



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMERICAS

DECANATO DE POSTGRADO

Trabajo de Grado para Obtener el Grado de Magister en:

Psicología Clínica con Especialización en Psicoterapia Integrativa

Informe de Práctica Profesional

**APLICACIÓN DE TCC EN PACIENTES CON SÍNTOMAS
DEPRESIVOS, EN EL CENTRO DE SALUD DE TOCUMEN.**

Presentado Por:
Plicet, Amir Alan 8-730-268

Asesor:
Mgstr. Yelixza Loc

Panamá 2019

DEDICATORIA

Este trabajo de grado va dedicado a todas las personas que colaboraron con dicho desarrollo, aquellas personas que con su voz de aliento me motivaron a seguir adelante y a desarrollarme académicamente.

Tambien a mi madre, hija y a toda mi familia en general, quienes con su apoyo han podido lograr que se cumpla un sueño más.

A mis amigos y colegas por darme la oportunidad de aprender mucho a su lado, compartir conocimientos y experiencias en la práctica clínica.

Amir Plicet

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios de los cielos por toda su bondad y darme la oportunidad de culminar este proyecto, de igual manera mi asesora, profesora Yelixza Loc por su paciencia y apoyo gracias por brindarme los conocimientos necesarios para lograr esta meta.

A todos mis compañeros de clase por brindarme esos momentos que nunca olvidare y tendré plasmados para siempre en mi mente y mi corazón, con los cuales he podido crecer a nivel académico y humano.

Principalmente a mi familia por todas las motivaciones que me dan día tras día, por todas sus oraciones y por todo su amor incondicional.

Amir Plicet

RESUMEN

Este trabajo de grado se realizó bajo la modalidad de práctica profesional en el Centro de Salud de Tocumen. El mismo, consistió en la aplicación de pruebas psicológicas y un abordaje integral de temas relacionados con la depresión. Con la finalidad de conocer a profundidad, por medio del abordaje psicológico, los síntomas y causas que llevan a una persona a sufrir depresión.

Esta experiencia fue una gran oportunidad para poner en práctica todos los conocimientos teóricos aprendidos y poder compartir criterios con los especialistas del centro, principalmente, con la psicóloga encargada del Programa de Salud Mental. Gracias a esta oportunidad, pude participar e intervenir en Terapias Grupales, tales como: Terapia de Relajación, la Terapia de Modificación de Conducta y también, de Terapias Individuales.

Cabe destacar, que esta experiencia adquirida fue un complemento muy importante para culminar mi formación como Psicólogo Clínico, dado que, cada uno de los profesionales de dicho centro, compartió conmigo sus conocimientos y forma de abordar los casos desde su corriente teórica. Toda la información recabada ha sido muy valiosa para mí, ya que, éstas crean las estructuras para poder brindar los conocimientos profesionales necesarios como Psicólogo.

Palabras claves: depresión, salud mental, terapia de grupo, síntomas, psicología.

ABSTRACT

The following work was carried out under the modality of Professional Practice at the Tocumen Health Center. It consisted of the application of Psychological Tests and a comprehensive approach to problems related to depression. To know in-depth, through the psychological approach, the symptoms, and causes that lead a person to suffer depression.

This experience was an excellent opportunity to put into practice all the theoretical knowledge learned. To share criteria with the center's specialists, mainly with the psychologist in charge of the Mental Health Program.

Thanks to this opportunity, I was able to participate and intervene in group therapies, such as relaxation therapy, behavior modification therapy, and also, individual therapies.

It should be noted that this experience was an essential complement to complete my training as a Clinical Psychologist, given that each one of the professionals of the center shared with me their knowledge and way of approaching cases from their theoretical current. All the information collected has been very valuable for me, since they create the structures to provide the necessary professional knowledge as a psychologist.

Keywords: depression, mental health, group therapy, symptoms, psychology.

CONTENIDO GENERAL

CAPÍTULO I.

MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1.1. Antecedentes..... | 11 |
| 1.2. Justificación..... | 15 |
| 1.3. Descripción Institucional..... | 18 |
| 1.4. Objetivos | 19 |
| 1.4.1. Objetivos Generales. | 19 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos..... | 19 |
| 1.5. Población Beneficiaria | 20 |
| 1.6. Cronograma de Actividades. | 21 |

CAPÍTULO II.

DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

| | |
|--|----|
| 2.1. Actividades Realizadas. | 23 |
| 2.1.1. Atención individual..... | 23 |
| 2.1.2. Fase de evaluación..... | 24 |
| 2.1.3. Fase de análisis funcional..... | 24 |
| 2.1.4. Fase de establecimientos de objetivos... .. | 25 |
| 2.1.5. Atención grupal..... | 25 |
| 2.2. Portafolio de Actividades. | 26 |

CAPÍTULO III.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3.1. Análisis de los Resultados... .. | 28 |
| 3.1.1. Propuesta de Solución..... | 39 |
| 3.1.1.1. Marco de Referencia | 40 |
| 3.1.1.2. Justificación | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1.1.3. Diseño de la Propuesta..... | 44 |
| 3.1.1.3.1. Introducción | 44 |
| 3.1.1.3.2. Objetivos... .. | 45 |
| 3.1.1.3.2.1. Objetivos Específicos... .. | 46 |
| 3.1.1.3.3. Beneficiados | 46 |
| 3.1.1.3.4. Fases de Intervención..... | 47 |
| 3.1.1.3.5 Actividades a realizar en cada fase..... | 48 |
| 3.1.1.3.6. Descripción de la Propuesta de Intervención..... | 51 |
| 3.1.1.3.7. Referencia Bibliográfica..... | 52 |
| | |
| CONCLUSIONES | 53 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 56 |
| ANEXOS | 58 |
| INDICE DE CUADROS..... | 64 |

INTRODUCCIÓN

Este trabajo ofrecerá una descripción sobre las actividades asignadas durante la realización del informe final de grado en modalidad práctica profesional, al igual que una propuesta de intervención realizada en el Centro de Salud de Tocumen acerca de los síntomas depresivos y las causas, proponiendo un conjunto de entrevistas o acciones desde el ámbito profesional, Todo esto, a través de la teoría y práctica de la Terapia Cognitivo-Conductual para la Depresión.

Lo cual es la herramienta principal empleada, debido a las múltiples razones y ventajas que serán explicadas con mayor profundidad en el presente informe, junto con su fundamental objetivo, el cual radica en el mejoramiento de los pacientes, por medio de la activación de frecuentes pensamientos y conductas positivas que, gracias al modelo empleado, permite un tratamiento adecuado que se ve adaptado según las necesidades y problemas del paciente. Llevando un seguimiento constante de las actividades realizadas por este, determinando cuales son más beneficiosas y cuáles no; mediante un abordaje eficaz por parte del psicólogo.

Todo esto se explica con mayor profundidad a partir del capítulo I, en el que se hablará más acerca de los antecedentes, su justificación, la descripción institucional, la misión y visión; acompañada de los objetivos generales, específicos y el cronograma de actividades realizadas, siendo estas últimas, detalladas más a fondo en el capítulo II. En donde se ven explicadas las diversas actividades empleadas en la realización del trabajo.

A la par de los procedimientos y las fases de este, aplicado en un grupo de participantes de distintas maneras; con determinados ítems necesarios para precisar de ciertos datos importantes, para finalmente ser expuestos en el capítulo III, a través de la interpretación y análisis de los datos recopilados. Apoyados con base a la investigación previa realizada, justificando la propuesta de intervención, el objetivo general del (TCC) es lograr que el individuo deprimido que se encuentra preso de una situación vital pueda cambiar comportamientos o conductas con la finalidad de hacer desaparecer los síntomas depresivos que padece.

El modelo de activación conductual permite a los individuos que padecen de depresión reconocer y cambiar los comportamientos evitativos que lo alejan de sus fuentes de apoyo, familiares y seres queridos, también a entender la importancia de los pensamientos automáticos y utilizarlos de una manera eficaz, con el objetivo de mejorar sentimientos y emociones que influyen en la depresión.

Todas estas estrategias fueron adaptadas con la finalidad de obtener un tratamiento acorde con los pacientes que representan síntomas depresivos a raíz de una situación estresante (pérdida de empleo, separación conyugal) las intervenciones se hicieron a nivel grupal e individual. Al finalizar dicho trabajo se encuentran las sugerencias y conclusiones pertinentes.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO 1: MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

1.1. Antecedentes

Una de las principales causas de morbilidad atendidas en Panamá, en el Ministerio de Salud es la depresión, esta no distingue clase social, género o raza, afectando a un gran número de personas, también a sus familias.

La tristeza y la ansiedad son sensaciones que todos, o la gran mayoría, pasan en algún momento de su vida. No obstante, cuando estos sentimientos perduran de manera profunda y constante en el día a día del individuo por largos periodos de tiempo, esta comienza a hacer más una condición mental.

