

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN
TERAPÉUTICA GRUPAL COGNITIVA CONDUCTUAL
EN POLICÍAS CON DEPRESIÓN**

POR

JOSÉ DE J. APARICIO F.

CÉDULA DE IDENTIDAD PERSONAL

6-700-1776

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

2015

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios nuestro Señor, por protegerme en mi camino y darme fuerza para superar los obstáculos que presenta la vida; por darme la fortaleza en momentos difíciles; por estar conmigo siempre y a Jesús por ser mi inspiración y modelo de vida a seguir; por darme todo lo necesario para lograr alcanzar las metas que hasta hoy llevo cumplidas y bendecirme hasta donde he llegado.

A mis familiares y amigos, quienes a lo largo de mi vida me han apoyado y motivado en mi formación académica, los que creyeron en mí y no dudaron de mis habilidades. A mis profesores, a quienes les debo gran parte de mis conocimientos: gracias a su paciencia y enseñanza, y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

INDICE GENERAL		Página
RESUMEN.		1
SUMMARY.		2
INTRODUCCIÓN.		3-5
CAPITULO I		6
MARCO GENERAL		
1. Justificación		7-8
2. Formulación del problema de investigación		9
3. Objetivos de la investigación		9-10
4. Escenario de la investigación		10-11
5. Glosario		11-13
CAPITULO II		14
FUNDAMENTACIÓN TEÒRICA		15
1. Antecedentes.		16-23
2. Aspectos teóricos		23
2.1. Depresión		23
2.1.2 Definición		23-28
2.1.3 Clasificación diagnóstica de la depresión		28
2.1.4. Criterios diagnósticos de la depresión		29-30
2.1.5. Diagnóstico diferencial		30-31
2.1.4. Características del diagnóstico		31

2.1.5. Factores de riesgo en el trastorno depresivo	31-32
2.1.5.1 Factores personales y sociales	32-34
2.1.5.2. Factores cognitivos	34
2.1.5.3. Factores familiares y genéticos	34-35
2.1.6. Aspectos etiopatogénicos	35-36
2.1.7. Enfermedades orgánicas que se relacionan con la depresión.	36-38
2.1.8. La depresión y el trabajo	38-39
2.1.9. Causas y consecuencias de la depresión	39-40
2.1.10. La depresión en el caso específico del trabajo Policial	40-52
2.1.11. Depresión relacionada con accidentes laborales de policías	52-54
2.1.12. Tratamiento de la depresión	54-56
2.1.12.1. Las psicoterapias	56-59
2.1.12.2. Tratamiento Farmacológico	59-60
2.1.12.3. La terapia cognitivo conductual.	60-62
2.1.12.3.1. Origen de las Terapias Cognitivo Conductuales	62-63
2.1.12.3.1.1. Aarón Beck Terapia Cognitiva	64-65
2.1.12.3.1.2. Albert Ellis Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C)	65-66
2.1.12.3.2. Esquema básico de la terapia cognitiva Conductual.	66-67
2.1.12.3.3. Principios de la terapia cognitiva	67-70
2.1.12.3.4. Principales conceptos de la TCC	70-78
2.1.12.4. Modelo de la Terapia Cognitiva Conductual	78-80

2.1.12.4.1. Estructura de las Sesiones Terapéuticas	80-81
2.1.12.4.2. Estrategias de la terapia cognitiva conductual	81-82
2.1.12.4.3. Técnicas cognitivas	82-85
2.1.12.4.4. Técnicas conductuales	85-89
2.1.12.4.4. Estrategias cognitivo-conductuales grupales	89-92
2.1.12.4.5. Las tareas terapéuticas	91-93
2.1.12.4.6. Algunas consideraciones en psicoterapia cognitiva conductual en grupo para depresión.	94-95
2.12.4.7. Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual de depresión	95-97
CAPITULO III	98
II. MARCO METODOLÓGICO	
a) Tipo y diseño general del estudio	99-100
b) Formulación de hipótesis	101
b.1. Definición de variables	102-104
c) Unidades de estudio y decisión muestral	105
d) Instrumentos y técnicas a emplear	107-113
e) Procedimiento estadístico	113
f) Limitaciones	113
g) Procedimientos de investigación para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos	113-114
g. Método de intervención	114-123

