial de este

tipo de tratamiento es primordial; es así como se le instruye al paciente en que será un sujeto activo en el proceso terapéutico. Comúnmente, en la TCC, el tratamiento consta de 15 a 20 sesiones aproximadamente, la primera tarea suele ser la reformulación del problema del paciente, ayudándole a verbalizarlo y redefinirlo en síntomas específicos para así formular un plan de tratamiento (Cruz, 2013).

Debido al trabajo de Albert Ellis, Aaron Beck y Arnold Lazarus que destacan el papel de los procesos cognitivos y afectivos en el origen de las patologías mentales y en el proceso del cambio conductual, estos tres autores son denominados los principales dentro del área cognitivo-conductual (Mahoney, 1997).

Una forma de Terapia Cognitivo Conductual es la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) creada por Albert Ellis (1962) que sostiene que las personas no solo se trastornan por las adversidades que les suceden, sino que es lo que se dicen a sí mismos sobre su ambiente desafortunado lo que provoca las consecuencias emocionales y conductuales desagradables (Dumont y Corsini, 2003).

Según Ellis (1980) la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) es una teoría de personalidad, una filosofía y una técnica de tratamiento psicológico; este modelo conocido como el modelo ABC, sostiene que A es el acontecimiento desencadenante o activador que, aunque se sitúa en el momento presente puede estar asociado a conductas, pensamientos o sentimientos pasados; B son las creencias irracionales o racionales que alberga la persona ante el acontecimiento, y finalmente C son las respuestas conductuales y emocionales del sujeto, derivadas de dichas creencias. Según este modelo, la terapia consiste en hacerle ver al paciente que su filosofía es irracional y contraproducente, enseñar al paciente a modificar las creencias irracionales que surgen en B atacándolas buscando evidencia que las apoye o deseche, y sustituirlas con afirmaciones más positivas y realistas. Este proceso consta de tres fases: 1) se debe enseñar al paciente a identificar pensamientos perturbadores que se basan en creencias

ilógicas usando autorregistros de situaciones, pensamientos, emociones y conductas, 2) debatir y desafiar de forma científica y realista las creencias ilógicas básicas del discurso del paciente y 3) enseñar al paciente a sustituir las creencias ilógicas por creencias más lógicas por sí solo.

Ellis (1980) define los pensamientos racionales como sentimientos apropiados que ayudan a la sobrevivencia y contribuyen a la felicidad de los seres humanos, es decir, que una persona ha decidido vivir con felicidad, aceptando lo que existe en el mundo real, relacionándose con la sociedad; mientras que la irracionalidad es el sentir y actuar inapropiadamente, lo que interfieren en la vida y le causan daño innecesario y sin justificación.

Kazdin (2000) señala que los eventos cotidianos provocan una serie de pensamientos llamados autoverbalizaciones, estas, dependiendo el tipo de pensamiento, conducen a una serie de emociones como el enojo, disgusto, tristeza, etc. y a conductas negativas como actos vengativos, intentos de suicidio, entre otros; las experiencias de estrés se encuentran fomentadas o incentivadas por las verbalizaciones nos hacemos nosotros mismos.

Algunas de las creencias irracionales que mantienen las personas son: que deben ser competentes en todo y agradables para todos, la vida siempre debería ser justa, deben tener soluciones rápidas para los problemas, entre muchas otras; el problema central con dichas creencias es que implican absolutos ("debo de", "debería" y "tengo que") que no admiten excepciones ni la posibilidad de cometer errores. Diversos estudios han demostrado que las técnicas de la TREC permiten que los pacientes reinterpreten sus creencias y experiencias negativas bajo una luz más positiva disminuyendo la probabilidad de deprimirse (Morris y Maisto, 2005).

Mahoney (1983) realizó un listado de las ideas irracionales propuestas por Ellis, estas se enumeran a continuación:

- 1) Idea de que es una necesidad terrible ser amado por todos y por todo lo que se hace.



- 2) Idea de que ciertos actos son horribles y perversos y que la gente que realiza tales actos debería ser severamente castigada.
- 3) Idea de que es horrible cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran.
- 4) La miseria humana es causada externamente y es forzada por gente y eventos externos.
- 5) Si algo es o puede ser peligroso uno debería estar terriblemente preocupado por ello.
- 6) Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades personales y las autorresponsabilidades.
- 7) Uno necesita algo más fuerte/grande que uno mismo en lo cual confiar.
- 8) Uno debería ser completamente competente, inteligente y exitoso en todos los aspectos.
- 9) Porque algo afectó una vez fuertemente nuestra vida, debería afectarla indefinidamente.
- 10) Uno debe tener control cierto y perfecto sobre las cosas.
- 11) La felicidad humana se puede lograr por inercia o inactividad.
- 12) No tenemos control sobre nuestras emociones y no es posible ayudar a sentir ciertas cosas.

Una cuestión importante es que la TREC puede ser aplicada siguiendo un enfoque didáctico, donde el terapeuta enseña de forma directa las alternativas racionales de las creencias irracionales del paciente explicando en todo momento cómo y por qué es incorrecta esa forma de pensar; por otro lado existe el enfoque Socrático, donde el terapeuta desafía las creencias irracionales del paciente a manera de conducirlo hacia el autodescubrimiento de una forma distinta de pensar, este último enfoque es el preferido por muchos terapeutas para llevar de la mano al paciente hacia su mejora (Olivares y Méndez, 2005).

Ellis (1980) señala que la TREC puede ser aplicada para ayudar a que los pacientes superen los estados de depresión y conductas inapropiadas en un tiempo relativamente breve, ya que es un enfoque amplio y múltiple, es decir,

emplea métodos cognitivos, emotivos y conductuales, utiliza un lenguaje simple y fácil de entender y aplicar.

La TREC se ha utilizado en diversos problemas clínicos, principalmente en trastornos con base a la ansiedad y depresión, etc. aunque puede extenderse a la aplicación de situaciones cotidianas (Kazdin, 2000).

Otro tipo de terapia cognitivo conductual es la Terapia Cognitiva de Aaron Beck, tuvo gran auge para tratar la depresión durante los años ochenta, aunque este tipo de terapia se centra en los procesos y productos cognitivos, no es un modelo exclusivamente cognitivo (Caballo, 2008).

Beck desarrolló la terapia cognitiva, este tipo de terapia es estructurada y breve, se centra en la problemática presente del individuo para resolver problemas actuales, se centra en modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales (Beck, 2000).

Beck describió su teoría basándose en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, esta teoría considera que todos los síntomas se mantienen debido al contenido de pensamiento negativo hacia uno mismo, el mundo o el futuro (Triada cognitiva de Beck). El pensamiento negativo se origina por un mal procesamiento de la información y de la minimización de los aspectos positivos, mismas que se traducen como reglas de conducta, suposiciones básicas o creencias nucleares (Lyddon y Jones, 2002).

Beck (1976) señaló que la psicoterapia cognitiva postula que los individuos deprimidos tienen esquemas cognitivos muy característicos y pueden ser activados ya sea por dificultades específicas o inespecíficas. Cuando el esquema cognitivo es activado domina el pensamiento y produce fenómenos afectivos y motivacionales característicos de la depresión.

Si bien es cierto, es necesaria una predisposición de los individuos para percibir negativamente el ambiente o el mundo que les rodea, los esquemas sobre sí mismos y el futuro, también se demostró que es necesario que se presenten

experiencias aversivas de la vida para crear el tipo de pensamiento negativo característico de la depresión, así, cuando sucede algún acontecimiento desagradable los esquemas subyacentes se activan y surgen las cogniciones negativas; es así como se presentan los síntomas afectivos, conductuales y emocionales característicos de la depresión (Lyddon y Jones, 2002).

La forma en que se autorrefuerza el mecanismo anterior es la siguiente: "Cuando una persona experimenta un estado de ánimo deprimido hay una mayor accesibilidad a los pensamientos negativos, cuando la motivación es baja o una persona está físicamente inactiva se eleva la probabilidad de que ocurran acontecimientos aversivos, aumentando, por consiguiente la probabilidad de que el individuo pueda experimentar más cogniciones negativas, que a su vez agravarán aún más la experiencia depresiva" (Caballo, 2008. p. 496).

Este modelo describe la existencia de procesos cognitivos llamados *distorsiones cognitivas*, cuya principal característica es la capacidad de cambiar lo que podría ser un acontecimiento relativamente ambiguo o neutro en uno que es experimentado como negativo; las principales distorsiones cognitivas son las siguientes: a) Inferencia arbitraria: La persona llega a una conclusión en ausencia de evidencia empírica que la apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. b) Abstracción selectiva: La persona se centra en un detalle específico de su entorno ignorando otras características más relevantes. c) Generalización excesiva: La persona elabora una conclusión basándose en algunos hechos aislados y aplicándolo a todo tipo de situaciones. d) Magnificación y minimización: La persona comete errores al evaluar el significado o la magnitud de un acontecimiento. e) Personalización: La persona presenta la tendencia de atribuirse a sí mismo fenómenos externos, de lo cual no tiene evidencia. f) Pensamiento dicotómico: El paciente clasifica todas las situaciones bajo dos categorías opuestas y emplea usualmente las del extremo negativo. Al hacer referencia a los productos de la disfunción, Caballo (2008) señala que éstos no son puramente cognitivos, indicando que son de naturaleza multidimensional: es decir perturban

el ámbito cognitivo, conductual y afectivo, por lo que el éxito del tratamiento se basa en realizar una evaluación exhaustiva de dichas dimensiones.

Por lo que respecta al tratamiento de la depresión, Beck (1976) señaló que primero se debe hacer un examen de la vida pasada del paciente, esto para identificar origen y formación de los patrones de pensamiento desadaptados, tratando de mostrarle al paciente que responde selectivamente ante ciertas situaciones, después se busca identificar los pensamientos distorsionados llamados *pensamientos automáticos*, que lo llevan a estados de depresión, el objetivo es identificar, juzgar y corregir objetivamente las cogniciones distorsionadas, posteriormente. Con respecto a los *pensamientos automáticos*, Beck se refiere a que estos son cogniciones inferiores siendo automáticos y generándose por reflejo de manera involuntaria, es decir, invaden a la persona de pronto y suelen ser razonables en todo momento para el paciente generando intensos estados emocionales.

Caballo (2008) menciona que se debe enfatizar en la identificación y la modificación de los procesos y patrones cognitivos que son disfuncionales en el paciente; así, la Terapia cognitiva busca producir un cambio significativo en el afecto, la conducta y la cognición de las personas, siendo prioritario para la depresión el iniciar con el cambio conductual con menor énfasis en el cambio cognitivo. Partiendo de la premisa básica de que la manera en que los pacientes perciben y estructuran el mundo que les rodea es lo que determina sus emociones y su comportamiento, el trabajo del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de ello, para esto el paciente debe primero entender y aceptar que tiene pensamientos disfuncionales, posteriormente debe identificarlos cada vez que aparezcan y finalmente debe utilizar métodos para contrarrestarlos mediante experimentos y tareas en casa, entre otras técnicas conductuales.

Los objetivos de la psicoterapia cognitiva son principalmente modificar esquemas cognitivos específicos y provocar cambios en la organización del pensamiento de las personas, ya que la depresión surge de la percepción errónea

que se hace de los estímulos; de esta manera se busca disminuir la vulnerabilidad de los pacientes ante futuras depresiones (Beck, 1976).

Un tercer tipo de terapia cognitivo conductual es la Terapia Multimodal desarrollada por Arnold A. Lazarus, este modelo se basa en los principios de la psicología experimental y social y enfatiza que se debe abarcar siete factores: conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y aspectos biológicos; esta terapia enfatiza en la evaluación y el tratamiento de una manera más amplia, es altamente focalizada y de resolución de problemas, además se orienta a corto plazo. La relación terapéutica es fundamental, la compatibilidad y el rapport proveen el fundamento que permite el éxito de la terapia, basándose en la premisa de adecuar el tratamiento requerido al paciente específico (Dumont y Corsini, 2003).