Desarrollándose un trastorno que puede tender a ser problemático para el sujeto, agravándose según la persona y la situación por la que esta esté transitando. Este estado mental o enfermedad suele ser conocido como depresión.

Según datos recopilados del Ministerio de Salud de Panamá en 2018 se menciona lo siguiente:

“Los motivos de consulta más comunes en los servicios de salud mental y psiquiatría son los trastornos depresivos y de ansiedad. Está claro que existen factores que ponen en riesgo la salud mental como por ejemplo: las experiencias traumáticas, desempleo, consumo de alcohol y otras drogas, el insomnio, como también problemas económicos entre otros”. (Mayo, 2018)

Según Mackinnon (2009):

La depresión radica en un estado afectivo de aflicción, acompañada de un menor amor por uno mismo y sensaciones de abandono. En donde algunas de las etapas de la vida emocional, cognoscitiva fisiológica y social, podrían verse perjudicadas.

Pues bien a que el estrés y la ansiedad forman parte del día a día, siendo estos elementos el modo de vida de los países tercer mundistas, en los cuales los niños y jóvenes perciben desmesuradamente rápido la dimensión amenazante del mundo que les rodea.

“Debido a estas situaciones abarcando las relaciones ambientales, junto a los factores de riesgos genéticos temperamental o familiar, puede surgir el cuadro clínico del trastorno de ansiedad”. (Mardomingo, 2004).

En consecuencias estas emociones se van haciendo más comunes, las personas que lo sufren suelen experimentar tantos sentimientos de tristeza, culpa o bajones de autoestima, carencia del goce sexual, sensaciones de cansancio, trastornos del apetito o del sueño y una carencia para concentrarse, Estas sensaciones pueden verse causadas por una amplia cantidad de razones que, por sí mismas, pueden actuar o no como un elemento clave dentro del estado de ánimo.

Estas pueden ser el fallecimiento de un ser querido, largas horas de estrés en un ambiente conflictivo, experiencias de familiares cercanos, consumo y dependencia de productos o sustancias así como también otros factores más relacionados a la biología interna del sujeto, en donde el cerebro y las hormonas (esta última, particularmente con las mujeres) pasan por cambios químicos que influyen el estado de ánimo.

Aunque la depresión puede llegar hacer causada principalmente por uno de estos factores, en otros casos, puede ser la combinación de varios factores que confluyen en conjunto.

Esto último, es particularmente cierto y en especial en hombres, los cuales han empezado a tener un incremento en la tasa de suicidios mucho mayor al de las mujeres en varios países en donde, diferentes acontecimientos pueden ejercer como elementos catalizadores en la depresión de distintos sujetos.

Según Caspi, Hariri (2010):

El estudio de los orígenes de la depresión ha permitido conocer que es multicausal, y que en su aparición intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Es así como se puede decir que tanto el fenotipo intermediador (hiperreactividad genética al estrés) como las experiencias tempranas vividas por el individuo actúan como factores predisponentes de la depresión.

Y en ocasiones, la depresión surge sin una razón aparente que, dependiendo de las circunstancias, el riesgo de esta puede verse acrecentada por:

- Haber padecido episodios depresivos con anterioridad.
- Historial de familiares con depresión.
- Situaciones de estrés o duelo (fallecimiento de seres queridos, soledad, desempleo, dificultades en las relaciones interpersonales o alteraciones en el estilo de vida).
- Constantes experiencias conflictivas en sus alrededores (ya sea en el hogar, el trabajo, entre otros).
- Traumas psicológicos y/o físicos.
- Enfermedades físicas graves o problemas crónicos de salud.
- Determinados medicamentos.
- Extraplimitarse con el uso de alcohol o de sustancias químicas.
- Algunas mujeres pueden llegar a ser más susceptibles después del parto, en especial, si estas poseen algún factor de riesgo como los mencionados anteriormente.

Así pues, tales como una buena experiencia con un familiar, una relación sentimental, compañero, o amigos a menudo pueden servir como un punto de apoyo en contra de la depresión en donde, dentro del amplio abanico de opciones para tratar la depresión, hay una que resalta sobre todas las demás y esa es la conocida Terapia Cognitivo Conductual (TCC en adelante).

También, principalmente, en la manera de entender como este piensa ya sea sobre sí mismo o de las personas y el entorno que le envuelve; enfocándose en como lo que otro hace impacta sus emociones y pensamientos ayudándole a modificar la manera en que piensa (es debido a esto lo denominado como cognitivo) y la forma en que actúa (haciendo referencia a la parte conductual), con el fin de apoyarle y de mejorar su estado.

De igual manera en las problemáticas del “aquí y ahora”, en vez de los motivos o síntomas anteriores a su decaimiento, indagando en formas de como restaurar su actual estado anímico; distinguiéndose de esta manera, de las demás terapias, todo esto gracias a los doctores Aaron Beck y Albert Ellis, quienes sembraron las bases de la ciencia cognitiva para el tratamiento de trastornos psicológicos; a través de sus respectivos modelos de aplicación terapéutica llamados Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

A pesar de las similitudes que ambos métodos puedan compartir, estos se diferencian en que el modelo del Dr. Ellis se enfoca en las creencias ilógicas; empleando el debate o dialogo socrático como su fundamental instrumento mientras que el Dr. Aaron Beck, se enfoca en los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas. Dando forma a los comienzos de la TCC a finales de los años 60, en donde Aaron Beck publica la Teoría Cognitiva de la Depresión; explicando cómo esta se sustenta mediante el procesamiento sesgado de la información, las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos.

Basándose en cómo la manera de pensar puede afectarnos, alterando nuestra percepción de la salud por medio de la triada cognitiva (un esquema central propuesto por el Dr. Beck). El cual habla sobre la visión pesimista de uno mismo en el futuro y su entorno; aplicándose un sesgo en donde la persona se observa como un ser despreciable, realzando sus rasgos negativos e ignorando sus aspectos positivos.

Por fortuna, de ser allí donde reside el problema, es ahí mismo en que se halla la curación, como ya se ha demostrado en muchos otros estudios científicos en donde la técnica se apoya en un debate tipo socrático, por donde el paciente y terapeuta van delimitando y discutiendo las ideas más comunes de los pensamientos automáticos; dirigiéndose eventualmente al sector laboral de las irregularidades cognitivas, es decir, hacia los esquemas cognitivos menos visibles.

Cabe destacar que, tanto el modelo de Aaron Beck como el de Albert Ellis, han sido una parte fundamental dentro de las estrategias utilizadas hoy en día para la TCC. Gracias a la reestructuración cognitiva, que permite al sujeto ser capaz de cambiar su forma de ver y valorar los eventos que experimenta día a día.

En Panamá, según la encuesta nacional de 2007 sobre salud y calidad de vida, 5,3% de los encuestados había tenido un diagnóstico de depresión. Este diagnóstico figuraba entre los 10 principales correspondientes a enfermedades crónicas y factores ambientales.

1.2 Justificación

Panamá cuenta con programas de salud mental enfocados en la promoción, prevención y tratamientos de las patologías que presenta la población, pero a raíz del aumento de las mismas es necesario contribuir con herramientas eficaces que ayuden a potenciar los tratamientos psicológicos.

A lo largo de los años, se han desarrollado estrategias con la finalidad de abordar y tratar la depresión. Y de todas las herramientas que existen para combatirla, hay una que destaca por ser de las más simples y eficaz; conocida como la Terapia Cognitivo Conductual.

Según Zarragoitía (2010):

Los seres humanos se relacionan o comunican al nivel emocional y reaccionan de manera similar ante determinados estímulos estresantes negativos, de ahí que el entendimiento de las emociones sea una de las principales metas de la ciencia actual, unido a la comprensión y el análisis. (Zarragoitía, 2010, pág. 4)

La (TCC) utiliza uno de los métodos de orientación más tradicionales, pues, a pesar de no ser una técnica de tratamiento muy antigua comparada a otras, se basa en un modelo de reforzamiento de pensamientos positivos; con un mayor enfoque en los pensamientos automáticos del sujeto en cuestión, teniendo como prioridad, una mayor activación de pensamientos y actitudes positivas; siendo necesario hacer un análisis funcional de conducta, en donde se determinarán los rasgos positivos que serán usados para reforzar el procedimiento.

Debido a que, a diferencia de otras estrategias, este método no requiere de muchos elementos o de un cambio en los pensamientos del paciente, siendo un punto clave en la terapia, cabe señalar que en ocasiones el paciente necesita de algún medicamento que simultáneamente con la terapia podría ayudarlo en su recuperación, pues se espera que el paciente lo haga por sí solo como consecuencia del tratamiento.

En la actualidad, la terapia cognitiva está entre los métodos más conocidos en contra de la depresión gracias a su eficacia, ya que se basa en la idea de que las acciones o sentimientos negativos son el resultado de creencias o pensamientos distorcionados actuales, sin mencionar, que al depender más de las necesidades del paciente y la preparación del especialista (la cual no es demasiado extensa).