CAPITULO IV	124
III. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
a. Características generales de la muestra	125
b. Niveles de depresión previo y posterior al tratamiento	125-128
c. Sintomatología depresiva antes y después del tratamiento	128-129
d. Registros cognitivos y conductuales	129-133
e. Descripción cognitiva de los participantes de estudio antes del tratamiento	133-135
f. Análisis integrativo de la intervención terapéutica por módulos	135-141
g. Demostración de la hipótesis	141-145
h. Análisis comparativo de los resultados	146-150
CAPITULO V	151
1. CONCLUSIONES	152-156
2. RECOMENDACIONES	157-158
BIBLIOGRAFÍA	159-170
ANEXOS	171-227

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1:	Definición de variables	102-104
Cuadro N° 2	Criterios de inclusión/exclusión	105
Cuadro N° 3:	Temas de las sesiones y objetivos	116-117
Cuadro N° 4:	Descripción general de las sesiones	118-124
Cuadro N° 5:	Características sociodemográficas del grupo de estudio	125
Cuadro N° 6:	Niveles de depresión de los sujetos del estudio, en el pretest y en el postest	127
Cuadro N° 7:	Sintomatología depresiva antes y después presentada por los policías culminado el tratamiento propuesto.	129
Cuadro N° 8 :	Promedios del termómetro del estado de ánimo y formato de pensamientos positivos y negativos antes y después de la intervención terapéutica grupal.	131
Cuadro N° 9:	Análisis de la prueba <i>t</i> referida al nivel de depresión pretest y postest	143
Cuadro N° 10:	Análisis de la prueba <i>t</i> referida al termómetro del ánimo pre-test y pos-test	144
Cuadro N° 11:	Análisis de la prueba <i>t</i> referida a la lista de pensamientos positivos pre-test y pos-test	145
Cuadro N° 12:	Análisis de la prueba <i>t</i> referida a la lista de pensamientos negativos pre-test y pos-test	146

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1:	Nivel de depresión de los sujetos del estudio, en el pretest y en el postest	128
Gráfico N° 2:	Evaluación del termómetro del estado del ánimo de los sujetos de estudio.	132
Gráfico N° 3:	Evaluación de la lista de pensamientos positivos de los sujetos de estudio.	133
Gráfico N° 4:	Evaluación de la lista de pensamientos negativos de los sujetos de estudio	134

RESUMEN

El objetivo general de la investigación fue conocer la efectividad de un programa de corte cognitivo conductual grupal, en la disminución de los síntomas de depresión moderada y crónica en policías de la Zona de Policía de Veraguas. La muestra fue de ocho policías (siete hombres y una mujer), con edades entre 18 y 50 años, sobrevivientes de accidente laboral o enfermedad común, con diagnóstico previo de trastornos depresivos, que se atendían en servicios de psiquiatría (instituciones públicas y particulares), con poca o nula adherencia al tratamiento farmacológico, el cual reiniciaron seis meses antes de participar en la investigación.

Se usó un diseño pretest-postest, con una entrevista individual más 13 sesiones de 90 minutos dos veces por semana. Los instrumentos fueron: *Escala de depresión de Beck*, entrevista clínica en profundidad. Los datos se analizaron con el estadístico “*t*” de “*Student*” y se rechazó la H_0 , y se aceptó la H_1 . En consecuencia, a estos datos obtenidos, podemos suponer que la terapia grupal cognitiva conductual disminuyó los síntomas de depresión en esta muestra.

SUMMARY

The general objective of the research was to know the effectiveness of a group cognitive behavioral cutoff program in reducing the symptoms of moderate and chronic depression in police officers of the Veraguas Police Zone. The sample consisted of eight policemen (seven men and one woman), aged between 18 and 50 years, survivors of a work-related accident or common illness, diagnosed with depressive disorders, who were treated in psychiatric services (public and private institutions) With little or no adherence to the pharmacological treatment, which restarted six months before participating in the investigation.