Naranjo (2004) describe cada una de las dimensiones a las que hace referencia la teoría multimodal. Con respecto a la *Conducta*, señala que a los pacientes se les pregunta qué comportamientos les gustaría cambiar y cuales quisieran reducir, y se determinan las consecuencias de dicho cambio realizando evaluaciones durante el tratamiento. El *Afecto* se refiere a las emociones, estados de ánimo y sentimientos, se debe preguntar al paciente qué afectos experimenta más a menudo y cuales desearía experimentar con más o menos frecuencia. La modalidad de *Sensación* se relaciona con diversos sentidos, como tocar, saborear, oler, ver escuchar, aturdimiento, vértigo, dolor, relajación, placer, etc. una de las metas de la terapia es que los pacientes disminuyan las sensaciones negativas y aumenten las positivas. La *Imaginación* incluye los sueños, los recuerdos y las imágenes mentales del pasado, presente y futuro, está incluida la autoimagen de la persona, así, debe aprender a visualizarse a sí mismo persiguiendo los objetivos que desea alcanzar. En la dimensión de la *Cognición* se enseña al paciente a cambiar los esquemas rígidos que les ocasionan angustia ante la toma de decisiones, se les enseña a aceptar que el dolor, los fallos y el sufrimiento son inevitables en la vida, además aprenden la relación entre sus sentimientos y sus acciones, así como a analizar, cuestionar y modificar sus cogniciones. En las

*Relaciones interpersonales* se les pide que describan aquellas que les resulten problemáticas y las que les sean gratificantes, así, los pacientes describen los cambios que les gustaría lograr en su relación con otros. Por último, los *Aspectos biológicos* se relacionan con el bienestar físico general del paciente, se abarcan aspectos tales como hábitos de alimentación, de ejercicio, de sueño, entre otros, sin embargo, los problemas médicos deben ser canalizados con el especialista pertinente. Posteriormente se continúa con una detallada historia de vida del paciente y se evalúa la interacción de las diversas dimensiones, de esta manera se trabaja con las áreas problema de la persona, el terapeuta idea estrategias para el tratamiento que son aplicadas dentro y fuera de la sesión, como las tareas para casa, entre otras.

## **TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES**

Para el tratamiento de la depresión Nezu (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006) señala que las principales metas del tratamiento son:

- ❖ Disminuir el pensamiento disfuncional
- ❖ Optimizar la capacidad de solución de problemas
- ❖ Incrementar las habilidades de autocontrol
- ❖ Aumentar las habilidades sociales e interpersonales

Debido a lo anterior, las técnicas cognitivo conductuales propuestas para el tratamiento de la depresión son: entrenamiento en asertividad, relajación, solución de problemas y reestructuración cognitiva, mismas que se describen a continuación.

### **Entrenamiento en asertividad**

Fue en el año 1958 cuando Wolpe usó el término *asertividad* por primera vez, haciendo referencia a la expresión adecuada de las emociones en las

relaciones sociales, sin generar ansiedad o ser agresivos (Da Dalt y Difabio, 2002). A raíz de esta definición, se han elaborado conceptos de asertividad al paso de los años.

Para Gaeta y Galvanovskis (2009) la asertividad implica aceptarse y valorarse a uno mismo, respetar a los demás y a sus derechos, permanecer firmes en las propias opiniones, comunicar con claridad y directamente en el momento adecuado lo que se desea o pretende decir. Una persona asertiva es quien sabe decir "no", estableciendo límites de forma respetuosa; requiere saber escuchar y responder a las necesidades de los otros sin descuidar las propias.

Caballo (2008) refiere el término de conducta asertiva como sinónimo de habilidad social, lo cual implica características perceptivas, cognitivas, motoras y otras referentes al procesamiento de la información; el autor define una conducta socialmente habilidosa como las que son emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona, de una forma adecuada a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de problemas futuros.

La definición de habilidades sociales se delimita según las consecuencias y los objetivos que se persiguen, a saber: Conseguir la meta que se ha propuesto, fomentar una relación positiva con otras personas y mantener la autosatisfacción del paciente. Por otro lado, también se resalta la adecuación de la conducta social, misma que debe ser lograda a) de modo directo, sin ansiedad y de forma no amenazante ni punitiva y b) honestamente, es decir, respetando el derecho de actuar de los demás, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas futuros en sus interacciones sociales (Olivares y Méndez, 2005).

La conducta socialmente habilidosa puede definirse en función de la eficacia en tres aspectos: la eficacia para lograr los objetivos planteados (¿Lo hace lograr sus objetivos?), la eficacia para mantener o mejorar relaciones

interpersonales (¿Mantiene o mejora sus relaciones interpersonales?) y la eficacia para mantener su autoestima (¿Mantiene o mejora su auto-respeto/autoestima?) (Caballo, 2008).

Según Caballo (2008) las dimensiones que abarca la habilidad social son:

- Iniciar y mantener conversaciones
- Hablar en público
- Expresión de amor, agrado y afecto
- Defensa de los propios derechos
- Pedir favores
- Rechazar peticiones
- Hacer cumplidos
- Aceptar cumplidos
- Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- Disculparse o admitir ignorancia
- Petición de cambios en la conducta del otro
- Afrontamiento de las críticas

Para Olivares y Méndez (2005) las áreas a trabajar con los pacientes que presentan déficits en las habilidades sociales se encuentran:

- i. Expresar abiertamente y sin censura cualquier sentimiento
- ii. Expresar facialmente las emociones
- iii. Expresar opiniones contrarias cuando se está en desacuerdo
- iv. Emplear el pronombre personal 'yo'
- v. Aceptar cumplidos
- vi. Improvisar

Según Da Dalt y Difabio (2002) la asertividad se presenta como la interacción y el resultado de la educación familiar, sin embargo, la falta de aprendizaje de conductas asertivas dentro del seno familiar, la escuela, los pares o donde se desarrolle el sujeto, conlleva a no ser asertivos, lo cual puede llevar a que la persona sea agresiva o sea pasiva. La persona pasiva o no asertiva carece de habilidad para defender sus derechos e intereses porque no expresa sus



sentimientos y opiniones, prioriza las necesidades de los demás, lo cual influye de manera negativa en su autoestima. Por otro lado, la persona agresiva enfatiza y exige sus derechos y que sus necesidades sean cubiertas, se expresa sin considerar los derechos de los demás de manera violenta ya sea física o verbal.

A pesar de que durante la infancia no se haya desarrollado la asertividad, existe un área que trabaja para entrenar a las personas en habilidades específicas que les permitan ser más asertivos.

El entrenamiento en habilidades sociales se define como un enfoque directo y sistemático que consiste en enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en situaciones sociales específicas. Para llevar a cabo un programa completo de Entrenamiento en Habilidades Sociales se deben procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales. El entrenamiento asertivo consta de cuatro etapas, la primera es desarrollar en el paciente un sistema de creencias que mantenga el respeto por los derechos propios y personales así como por los derechos de los demás, después se busca que el paciente distinga entre las conductas asertivas, no asertivas o pasivas y las agresivas, a continuación se realiza la reestructuración cognitiva de la forma de pensar del paciente en situaciones concretas, seguido por el modelado de respuestas más apropiadas y eficaces por parte del terapeuta mientras el paciente representa a la persona con quien tiene problemas, para finalizar con el ensayo conductual de las respuestas asertivas en situaciones determinadas (Caballo, 2008).

## **Relajación**

Según Crespo y Labrador (2003) la relajación es un estado de hipoactivación y se considera una respuesta fisiológica opuesta al estrés, es decir, reducen la actividad fisiológica, sin embargo, también favorecen otros efectos de

carácter cognitivo, como el aumento de la sensación subjetiva de bienestar, focalización de la atención, mayor autocontrol, etc.

Las primeras publicaciones realizadas sobre la relajación progresiva fueron hechas por Jacobson (1929), Schultz (1932) publicó sobre la relajación autógena. Para Caballo (2008) la relajación constituye un proceso interactivo que consta de componentes fisiológicos, subjetivos y conductuales que interactúan como causa y producto del proceso.

Como refieren Olivares y Méndez (2005) las técnicas de relajación son procedimientos que buscan enseñar a las personas a controlar sus niveles de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas. Se sabe que ante cualquier cambio ambiental, interno o externo, el cuerpo se prepara para hacer frente a dicha demanda aumentando el nivel de activación fisiológico y cognitivo, así se crea la respuesta de estrés y una vez que la "amenaza" haya pasado el organismo vuelve a un estado de equilibrio, sin embargo, una constante manifestación de la respuesta de estrés sin la liberación de la energía acumulada puede perjudicar la salud del organismo. Se ha comprobado que los ejercicios de relajación y respiración son estrategias eficaces para disminuir la activación excesiva.

Las técnicas de relajación son un conjunto de procedimientos de intervención aplicadas muy a menudo dentro de la psicología clínica. Su importancia radica en la aplicación que se les dé, son usadas para casi cualquier tipo problema, aunque principalmente se aplican a problemas que implican un componente ansiógeno. Las técnicas de relajación son medios para alcanzar objetivos. El objetivo fundamental es dotar al paciente de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que le están produciendo tensión o ansiedad (Caballo, 2008).

Las principales técnicas son la relajación progresiva, relajación pasiva, relajación autógena y la respuesta de relajación (Caballo, 2008). Sin embargo, existen dos técnicas más que son necesarias para aplicar de forma idónea las

técnicas de relajación, Crespo y Labrador (2003) mencionan que para lograr controlar apropiadamente la activación fisiológica se debe entrenar para el control de la respiración, esto se basa en el aporte necesario de las cantidades de oxígeno para el adecuado funcionamiento del organismo, ya que si los niveles de oxígeno en el cuerpo no son suficientes, comienza la sensación de cansancio y tensión, dando como resultado un descenso de rendimiento y malestar general. Dado lo anterior, la importancia que cobra el entrenamiento en el control de la respiración, cuyo objetivo es conseguir una respiración profunda: abdominal y pectoral, propiciando el uso de los pulmones a toda su capacidad; y busca regular el ritmo inspiración-espирación dando como resultado un ritmo más pausado. Se ha comprobado que este tipo de respiración, por el movimiento del diafragma y los pulmones, contribuye a la relajación.

Otra técnica que contribuye a la relajación son las técnicas de visualización, es decir, crear una escena básica y personalizada que sea asociada con niveles profundos de tranquilidad y relajación, y se busca que el paciente imagine esa escena, partiendo del supuesto básico de que la representación mental de dicho lugar puede llegar a evocar en el organismo la misma reacción que la realidad. Algunas características de la escena relajante son que debe ser un lugar natural, como la playa, puede ser un lugar conocido o totalmente inventado, pero debe ser tranquilo y cómodo; también deben incluirse todas las modalidades sensoriales y añadir detalles como profundidad, movimiento y de ser posible echar mano de medios externos como difusores de aromas agradables, música, etc. (Crespo y Labrador, 2003).

### Técnica de Relajación Muscular Progresiva

La técnica original de Jacobson (1929) es demasiado larga, así que la mayoría de los autores realizan una adaptación. Ésta técnica busca enseñar a relajarse por medio de la alternancia sistemática entre tensión y relajación de los distintos grupos musculares, buscando que la persona aprenda a distinguir las sensaciones de tensión y relajación, a manera que cuando una persona perciba

tensión, pueda poner en marcha la técnica de relajación (Crespo y Labrador, 2003).

Para la realización de la técnica se debe tensar el músculo y mantener la tensión entre ocho y diez segundos, prestando especial atención en la sensación de los músculos en tensión, posterior a ello se debe comenzar a relajar el músculo para concentrarse en la sensación de relajación, los periodos de relajación suelen ser el doble de duraderos que los de tensión. La forma de aplicación de la técnica es iniciar con grupos musculares pequeños y, conforme se obtiene más destreza en la técnica, ir realizando cada vez menos los ejercicios de tensión y sólo la relajación muscular. El objetivo último es que cada persona aprenda a relajarse a sí misma ante cualquier situación y en cualquier lugar (Crespo y Labrador, 2003).

#### Técnica de Relajación Pasiva

Esta técnica es una adaptación de la Técnica de relajación pasiva ideada por Schwartz y Haynes (1974; como se citó en Caballo, 2008) y es muy similar a la Técnica de relajación progresiva, solo las distingue que la relajación pasiva no busca tensar los músculos, solo de relajarlos. Esto es importante ya que puede ser aplicado a personas que tengan problemas para tensar los músculos o que lo tengan contraindicado. El procedimiento consiste en relajar los grupos musculares alrededor de 10 segundos, se puede comenzar de la cabeza a los pies o viceversa. El tipo de voz usada por el terapeuta suele ser más lento y pausado, dando como resultado estados de relajación muy profunda (Caballo, 2008).