Además de más adaptativa comprendiendo a su vez, ventajas económicas sobre otros tratamientos; acompañada de una menor cantidad de sesiones, las cuales dependerán del sujeto por estas razones, la TCC será el método principal empleando en esta investigación. Todo esto con el fin de que el sujeto vuelva a sentirse como antes de la depresión o mejor, usando técnicas para evitar que el mismo recaiga.

En donde la intervención en la práctica clínica del centro de salud de Tocumen toma fuerza por la gran demanda de atención psicológica que requieren los pacientes en el área Este de Panamá, actualmente se cuenta con los servicios de atención psicológica en el Hospital Irma De Lourdes de Tzanetatos (24 de Diciembre) y en el hospital de Chepo. Sin embargo, por la gran demanda se han habilitado otros centros como por ejemplo el centro de salud de Tocumen que cuenta con especialistas de la salud mental para dicha atención.

En nuestro país la demanda de atención psicológica es alta, llegan a consulta una gran cantidad de pacientes con múltiples síntomas por ejemplo: síntomas de ansiedades, depresivos, ideación suicida y trastornos de personalidad, por tal razón, es de suma importancia para los especialistas de la salud mental abordar estos temas y prepararse académicamente para afrontarlos con la mayor responsabilidad y capacidad posible.

De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), la depresión a nivel mundial ha afectado a más de 350 millones de habitantes, siendo este el que más afecta a la población mundialmente, en muchos países la depresión es considerada como un tema de importancia, por tal razón se toman medidas para abordar este tema de manera integral y bajar la prevalencia.

En Panamá entre un 30 a 40% de los pacientes referidos al programa de salud mental son por depresión, esto según las estadísticas de la CSS de Panamá, cabe destacar que dicho fenómeno con el pasar de los años, va en crecimiento; justificando la importancia del abordaje y de los mecanismos de atención necesarios, con el fin de brindar herramientas y habilidades para reducir la depresión en nuestro país.

La depresión forma parte de las principales causas de riesgo para el suicidio., en la actualidad se necesita un gran abordaje referente a este tema por la gran cantidad de síntomas depresivos que se manifiestan en las personas a causas de problemas multifactoriales mal asimilados.

La alta prevalencia de los trastornos mentales nos indica que debemos incrementar los niveles de apoyo, tanto en las personas que sufren de alguna patología, como también en la dinámica familiar que envuelve a las personas.

Panamá debe tener más proyectos a nivel social dirigidos a este tema con la finalidad de incrementar los centros, fundaciones y otras entidades con el fin de bajar la prevalencia de la depresión y abordarlo de manera integral y eficiente, por tal razón justificamos la importancia del trabajo de grado descrito.

1.3. Descripción Institucional

El corregimiento de Tocumen pertenece al distrito de Panamá, que se encuentra ubicado en la zona metropolitana de dicha ciudad. Sus orígenes comienzan en el año de 1950, con la construcción del aeropuerto nacional de Tocumen el 1 de julio de 1947.

El centro de Salud de Tocumen pertenece a la región metropolitana de salud, Área 2, grupo 1, ubicándose en el sector de San Antonio, donde inició sus labores el 22 de mayo de 1972, ofreciendo sus servicios a la población de la 24 de Diciembre, Pedregal, Las Mañanitas y otras áreas como Pacora.

El mismo ofrece los servicios de Psicología, Enfermería, Farmacia, Promoción de la salud, Trabajo social, Estimulación temprana y Psiquiatría.

- **Visión:**

Garantizar la atención de salud integral a toda la población, sin discriminación, en busca de mejorar la calidad de vida.

- **Misión:**

Ofrecer a los pacientes del Centro de Salud de Tocumen que sufren de depresión, las herramientas adecuadas, inculcando en ellas las capacidades y el bienestar necesario, dando como resultado que los pacientes obtengan una gama de habilidades que les permitan desarrollarse a plenitud y mejorar los síntomas depresivos.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivos Generales

1.4.1.1. Brindar herramientas que faciliten superar la depresión, mediante técnicas que permitan mejorar el malestar emocional.

1.4.1.2. Fomentar en el individuo un aprendizaje nuevo en el manejo de la depresión, pensamientos automáticos y a desarrollar conductas en beneficio de su salud mental.

1.4.2. Objetivos Específicos

1.4.2.1. Evaluar a los participantes por medio del Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).

1.4.2.2. Reconocer pensamientos o conductas nocivas que influyen en la depresión.

1.4.2.3. Aumentar las habilidades en el manejo asertivo de los pensamientos que ayudan a superar la depresión.

1.4.2.4. Fortalecer la capacidad que tiene cada individuo que a pesar de experimentar situaciones que afecten su estado emocional, se puede seguir adelante.

1.4.2.5. Incrementar la tolerancia a emociones o sentimientos que padece una persona que sufre de depresión.

1.5. Población Beneficiaria

1.5.1 Población directa

La población del corregimiento de Tocumen es de 89,698 habitantes, actualmente en el centro de salud de Tocumen se atienden alrededor 500 pacientes anuales que acuden al centro en busca de especialistas de la salud mental por problemas emocionales.

Con las diversas intervenciones se verán beneficiadas las personas que después de ser seleccionadas según las evaluaciones pertinentes, recibirán la atención psicológica que requiere el trabajo de grado.

De la misma manera las familias de los participantes, se encuentran dentro del programa, está establecida unas series de docencias de carácter general en busca de que sean agentes multiplicadores de lo importante que es la salud mental y puedan vivenciar los cambios positivos pertinentes de sus familiares.

1.5.2 Población indirecta

Personal del equipo de Salud Mental del Centro de Salud principalmente el Departamento de Psicología, por los conocimientos y el apoyo técnico, que gracias a este programa el Centro podrá contar con un programa en concreto ya que hasta la fecha no contaban con el mismo.

Así como también los funcionarios del centro que al ver el programa hecho realidad le sirvió de fuente motivadora para futuros proyectos a realizar con la finalidad de brindar una atención de calidad a los pacientes que buscan atención de salud.

1.6 Cronograma de actividades

Las principales actividades realizadas en la asignación de la práctica profesional se orientaron en la atención de los pacientes.

Cuadro 1.

Cronograma de Actividades

| Semana | Asignación | Actividades Realizadas |
|-----------------------|-------------------------------|--|
| Primera semana | Inducción | <ul style="list-style-type: none">- Inducción sobre los diversos programas que se ofrecían y presentación del equipo de trabajo. - Apoyo en consulta externa. - Aplicación del Inventario de Depresión de Beck. - Aplicación de la escala de Hamilton para la depresión. - Explicación y aplicación del termómetro del estado de ánimo. |
| Segunda semana | Pensamientos automáticos | <ul style="list-style-type: none">- Aplicación de cuestionario (Análisis funcional). - Se aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos TCC (Ruiz y Lujan). - Aplicación del formulario (Refutación de Pensamientos Automáticos de Beck). - Psicoeducación. - Revisión del termómetro del estado de ánimo - Apoyo en consulta externa. |
| Tercera semana | Establecimientos de objetivos | <ul style="list-style-type: none">-Aplicación de Escala de Ansiedad y Depresión de Zung. - Dinámica, Deteniendo Conductas de Evitación. |

| | | |
|----------------------|-----------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Se aplicó el taller Promoviendo conductas Positivas y Saludables. - Aplicación del post test. - Revisión del termómetro del estado de ánimo. |
| Cuarta semana | Atención grupal | <ul style="list-style-type: none"> - Exposición como ayudar a un familiar que sufre depresión. - Charla sobre la importancia de no reforzar conductas o actividades depresivas. - Taller vivencial. |

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

2.1 Actividades realizadas

Las actividades realizadas más importantes de la práctica profesional son resaltadas de la siguiente manera:

2.1.1 Inducción y aplicación de pruebas

Durante mi estadía en el Centro de Salud de Tocumen tuve la oportunidad de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en clase, en la primera semana se dio una inducción a cada paciente de los diferentes programas que ofrece el Centro y además se presentó cada uno de los funcionarios que conforman el programa de salud mental.

Como segundo punto se realizaron las aplicaciones de las pruebas psicológicas como son el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), y la escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating, HDRS) con la finalidad de determinar el perfil sintomatológico y la dificultad del cuadro depresivo y así poder obtener una base sólida de sus estados emocionales.

Es de suma importancia monitorear a cada paciente y darle el respectivo seguimiento por esa razón se utilizó un pequeño cuaderno llamado Termómetro del Estado de Ánimo en donde cada paciente registró en casa sus emociones y pensamientos del día a día.

2.1.2 Análisis de los pensamientos automáticos

Esta semana tiene como objetivo reconocer cuales son los pensamientos automáticos negativos que influyen en la manifestación de los síntomas depresivos y esto se llevó a cabo mediante un pequeño cuestionario para

poder lograr el análisis funcional del mismo, así como también se utilizó el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan) para medir la frecuencia con que suelen pensarlos.