A pretest-posttest design was used, with an individual interview plus 13 90-minute sessions twice per week. The instruments were Beck Depression Scale, in-depth clinical interview. The data were analyzed with the t "Student" statistic and the H₀ was rejected, and the H₁ was accepted. As a result of these data, we can assume that cognitive behavioral group therapy decreased the symptoms of depression in this sample.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realiza en cumplimiento del reglamento del programa de Maestría en Psicología Clínica para obtener el título correspondiente. Su objetivo general fue evaluar el efecto de un programa de intervención grupal cognitiva conductual en la disminución de los síntomas depresivos, en un grupo de policías de la Zona de Policía de Veraguas, diagnosticados con trastorno depresivo crónico y moderado.

Se trata de un problema de salud común y seria, que, de acuerdo con la bibliografía revisada, suele ser de dos a diez veces más frecuente en individuos con discapacidades o que sufren enfermedades médicas crónicas, situaciones en las cuales los factores psicológicos tienen especial relevancia.

Los participantes del estudio fueron policías, cuya actividad laboral es de alto riesgo físico y mental. Unos eran sobrevivientes de algún tipo de accidente laboral que les dejó una discapacidad permanente; otros tenían alguna enfermedad común que les impedía realizar sus funciones policivas normales temporalmente o permanente. Como consecuencia de ello presentaban situaciones emocionales difíciles y retos especiales, diferentes a los del trabajo policial común, todo lo cual abonaba a la depresión que experimentaban. Recibían tratamiento farmacológico, sin la debida adherencia al tratamiento. Habían sido trasladados a la Zona de Policía de Veraguas, referidos al servicio de psicología de la misma, reiniciaron el tratamiento y luego aceptaron participar en esta investigación, cuyos resultados se presentan en este informe final.

Es evidente que la terapia grupal cognitivo conductual ha tomado gran auge dentro de los tratamientos utilizados para atender los diversos trastornos psicopatológicos. El mismo presenta características que se ajustan con bastante acierto a las condiciones de atención que se tienen en éste y en muchos otros países del mundo.

El modelo de tratamiento parte de la premisa de que no es la situación específica que se experimenta la que producirá síntomas negativos, sino la forma en que se piensa sobre la misma. Desde esta perspectiva el modelo con el que se trabajó, propone técnicas cognitivas para modificar el pensamiento de los pacientes, además de técnicas conductuales que ayudaron a aumentar las habilidades de afrontamiento para sobrellevar y en lo sucesivo disminuir los síntomas depresivos, ya que estos afectaban su estabilidad familiar, social y en especial la laboral que realizan dentro de la institución, alcanzando el bienestar esperado.

El presente trabajo investigativo es un informe final, el cual está constituido de las partes que se describen a continuación: al inicio aparece un resumen del trabajo y una introducción del mismo. Seguidamente se presenta la fundamentación teórica de la investigación, la que incluye antecedentes y los elementos conceptuales sobre la depresión, de acuerdo a los criterios de *Clasificación internacional de enfermedades (CIE – 10, 1995)* y el *Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-V, 2014)* el cual no introduce cambios significativos respecto a la anterior clasificación (*DSM IV-TR, 2002*), para los criterios diagnósticos de los episodios depresivos a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual y elementos teóricos desde una perspectiva cognitivo conductual. Se incluyen también temas relacionados con los factores de riesgo, la etiopatogenia de la depresión y la relación de ésta con las enfermedades

orgánicas y accidentes relacionados a la asignación laboral, dando una idea general de los posibles orígenes que podrían estar relacionados con dicha depresión.

Se incluyen aspectos metodológicos que enuncian el problema, se establecen los objetivos generales y la clasificación del grupo; se establece el diseño de investigación y la formulación de hipótesis. Igualmente se presentan las variables y los instrumentos de medición, el procedimiento estadístico, limitaciones, aspectos éticos, la explicación del método de intervención y la descripción general de los temas y sesiones terapéuticas.

Luego se presentan los resultados de la investigación con el respectivo análisis de éstos, los que resumen los conceptos más apreciables desarrollados a lo largo de todo el estudio. Después se incluyen las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se anotó la bibliografía y se incluyeron anexos.