#### Técnica de Relajación Autógena

Esta técnica fue desarrollada por Schultz (1932) y consiste en focalizar la atención para lograr la relajación del paciente mediante autosugestiones sobre sensaciones de pesadez y calor en las extremidades, regular los latidos de su corazón, sensaciones de tranquilidad y autoconfianza, además de concentración en su respiración (Caballo, 2008). Como se puede apreciar, esta técnica utiliza únicamente elementos de sugestión para evocar la relajación, sin intervenir grupos musculares.

### La respuesta de relajación

La respuesta de relajación fue propuesta por Benson (1975) y utiliza métodos de la meditación para evocar la relajación. El supuesto básico es utilizar un mantra o palabra secreta para producir meditación profunda, según el creador de la técnica, cualquier mantra puede causar los cambios fisiológicos deseados, estos son: decremento en el consumo de oxígeno, decremento en la expulsión de dióxido de carbono y decremento en la tasa respiratoria. Esta técnica implica lo que se conoce como respiración activa, es decir, focalizar la concentración en una palabra que favorezca la respiración lenta y pausada, de esta manera se llega a la relajación (Caballo, 2008).

### **Solución de problemas**

Las terapias cognitivas fueron divididas por Mahoney y Arknoff en tres grandes grupos: Terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento y las terapias de solución de problemas; dentro de las terapias de solución de problemas destacan las más importantes: Terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971), la terapia de solución de problemas de interpersonales de Spivack y Sure (1974), y la ciencia personal de Mahoney (1974). Los acontecimientos que influenciaron el nacimiento de este modelo fueron: i) las investigaciones de Osborn (1963; como se citó en Labrador et al., 1995) y su técnica de la tormenta de ideas, ii) el desarrollo del modelo de competencia social, iii) la expansión del modelo cognitivo-conductual dentro de la modificación de conducta y iv) el impulso del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986), este modelo señala que debido a que los problemas de la vida son estresantes y que las emociones influyen en el proceso de solución de problemas, el entrenamiento en solución de problemas puede ser aplicado con éxito para un adecuado manejo del estrés. El objetivo fundamental de la terapia de solución de problemas es evitar consecuencias negativas produciendo consecuencias positivas. La premisa básica de esta teoría es que las personas

son solucionadores de problemas en potencia, y quienes poseen dicha habilidad para resolver conflictos poseen adecuadas competencias sociales. (Labrador et al, 1995)

Según D´Zurrilla (1971) existen tres niveles de solución de problemas: 1) Cogniciones de orientación al problema: son las cogniciones que definen la orientación general de las personas hacia los problemas de la vida (reconocimiento y calificación del problema, atribuciones causales, valoración del problema, creencias sobre la capacidad personal y compromiso de tiempo y esfuerzo para la resolución del problema), 2) Habilidades de solución de problemas específicas: tareas concretas dirigidas para resolver un problema particular (definir y formular el problema, generar soluciones alternativas, toma de decisiones, implementación de la solución y evaluación del resultado) y 3) Habilidades de solución de problemas básicas: son las habilidades cognitivas (sensibilidad hacia el problema, pensamiento alternativo, pensamiento medios-fines, pensamiento consecuencial, toma de perspectiva).

Como lo mencionan Olivares y Sánchez (2005) la técnica de resolución de problemas de D´Zurrilla y Goldfried (1971) se basa en el modelo cognitivo conductual y explica cómo deben las personas resolver los conflictos para incrementar su efectividad; esta técnica consta de cinco fases:

- 1) Orientación al problema: Busca desarrollar una actitud facilitadora al momento de hacer frente al problema y aumentar las expectativas de autoeficacia.
- 2) Formulación y definición del problema: El objetivo es definir el problema operacionalmente usando términos concretos y fijar objetivos específicos, concretos y realistas.
- 3) Generación de alternativas: Proponer una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema.

- 4) Toma de decisiones: Se deben valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la o las que pueden resolver mejor la situación.
- 5) Ejecución y verificación de los resultados: El objetivo es poner en práctica la decisión tomada, observar y registrar los resultados para compararlos con los objetivos planteados. Si el problema se soluciona finaliza el proceso, de lo contrario se revisan las fases anteriores. Por último, el sujeto debe darse un refuerzo como recompensa por el trabajo realizado.

Algunas de las aplicaciones más importantes de esta técnica han sido para tratar la conducta agresiva, antisocial, para tratar la negligencia paterna, y sobre todo depresión y ansiedad (Kazdin, 2000).

Según señalan Olivares y Méndez (2005) la técnica de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974) postula que existe una relación directa entre la habilidad para resolver problemas y el ajuste social, es decir, esta teoría busca incrementar las habilidades de solución de problemas interpersonales con el objeto de mejorar el ajuste social del individuo. Las habilidades que miden el ajuste social son las siguientes: a) Pensamiento alternativo: capacidad de generar soluciones alternativas, b) Pensamiento causa o medios-fines: habilidad para conceptualizar los medios necesarios para conseguir una meta, c) Pensamiento consecuencial: destreza para valorar y anticipar consecuencias. Este tipo de entrenamiento se comenzó aplicándolo con niños y adolescentes, enseñándoles cómo pensar por sí mismos y a resolver sus problemas.

La *ciencia* personal de Mahoney consiste en entrenar al paciente en el diagnóstico y control de su conducta problema. Para Mahoney un problema es percibido como la discrepancia entre lo que es y lo que debería ser, además existen tres causas principales de los problemas: la situación, el patrón de conducta y las cogniciones. Esta técnica consta de siete fases: i) especificar el área general de problema, ii) recoger información, iii) identificar causas, iv) examinar soluciones, v) delimitar y experimentar, vi) comparar el progreso y vii)

ampliar, revisar o reemplazar la solución. Esta técnica ha sido empleada con éxito a problemas de obesidad entre otros problemas de salud (Olivares y Méndez, 2005).

### **Reestructuración cognitiva**

La reestructuración cognitiva es un conjunto de enfoques y técnicas que tienen en común el hecho de que reconocen el papel mediador de la cognición sobre la conducta. Tomando como premisa básica que las percepciones, creencias, expectativas, atribuciones, interpretaciones y los esquemas cognitivos son los principales responsables de los problemas de las personas, las técnicas de Reestructuración cognitiva se enfocan a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los pacientes (Olivares y Méndez, 2005).

Según Ellis (1980) la reestructuración cognitiva es una técnica psicológica utilizada para disminuir o eliminar las reacciones emocionales no deseadas, controlando lo que se piensa ante situaciones conflictivas.

Los elementos que originan la perturbación emocional y conductual son: a) las personas desarrollan a edad temprana los *esquemas básicos* que organizan su sistema cognitivo, b) las personas pueden experimentar *pensamientos de forma automática*, es decir, sin razonamiento previo, c) las personas pueden tener *distorsiones cognitivas*, es decir, errores en el procesamiento de la información, d) las *situaciones estresantes* pueden activar los esquemas disfuncionales (Olivares y Méndez, 2005).

Beck describió los *pensamientos automáticos* como cogniciones negativas que se caracterizan por: Aparecer como reflejos (sin razonamiento previo), son irracionales e inadecuados, sin embargo el paciente los considera aceptables y válidos, además son involuntarios. Por otro lado, las *distorsiones cognitivas* fueron definidas como errores sistemáticos durante el procesamiento de la información (Olivares y Méndez, 2005). Las principales distorsiones cognitivas son:



- Abstracción selectiva: es la tendencia a prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. En general, el aspecto atendido es de carácter negativo y de poca importancia, mientras que los aspectos ignorados suelen ser positivos.
- Pensamiento dicotómico: es la tendencia a clasificar todo en dos en dos categorías extremas y opuestas: todo-nada, blanco-negro, bueno-malo.
- Inferencia arbitraria: tendencia a sacar conclusiones de una situación y que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión (Lectura del pensamiento, adivinación del futuro)
- Sobregeneralización: tendencia a sacar conclusiones generales a partir de un solo hecho aislado. La conclusión no se justifica porque asume que bajo cualquier circunstancia el mismo hecho volverá a ocurrir.
- Magnificación/minimización: tendencia a exagerar lo negativo de una situación, un suceso o una cualidad propia y a minimizar lo positivo.
- Personalización/despersonalización: tendencia a atribuirse la responsabilidad de sucesos ajenos y a no atribuirse la responsabilidad de sucesos propios. La personalización se manifiesta por la tendencia de autoculparse por todo lo que ocurre, mientras que la despersonalización se manifiesta por la tendencia de culpar a los otros.

Olivares y Méndez (2005) refieren que las fases de la reestructuración cognitiva son: 1) Educativa: Se instruye al paciente en el modelo de la Terapia cognitiva y la explicación de cómo los pensamientos influyen en las emociones y conducta de las personas. 2) Entrenamiento: Se entrena al paciente en la observación y el registro de sus pensamientos automáticos mediante una hoja de registro diario. 3) Examinar y someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos con el objeto de que el paciente tenga una idea más real del mundo y de sí mismo, apoyada en evidencias y datos empíricos. 4) Detección y modificación de los esquemas básicos: después de practicar el punto anterior se

debe encontrar un patrón de pensamiento, mismo que debe ponerse a prueba mediante la ejecución de experimentos que lleven a nuevos datos empíricos para encontrar evidencia a favor o en contra de dicho esquema cognitivo. Para lograr cambiar el sistema de creencias de los pacientes se pueden utilizar algunas técnicas como: Reatribución (determinar una porción razonable de responsabilidad sobre los acontecimientos negativos), Búsqueda de interpretaciones alternativas (buscar nuevas interpretaciones a los eventos que le suceden al paciente), Búsqueda de soluciones alternativas (buscar otras soluciones a un mismo problema que tiene el paciente), Cuestionar la evidencia (Preguntar "¿Qué evidencia tengo de...?"), Técnica de la triple columna (Anotar las situaciones que generan malestar emocional, pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas), Descentramiento (Refutar la creencia de que el paciente es el centro de atención en todas las situaciones sociales) y Contrastar predicciones catastróficas (descatastrofizar mediante autorregistros y verificar si se han cumplido las predicciones terribles que había hecho el paciente).

## CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Como es bien sabido, las psicoterapias buscan generar un cambio, ya sea de comportamiento, actitudes, emociones o en las relaciones interpersonales, basándose en esta premisa el ámbito psicológico equiparó la psicoterapia con la mejoría presentada por los pacientes, llegando a la conclusión errada de que los objetivos de la psicoterapia deben ser iguales para todos. Pérez (1975) determinó que la definición del término "curar" es muy ambigua, además, el término "mejoría" depende de los juicios realizados sobre los objetivos de la psicoterapia, es decir, le confiere un carácter muy subjetivo y limitado. Además se planteó las preguntas ¿La psicoterapia produce efectos? Y ¿Cuáles son estos efectos?, en su investigación encontró que en los años setenta, las publicaciones existentes sobre ese tema mostraban resultados distintos, lo cual impedía fijar una postura definitiva, ya que además existían contradicciones dentro de las mismas escuelas y semejanzas entre escuelas completamente opuestas en cuando a técnica y teoría se refiere.

Partiendo de la premisa de que "Toda actividad terapéutica está dirigida hacia un objetivo: en consecuencia, interrogarse sobre la eficacia de esta actividad y sobre la forma como ese objetivo es alcanzado, es perfectamente lógico" (Pérez, 1975, pp. 4) de esta manera, el "problema" de la definición y formulación del problema queda resuelto, dando cabida a la idea de que es lógica y necesaria la evaluación de la psicoterapia.