Luego se utilizó el formulario (Refutación de Pensamientos Automáticos de Beck). Con la finalidad de abordar los pensamientos automáticos desde una perspectiva lógica y que en el paciente poco a poco se desvanezcan los pensamientos negativos y las creencias nucleares.

Se le brindo al paciente la psicoeducación pertinente referente a los temas mencionados buscando la mejoría de los síntomas y se revisó el Termómetro del Estado de Ánimo como se hace semanalmente.

También tuve la oportunidad de presenciar entrevistas de casos referidos del Sistema Penal Acusatorio que se atienden en el Centro.

2.1.3 Establecimientos de objetivos

En esta semana se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Zung con la finalidad de medir la mejoría de los síntomas depresivos, luego se practicó una dinámica en donde el paciente escribió en una hoja todas las cosas que ha dejado de hacer desde que aparecieron los síntomas y mi labor fue que el paciente poco a poco volviera a activarse y dejar a un lado las conductas de evitación.

También se aplicó el taller Promoviendo Conductas Positivas y este consistió en que cada paciente indicara las tareas que les gustaría realizar y esto nos indicó en medio de la intervención programar actividades que tengan una relación directa con los valores de cada paciente.

Se brindó Psicoeducación pertinente sobre los temas mencionados y se revisó el termómetro del Estado de Ánimo. También esta semana pude participar con la psicóloga encargada en la atención de pacientes referidos del Sistema Penal Acusatorio por casos de violencia doméstica.

2.1.4 Atención grupal

- **Talleres:** sobre activación conductual, se les explico a los participantes la importancia de tener conductas y actividades saludables, así como también se les brindo información sobre los pensamientos automáticos.
- **Psicoeducación:** Se le brindo a los familiares de los participantes una charla sobre la importancia de no reforzar conductas o actividades depresivas.
- **Mindfulness:** ejercicios de respiración en donde nos permitió ubicarnos en el aquí y en el ahora, con este ejercicio se logró manejar la atención, centrándonos únicamente en el momento presente, y así poder controlar el flujo constante de pensamientos o imágenes para poder detener la rigidez almacenada.

2.2. Portafolio de actividades

Actividades realizadas:

- Identificación de síntomas depresivos.
- Termómetro del estado de ánimo (como me siento hoy).
- Lectura, para cambiar como uno se siente, es cambiando lo que se hace y se piensa.
- ✓ Identificación de pensamientos automáticos.
- ✓ Extinción de las conductas de evitación.

- ✓ Reforzamiento positivo ante la depresión.
- ✓ Manejo de pensamientos o conductas rumiante.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales.
- ✓ Taller, prácticas de respuestas asertivas.
- ✓ Técnica de atención plena.
- ✓ Despedida de los participantes.

Tareas para la casa

- ✓ Ejercicios de relajación.
- ✓ Practicar ejercicios físicos.
- ✓ Libro pensar en positivo.
- ✓ Técnica libera el estrés.

Foto dictando el taller vivencial



CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

En base a las diversas intervenciones realizadas se presentan con detalle los hallazgos de los pacientes atendidos en base a:

- Mini entrevista clínica Neuropsiquiatría internacional
- Inventario de Depresión de Beck (prueba base)
- Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating, HDRS)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE ARON BECK:

Para realizar un filtro de los pacientes que contaran con los criterios de intervención según el estudio planteado, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck obteniendo la siguiente muestra de pacientes:

CUADRO N° 2

Resultados de Evaluación

| Sujeto | Depresión ausente o mínima | Depresión leve | Depresión moderada | Depresión grave |
|--------|----------------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| 1 | ✓ | | | |
| 2 | | ✓ | | |
| 3 | | ✓ | | |
| 4 | | ✓ | | |
| 5 | ✓ | | | |
| 6 | | ✓ | | |
| 7 | | ✓ | | |
| 8 | ✓ | | | |
| 9 | | ✓ | | |
| 10 | ✓ | | | |
| 11 | | ✓ | | |
| 12 | | ✓ | | |
| 13 | ✓ | | | |
| 14 | | ✓ | | |
| 15 | | ✓ | | |

Fuente: Escala de Depresión de Aron Beck

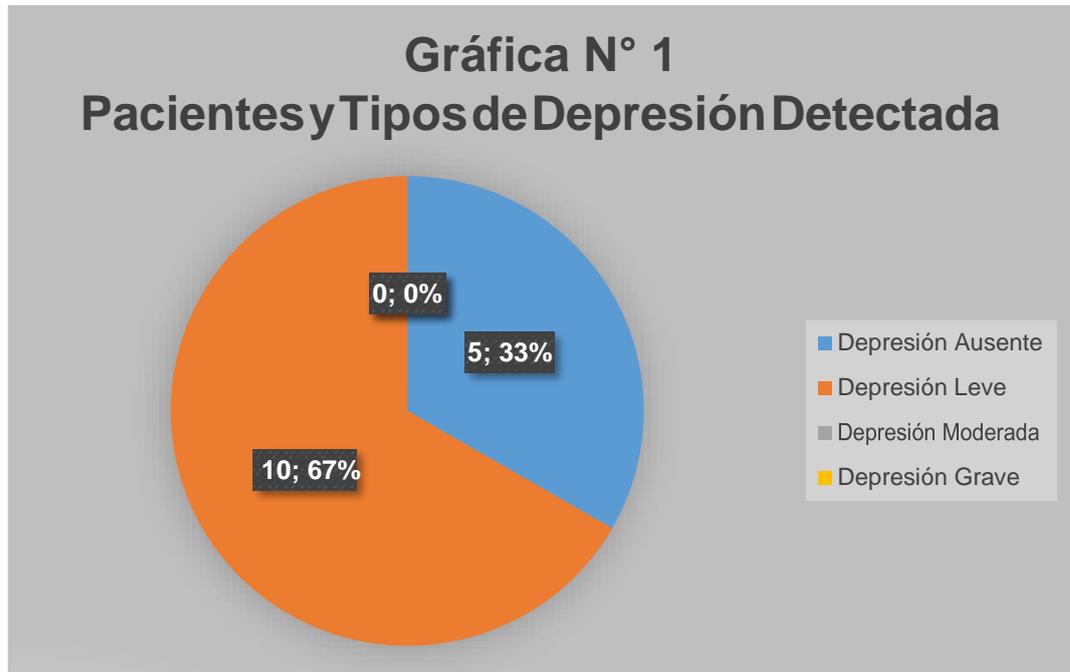
CUADRO N° 3

Condición Depresiva de los Pacientes

| Depresión Ausente | Depresión leve | Depresión Moderada | Depresión Grave |
|-------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| 5 | 10 | 0 | 0 |

Fuente: Resultado de la escala de Depresión de Beck

Gráfica N° 1
Pacientes y Tipos de Depresión Detectada



Como podemos observar en la gráfica de 15 pacientes de la muestra inicial, sólo cinco mostraron ausencia de depresión, 10 mostraron signos de depresión leve y ninguno marco en depresión moderada y grave.

MINI ENTREVISTA CLÍNICA NEUROPSIQUIATRÍA INTERNACIONAL

A continuación, algunas características relevantes de la población atendida:

CUADRO N° 4
Características de los Pacientes

| Sujeto | Edad | Genero | Nivel escolar | Motivo de atención |
|---------------|-------------|---------------|----------------------|---------------------------|
| 1 | 25 | M | Universitario | Separación |
| 2 | 40 | M | Universitario | Separación |
| 3 | 33 | F | Universitario | Pérdida de empleo |
| 4 | 28 | M | Sexto grado | Separación |
| 5 | 37 | F | Sexto grado | Separación |
| 6 | 36 | F | Universitario | Pérdida de empleo |
| 7 | 33 | M | Sexto grado | Separación |
| 8 | 36 | M | Universitario | Separación |
| 9 | 29 | F | Sexto grado | Pérdida de empleo |
| 10 | 31 | M | Tercer año | Pérdida de empleo |

Fuente: Entrevista clínica al Paciente

Según las características de la población puedo presentar lo siguiente:

De los 10 participantes cinco de ellos cuentan con nivel universitario y los problemas más comunes identificados son: pérdida de empleo y separación sentimental.

TABLA N° 5
EDADES DE PACIENTES

| Rango de Edades | Cantidad |
|-----------------|----------|
| 20-25 | 1 |
| 26-30 | 2 |
| 31-35 | 3 |
| 36-40 | 4 |

Fuentes: Entrevista Clínica



Como podemos observar la mayor parte de los pacientes atendidos oscilan entre los 36 a 40 años (4), seguidos de los pacientes que tienen de 31 a 35 años (3).