Se somete a la consideración del jurado calificador este informe de investigación, en la modalidad de tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica.

CAPÍTULO I

I. MARCO GENERAL

Justificación

La depresión crónica o moderada en pacientes con alguna discapacidad permanente, bien debida a algún accidente, bien por enfermedad común, conlleva afectación en los aspectos sociales, familiares y médicos. Se trata de un trastorno psicológico y como tal, los aspectos comportamentales de quien la padece es muy importante.

En el caso de los policías, las discapacidades son poco compatibles con las funciones propias de su trabajo, lo que abona aún más para que se presente la depresión. En estas situaciones, la Policía Nacional busca ofrecer al trabajador las mejores condiciones para su recuperación y adecuado manejo de la enfermedad. Así, en la Dirección Nacional de Bienestar Laboral y Familiar, existe el Departamento de Psicología que tiene algunos programas orientados a la atención integral de estos pacientes. Sin embargo, tal vez por la centralización propia de nuestras instituciones, la prestación de servicios de esta índole se concentra en la ciudad capital. Esto no quiere decir que los policías que tienen diagnóstico de depresión y laboran el interior del país, no reciben atención, ya que se entiende que ellos deben recurrir a los servicios del Ministerio de Salud o de la Caja del Seguro Social e incluso en instituciones particulares.

Por otro lado, en las sedes regionales, los departamentos de psicología incluyen en sus funciones, la atención psicológica de los policías que tienen diagnósticos de enfermedades mentales y esta atención incluye el seguimiento a su atención especializada (psicología

clínica y/o psiquiatría). Pero es común que estos pacientes racionalicen su abandono del tratamiento con diversos planteamientos, siendo uno de ellos que cuando se trasladan al interior, demora mucho ingresar al sistema de salud, que las citas son muy prolongadas, que no pueden procurarse la atención especializada porque es costosa, etc. Pese a todo ello, los supervisores de los policías en esta situación siempre están pendientes para evitar que se presenten urgencias.

Esa falta de adherencia al tratamiento llevó a pensar en la conveniencia de ofrecer en la misma institución alguna opción de atención, que eliminara las limitaciones, ciertas o no, a las cuales se achaca el abandono del tratamiento. Se parte del supuesto de que esta atención no es propia del Departamento de Psicología, el cual generalmente está a cargo de un psicólogo general. Pero se quiso aprovechar la coyuntura de que yo estaba laborando en el citado departamento y estaba estudiando la maestría en Psicología Clínica. En tal sentido decidí estudiar la aplicabilidad del tratamiento cognitivo conductual grupal en policías de la Zona Policial de Veraguas, que tienen diagnóstico de depresión, orientado ha incrementar sus habilidades de afrontamiento positivo y reducir la sintomatología depresiva que presentaban, con miras a mejorar su condición de salud mental y, eventualmente, fortalecer su adherencia al tratamiento especializado, en la institución de su elección.

La propuesta que se hace, parte de que, en todo caso, buena parte del éxito del tratamiento depende de la adherencia del paciente al mismo, lo que a su vez depende de cuan consciente sea el sujeto de su enfermedad. Constituye una forma de apoyo institucional a manera de complemento a los programas de atención que reciben en la atención pública o privada.

1. Formulación del problema de investigación

La falta de adherencia al tratamiento es común en pacientes con diagnósticos de depresión, trastorno que con frecuencia presentan policías con discapacidades por accidente o enfermedad común, condición que hace más difícil su adecuada inserción laboral.

Esos pacientes suelen fundamentar su conducta en una serie de racionalizaciones que muchas veces es difícil de derrumbar. Este estudio busca responder a la necesidad de tratamiento a través de una intervención que intenta responder a la siguiente pregunta, que constituye el problema de investigación:

¿Es efectiva una intervención terapéutica de tipo cognitivo-conductual de modalidad grupal, en una muestra de policías de la zona de policía de Veraguas, sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con secuela de discapacidad y con diagnóstico de depresión moderada o grave?

2. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivos generales

- a) Conocer el nivel de efectividad de una intervención cognitiva conductual grupal con miembros de la Policía de Veraguas, diagnosticados con depresión moderada o grave a raíz de un accidente laboral o enfermedad común, que les dejó alguna discapacidad.