Pascual (2007) propone evaluar las intervenciones para ayudarnos a identificar los aspectos positivos y negativos de dicha intervención, además de los elementos que contribuyen al logro de los objetivos, también provee información para mejorar la práctica de las intervenciones, es decir, favorece el amplio conocimiento de los programas de intervención, de las instituciones y de los profesionales que llevan a cabo dichas intervenciones. La evaluación de la

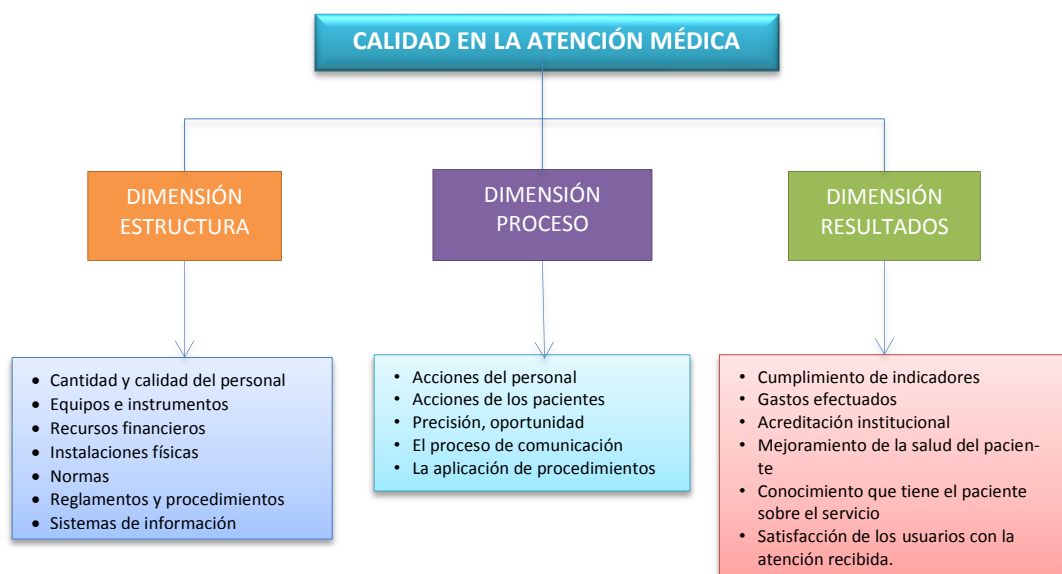
intervención permite recoger información sobre las necesidades de la población y adecuar la intervención a las necesidades reales, con ello se pueden contar con la planificación y recursos debidos para proveer un mejor servicio.

Para la realización de la evaluación de las intervenciones es necesario revisar primero algunos conceptos.

## CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Al hablar de calidad en cuanto a la asistencia sanitaria se refiere, pocas veces se encuentra una definición concreta y sencilla, iniciando con los antecedentes de este concepto se puede hablar de uno de los pioneros en cuanto a definición de calidad de servicios médicos, que fue Avedis Donabedian, quien en 1980 propuso que la “Calidad de la atención es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas su partes” (Net y Suñol, 2014. pp. 1). En otras palabras, la calidad de un servicio médico se define como los logros de los mayores beneficios disponibles, con los menores riesgos para el paciente.

Figura 1. Modelo de calidad de la atención médica. (Net y Suñol, 2014)



Posteriormente, la ISO (International Organization for Standardization) definió en 1989 la calidad de la asistencia médica como el grado en que las características de un producto o servicio dado cumplen los objetivos para los que fue creado, esta definición trasmite dos conceptos fundamentales: 1) Señala que la calidad de la asistencia puede medirse y 2) Señala que es el grado de cumplimiento de un objetivo (Net y Suñol, 2014).

Desde el año 1991, la OMS afirma que una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de forma total y precisa, destinando los recursos de forma oportuna y tan efectiva como el conocimiento actual lo permita (Net y Suñol, 2014).

Según el modelo propuesto por Donabedian (2005) existen tres componentes que determinan la calidad asistencial: 1) Componente técnico: Es la aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo de un problema de una persona de tal manera que se proporcione el máximo beneficio y sin aumentar sus riesgos; 2) Componente interpersonal: Basado en el supuesto de que la relación entre el profesional de la salud y el paciente debe seguir las normas y valores sociales que rigen las interacciones sociales de manera general; 3) Aspectos de confort: Son todos los elementos ambientales del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Las dimensiones que abarca la calidad son las siguientes:

- **Efectividad**: capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- **Eficiencia**: la prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- **Accesibilidad**: facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

- **Aceptabilidad:** grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- **Competencia profesional:** capacidad del profesional para una óptima utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios. (Net y Suñol, 2014)

Como lo señalan Net y Suñol (2014) la calidad de la asistencia debe planificarse, tomando en cuenta primeramente la definición de calidad, posteriormente diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, después se deben organizar y destinar los recursos necesarios; entonces puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez que se haya diseñado un sistema de medida que permita una rigurosa evaluación.

La metodología a seguir para la evaluación de la calidad asistencial según Net y Suñol (2014) es la siguiente: 1.- Establecer en cada momento cuál es la práctica considerada como "correcta", 2.- Compararla con la que estamos realizando, 3.- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas, 4.- Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos y 5.- Comprobar si estos cambios son eficaces. Los principales objetivos que persigue un plan de mejora de la calidad de los servicios ofrecidos son los siguientes: Lograr que el paciente obtenga el óptimo beneficio de la atención recibida, minimizar los riesgos que pudieran presentarse para el paciente, lograr los objetivos planteados con los recursos mínimos y garantizar el confort de los usuarios cumpliendo las expectativas de los mismos.

El éxito de un programa de mejoramiento de la calidad obedece a la presencia de ciertos factores, entre ellos que esté centrado en el cliente, y que sea sometido a una evaluación constante. Como lo indica Net y Suñol (2014. p. 6) "Los profesionales de la atención no son solo proveedores de satisfacción para los usuarios, sino que también aseguran la correcta atención por medio de los aspectos de la calidad técnica".

Recientemente, en el Centro de Estudios Psicológicos “Guillermo Dávila” comenzó una iniciativa para medir la satisfacción de los usuarios mediante la aplicación de un cuestionario según la Norma de Gestión de Calidad ISO 9001:2008. El cuestionario aplicado en este centro evalúa la satisfacción mediante un cuestionario estructurado con seis preguntas tipo likert; el cuestionario realiza preguntas con respecto a si el paciente recomendaría el centro a familiares o amigos, percepción de la atención en ventanillas, satisfacción con el trabajo del terapeuta, percepción de la utilidad de los servicios recibidos para hacer frente al problema actual y el bienestar desde el último encuentro con el terapeuta. Según el análisis estadístico realizado en 2014 el total de los usuarios que respondieron el cuestionario de satisfacción fue de 29, siendo el 66% mujeres y el 34% hombres, se encontró que los usuarios atribuyen su “cura” tanto al terapeuta como al lugar (CSP “Guillermo Dávila”) presentando una mayor tendencia hacia el terapeuta, el promedio por pregunta señala que los usuarios se sienten mucho mejor después de su último encuentro con su terapeuta, los usuarios consideran que el servicio recibido les ha ayudado bastante a hacer frente eficazmente a su problema, de manera general, si los usuarios tuvieran que buscar ayuda otra vez, probablemente sí volverían a este centro, y si un amigo necesitara ayuda psicológica probablemente sí recomendaría el centro, posteriormente, la evaluación del servicio en ventanillas fue valorado como malo; por último, el porcentaje de satisfacción general fue en un 76% muy satisfecho y un 24% satisfecho.

## **SATISFACCIÓN**

Según De los Ríos y Ávila (2004) el término “satisfacción” se ha identificado con la cantidad y calidad de información que reciben los pacientes, se basan en la comunicación del profesional de la salud con el paciente. También se puede entender la satisfacción como la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional de los trabajadores de la salud relacionada con sus

calidades personales para interactuar. Los factores que engloban la satisfacción del paciente son los siguientes:

- ✓ Accesibilidad de los servicios
- ✓ Disponibilidad de los recursos
- ✓ Continuidad de los cuidados
- ✓ Eficacia de los cuidados
- ✓ Costo de los servicios
- ✓ Humanización de los servicios
- ✓ La información dada al paciente
- ✓ Acceso a la información
- ✓ Competencia profesional del trabajador de la salud
- ✓ Entorno terapéutico

Wolf (Wolf et al., 1978) considera tres dimensiones en la satisfacción del paciente, *cognitiva*: cantidad y calidad de la información que ofrecen los profesionales de la salud; *afectiva*: interés y comprensión que demuestran los trabajadores de la salud; *competencia profesional*: habilidades y competencia clínica profesional.

Las dimensiones más importantes que se deben considerar con respecto a la satisfacción son:

- *Comunicación*: explicaciones claras, intimidad en la conversación, interés por los problemas de salud de los pacientes.
- *Actitudes profesionales*: los profesionales de la salud deben adoptar conductas amables de apertura y comprensión de los problemas de salud de los pacientes.
- *Competencia técnica*: habilidades y conocimientos propios de su profesión.



- *Clima de confianza*: ambiente propicio para que el paciente sea capaz de discutir con el profesional de la salud sus sentimientos, preocupaciones y temores.
- *Percepción del paciente de su individualidad*: respeto mutuo cimentado en una relación empática (De los Ríos y Ávila, 2004).

Como lo mencionan Robles et al (2003), el concepto de satisfacción es un constructo multidimensional, una de las teorías más aceptadas que lo definen es la teoría de la "desconfirmación", según la cual, la satisfacción es el resultado de la diferencia existente entre las expectativas y la experiencia.

Satisfacción es una actitud positiva individual del paciente hacia distintas dimensiones de los servicios de salud, además ha sido considerada como un factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o consecuencia de la utilización de los mismos. Es a partir de los años setenta que cobró gran vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud, esto en la Unión Americana, a partir de entonces y de diversos movimientos de usuarios, se consideró la variable "satisfacción del paciente" como una medida de la calidad que ofrece una unidad de salud. El concepto que se manejó en aquella época fue que la satisfacción del paciente es una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente. La satisfacción también es entendida como una "entrada" (input) a la interacción terapeuta-paciente, ya que se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su comportamiento ante los profesionales de salud (De los Ríos y Ávila, 2004).

Una de las principales razones del interés por conocer el grado de satisfacción de los pacientes radica en el hecho de que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones terapéuticas, hecho que se ha comprobado empíricamente en diversas ocasiones. Además, se ha establecido una profunda relación entre la satisfacción del usuario con el servicio de salud en su primer contacto, y su futura utilización de este u otro servicio similar. Así mismo,

el trato, el tipo y contenido de la interacción con el personal de salud condicionan la utilización futura de los mismos. Se debe enfatizar en la necesidad de lograr una adecuada comunicación con el paciente, en esta se debe garantizar un medio adecuado para el desarrollo de los profesionales de la salud. Así la satisfacción se comprende como un elemento determinante del resultado del encuentro entre el profesional de la salud y el paciente. (De los Ríos y Ávila, 2004)

Según De los Ríos y Ávila (2004) las principales causas de insatisfacción de los pacientes son: altos costos de los servicios de salud, ineficacia del tratamiento, ausencia de información comprensible, falta de interés en los problemas de salud del paciente, petición de un excesivo número de exámenes de laboratorio y servicios auxiliares de diagnóstico. Con respecto a las características del paciente, la edad, el sexo, el nivel educativo, el ingreso económico, las expectativas ante los trabajadores de la salud y el estado de salud actual, son variables que se deben considerar en la satisfacción de los pacientes. De manera particular, las mujeres y las personas con ingreso económico medio y alto tiende a exigir un elevado nivel de atención para su satisfacción. En cuanto a las características del profesional de la salud se encuentran: la técnica de la atención brindada, la relación terapeuta-paciente, claridad y extensión de la comunicación y el resultado de dichas relaciones, además, la relación interpersonal es decisiva para lograr un alto nivel de satisfacción en el paciente, así como un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas; aquellas relaciones donde se le ofrece al paciente suficiente información para aclarar dudas o temores provocan un nivel de satisfacción mucho mayor. También se estima que la satisfacción del paciente varía en función de ciertas condiciones, por ejemplo, la duración de la interacción (entrevista), proporción del tiempo de interacción en el que el profesional de la salud toma la palabra, cantidad de preguntas formuladas y charlas no relacionadas con su malestar durante la interacción, etc. Sin embargo, hasta la fecha, los estudios que se han realizado no son del todo concluyentes. También existen los factores de costo-beneficio que pueden intervenir en la satisfacción de los pacientes: accesibilidad, monto del pago, duración del tratamiento y

continuidad del cuidado, siendo esta última un factor determinante para un elevado nivel de satisfacción.