CUADRO N°6
GÉNERO DE PACIENTES

| Sexo | Cantidad |
|-------------|-----------------|
| Femenino | 4 |
| Masculino | 6 |

Fuentes: Entrevista Clínica



Como podemos observar la mayor parte de los pacientes pertenecen al sexo masculino (6)

CUADRO N°7
NIVELES DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES

| Nivel Escolar | Cantidad |
|---------------|----------|
| Universitario | 5 |
| Noveno Grado | 4 |
| Sexto Grado | 1 |

Fuentes: Entrevista Clínica



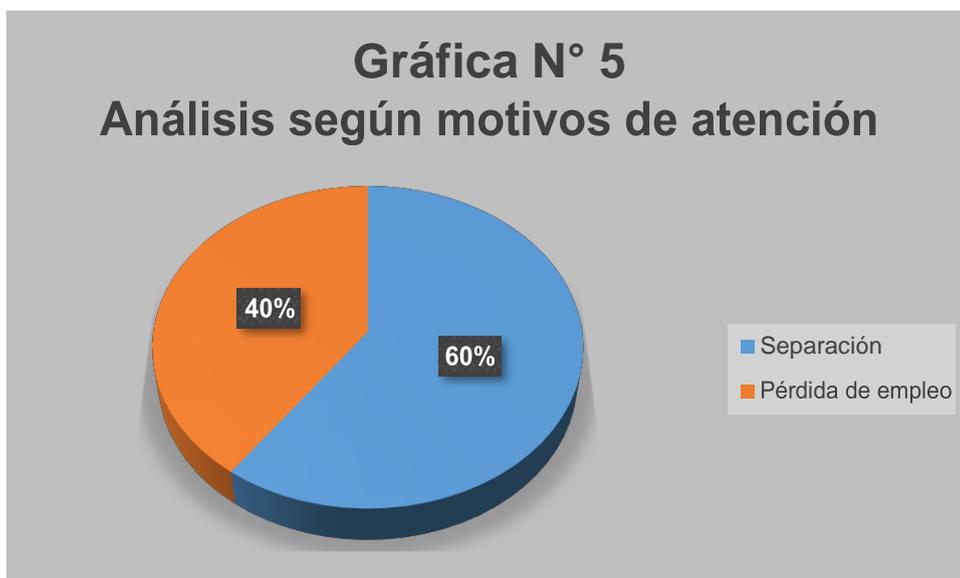
Según la población atendida, el nivel de formación universitaria es el más alto entre los pacientes (5), seguida por un nivel de escolaridad de primaria (4) y de formación pre-media (1).

CUADRO N°8

MOTIVO DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

| Motivo | Cantidad |
|-------------------|----------|
| Separación | 6 |
| Pérdida de empleo | 4 |

Fuentes: Entrevista Clínica



De acuerdo a los motivos de atención, se puede destacar la separación de parejas como principal causa de atención psicoterapéutica (6), seguido de la pérdida de empleo (4).

CUADRO N° 9

Resultados Pos evaluación

| Sujeto | Depresión ausente o mínima | Depresión leve | Depresión moderada | Depresión grave |
|--------|----------------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| 1 | ✓ | | | |
| 2 | ✓ | | | |
| 3 | ✓ | | | |
| 4 | ✓ | | | |
| 5 | ✓ | | | |
| 6 | ✓ | | | |
| 7 | ✓ | | | |
| 8 | ✓ | | | |
| 9 | ✓ | | | |
| 10 | ✓ | | | |

Fuente: Escala de Depresión de Aron Beck

CUADRO N° 10

Condición Depresiva de los Pacientes

| Depresión Ausente | Depresión leve | Depresión Moderada | Depresión Grave |
|-------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| 10 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Resultado de la escala de Depresión de Beck

Podemos resaltar que al final de la intervención terapéutica se aplicó a cada una de los participantes la escala de Depresión de Beck, dando como resultado una mejoría significativa, ya que se encontraban marcando en el inventario un grado de depresión leve y posterior a la intervención sus resultados marcaron depresión mínima o ausente.

3.1.1. Propuesta de solución

La propuesta de solución, en base a datos y referencias que se dieron en la práctica profesional estará dirigida para los pacientes con problemas relacionados con la depresión; una población de alta demanda en el sector de Panamá Este, y que, por falta de recurso humano y otras circunstancias no se puede abordar el problema de manera más eficaz.

Cabe señalar la gran labor que realizan los funcionarios de dicho centro ya que a pesar de la falta de recursos están comprometidos con la misión y visión que comparte el mismo, esta institución de salud cuenta con diferentes programas que le brinda a la población en general, sin embargo carecía de uno dirigido a tratar temas relacionados con la depresión.

El programa ofrecido busca dar solución a esta problemática que a pesar de los años va en aumento, estructurando un proyecto que contempla actividades dirigidas a la prevención y tratamiento, enfocado en mejorar la calidad de vida de las personas que asisten al centro en busca de atención psicológica.

Por lo tanto, al obtener a través de la práctica clínica, la experiencia y los resultados, se presenta la propuesta de intervención para el Centro de Salud de Tocumen. Tomando en consideración la teoría Cognitiva Conductual, por medio del modelo de la Activación Conductual para la depresión.

3.1.1.1. Marco de referencia

Panamá, con una población superior a los cuatro millones de habitantes tiene una posición privilegiada en varias clasificaciones de crecimiento y desarrollo de América Latina, sin embargo, no se escapa de tener altos índices de personas que sufren depresión, por esa razón, es de suma importancia todo aporte en dirección de mejorar la calidad de vida de todos los que vivimos en este hermoso país. Basandome en estas necesidades sale la propuesta de implementar un modelo dirigido a reducir los síntomas depresivos llamado Terapia Cognitivo Conductual.

La (TCC) en las últimas décadas se ha posicionado como uno de los tratamientos más eficaces en la lucha contra la depresión, síntomas de vacío y tristeza e influencia de la triada cognitiva son unos de los desencadenantes de manifestaciones de la depresión.

Por medio de la Terapia cognitivo conductual nos enfocaremos en el refuerzo de los pensamientos positivos, para que la persona logre dar pasos de mejoría y lo vayan experimentando de acuerdo al avance del tratamiento.

Se manifiesta que gracias al modelo (TCC) se pueden identificar comportamientos de evitación que pueden estar manteniendo de una forma significativa la depresión, así a su vez se promueve lograr el incremento de conductas placenteras que manifiesten un refuerzo positivo para la persona que sufre de depresión (Bottonari y Read 2008).

También indican que la (TCC) va dirigida a incrementar actividades que mejoren el estado de ánimo por medio de la introducción de fuentes de placer que sean la recompensa en la vida de las personas.

Según Barraca (2009):

“En la AC todo este conjunto de procedimientos se dirige fundamentalmente a la reducción o extinción de las conductas de evitación. Al tiempo, se complementa la tarea con el reforzamiento positivo de los comportamientos que suponen activación”. (Barraca, 2009, pág. 33)

La Terapia cognitivo conductual para la depresión cuenta con diversos estudios que demuestran su eficacia en relación a la sintomatología depresiva, uno de los estudios más importante en el campo clínico fue el elaborado por Cullen (2006).

El cual utilizó a personas que estaban diagnosticadas con trastorno depresivo mayor y les aplicó el modelo de activación conductual, luego los comparó con un grupo control y encontró que (TCC) logró una reducción significativa en las escalas de depresión.

A pesar de ser un enfoque conductual se ha combinado con otras técnicas como relajación y resolución de problemas dando buenos resultados, el abordaje conductual para la depresión tiene una larga pero importante historia, muchos precursores entendían o señalaban que todo lo concerniente a la depresión se refería a la falta de reforzamientos positivos y estos se originaban de la falta de conductas adaptativas que podían influir en el bienestar de las personas.

Se puede constatar que abordar los problemas psicológicos de una forma sistemática en donde estimular a la persona a que deje a un lado comportamientos de evitación por medio de actividades que puedan ser reforzadas en su contexto mismo, claramente se puede identificar que este modelo trata de modificar que el ambiente empiece a experimentar un bienestar a medida que va modificando su comportamiento.

Otro punto a favor que complementa y potencia los resultados en busca de superar la depresión son las técnicas de relajación.

Desde hace muchos años estas son usadas por especialistas de la salud mental, cuyo fin es tratar problemas de ansiedad y depresión, existen psicólogos pioneros en los años 80 como por ejemplo Antonio Blay y Alan Marlatt.

De manera que tienen como finalidad tomar conciencia del momento presente y para conseguir relajación a nivel mental, entre las aplicaciones actuales en lo que se refiere a la atención plena se emplea para prevención de recaídas en depresión y contra el estrés.

Según Delgado y Cols: las investigaciones realizadas se efectuaron con la finalidad de examinar todo cambio producido a raíz de la sumatoria de índices psicológicos y fisiológicos de todo lo relacionada con la auto-regulación emocional como resultados de varios entrenamientos en habilidades de atención plena.

Se tomaron muestras de personas con un alto grado de preocupación, el procedimiento se realizó comparando índices clínicos (afecto positivo y negativo, problemas de salud y depresión) también se tomaron en consideración índices fisiológicos como el patrón respiratorio y todo lo referente al sistema nervioso.