- b) Proponer y validar un modelo de psicoterapia cognitiva conductual grupal con miembros de la Policía de Veraguas diagnosticados con depresión moderada o grave.

3.2. Objetivos específicos

1. Detectar los niveles de depresión de policías sobrevivientes de accidentes laboral o enfermedad común de la Zona de Policía de Veraguas y diagnosticados con depresión, previo y posterior al tratamiento.
2. Aplicar y discutir los resultados de la intervención cognitiva conductual grupal con los policías participantes del estudio.
3. Estimular en los sujetos participantes del estudio la adherencia al tratamiento en las instituciones de salud especializada de la región (pública o particular).

4. Escenario de la investigación

La investigación se desarrolló en la Zona de Policía de Veraguas, adscrita a las instrucciones emanadas de la Dirección Nacional de Operaciones, oficina adjunta a la Dirección General de esta institución. La Zona Policial está subdividida en departamentos y secciones, contando con la sección de Psicología, en la cual labora un Psicólogo y quien realiza esta investigación.

El Jefe de la Zona autorizó la realización de este estudio y tanto él, como los superiores inmediatos de los policías participantes, colaboraron con los permisos correspondientes para el estudio, además se contó con el apoyo del encargado del Instituto Superior Policial, extensión Veraguas, para la utilización de un aula provista de

tecnología de punta, cómodas sillas y espacio necesario para las sesiones según el programa de intervención psicoterapéutica propuesta en esta investigación.

5. Glosario: conceptos claves

- a) Depresión:** trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio; si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (Organización Mundial de la Salud, 2013).
- b) Accidente laboral:** suceso concreto ocurrido durante el trabajo, cuyas circunstancias han sido claramente establecidas, que conduce a una lesión física o mental que acarrea la muerte o una incapacidad de trabajo de más de tres días calendario. Esta definición engloba los casos de intoxicación aguda y los actos cometidos intencionalmente por terceros, excluyendo las mutilaciones voluntarias y los accidentes de trayecto a la ida y vuelta del trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 2008).

- c) **Enfermedad común:** alteración de la salud de origen distinto a enfermedad profesional (Organización Mundial de la Salud, 2008).

- d) **Intervención grupal:** se trata de intervenciones centradas en la ayuda mutua, desarrollo de la solidaridad, participación ciudadana, competencia para el análisis de situaciones y tomas de decisiones que afectan a un colectivo, habilidades de trabajo en equipo, etc. Las técnicas de intervención grupal permiten al psicólogo desarrollar objetivos de organización y dinamización comunitaria (Colegio Oficial de Psicólogos de España; 2008).

- e) **Salud mental:** se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2013).

- f) **Terapia cognitiva- conductual:** es una forma de terapia que ayuda a entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos (Royal College of Psychiatrists,2009).

- g) **Episodio:** se reconoce cuando se presentan cierto número de signos y síntomas en determinado periodo (Boland & Keller, 2002).

h) Remisión: se define como el periodo posterior a la presencia del trastorno en el cual no se encuentran los criterios para determinar que un individuo presenta el desorden. La remisión puede ser parcial o total. Parcial se refiere cuando existen manifestaciones clínicas mínimas. De esta forma la remisión total es cuando ya no se observan manifestaciones en el paciente (Boland & Keller, 2002).

i) Recuperación: se define como una remisión total en un periodo determinado. Conceptualmente se refiere al final de un episodio, mas no al final de la enfermedad (Boland & Keller, 2002).

CAPÍTULO II

II. FUNDAMENTACION TEÓRICA

1. Antecedentes

La efectividad de distintos tipos de terapia, en especial la grupal, aplicadas a situaciones que suponen depresión y estrés para el sujeto, ha sido bastante estudiada. La investigación científica concerniente al estudio de la terapia cognitiva conductual de modalidad grupal para disminuir las repercusiones y efectos psicológicos de la depresión en policías que han sufrido de accidentes laborales o hayan padecido de alguna enfermedad discapacitantes, visto desde la óptica de la psicología clínica, no es muy abundante al respecto, sin embargo en el caso específico de depresión en policías con discapacidad por accidente laboral o enfermedad común, hay pocas investigación, por lo cual es importante reconocer el esfuerzo de investigadores que se han ocupado del tema.