## LA EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Para la psicología científica tradicional hay dos formas de abordar el problema de la evaluación de la psicoterapia. La primera es mediante el enfoque "clínico-naturalista-correlacional, mismo que se plantea si el efecto A varía con la variable B; el otro enfoque es el llamado "experimental generalista", el cual se cuestiona si X provoca un efecto diferente al de Y; sin embargo, el enfoque más utilizado para la evaluación de los efectos de la psicoterapia es el enfoque experimental (Pérez, 1975).

El problema al evaluar los efectos de la psicoterapia tiene que resolverse no solo mediante el método experimental, sino desde una perspectiva multidisciplinaria, es decir, tomando en cuenta: el tipo de psicoterapia a aplicar, el tipo de terapeuta, el tipo de paciente(s), el tipo de problemática y el medio en el que desenvuelve, como lo cita en su artículo "¿Cuáles son los efectos de la forma 'V' de psicoterapia, cuando la aplica el tipo 'W' de terapeuta al sujeto 'X', cuyo problema es 'Y', el cual evoluciona en el medio 'Z'?" (Pérez, 1975. p. 18). La formulación anterior permitiría calcular la cantidad y calidad del cambio dado por la psicoterapia más adecuada para un tipo de paciente o un trastorno específico.

En su artículo, Pérez (1975) ya mencionaba que el valor de una teoría psicoterapéutica no depende de la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio en un sujeto, señaló también que el cambio depende más bien de demostrar que los cambios comportamentales observados tienen una relación real con el conjunto de procedimientos que han provocado dichos cambios. Es decir, los resultados de aplicar alguna psicoterapia hablan únicamente de la eficacia de las técnicas aplicadas, no así de la teoría que la sustenta. Por otro lado, el autor menciona que la psicoterapia, durante esos años, ha sido vista como un arte, y por

ende surge la complicación sobre estudiarla de manera científica, aunque él mismo promueve el estudio científico de la psicoterapia, señalando una posibilidad de retroalimentación en cuanto al trabajo realizado por el terapeuta.

En un estudio realizado por Romero (2008) se investigó la atribución que hicieron diversos terapeutas al cambio terapéutico de sus pacientes y qué los llevó a mejorar, debido a que comúnmente se ha atribuido el cambio a la técnica empleada por el psicoterapeuta. Los terapeutas estudiados fueron un conjunto de 134 profesionales del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, mismos que diferían en cuanto a orientación teórica y años de experiencia. Se les aplicó un cuestionario elaborado para la investigación en cuestión que medía la atribución de la efectividad psicoterapéutica. Los resultados arrojaron que las variables comunes relacionadas con *el paciente* (por ejemplo su expectativa de cura, grado de compromiso o la "fe" en el terapeuta, etc.), con *el terapeuta* (empatía mostrada, capacidad de escucha, etc.) y sobre todo con *la interacción terapéutica* (alianza terapéutica) son las que explican un mayor porcentaje del cambio terapéutico, en comparación con la creencia que tienen muchos psicólogos sobre que la principal atribución del cambio terapéutico se debe al tipo de técnica empleada. Sin embargo, a pesar de que estos factores al parecer son relevantes durante el proceso terapéutico y coadyuvan a que el paciente mejore, estos no son determinantes.

"En el marco de la investigación sobre la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas, una de las líneas que más esfuerzo y contribuciones aglutina se refiere a los factores inespecíficos o comunes (los no estrictamente técnicos), y más particularmente a la alianza terapéutica" (Ezama et al., 2012. p. 246). Lo anterior muestra que dentro de la creciente tendencia por evaluar la efectividad de la psicoterapia, es la relación paciente-terapeuta la que está llevándose las principales explicaciones sobre el éxito de la terapia.

La alianza terapéutica puede ser dividida en tres componentes: el vínculo afectivo, el acuerdo en las metas y el acuerdo en las tareas terapéuticas. Una tarea terapéutica es toda aquella actividad que conduce a la construcción del

conocimiento que un paciente necesita para alcanzar los cambios que desea en su vida. (Ezama et al., 2012)

A la conclusión a la que se ha llegado después de diversos estudios realizados a través de los años es que el cambio del paciente durante el proceso terapéutico se debe principalmente a factores comunes entre el paciente, el terapeuta y los aspectos de la relación entre ambos, es decir: la alianza terapéutica.

"Existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia" (Santibáñez et al., 2009. p. 7). Desde la perspectiva del paciente, la presencia de simpatía y confianza hacia el terapeuta fortalece el proceso de cambio; esta sintonía entre el paciente y el terapeuta es evidente desde las primeras sesiones; sin embargo, también factores como el compromiso y la comprensión por parte del terapeuta son claves para una buena alianza. La definición de alianza terapéutica es la relación existente entre el paciente y el terapeuta, misma que involucra acuerdos y colaboración de ambas partes e integra el vínculo, las metas y las tareas dadas dentro de la psicoterapia.

Partiendo de la premisa de que la valoración de la sesión por parte del paciente y la retroalimentación al terapeuta mejoran la relación terapéutica y promueven la efectividad de la terapia Ezama et al (2012) realizaron un estudio que evaluó la valoración que asignan los pacientes sobre cada sesión terapéutica con un instrumento llamado "Hojas de Planificación y Evaluación de la Sesión (HOPES)". Con una muestra de 241 personas entre 11 y 65 años, 149 mujeres y 92 hombres les fue aplicado el HOPES. Este instrumento recoge información sobre la perspectiva del paciente en relación a la terapia, es aplicado al inicio y al final de la terapia; cuestiona al paciente sobre sus objetivos para cada sesión, su valoración del trato recibido por el terapeuta y los resultados obtenidos de cada sesión. Este instrumento evalúa tareas terapéuticas, tomando como definición de tarea terapéutica como toda aquella actividad que conduce a la construcción del conocimiento que un paciente necesita para alcanzar los cambios que desea en

su vida. En cuanto a las tareas terapéuticas que evalúa este cuestionario se encuentran:

- Saber si es posible hacer que las cosas cambien
- Saber que tiene de positivo o que tiene de negativo la situación que vivo
- Entender lo que me ocurre
- Saber cómo actuar para que las cosas cambien
- Tener claras las metas más grandes
- Tener claras las metas pequeñas para solucionar problemas
- Saber si es buena idea lo que he pensado hacer
- Saber si lo que he hecho estuvo bien o mal
- Saber si lo que se ha conseguido es suficiente y puedo considerar solucionado el problema

El cuestionario evalúa cinco áreas durante el pre y el post:

- *Escala de avance:* En una escala de cero a diez, el paciente valora la distancia a la que se encuentra de la resolución del problema en el momento actual.
- *Expectativa de ayuda:* El paciente valora en una escala de cero a diez la confianza que tiene de que la sesión le será de ayuda.
- *Tareas terapéuticas:* El paciente señala la o las tareas que desea se centre cada sesión, puede ordenarlas por orden de importancia.
- *Satisfacción:* Se valora el grado de satisfacción del paciente en una escala de cero (nada) a cuatro (muchísimo)
- *Ayuda obtenida:* El paciente indica el grado de ayuda que considera haber recibido por parte del terapeuta.

Pérez (1975) realizó un análisis de las primeras publicaciones sobre los efectos de la psicoterapia y las agrupó en dos tendencias principales, la primera hace referencia a descripciones de estudios de caso realizadas por los propios terapeutas, mismos que brindan descripciones y conclusiones muy subjetivas, basadas únicamente desde la perspectiva del terapeuta; la segunda tendencia se aprecia una metodología de tipo experimental, donde hay control de variables, medidas de cambio y comparación con grupos similares no tratados o tratados de manera distinta. Una conclusión importante del trabajo de su trabajo es que los resultados de la psicoterapia deben buscarse dentro de la aplicación del método experimental. Sin embargo, lo anterior no deja de lado que pueda verse afectado o sesgado por la subjetividad impresa del propio terapeuta. Es por esto que la única manera de garantizar que los resultados dados durante la psicoterapia son válidos es mediante la realización de "medidas" o evaluaciones en tres momentos diferentes: antes de iniciar la psicoterapia, al finalizarla y cierto tiempo después de terminarla.

La efectividad de una técnica terapéutica está determinada por la situación, además es necesario conocer su grado de aplicabilidad, sobre todo, con respecto al tipo de pacientes a tratar. Por otro lado, también se sugiere un estudio experimental, profundo y sistemático de cada caso en particular "sobre el cual sea posible ejercer un cierto control y una manipulación relativa y adecuada de las variables, formular criterios significativos y eventualmente demostrar que las predicciones formuladas a partir de la teoría –en lo que concierne a cambios comportamentales- se han realizado" (Pérez, 1975. p. 21).

Existe una propuesta que indica considerar tres niveles de investigación: la investigación clínica, investigación experimental y los ensayos clínicos; para el objetivo de la evaluación de la efectividad terapéutica, Pérez (1975. p. 22) propone emplear métodos "análogos", es decir, la investigación clínica, en la cual "el investigador controla las condiciones experimentales que emplea, pero no los fenómenos comportamentales a los cuales se aplican esas condiciones... Ese tipo

de paradigma tiene la ventaja de situarse más cerca de las situaciones específicas de interrelación humana que caracterizan la psicoterapia”.

Según Dragunsky y Sanín (1979) una evaluación científica de las psicoterapias debe ampliarse hasta la noción de la recuperación de la salud o del bienestar de los pacientes. Los autores plantearon que un paciente se considera “curado” cuando al cabo de cierto tiempo, los síntomas principales de su trastorno ya no están presentes en el momento actual, sin embargo, estos datos son ambiguos ya que esta información surge únicamente de la opinión del terapeuta y carece de objetividad, así mismo es una medida del éxito personal del terapeuta. Es por esto que la evaluación de los resultados de las psicoterapias se basa en la subjetividad de los psicólogos.

Existen algunos requisitos que, según Dragunsky y Sanín (1979), benefician la evaluación científica de las psicoterapias y son divididas en cuatro grandes grupos, la información resumida puede verse en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1 Requisitos que favorecen la evaluación científica de las psicoterapias  
Dragunsky y Sanín (1979)

<b>A) En relación con el evaluador</b>	1) La creación de condiciones objetivas donde no intervengan intereses que convengan al evaluador. 2) Explicitar quién hace la evaluación y que rol juega dentro de la evaluación
<b>B) En relación con los métodos</b>	3) Clara explicación de los criterios de evaluación, fundamentos teóricos y procedimientos, así mismo, es necesario el diseño de instrumentos específicos para casos particulares, comúnmente se aplican los siguientes criterios: autoevaluación por parte del paciente, desaparición/permanencia del síntoma, adaptación/desadaptación, salud/enfermedad, rendimiento laboral, bienestar/malestar subjetivo, entre otros. 4) Descripción detallada de la evaluación y sus propósitos, así como de las hipótesis a comprobar. 5) Descripción detallada de la teoría utilizada.
<b>C) En relación al medio sociocultural</b>	6) Principales factores socioculturales involucrados: rasgos de personalidad, ocupación, etc.
<b>D) En relación a los participantes</b>	7) Indagar sobre la expectativa que el paciente tenga sobre el terapeuta y/o el tratamiento, así como las opiniones que tenga sobre su trastorno. 8) Determinar el grado de coincidencia entre paciente y terapeuta con respecto al trastorno, el tratamiento y las expectativas.



Según Pérez (1975), algunas formas de realizar la evaluación de resultados de la psicoterapia es mediante la aplicación de test o pruebas psicológicas, cuidando en todo momento que los instrumentos seleccionados sean válidos y estandarizados para la población; otro método para realizar la evaluación es mediante el análisis de contenido de las notas clínicas realizadas durante las entrevistas, un método menos aplicado es mediante la medición de los estados fisiológicos del paciente, sin embargo, estas interpretaciones requieren de un alto grado de preparación por parte del profesional.

Según Martínez-Taboas y Francia (1992) una forma de saber si los resultados clínicos obtenidos después de la psicoterapia fueron efectivos es mediante el uso de autoreportes, inventarios, cuestionarios y observaciones conductuales en el medio natural.