Cuando se compararon diferentes grupos se pudo identificar que las técnicas de relajación influyen de manera positiva a la hora de minimizar los síntomas producidos por la depresión y otros problemas afines, en la actualidad cuando nos referimos a una manera sencilla y eficaz con la que una persona se puede desconectar y abandonar el estrés controlando todas sus manifestaciones, así como resolver los problemas que puedan aparecer en un futuro, esta es la relajación.

3.1.1.2. Justificación

La depresión como todo mal que asola a gran cantidad de personas en Panamá y el mundo, puede tender a complicarse más que otros estados mentales debido a los cambios que la persona sufre.

Estos cambios en muchos casos, pueden llegar a obstaculizar el proceso de recuperación del paciente y en algunas ocasiones impedirlo; haciendo que estos recurran a métodos más radicales, como lo es la autolesión de sí mismo.

Ministerio de salud de Panamá (MINSa) 2015

La depresión afecta en mayor medida a las mujeres, en 2015 se diagnosticaron 3,772 casos; 2.918 en mujeres y 854 en hombres es decir de cada 10 diagnósticos 8 fueron en mujeres (MINSa) 2015.

La depresión suele ir acompañada de un sentimiento de abandono y desesperanza; junto con la ya mencionada visión pesimista a futuro, que la mayoría de afligidos suelen llevar consigo.

Todo esto presenta sus dificultades por la falta de interés y satisfacción en las actividades que el sujeto previamente disfrutaba; y las sensaciones de fatiga o cansancio de cada día, pudiendo afectar los ciclos de sueño. Causando en el sujeto hipersomnias y/o insomnio.

Viéndose reflejado en la apariencia, ya sea por la repentina pérdida o el aumento de peso, u otros síntomas más relacionados al sueño.

Por todo lo anterior el método empleado en la investigación, toma gran importancia en el área Este de Panamá; más en específicamente, en el Centro de salud de Tocumen, el cual afronta una escasez de profesionales idóneos y esto, complican la capacidad de atención al paciente. Pues, solo cuenta con una psicóloga capacitada.

La TCC, gracias a las ventajas mencionadas anteriormente, permitiría acelerar los tratamientos psicológicos en el área, sin mencionar, que también se beneficiarán aquellos que residen en sus alrededores; quienes requerirían menos de viajar a otros centros de salud más lejanos, otorgando una mayor rapidez y facilidad para aquellos en necesidad, puesto que la urgencia que requieren algunos de estos casos, está asociado al grado de depresión que estos mismos poseen; el cual, si no es atendido a tiempo, ni le es brindado el debido apoyo, se corre el riesgo que el sujeto tome medidas radicales como lo es el suicidio, método que muchas personas con depresión grave o severa tienden a usar como un mecanismo de escape.

Esta decisión no solo afecta a la persona, sino también a los familiares y seres cercanos, que al suceder esto, puede provocar en ellos una mayor inclinación a utilizar este “escape” a sus problemas; lo cual directa o indirectamente, afecta al país y produce un mayor retraso en sus avances.

Por estas razones, se vuelve indispensable que se ameriten las adecuadas herramientas para tratarse. Siendo la TCC uno de los mejores procedimientos en contra de la depresión, debido a sus bajos requisitos para el empleo en centros de salud y gracias a que no necesita de tanta preparación como otros modelos, es el método perfecto para emplazarse en sitios con pocos recursos como lo es el área Este de Panamá.

Pues si se le da autorización para su correcta implementación en las instalaciones, posibilitaría de una forma más accesible el tratamiento de estos sujetos.

3.1.1.3. Diseño de la propuesta

3.1.1.3.1. Introducción

Este proyecto comprende un programa de atención integral para pacientes que manifiestan síntomas depresivos en el Centro de Salud de Tocumen, en donde se busca abordar de manera directa todos los factores relacionados con la depresión. Además se contemplan tareas a realizar en casa en donde se involucra el entorno familiar considerando la importancia que tiene la familia en la recuperación del paciente.

De tal forma que toda persona que sufre de depresión se encuentra sumergida en una situación grave en la que se pueden manifestar una serie de sentimientos de tristeza profunda que puede durar mucho tiempo si no es tratado con la responsabilidad que se merece.

La depresión puede afectar la vida cotidiana de una persona hasta el punto que la persona deje de ser funcional y poco a poco puede quedar aislada de sus seres queridos, como también puede representar problemas en el ámbito laboral.

A nivel mundial la depresión es uno de los problemas más recurrentes, ya que por múltiples factores se manifiesta en las personas hasta el punto de influir claramente en los intentos de suicidios.

La depresión se relaciona más con el sexo femenino, pero esto puede verse relacionado en que las mujeres son las que más buscan atención psicológica en el momento que se manifiestan los síntomas.

La depresión puede aparecer en personas de cualquier edad, no discrimina y viene acompañada de una gran variedad de síntomas que afectan la parte física y psicológica, también afecta el entorno social de la persona que la padece.

Cuando una persona está deprimida puede pasar mucho tiempo llorando y presenta desinterés por todas las cosas con la cual está relacionada, uno de los comportamientos más habituales en el ámbito físico es el cansancio y dificultad para dormir acompañado de la pérdida de apetito.

Por lo expuesto en este escrito es de suma importancia acudir a un especialista si presenta algunos de estos síntomas, cabe destacar que el especialista de la salud mental es el idóneo en la práctica de pruebas necesarias para llegar a un buen diagnóstico psicológico.

Quiere decir que todo lo relacionado con la depresión debe verse de manera integral y darle la relevancia que se merece por el alto grado de personas que acuden a consulta por problemas relacionados con síntomas depresivos.

Por tal razón es importante dotar al especialista de la salud mental de todas las herramientas necesarias para un buen diagnóstico y con el personal necesario para contrarrestar este problema que va en aumento día tras día.

3.1.1.3.2. Objetivos

Mejorar aspectos claves en el comportamiento por medio de la activación conductual, a través de técnicas para mejorar la calidad de vida de las personas que sufren de depresión.

Brindarles a los participantes información necesaria en el reconocimiento de los pensamientos automáticos que influyen en el desarrollo de la depresión y dotarlos de mecanismos para afrontarlos.

3.1.1.3.2.1. Objetivos específicos

Desarrollar la capacidad de reconocer comportamientos de evitación y fomentar conductas que vayan en congruencia con un buen desarrollo emocional.

Incrementar refuerzos positivos dirigidos con el fin de que los participantes mejoren el patrón de conducta y se hagan conscientes de los pensamientos que son necesarios para superar la depresión, incremento de las destrezas en el uso de técnicas de relajación y en la aceptación de la superación personal.

3.1.1.3.3. Beneficiarios

Los beneficiarios directos serán los pacientes que se atiendan en el Centro de salud de Tocumen que manifiestan síntomas depresivos.

Se recomienda la posibilidad de que estas personas puedan ser integradas y evaluadas por medio de las siguientes escalas con la finalidad de apoyar un buen diagnóstico e intervención.

- a) Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), cuya finalidad será evaluar todos aquellos síntomas clínicos de melancolía, pero también todos los pensamientos relacionados con la depresión con la finalidad de obtener una base sólida de los estados emocionales.

- b) Escala Hamilton para la depresión (Hamilton Depression Rating, HDRS), la finalidad de esta escala es determinar el perfil sintomatológico y la dificultad del cuadro depresivo .

3.1.1.3.4. Fases de Intervención

El programa estará diseñado a través de seis fases descritas de la siguiente manera:

- **Fase 1**

Esta fase abarcara la entrevista con el paciente, la cual consiste en una evaluación por los especialistas de salud mental para determinar el grado de atención que amerita el paciente.

- **Fase 2**

Esta consistirá en el establecimiento de las normas de terapia y la aplicación de instrumentos de valoración de síntomas depresivos y otros factores que sean sujeto de atención.

- **Fase 3**

En esta fase se utilizarán las técnicas y estrategias terapéuticas con la finalidad de conocer y entender los hechos descritos por el paciente que lo llevan a manifestar los síntomas depresivos.

- **Fase 4**

Esta tiene como objetivo localizar los pensamientos automáticos que surgen de manera espontánea y hacer que el paciente sea consciente de los mismos.

- **Fase 5**

Esta fase estará enfocada en reforzar los cambios positivos en el paciente y promover estilos de vida sana, así como también en el reforzamiento de la autoestima.

- **Fase 6**

La última fase será dirigida a pacientes y familiares con el propósito de realimentar o potenciar el contenido expuesto en busca de una mejor calidad de vida.

3.1.1.3.5 Actividades a realizar en cada fase

- **Fase 1- (Psicoeducación):**

Tiene como objetivo que el paciente comprenda temas importantes relacionados con la depresión, sus síntomas físicos y psicológicos, como también la importancia de optar por comportamientos que influyan en la mejoría del estado emocional, cuyo objetivo será que el paciente comprenda la importancia de su rol en el tratamiento para una mejoría permanente.