Se consideró oportuno presentar en primer lugar algunos estudios sobre el tema de aplicación de la terapia cognitivo conductual grupal a sujetos con diagnóstico de depresión, asumiendo la posición en que, si bien la muestra para este estudio son policías, dicha labor no muestra alguna irrelevancia al respecto, ya que son igualmente personas con un diagnóstico de depresión.

Se revisó el estudio local de González (2009), que aplicó esta modalidad terapéutica a 12 hombres víctimas de violencia doméstica, que al interponer la respectiva denuncia acuden al Centro de Atención a Víctimas del Ministerio Público de la república de Panamá. Previa autorización del Ministerio Público, al estimarse la atención psicológica por los

profesionales, se les sugirió el estudio y se les concertó la cita para que acudiesen a una sesión individual de evaluación pretratamiento, donde se consideraban los criterios de exclusión para su participación en el estudio. Los seleccionados tenían un diagnóstico depresivo y aceptaron participar en el estudio que la autora realizaba para obtener su grado de maestría en psicología clínica. El programa constaba de trece sesiones de una hora y media. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el *Inventario de depresión de Beck* (BDI) y los resultados mostraron reducción de la sintomatología depresiva, con lo cual se concluyó que la terapia fue efectiva.

El siguiente antecedente de Gonzalo (2011), trata específicamente sobre la psicoterapia cognitiva conductual de grupo, cuyo objetivo fundamental del estudio era el de comprobar la validez de esta en una muestra de pacientes diabéticos. Por tanto los resultados obtenidos en este estudio indicó que la terapia en mención es un tratamiento que se muestra adecuado y eficaz para la mejoría sintomatológica de depresión en pacientes entre treinta y cinco a ochenta años con diagnóstico de diabetes mellitus con insuficiente adherencia al tratamiento médico, afirmación respaldada estadísticamente mediante la prueba t de student que encontró valores relevantes de cambio favorable entre los datos obtenidos previos a la psicoterapia en relación a los obtenidos después de la misma. Se ocuparon 15 sesiones, dos por semana de una duración de 90 minutos a un grupo de 20 personas (15 hombres y 5 mujeres) y de 10 horas (en entrevistas individuales).

Como otro antecedente revisado, está el estudio de Canales (2011), cuyo objetivo de investigación fue evaluar la eficacia de la intervención basada en la terapia cognitivo conductual para disminuir sintomatología depresiva diagnosticada en pacientes con cardiopatía isquémica. El estudio corresponde a un diseño pre experimental, con evaluación pre y post intervención, con 9 participantes de edades entre los 40 y 60 años con cardiopatía isquémica. La intervención tiene una duración de 8 sesiones de dos horas cada una. Para medir el nivel de depresión antes y después se aplicó la Escala de depresión de Beck. Según el autor los resultados de la intervención terapéutica demuestran que hubo una disminución significativa en los niveles de depresión al comparar el grupo antes y después de la intervención; asimismo, hubo una disminución en el nivel de depresión en cada uno de los participantes.

Otra experiencia investigativa es la de Ventura (2012), en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional de Ecuador, hecha con el objetivo de determinar la eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo conductual para varones de 20 y 55 años de edad que habían sufrido algún tipo de accidente traumático, el cual conllevó discapacidades físicas y que presentaban síntomas depresivos. El tratamiento grupal duró un mes (dos sesiones semanales de una hora y media por sesión). Participaron 30 policías de ambos sexos recluidos en dicho nosocomio, de los cuales llenaron los criterios de inclusión 13 hombres y dos mujeres, a quienes se les explicaron los objetivos de la investigación. El diseño metodológico fue cuasi experimental con mediciones pre-test y post-test, con la *Escala de depresión de Beck*. Los resultados del estudio mostraron diferencias significativas, con lo cual se concluyó que el

programa de intervención grupal cognitivo conductual logró disminuir la sintomatología depresiva en los sujetos de estudio, permitiendo con esto mejorar la condición de vida de este grupo.