La forma de evaluar la efectividad de las intervenciones pueden ser diversas, Ruíz y Vargas (2007) señalan principalmente el uso de instrumentos ya que pueden repetirse en el tiempo, para otro tipo de variables más subjetivas como el dolor, se pueden utilizar cuestionarios o encuestas; otro tipo de recomendación son las escalas visuales análogas, con esto se consigue hacer más objetiva la medición además de hacer un análisis de la evolución del síntoma, en este caso el dolor, en el mismo sujeto y a través del tiempo.

Como parte de la propuesta de Pascual (2007) para la evaluación de las intervenciones se encuentran el uso de instrumentos estandarizados, registros de seguimiento, tutorías, evaluaciones de proceso y evaluaciones finales, por ejemplo evaluación del aprendizaje y conocimientos obtenidos, así como de las actitudes o valores adquiridos.

Algunas técnicas que pueden ser empleadas para evaluar la efectividad de la psicoterapia son: la observación clínica, aún con sus sesgos y los test psicológicos, que detectan cambios psíquicos en los pacientes durante su tratamiento además ofrecen las ventajas de la estandarización (Santibáñez et al., 2009).

Algunas de las fases del proceso de evaluación de las intervenciones propuestas por Pascual (2007) son 1) Planificación del qué y cómo evaluar, 2) Análisis de resultados, 3) Conclusiones y 4) Utilización de resultados; por otro lado, la evaluación como estrategia de mejora favorece la crítica de los datos, la evaluación continua favorece la retroalimentación durante el proceso y la autoevaluación promueve un rendimiento superior en cuanto a las actividades realizadas.

Con respecto a la satisfacción, la preocupación por medir la satisfacción de los servicios de salud mental cobró gran auge en la década de los 90, principalmente por los cambios en la provisión de los servicios y la aparición de la medicina gestionada en EUA, así como el cambio que implica en nuevo modelo de servicios de salud mental (Robles et al., 2003).

Como lo mencionan De los Ríos y Ávila (2004) existen dos dimensiones para encuadrar el estudio de la satisfacción de los pacientes: satisfacción general: para referirse al grado de satisfacción del paciente con los cuidados o atenciones recibidas, y satisfacción específica: la que hace mención al grado de satisfacción derivado de las experiencias anteriores en la utilización de un servicio de salud dado.

Donabedian (2005) señaló hace más de cuarenta años que la satisfacción del paciente es una medida de eficacia, incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud. Aun cuando han transcurrido varias décadas desde esta definición, el concepto de Donabedian sigue vigente. Sin embargo, más allá de una medida de la calidad de los servicios proporcionados por el profesional en salud, se puede hablar de la "calidad percibida" por el paciente.

Como lo mencionan De los Ríos y Ávila (2004) la principal manera de evaluar la satisfacción del paciente con respecto a los servicios de salud es mediante cuestionarios de opinión que exploran las actitudes de los pacientes y varían desde preguntas abiertas y generales hasta otras estructuradas y ponderadas. Dentro del formato típico de estos cuestionarios se encuentran

enunciados con respuestas graduadas que van desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo", cabe señalar que las dimensiones evaluadas dependen del interés de los investigadores. Las encuestas de satisfacción del paciente se dividen conforme a si evalúan un contacto puntual con el personal de salud o la atención global de un servicio.

Cabe señalar que si se desea evaluar la satisfacción de los pacientes hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Identificar las dimensiones de la satisfacción que se quieran evaluar
- b) Seleccionar las preguntas adecuadas
- c) Métodos que se seguirán para la cuantificación de las dimensiones seleccionadas
- d) Criterios de confiabilidad y validez de las medidas

En la investigación realizada como parte de su artículo, Ezama et al (2012) estudiaron el ajuste en las tareas terapéuticas y su relación con la efectividad terapéutica a corto plazo, es decir, de los logros obtenidos de una sesión a otra, los resultados obtenidos por su estudio demuestran que las variables relacionadas con la satisfacción de la terapia son: la antigüedad de la relación terapéutica y las expectativas previas del paciente sobre si la sesión les va a ser de ayuda. Otro resultado indica que la confianza que tenga el paciente en que la sesión le vaya a ser de ayuda, favorece la satisfacción al final de la sesión. Además, para la efectividad de la terapia, no es necesario que los pacientes hayan quedado satisfechos con la sesión, sino que hayan obtenido cierta clase de conocimientos; el tipo de conocimientos que mejor predice la efectividad de la terapia se relaciona con la comprensión de la situación actual del paciente. Es decir, de las tareas terapéuticas contempladas, la ayuda para "*comprender lo que ocurre*" es la más relevante para efectos de satisfacción como de resultados. Otro dato importante es que la satisfacción es más alta cuanto mayor es la ayuda percibida por el paciente en las tareas trabajadas durante la sesión.

En lo referente a la satisfacción de los pacientes dentro del ámbito psiquiátrico, estas evaluaciones tienen poco de haber comenzado; para Robles et al (2003) los principales problemas metodológicos al momento de evaluar la satisfacción dentro de éste ámbito son:

- ☞ Poco o nulo empleo de instrumentos validados, o ausencia total de instrumentos.
- ☞ Bajo nivel de receptividad de las instituciones a estos indicadores,
- ☞ Confusión de terminología entre satisfacción, expectativas, deseos, demandas, calidad percibida, etc.
- ☞ Prejuicios por parte del clínico con respecto a la evaluación realizada por el paciente.

La metodología denominada "Informe del usuario" surge como una alternativa para realizar la evaluación de la satisfacción del paciente, preguntando solo hechos objetivos y cuestiona si se han realizado determinadas actividades, además combina estrategias cualitativas y cuantitativas, así los resultados permiten medidas objetivas y concretas (Robles et al., 2003).

La evaluación de la intervención puede considerarse como un instrumento de cambio y mejora al servicio de las instituciones, mismo que permite mejorar la calidad de vida de las personas implicadas en dicho proceso (Pascual, 2007).

Las variables que surgen alrededor de una psicoterapia son numerosas, Pérez (1975. p. 14) refiere que "diferentes evaluadores darán significados diferentes a los mismos juicios; el mismo evaluador cambiará su o sus criterios de un sujeto al otro, el mismo cambio puede significar 'mejoría' para un sujeto y 'deterioro' para otro; el mismo sujeto puede presentar tendencias diferentes con relación a dos criterios que, normalmente son considerados como paralelos". Lo anterior refleja la dificultad y el principal problema para realizar la evaluación de los resultados de la psicoterapia.

Algunos criterios propuestos por otros autores para la evaluación del efecto de la psicoterapia, son muy variados, son arbitrarios y dependen del autor que los postule, esto hace cada vez más complicado llegar a un sólo tipo de evaluación.

Para la evaluación de los efectos de la psicoterapia, según Pérez (1975), se deben emplear criterios de juicio y medidas de los efectos obtenidos, es decir de la mejoría, que sean objetivos, confiables y no contaminados; además, la medición debe ser aplicada en tres momentos fundamentales: antes de la psicoterapia, al finalizar la misma, y después de cierto tiempo de haber finalizado el tratamiento.

El terapeuta, para estimar la marcha de la terapia y, eventualmente, realizar ajustes en el diseño empleado debe contar con instrumentos de medida que operen como un juez externo y complementario a su propio juicio clínico. Está ampliamente estudiado que los terapeutas son pobres en la evaluación del curso de tratamiento, tienden a dar una visión más positiva del curso del tratamiento que no permite el ajuste adecuado y la predicción de posibles fracasos en el curso del tratamiento (Corbella y Botella, 2004).

La evaluación de los resultados además, debe estar estrechamente ligada con los objetivos planteados para el tratamiento. Es decir, que los instrumentos de evaluación deben ampliar el cambio en las dimensiones que supuestamente estaban comprometidas en el cambio. La práctica clínica ha amplificado el horizonte en el uso de instrumentos de evaluación. La psicoterapia implica el desarrollo de diferentes habilidades entre las que se encuentra la Habilidad para el Evaluación del proceso psicoterapéutico. Es en este punto, que el uso de instrumentos no solo se restringe a profesionales especializados sino que se extiende a los psicoterapeutas. Aprender a evaluar una psicoterapia es muy complejo, dada la diversidad de fenómenos que es necesario tener en cuenta y por ello el psicoterapeuta debe incluir en dicha tarea el uso de instrumentos que le permitan ajustar el juicio clínico. El terapeuta, para estimar la marcha de la terapia y, eventualmente, realizar ajustes en el diseño empleado debe contar con instrumentos de medida que operen como un juez externo y complementario a su propio juicio clínico. Está ampliamente estudiado que los terapeutas son pobres en

la evaluación del curso de tratamiento, tienden a dar una visión más positiva del curso del tratamiento que no permite el ajuste adecuado y la predicción de posibles fracasos en el curso del tratamiento (Maristany, 2009).

Uno de los principales retos como psicólogos es determinar de manera precisa qué terapias son benéficas, en qué circunstancias y para qué tipo de problemas. Además, como profesionales de la salud mental, es nuestro deber y obligación ofrecer a nuestros clientes un servicio que haya sido comprobado clínica y empíricamente (Martínez-Taboas y Francia, 1992).

Es de suma importancia evaluar la efectividad de la atención psicoterapéutica, delimitando de antemano el uso primordial de intervención basada en evidencia, para así maximizar la relación costo-beneficio brindando solo atención de calidad y a sabiendas de que la efectividad se encuentra garantizada (Santibáñez et al.,2009)

## **ELABORACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN**

De los Ríos y Ávila (2004) señalan que para elaborar encuestas de satisfacción de los pacientes se deben considerar los siguientes aspectos:

- ✓ Objetivos del estudio
- ✓ Dimensiones y/o áreas a explorar
- ✓ Instrumentos validados para el contexto
- ✓ Número máximo de preguntas que se considere prudente realizar a los pacientes
- ✓ Medio para aplicar el cuestionario
- ✓ Momento de la aplicación
- ✓ El tamaño de la muestra seleccionada

Algunos instrumentos de evaluación sobre los que me basé para la creación de mi propuesta son:

El Symptom Check List-90 (SCL-90; Derogatis y Cleary, 1977) es un cuestionario que fue desarrollado en la Universidad John Hopkins para la autoevaluación de un espectro de dimensiones de psicopatología y puede ser aplicada a pacientes psiquiátricos como a población normal. Su aplicación es básicamente para la detección de patología psiquiátrica menor, o en estudios de valoración de cambios sintomáticos generales inducidos por diversos tratamientos. Este cuestionario puede considerarse como un instrumento de cuantificación sintomática ya que cuestiona al individuo sobre la existencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicósomáticos, valorándose la intensidad de cada síntoma, valorándose en una escala que va de ausencia total (0) hasta la máxima intensidad del síntoma (4). Los ítems que evalúan depresión son los siguientes:

- Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.
- Sentirse bajo de energías o decaído.
- Sentirse triste.
- Llorar fácilmente.
- Culparse a sí mismo de lo que pasa.
- Sensación de estar atrapado o encerrado.
- Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.
- Preocuparse demasiado por las cosas.
- Pensamientos o ideas de acabar con su vida.
- Sensación de ser inútil o de no valer nada.
- Sentirse solo.
- Pérdida del deseo o placer sexual.
- No sentir interés por las cosas (De las Cuevas et al., 1991)

De los resultados del análisis factorial realizado por De las Cuevas et al (1991) los ítems que componen el factor 7, es decir, que incluyen ítems de la dimensión "depresión" son los siguientes:

- Sensación de ser inútil o no valer nada.
- Sentirse solo.
- Presentimientos de que va a pasar algo malo.
- Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.
- Sentirse inferior a los demás.
- La idea de que debería ser castigado por sus pecados.
- Pérdida del deseo o placer sexual.
- No sentir interés por las cosas.

Ruggeri (1993,1994, citado en Robles et al., 2003) ha propuesto un instrumento multidimensional con tres versiones, una para el paciente, otra para la familia y una última para el profesional de la salud, este instrumento está compuesto por escalas de satisfacción y expectativas.