- **Fase 2 – (aplicación de pruebas)**

En esta fase se contemplarán objetivos fundamentales como la alianza terapéutica y el “rapport” a su vez se aplicaran pruebas psicológicas como el Inventario de Depresión de Beck (Beck DepressionInventory, BDI), y la Escala Hamilton para la depresión (Hamilton DepressionRating,HDRS), con la finalidad de obtener resultados de sus síntomas y poder abordarlos satisfactoriamente.

▪ **Fase 3- (Análisis funcional)**

En esta fase se aplicará un pequeño cuestionario para recabar información sobre el motivo que ocasionó la manifestación de los síntomas depresivos, por medio de preguntas que llevarán a conocer los hechos y síntomas.

El paciente explicará detalladamente cada punto y junto al psicólogo se abordarán objetivamente con el fin de conocer los procesos mentales y conductuales del paciente para lograr una mejoría en su estado de ánimo.

¿Qué sucedió?

¿Qué consecuencias tuvo?

¿Cómo te hizo y te hace sentir?

¿Qué hiciste y que haces?

▪ **Sesión 4- (Pensamientos automáticos)**

En esta sesión se localizarán los pensamientos automáticos negativos del paciente que surgen de forma espontánea que no reconoce y se trabajará de manera que la persona pueda ser consciente de los mismos, también se abordará la importancia de estos pensamientos y como pueden influir en positivo o negativo en la psique de una persona.

- ✓ Se creará una lista de pensamientos concretos que se repiten y provocan ansiedad y malestar.
- ✓ Reconocimiento de pensamientos automáticos negativos.
- ✓ Explicación sobre la influencia de pensamientos negativo en la psiques.

➤ **Sesión 5- (Activación de pensamientos y conducta positivas)**

En esta sesión se implementará el reconocimiento de pensamientos y conductas positivas, en el cual el paciente debe llevar a cabo por medio de tareas estructuradas y con un seguimiento del especialista en donde también reforzará y potenciará el patrón de conducta, hasta que la persona atendida pueda integrar este comportamiento como forma de vida.

Las tareas a fines a realizar serán bajo el criterio del especialista siempre y cuando vayan dirigidas a activar conductas que beneficiarán al paciente ya sea porque las dejó de hacer o porque realizándolas llegará a la mejoría deseada.

- ✓ Extinción de las conductas de evitación.
- ✓ Reforzamiento positivo ante la depresión.
- ✓ Manejo de pensamientos o conductas rumiante.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales.
- ✓ Taller, prácticas de respuestas asertivas.

▪ **Fase 6- (Red de apoyo)**

Los familiares y amigos cercanos de una persona que sufre de depresión tienen un rol importante en la recuperación, por tal motivo su nivel de involucramiento es fundamental. En la dinámica familiar se encuentran personas que conviven día a día con la persona deprimida y su labor debe ser de soporte en donde de su función será motivar y ayudar al afectado en tareas positivas, por tal razón en esta sesión se le debe dar a las personas cercanas la información de la importancia de su rol como red de apoyo.

3.1.1.3.6. Descripción de la Propuesta de Intervención

La propuesta de evaluación de los resultados tendrá como objetivo mejorar la calidad de vida de cada participante disminuyendo de forma significativa los síntomas depresivos, ya que las personas que lo padecen se consideran parte de la población en riesgo. También se aplicaran pruebas psicológicas con la finalidad de medir la gravedad de los síntomas.

Durante el desarrollo de cada sesión se mantendrá una interacción fluida entre el terapeuta y los participantes con la finalidad de aclarar ideas como también enriquecer la experiencia y la Terapia Cognitivo Conductual que a nivel grupal tendrá una estructura básica, con algunos cambios según el criterio del terapeuta. Como tambien se utilizará la Escala de Depresión de Beck para evaluar la sintomatología de cada paciente.

3.1.1.3.7. Referencia Bibliográfica

Alonso, I. Z. (2015). La psicoterapia cognitiva conductual en la depresión y su uso en el protocolo asistencial. Revista del hospital psiquiátrico de la habana.

Blázquez, B. O. (2011). Plantándole cara a la depresión: Como prevenirla y superarla.

Bobes, G. J. (2003). Bancos de instrumentos básicos para la práctica de psiquiatría clínica. Universidad de Oviedo.

Coloma, C. R. (2011). Introducción a la terapia cognitivo conductual. España, Barcelona.

Kanter, J. W - y Busch, A. M. (2011). Activación conductual: refuerzos positivos ante la depresión. Psicología, Editorial Alianza.

Maero, F- y quintero, P. (2016). Libro. Tratamiento Breve de activación Conductual para. Depresión. Buenos Aires: AKADIA.

Mardomingo, M. J. (2004). Trastornos de ansiedad en adolescentes. España.

Sheehan, D. B. (2000). Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. (Mini International neuropsychiatric Interview, Mini).

Tizón, J. G. (2015). El humor en la relación asistencial.

CONCLUSIÓN

Como se ha podido evidenciar, la constante presencia de la tristeza por prolongados lapsos, ha dado como origen a una condición mental conocida como la depresión, este mal que suele atormentar a gran parte de la población en general, es capaz de afectar a todos sin distinción del sexo como se ha presentado con anterioridad en el trabajo.

Siendo solo demostrado por los resultados como esta condición mental, es levemente más frecuente en los hombres y en personas cuyas edades suelen estar por encima de los 30 años, que como Mardomingo señaló en el año 2004, los niños y jóvenes también son capaces de detectar los diferentes peligros por los que son rodeados día a día; incluyendo varios factores que abarcan mayormente el lado social, y que, si no son tratados adecuadamente, pueden desarrollarse trastornos depresivos más graves.

De esta manera constituye una forma de discapacidad. Ya que debido a como lo ha mencionado Navarro en el 1990, este estado disminuye severamente la pasión y los deseos de la persona que lo transita; aislándola y dificultándole aún más sus habilidades para lidiar con el entorno, esto a su vez, ocasiona que una diversa cantidad de estrategias surjan con la finalidad de solventar dicha problemática; que puede tender a ser problemática para la persona que la sufre, ralentiza su productividad y rendimiento.

Existen diversas maneras para tratarla, pero una de ellas ha destacado por su indiscutible eficacia.

Esa es la TCC, que como se ha demostrado con los pacientes durante el trabajo, es un sistema que funciona; que carece de un muy alto coste comparado a otros modelos y no requiere de demasiados recursos para

emplearse, todo gracias a los doctores Aaron Beck y Albert Ellis, quienes desarrollaron un conjunto de actividades para el mejoramiento de los pacientes.

Actividades las cuales fueron puliéndose y perfeccionando con el pasar de los años, contribuyendo tanto psicológica como económicamente a los sujetos; atribuyendo una especial ventaja que hace brillar aún más el modelo.

Pues, en vista a lo recurrente que se ha convertido este fenómeno y el reciente crecimiento en panamá, es indispensable desarrollar y emplear opciones más asequibles a la población, ya que gracias a esta técnica y el enfoque al “Aquí y ahora”, pueda que permita potenciar en la población el mejor manejo de problemas que afectan su vida personal, profesional, familiar. En consecuencia el país se ve afectado y su progreso es obstruido, debido a la falta de un manejo asertivo del estrés, evitando así sintomatologías depresivas.

Por eso, los ciudadanos deben ser capaces de superar aquellos males que les acechan, desencadenando el manejo asertivo y el potencial que llevan dentro.

Se debe considerar que, si el adulto no es capaz de manejar eficientemente sus pensamientos, estas condiciones por modelado y aprendizaje observacional puede afectar a niños, desencadenando dificultades en sus relaciones; es imprescindible buscar maneras eficientes de combatirlas como lo hace actualmente la TCC, cuya principal función no es solo sacarlos de aquel estado mental, sino también el de evitar que dicha condición regrese de vuelta a estos.

Si un país es el reflejo de su gente, ¿Qué imagen puede dar una población con una visión pesimista de la vida? Puede ser una que no se considera lista o preparada para lo que viene; prefiriendo escapar de esta.

Ahora, si por el contrario muchas más clínicas abordaran y emplearan este modelo como lo está empezando a hacer el centro clínico de Tocumen; una mayor porción de los habitantes del país se beneficiaría y a sí mismo, esto contribuiría no solo a una mejor obtención de resultados y avances para al tratamiento de la depresión; sino también, en una mayor estabilidad y crecimiento para Panamá.

La experiencia personal a través de la práctica profesional fue muy enriquecedora a nivel educativo y personal, por eso que le damos las gracias a la universidad por la oportunidad y al centro de salud que me abrió las puertas para crecer como profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A, Beck. Inventario de depresión de Beck. (Beck Depression inventory, BDI).

Barraca, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión, descripción, técnicas y aplicación. Universidad Camilo José Cela.

Greenberger, D- y Padesky, C. (1998). Libro. El control de tu estado de ánimo.

Hamilton, M. Escala de Hamilton para la depresión. (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS).

Maero, F- y quintero, P. (2016). Libro. Tratamiento Breve de activación Conductual para. Depresión. Buenos Aires: AKADIA.