Por su parte, Zavala (2012) aplicó un modelo cognitivo conductual como alternativa de intervención en un grupo de policías con discapacidad, diagnosticados con sintomatología depresiva en la Unidad de Atención al Personal Policial del Hospital Docente de la Policía Nacional de Guayaquil N°2 de Ecuador. El objetivo fue desarrollar, implementar y evaluar una intervención cognitivo conductual que permitiese mejorar la condición de vida de este grupo de policías discapacitados diagnosticados con síntomas depresivos. Al igual que las anteriores experiencias, el diseño de investigación utilizado fue de tipo cuasi experimental con pre-test y post-test. El programa constó de trece sesiones de una hora y media por sesión; así mismo la intervención fue grupal sobre las variables psicológicas que interfieren en el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Inventario *de depresión de Beck* (BDI). Los resultados confirmaron la efectividad de la terapia, destacando que el modelo propuesto mejoró el estado de salud de los policías discapacitados, empleando estrategias que contribuyeron al cambio conductual y que apuntaron a las necesidades propias del contexto familiar y social. Basados en los resultados, el autor recomendó la inclusión de terapia de grupo para orientar a los pacientes y la familia.

Por otra parte, el estudio de Parra (2012), tuvo como objetivo general demostrar la eficacia de la psicoterapia cognitiva conductual grupal en el restablecimiento del estado de ánimo, en las adultas mayores entre 65 a 80 años de edad con depresión por enfermedades crónicas como Diabetes, Hipertensión y Osteoporosis del club de salud preventiva del Hospital Naval de Guayaquil 2012. El grupo de estudio estuvo conformado por 12 pacientes mujeres, a las cuales se aplicó un programa de 15 sesiones de hora y media, una vez por semana en donde se aplicaron una serie de técnicas para demostrar su validez en el restablecimiento del estado de ánimo. Entre los instrumentos de recolección de datos antes y después del tratamiento esta la utilización de la escala de depresión de Beck. Las técnicas e instrumentos aplicados, según la autora, facilitaron el cumplimiento de los objetivos planteados permitiendo la obtención de datos precisos y confiables que sustentan la validez y confiabilidad del tratamiento aplicado, en otras palabras, se concluye que la psicoterapia cognitiva conductual grupal restablece el estado de ánimo de las adultas mayores con Depresión por Enfermedades Crónicas.

Por su parte Ortega (2012), en un contexto hospitalario aplicó en su estudio experimental, un tratamiento que consistió en un programa de orientación grupal cognitivo conductual para mejorar la sintomatología depresiva asociada al síndrome de fibromialgia, disminuir la orientación negativa y exagerada hacia la presencia real o anticipada del dolor, aumentar la autoeficacia percibida en el afrontamiento de los síntomas y descenso del uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y aumentar el uso de habilidades más efectivas al afrontar el dolor. Para medir el nivel de depresión antes y después se aplicó la escala de depresión de Beck. El programa estaba dividido en 10 sesiones o módulos, aplicados todos ellos una vez

por semana y con una duración máxima de 2 horas cada uno a una muestra de diez personas (hombres) entre 33 a 56 años. Ahora bien, según los resultados obtenidos, el programa grupal cognitivo conductual aquí utilizado, resultó eficaz, ya que produjo una mejoría estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva, generando una reducción clínica en general de los síntomas del síndrome de fibromialgia, aumentando con ello el uso de habilidades más efectivas al afrontar el dolor, como la relajación.

Urias (2012) por otra parte, en su estudio pre-experimental, el objetivo principal era el de implementar y evaluar la eficacia de un programa de intervención grupal Cognitivo Conductual para mejorar sintomatología depresiva y variables psicosociales en once pacientes con cáncer de mama del Centro Universitario Contra el Cáncer del Hospital Universitario entre los 28 y 55 años y comparar los resultados (pre test – post test). El programa consistió en siete sesiones, una por semana, con una duración aproximada de 120 minutos cada sesión. En consecuencia, de acuerdo con los resultados obtenidos, se confirma que la intervención grupal cognitivo conductual, empleada en los pacientes con cáncer de mama, logró disminuir la sintomatología depresiva. Además, hubo una reducción de pensamientos negativos y una mejoría en su percepción de imagen corporal. Es importante hacer hincapié que, a pesar de las limitaciones metodológicas del presente estudio, la terapia ha sido eficaz para mejorar la calidad de vida en las pacientes, arrojando datos de una diferencia estadísticamente significativa, de una comparación antes y después de la intervención, dentro del grupo de pacientes con cáncer de mama.