En un estudio realizado por Robles et al (2003) valoraron el nivel de satisfacción de pacientes psicóticos y sus familiares mediante la realización de un instrumento basado en el test de Ruggeri (1993, 1994). En primera instancia se realizó el cuestionario para pacientes, para ello se seleccionaron al azar pacientes y familiares de una instancia hospitalaria y realizaron grupos focales sobre las expectativas de ambos grupos, dividiendo las opiniones en las categorías accesibilidad, información, competencia, trato personal y confort. Después se realizó el cuestionario para familiares siguiendo una metodología idéntica con grupos focales. Posteriormente se aplicó el cuestionario vía telefónica a 402 pacientes y a 70 familiares. En cuanto a los resultados más relevantes, los instrumentos evaluaban las áreas: Accesibilidad del servicio, trato o atención personal, información, competencia o atención técnica y confort. Como conclusiones de este trabajo los autores encontraron que un instrumento que sea



de fácil aplicación a un costo asequible, es más factible para ser tomado en cuenta al momento de evaluar la satisfacción tanto de pacientes como de familiares; por otro lado, el término "expectativas" es muy difícil de delimitar, por lo que la construcción de un cuestionario con esta variable puede resultar complicado, además los autores consideran relevante tomar en cuenta el ambiente psicosocial donde se desenvuelve el paciente, ya que dichos factores estresantes pueden cronificar su problemática.

Un instrumento que evalúa resultados terapéuticos en el paciente es el Outcome Questionnaire (OQ; Lambert et al., 1996) cuenta con 45 ítems tipo Likert y evalúa tres áreas: Síntomas o malestar subjetivo (síntomas, somatizaciones, conductas adictivas o autodestructivas), Relaciones interpersonales (evalúa aspectos de la vida familiar, vida de pareja, amistades, conflictos interpersonales, aislamiento, inadecuación) y Rol social-laboral (rendimiento laboral, distracción, tiempo libre, descontento, conflicto, estrés e ineficiencia), ha demostrado ser confiable y válido en su sensibilidad a la psicopatología y al cambio (Santibáñez et al., 2009).

## CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

### JUSTIFICACIÓN

La finalidad de construir un instrumento que permita evaluar la efectividad de la psicoterapia cognitivo-conductual aplicada a pacientes diagnosticados con depresión surge de la inquietud por lograr cada vez pacientes más satisfechos con su proceso terapéutico y que esto redunde en una alianza terapéutica más sólida; además de comprobar que durante la práctica clínica la evaluación de la psicoterapia es realizada de manera muy subjetiva y superficial en algunos casos, mientras que en otros ni siquiera existe. Este hecho llama la atención debido a la importancia que se le impone de manera teórica, sin embargo y por desgracia, en la práctica es muy pocas veces realizado. Durante mi práctica clínica he observado que, de realizarse algún tipo de evaluación al tratamiento brindado a los pacientes, éste no se encuentra estandarizado o sólo cumple los criterios de mejoría relevantes para el terapeuta, olvidándose de la percepción de la intensidad, deterioro o satisfacción que experimenta el paciente de acuerdo a su síntoma y áreas de vida. Dado lo antes mencionado surgieron las interrogantes siguientes: ¿Qué criterios debe cumplir el paciente para determinar su 'cura'? ¿El paciente quedó satisfecho con la forma de trabajar del terapeuta? ¿Qué habilidades se puede asegurar que fueron aprendidas durante el proceso terapéutico y con cuáles ya contaba el paciente para hacer frente a la depresión? ¿Fue de ayuda para el paciente la psicoterapia? Debido a lo anterior surgió la idea de realizar un instrumento que permita una evaluación exhaustiva de lo que implica el proceso de la psicoterapia cognitivo-conductual para todo aquel paciente que acuda a consulta, sea diagnosticado con depresión y sea tratado mediante el enfoque cognitivo conductual.

## OBJETIVO

La presente tesis documental tuvo como principal objetivo:

1. El desarrollo de un cuestionario que permita:
  - ✓ Evaluar la frecuencia de la sintomatología depresiva presentada por el paciente que llega a consulta (¿Cuál es la frecuencia percibida por el paciente que presenta los síntomas depresivos?).
  - ✓ Evaluar el grado de deterioro percibido por el paciente referente a sus áreas de vida (¿De qué manera ha impactado o afectado la depresión en la vida del paciente?).
  - ✓ Medición del grado de conocimiento y frecuencia del uso de técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la depresión, previo al tratamiento. (¿El paciente aplica estrategias para hacer frente a la depresión? ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué condiciones lo aplica?).

Posterior al tratamiento pertinente, se aplicaría el mismo cuestionario para obtener:

- ✓ El nivel actual de frecuencia de los síntomas del paciente. (¿Cuáles síntomas se siguen presentando al final del tratamiento? ¿Con qué frecuencia los síntomas aún se presentan?)
- ✓ El nivel actual de satisfacción dentro de las diferentes áreas de vida del paciente. (¿Hay un cambio en cuanto a la satisfacción de las áreas de vida del paciente postratamiento? ¿En cuáles?)
- ✓ La frecuencia del uso de las técnicas y habilidades cognitivo-conductuales para el manejo de la depresión. (¿Qué estrategias aplica actualmente el paciente para hacer frente a la depresión?)

¿Con qué frecuencia y bajo qué condiciones? ¿Hubo un cambio en cuanto a las estrategias que ya aplicaba antes de su tratamiento?)

✓ Evaluación general de la psicoterapia y del servicio valorando el nivel de satisfacción del paciente mediante el reporte subjetivo. (¿Al paciente le satisfizo el trabajo realizado durante la psicoterapia?)

## **MÉTODO:**

Para la realización del Cuestionario de Evaluación de la Psicoterapia, se realizaron los siguientes pasos:

Después de la revisión teórica realizada sobre los trastornos del estado de ánimo y más específicamente sobre la depresión y su tratamiento basándome en el enfoque cognitivo conductual, decidí realizar un cuestionario que tratara de cubrir los objetivos siguientes: 1) Evaluación de la frecuencia de los síntomas depresivos por parte del paciente, 2) Evaluar el nivel de satisfacción dentro de las áreas de vida del paciente, 3) Evaluar el grado de conocimiento y aplicación de las técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la depresión y 4) Satisfacción general con el servicio recibido.

El cuestionario fue elaborado para ser aplicado a personas con las siguientes características:

- Sexo: Mujeres y hombres.
- Edad: De 18 a 60 años.
- Estado civil: Indistinto
- Escolaridad: Básico (lectoescritura)

Se continuó con la elaboración de los reactivos y el diseño del test. El formato de los ítems es estructurado y fue planteado en escala tipo liquert, con un tiempo de ejecución del test de aproximadamente 10 minutos. El Cuestionario de Evaluación de la Psicoterapia, se dividió en cinco segmentos, el primero consta de un listado referente a los síntomas característicos de la depresión según el DSM-

IV, solicitando al paciente que indique la frecuencia con que ha experimentado dichos síntomas; el segundo segmento refleja un listado de las áreas de vida que pueden verse afectadas en el paciente debido a la depresión, se solicita al paciente indique su nivel de satisfacción actual en dichas áreas, el tercer segmento enlista las principales estrategias cognitivo conductuales aplicadas comúnmente para tratar la depresión y se solicita al paciente indique cuáles ha usado para sobrellevar la depresión, además de solicitar que indique la frecuencia de uso y las situaciones bajo las cuales usa dichas estrategias. Para la aplicación pretratamiento, el paciente debe contestar únicamente los tres primeros segmentos del Cuestionario. El cuarto segmento enlista las características generales acerca del servicio prestado por el terapeuta y en donde el paciente debe evaluar su satisfacción con dichas características, el quinto segmento es un apartado donde se le pregunta abiertamente al paciente si considera que su problemática se resolvió y se solicita que escriba sus comentarios. Para la aplicación postratamiento debe aplicarse el cuestionario completo.

Posterior a la redacción de los ítems y la construcción del cuestionario, se prosiguió a identificar un grupo de expertos que evaluaran la validez del test, solicitándoles asesoría en cuanto al diseño, redacción y contenido de dicho cuestionario. La evaluación realizada referente a la validez fue elaborada por cinco jueces, todos ellos expertos en el área de la psicología clínica y especialistas en el enfoque cognitivo conductual. Una vez revisado el cuestionario se continuó con la elaboración de la forma definitiva basándome en la versión preliminar y agregándole las observaciones realizadas por los jueces expertos en materia.

Para la versión final se decidió realizar un único cuestionario que pueda ser aplicado al inicio de la evaluación del paciente y al finalizar el tratamiento. El cuestionario resultante se nombró "Cuestionario de Evaluación de la Psicoterapia" y la forma final es la siguiente:

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA PSICOTERAPIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Indique la **FRECUENCIA** con que ha experimentado las siguientes situaciones **EN EL ULTIMO MES**:

	<b>0 NUNCA</b>	<b>1 A VECES</b>	<b>2 CASI SIEMPRE</b>	<b>3 SIEMPRE</b>
1.- Estado de ánimo triste o desanimado.				
2.- Dificultad para tomar decisiones.				
3.- Pérdida de interés en pasatiempos o actividades placenteras (ej. leer, hacer deporte, tejer, nadar, etc.)				
4.- Aislamiento social.				
5.- Disminución o pérdida de interés sexual.				
6.- Dificultad para concentrarme.				
7.- Aumento de apetito y/o peso.				
8.- Falta de energía, cansancio o fatiga.				
9.- Pensamientos negativos sobre mí mismo(a).				
10.- Pérdida o disminución de sueño.				
11.- Deseos de ya no vivir.				
12.- Realizar actividades más lento de lo normal.				
13.- Pérdida de apetito o peso.				
14.- Estado de ánimo irritable.				
15.- Aumento de sueño.				

Indique su nivel de **SATISFACCIÓN ACTUAL** en las siguientes áreas:

	<b>0 NADA</b>	<b>1 POCO</b>	<b>2 BASTANTE</b>	<b>3 TOTAL MENTE</b>
<b>Familiar</b>				
<b>Relaciones interpersonales (amigos, compañeros, vecinos, etc.)</b>				
<b>Laboral y/o Académica</b>				
<b>Ocio y recreación (pasatiempos)</b>				
<b>Salud</b>				
<b>Sexual</b>				

Continúa en la siguiente página...

Indique de las siguientes opciones, **cuales ha usado**, con qué **frecuencia en el último mes** y en **qué condiciones**, de ser necesario proporcione un **ejemplo**:

	Aplicado		Frecuencia	En qué condiciones (EJEMPLO)
	SI	NO		
Pienso en diversas soluciones.				
Trato de respirar profundamente para relajarme.				
Dejo de pensar cosas negativas para pensar cosas positivas.				
Considero las consecuencias positivas y negativas de mis acciones.				
Busco ayuda.				
Me distraigo.				
Me digo lo que tengo que hacer.				
Llevo un registro de lo que hago para revisarlo después con calma.				
Trato de calmarme y me digo qué debo pensar				
Hablo sobre cómo me siento.				
Al hablar lo hago en primera persona.				
Acepto con moderación los cumplidos que me hacen los demás.				
Defiendo mis derechos sin pasar por encima de los otros y sin dejar que pasen por encima de mis derechos.				
Otras:				

**EN CASO DE SER LA PRIMERA VEZ QUE CONTESTA ESTE CUESTIONARIO, SE SOLICITA DEJAR DE CONTESTAR A PARTIR DE ESTA SECCIÓN.**

**EVALUACIÓN GENERAL**

Indique su **satisfacción** con las siguientes situaciones:

	0 NADA	1 POCO	2 BASTANTE	3 TOTAL MENTE
Forma en que el terapeuta se dirigió con usted.				
Duración de cada sesión.				
Tareas asignadas.				
Duración total de la terapia.				
Forma de trabajar del terapeuta.				
Costo de las sesiones.				
Facilidad para obtener una segunda opinión.				
Facilidad de acceso a información adicional para comprender la depresión.				
Información proporcionada por el terapeuta sobre la depresión.				

Continúa en la siguiente página...