Marino, P. (2006). La activación conductual un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión. Artículo.

OPS, Panamá. (2012). La depresión es el trastorno más frecuente. Artículo.

Patterson, D. (2019). Libro Terapia Cognitivo Conductual. La guía completa para usar la TCC para combatir la ansiedad y la depresión.

Udelas, (2017). Manual de trabajo de grado. Panamá.

Velázquez, A. (2019). La depresión síntomas y tratamientos. Caja de Seguro Social. Panamá.

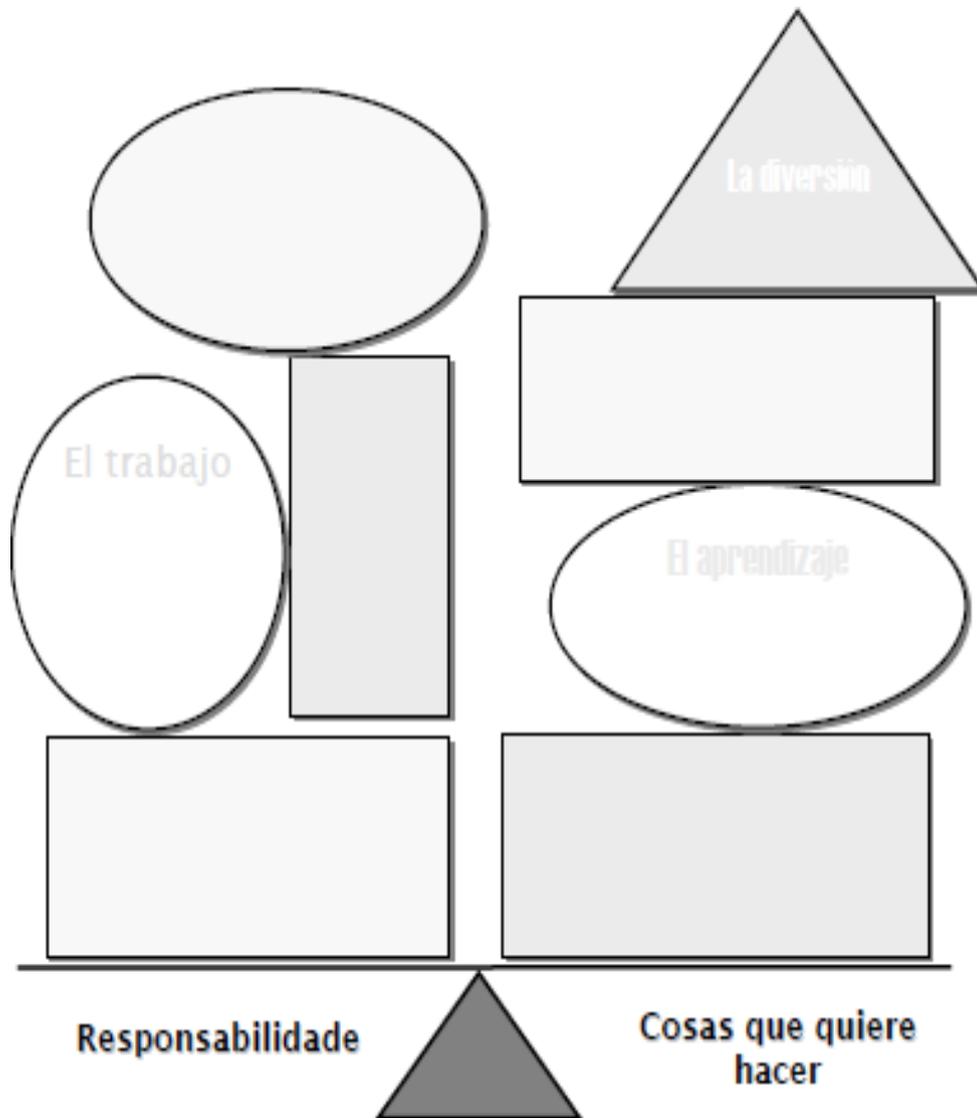
Zarragoitia, I. (2010). Libro. Depresión generalidades y particularidades. Editorial ciencias médicas.

ANEXOS

Lista de lo que hay que hacer

Haga una lista de alguna de las actividades que va hacer. Escriba su lista en las formas de abajo. Asegúrese de que su lista contiene una variedad de actividades para que su vida esté balanceada.

¿Esta un lado de la escala más pesado que el otro? ¿Tiene balance en su vida?



Fuente: Miranda, J –Woo, S- Lagomasino, I- Muñoz, R. (2006) Guía para el cliente. "Actividades y su estado de ánimo".

TERMÓMETRO DEL ESTADO DE ÁNIMO

Instrucciones

- Escriba los días de la semana en los espacios que están sobre la escala. Por ejemplo, si usted empieza a calificar su estado de ánimo de la semana, un miércoles, escriba "miércoles" (o "mi") en la primer línea, "jueves" (o "j") en la segunda línea, etc. También puede escribir la fecha (4/15, 4/16, etc.) si quiere llevar la cuenta de como va mejorando de semana en semana.
- Mantenga la escala a lado de su cama. Antes de irse a dormir, piense en su estado de ánimo de ese día y circule el número que corresponda a su estado de ánimo.
- Trate de usar todos los números, no sólo el 1, 5, o 9.
- No hay ninguna respuesta correcta. Sólo usted sabe como se ha sentido cada día.
- Si quiere llevar la cuenta de su estado de ánimo por un periodo más largo que una semana, escriba el número que califique su estado de ánimo de cada día en un calendario.

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Día de la Semana | | | | | | | |
| El mejor estado de ánimo | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Estado de ánimo regular | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Estado de ánimo pésimo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Miranda, J –Woo, S- Lagomasino, I- Muñoz, R. (2006) Guía para el cliente. "Actividades y su estado de ánimo".

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

5. Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

| Ítems | Criterios operativos de valoración |
|--|--|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea |
| 2. Sensación de culpabilidad | 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras |
| 3. Suicidio | 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4) |
| 4. Insomnio precoz | 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche |
| 5. Insomnio medio | 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.) |
| 6. Insomnio tardío | 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama |
| 7. Trabajo y actividades | 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad |
| 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta |
| 9. Agitación | 0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc. |
| 10. Ansiedad psíquica | 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle |

| |
|---|
| 11. Irritabilidad |
| <input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente |
| <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes |
| <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo |
| <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba |
| 12. Aislamiento social |
| <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto |
| <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes |
| <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás |
| <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos |
| 13. Indecisión |
| <input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones |
| <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre |
| <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto |
| <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda |
| 14. Imagen corporal |
| <input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado |
| <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo |
| <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes |
| <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo) |
| 15. Capacidad laboral |
| <input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes |
| <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa |
| <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada |
| <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo |
| <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes |
| 16. Trastornos del sueño |
| <input type="radio"/> Duermo tan bien como antes |
| <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana |
| <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir |
| <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche |
| <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme |
| <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas |
| <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas |
| <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas |
| 17. Cansancio |
| <input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes |
| <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga |
| <input type="radio"/> No me canso más de lo normal |
| <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada |
| 18. Pérdida de apetito |
| <input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito |
| <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes |
| <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor |
| <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre |
| 19. Pérdida de peso |
| <input type="radio"/> No he perdido peso últimamente |
| <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg |
| <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg |
| <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg |
| 20. Hipocondría |
| <input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas |
| <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos |
| <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal |
| <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro |
| 21. Libido |
| <input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes |
| <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo |
| <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente |
| <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo |

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

2

| | |
|---|--|
| 11. Ansiedad somática | <p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración |
| 12. Síntomas somáticos gastrointestinales | <p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p> |
| 13. Síntomas somáticos generales | <p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p> |
| 14. Síntomas genitales | <p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales |
| 15. Hipocondría | <p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p> |
| 16. Pérdida de peso (completar A o B) | <p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p> |
| 17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad) | <p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p> |

INDICE DE CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro 1. Cronograma de actividades | 26 |
| Cuadro 2. Resultado de evaluación..... | 31 |
| Cuadro 3. Condición depresiva de los pacientes..... | 31 |
| Cuadro 4. Características de los pacientes | 32 |
| Cuadro 5. Estado de pacientes..... | 33 |
| Cuadro 6. Genero de pacientes..... | 34 |
| Cuadro 7. Niveles de escolaridad | 35 |
| Cuadro 8. Motivo de atención de los pacientes | 36 |
| Cuadro 9. Resultados Pos evaluación..... | 38 |
| Cuadro 10. Condición depresiva de los pacientes..... | 38 |

INDICE DE GRÁFICAS

| | |
|---|----|
| Gráfica 1. Paciente y tipo de depresión detectada | 30 |
| Gráfica 2. Análisis según el rango de edades..... | 35 |
| Gráfica 3. Análisis de género..... | 36 |
| Gráfica 4. Análisis según motivo de atención | 37 |