<b>Presencia de interés y comprensión por parte del terapeuta.</b>				
<b>Habilidades y competencias profesionales del terapeuta.</b>				
<b>Forma en que el terapeuta resolvió sus dudas.</b>				
<b>Otra:</b>				

¿Considera que su problema se resolvió?\_\_\_\_\_ ¿Por qué?\_\_\_\_\_

**Sugerencias y observaciones :**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De manera general, el "Cuestionario de Evaluación de la Psicoterapia" es un test que por su nivel de aplicación, puede ser administrado desde adolescentes hasta adultos mayores (16 a 70 años aproximadamente), por su tipo de aplicación es autoadministrado, además requiere de un nivel básico de lectoescritura y puede ser aplicado a hombres y mujeres indistintamente. La aplicación del test requiere alrededor de 10 minutos aproximadamente para su contestación. El ambiente físico donde debe ser aplicado es el consultorio clínico o cualquier habitación que cuente con buena iluminación y ventilación, que esté libre de distracciones y de interrupciones del exterior. Los materiales necesarios para la aplicación del cuestionario son: La forma de "Cuestionario de Evaluación de la Psicoterapia", lápiz del número dos y una tablilla con broche para sujetar papeles.



## CONCLUSIONES

La evaluación de la psicoterapia es un tema que ha venido ganando terreno al paso de los años, sin embargo, aún falta mucho para poder esclarecer del todo la dirección que tomará la evaluación del efecto de la psicoterapia, más aún para pacientes con depresión tratados mediante el enfoque cognitivo-conductual.

El instrumento aquí propuesto es una base sobre la cual puede continuar el estudio sobre la evaluación de la psicoterapia, buscando abarcar la mayor parte de los aspectos relacionados con la terapia como son: 1) Cambios en la sintomatología, 2) Modificación en las áreas de vida, 3) Conocimiento y aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales y 4) Satisfacción con el servicio recibido. Lo anterior no sólo para la satisfacción del paciente sino que en un futuro, la aplicación de cuestionarios de este tipo permitan determinar el momento preciso para dar de alta a los pacientes cuando lo requieran teniendo mediciones objetivas y globales sobre las cuales contrastar el antes y el después de la terapia. Así no solo se lograría mejorar la alianza terapéutica y retroalimentar al terapeuta y al propio paciente sobre su mejoría, sino también los terapeutas lograrán ampliar y adaptar su trabajo con cada paciente a manera de brindar un servicio de alta calidad y especializado mejorando cada vez su alianza terapéutica con sus pacientes.

### Limitaciones

Algunas limitaciones que tuvo este trabajo fueron en primera instancia que es un cuestionario de evaluación muy específica (pacientes diagnosticados con depresión y tratados con psicoterapia cognitivo-conductual), lo anterior debido a que la construcción de un cuestionario que permita evaluar cualquier trastorno bajo cualquier tipo de psicoterapia sería por demás complicado.

## Sugerencias

Este trabajo queda como propuesta con la expectativa de los resultados que pueda arrojar el llevar a cabo la validación y estandarización y otros procesos estadísticos necesarios para hacer del instrumento una herramienta por demás útil en su aplicación en el campo clínico. Los procedimientos que sugiero para esto son: la realización de uno o más piloteos, realizar una forma definitiva ampliando la validación por jueceo, la aplicación del instrumento a pacientes diagnosticados con depresión que inicien tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual, esperar a que finalicen su tratamiento para la segunda aplicación del instrumento y la realización del análisis de resultados y la comparación del pre y post.

Como sugerencias puedo mencionar que en primer lugar queda la validación y estandarización del cuestionario de evaluación, probar su uso y aplicación clínica de manera empírica y demostrar si es posible trabajar con cuestionarios tan especializados y con poblaciones tan específicas. Otra sugerencia es que el instrumento pueda ser aplicado al finalizar cada sesión para evaluar los resultados por sesiones, otra sugerencia es aplicar este instrumento en conjunto al Inventario de Depresión de Beck y evaluar los resultados de forma comparativa con ambos instrumentos. También sugiero ampliar la revisión teórica sobre la evaluación de la psicoterapia y la satisfacción del paciente, ya que la literatura es muy poca hasta el momento, pero confío en que en unos años pueda tomar gran auge y que la preocupación por la satisfacción del paciente con respecto a la psicoterapia sea un tema de interés para todos mis colegas como lo fue para mí y que me llevó a la realización de esta tesis.

## REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). *Learned helplessness in human: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology. 87, 49-74.
- Alonso-Fernández, F. (1998). *Cuestionario estructural tetradimensional, para la depresión [Manual]*. TEA Ediciones: Madrid
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* España: Masson.
- Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. E.U.A.: Merck Sharp & Dohme International.
- Beck, A. y Clark, D. (1988) Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*. 1-23-36. doi: 10.1080/10615808808248218
- Beck, A., Steer, R. y Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. España: McGRAW-HILL.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.-E., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46, 417-424.

- Borges, G., Medina-Mora, M., Wang, P., Lara, C., et al. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 163(8):1371-1378.
- Borges, G., Nock, M., Medina-Mora, M., Hwang, I. y Kessler, R. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity and suicidality in Mexico. *J Affect Disord*. 124 (1-2): 98-107.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.
- Calleja, N. (2015). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1985-2005*. UNAM. Recuperado de <http://planeacion.psicol.unam.mx/cake/inventario-de-escalas> el 12 de mayo de 2015.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. España: Visión Net.
- Correa, J., Florenzano, R., Rojas, P., Labra, J., del Río, V. y Pastén, J. (2006). El uso del cuestionario OQ-45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. 4(44), 258-262.
- Crespo, M. y Labrador, F. (2003). *Estrés*. España: Editorial Síntesis.
- Cruz, A. (2013). *Propuesta de un taller para el manejo de la depresión y ansiedad en jóvenes adultos*. (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México, D.F.
- Da Dalt, E. y Difabio, H. (2002). Asertividad, su relación con los estilos educativos familiares. *Interdisciplinaria: Revista de psicología y ciencias afines*. 19 (2), 119-140.
- De las Cuevas, C., González, J., Henry, M., Monterrey, A., Rodríguez-Pulido, F. y Gracia, F. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de psiquiatría*. Cátedra de psiquiatría y

- psicología médica. Facultad de Medicina de la Universidad de la Laguna. Islas Canarias. 7(3), 93-96.
- De los Ríos, J. y Ávila, T. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: Satisfacción del paciente. *Investigación y educación en enfermería*. 22(2), 128-137.
- Derogatis, L. y Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. [Artículo en línea] *Journal of clinical psychology*. 33 (4), 981-989.
- Donabedian, A. (2005). *Evaluating que quality of medical care* [Artículo en línea] 83 (4) 691-729. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/> el 9 de mayo de 2015.
- Dragunsky, L. y Sanín, A. (1979). Cuestiones metodológicas en la evaluación de las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 11 (1), 123-129.
- Dumont, F. y Corsini, R. (2003). *Seis terapeutas y un paciente*. México: El Manual Moderno.
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behaviour modification, *Journal of Abnormal Psychology*. 78, 107-126.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de clínica psicológica*. 19 (3), 247-256.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Inglaterra: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1980). *Terapia racional emotiva (TRE)*. México: Editorial Pax México.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5). 319-324.

- Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2012). Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12 (2), 245-260.
- Ferster, C. (1973). *A functional analysis of depression*. USA: American Psychologists.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras completas. Tomo XIV*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico empírico. *Consejo Nacional para la Enseñanza en investigación en Psicología*. 14 (2), 403- 425.
- Gotlib, I. y Hammen, C. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. USA: Wiley.
- Hales, R. y Yudofsky, S. (2000). *Sinopsis de psiquiatría clínica*. España: Masson.
- Halgin, R. y Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: McGRAW-HILL.
- Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (23): p. 56-62.
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. [Lugar de publicación no identificado]: LibrosEnRed.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Express.
- Kaplan, H. y Sodock, B. (1987). *Compendio de psiquiatría*. España: Salvat Editores S. A.
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno.

- Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Pirámide.
- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la salud. Siglo XXI*. 17, 25-30.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G., ... Burlingame, G. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 3 (4), 249-258.
- Lara, C., Medina-Mora, M.E., Borges, G. y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud mental*. 30 (5), 4-11.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Lewinsohn, P. (1974). *A behavioral approach to depression: Contemporary theory and research*. Inglaterra: John Wiley & sons.
- Llobell, J., Frías, M., y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del psicólogo*. 25 (87), 1-8.
- Lyddon, W. y Jones, J. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras*. México: El manual moderno.
- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. USA: Ballinger Publishing.
- Mahoney, M. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas.

- Mahoney, M., Meichenbaum, D., Beck, A., Robins, C., Hayes, A., Ellis, A., ... Neimeyer, R. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría investigación y práctica*. España: Biblioteca de Psicología.
- Maristany, M. (2009). Evaluación clínica y psicoterapia: Una puerta abierta a la investigación. *Revista Argentina de clínica psicológica*. 18 (3), 275-277.
- Martínez-Taboas, A. y Francia, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 24 (3), 237-258.
- Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... Aguilar-Gaxiola, S. (2003). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en adultos*. Proyecto No. CONACYT-SEP-SSEDF-2003-CO1-22. México.
- Morris, C. y Maisto, A. (2005). *Introducción a la psicología*. México: Pearson Educación.
- Mustaca, A. (2003). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista latinoamericana de Psicología*. 1-23.
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racionales emotivos*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=M\\_EeExBQnzcC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=enfoques+conductistas+,cognitivos+y+racionales+emotivos.+Naranjo&source=bl&ots=nGacgzco1j&sig=wJrcvjRYHN94LDfXXqFk0W28SIE&hl=es-419&sa=X&ei=LzahnVYOWlYWIsAXeiYDIBQ&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=enfoques%20conductistas%20%2C%20cognitivos%20y%20racionales%20emotivos.%20Naranjo&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=M_EeExBQnzcC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=enfoques+conductistas+,cognitivos+y+racionales+emotivos.+Naranjo&source=bl&ots=nGacgzco1j&sig=wJrcvjRYHN94LDfXXqFk0W28SIE&hl=es-419&sa=X&ei=LzahnVYOWlYWIsAXeiYDIBQ&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=enfoques%20conductistas%20%2C%20cognitivos%20y%20racionales%20emotivos.%20Naranjo&f=false)
- Net, A. y Suñol, R. (2014). *Calidad de la atención*. [Artículo en línea] Recuperado de [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf) el 30 de abril de 2014.



- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Olivares, J. y Méndez, F. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *La depresión*. [Nota descriptiva N°369] Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> el 01 de septiembre de 2013.
- Pascual, B. (2007). La evaluación de la intervención comunitaria: Un marco para la reflexión. *Pedagogía social, Revista Interuniversitaria*. 14, 129-138.
- Pérez A. (1975). La evaluación de las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de psicología*. 7(3), 357-380.
- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Psicothema*. (13) 3, 493-510.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. España: Paidós.
- Robles, P., Lechuga, F. y Moya, J. (2003). La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 85, 137-152.
- Romero, A. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de Psicología*. 24(1), 88-99.
- Ruggeri, M. y Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verone Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaccion Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfacion with community-based psychiatric services in patients, relatives, and professionals. *Psychological Medicine*. 23, 511-523.

- Ruggeri, M., et al. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and they relatives. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 29, 265-276.
- Ruíz, A. y Vargas, L. (2007). Experimentos clínicos aleatorizados, o cómo evaluar las intervenciones. *Revista Colombiana de psiquiatría.* 36 (1), 145-153.
- Santibáñez, P., Román, M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria.* 26 (2), 267-287.
- Schultz, J. (1932). *Das Autogene Training [Autogenic Training]*. Alemania: Thieme.
- Scott, K., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M., ... Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders.* 103, 113-120.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Costumer Reports study. *American Psychologist.* 50 (12), 965-974.
- Skinner, B. (1953). *Science and Human Behavior*. USA: Free Press.
- Spivack, G., Shure, M. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. Inglaterra: Jossey-Bass.
- Stern. (1997). *Visual Analog Mood Scales (VAMS) [Escala Análogo-Visual de los Estados de Ánimo]*.
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1996). *Comportamiento anormal*. México: McGRAW-HILL.
- Vera-Villarroel, P. (s/f). Estrategias de intervención en psicología clínica: Las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.* 1-7.

Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. y Gallo, J. (2012). *Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental*. 35 (1), 3-11.

Wolf, M., Putnam, S., James, S. y Stiles, W. (1978). The medical interview satisfaction scale. *J Behavior Medicine*. 1 (3) 391-401.

Zung, W. (1965) A self rating depression scale (SDS). *Arch Gen Psychiatry* 12, 63-70