Como otro antecedente local de nuestra investigación tenemos que, Tejada (2013), concentró su objetivo en el de conocer la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo relacionado con taquicardia. En este caso, la muestra estuvo conformada por seis pacientes, con edades comprendidas en rangos entre 35 a 50 años, todos con diagnóstico establecido previamente (Policlínica Roberto Ramírez De Diego, Panamá); los cuales recibían tratamiento farmacológico antes de la psicoterapia. El programa planificado para catorce sesiones, tenía una duración de dos horas y media una vez por semana. El instrumento de valoración fue la *escala de depresión de Beck*. La autora indica según sus resultados que la terapia cognitiva conductual presumiblemente sí disminuyó los síntomas de ansiedad y depresión en la muestra de pacientes con trastorno ansioso-depresivo. Es importante destacar que en este estudio el modelo con el que se trabajó, propone la reestructuración cognoscitiva como técnica para modificar el pensamiento de las pacientes, utilizando además técnicas conductuales que ayudaron a que disminuyeran los síntomas y alcanzaran el bienestar deseado.

Por su parte, Niño & Durán (2013), hicieron un estudio en la ciudad de Bucaramanga para intervenir en la ansiedad, la depresión y las habilidades sociales en policías militares sobrevivientes de minas antipersonales, comparando las medias entre el pre-test y el post-test. Trabajaron con seis sujetos cuyas edades estaban entre 23 y 49 años, y registrados en la base de datos de Hándicap International de dicha ciudad. Su intervención fue igualmente de tipo cognitivo conductual grupal. Los resultados del trabajo evidencian que existen diferencias

entre el pre-test y post-test de los aspectos intervenidos, haciéndose manifiesto en las escalas de ansiedad, depresión y habilidades sociales. Concluyen que la intervención psicoterapéutica grupal, desde un enfoque cognitivo conductual es altamente recomendable para el tratamiento de depresión, ya que los cambios favorables encontrados después del tratamiento fueron muy significativos, pues se disminuyó en gran medida los síntomas de depresión. Igualmente concluyen que en este tipo de intervención una de las mejores ventajas es el poder atender al mismo tiempo a un grupo, optimizando tiempo, disminuyendo costos y recursos, facilitando la creación de nuevas redes de apoyo.

Acevedo (2014), aplicó un estudio tendiente a identificar la efectividad de la terapia cognitiva conductual modalidad grupal en un grupo de policías del área policiaca de Arecibo (Puerto Rico) con fallo renal crónico y que presentaban depresión en el primer año de tratamiento. El programa estuvo dirigido a seis hombres y dos mujeres. Fueron 12 sesiones de una hora con una frecuencia de dos veces a la semana. Fue una investigación cuasi experimental con diseño pre-test - post-test, de tipo comparativo. Los participantes se seleccionaron por el método no probabilístico a conveniencia. Todos eran policías en la sección de control de armamento; estaban expuestos a químicos (plomo, gases lacrimógenos, etc.). Esta condición se consideraba como posible causa principal de su padecimiento físico. Los resultados de Acevedo (2014), indican una disminución de la depresión luego de la terapia de grupo, lo que evidencia la efectividad de la terapia con estos pacientes. El autor concluye que es muy importante y necesario estar conscientes de cualquier cambio en el estado de ánimo de policías con estos tipos de padecimientos crónicos.

Otra experiencia investigativa fue la de Alcazar (2014), cuyo estudio cuasi experimental tuvo como finalidad la de examinar los efectos de una intervención cognitivo conductual de grupo sobre la sintomatología depresiva relacionada al padecimiento crónico de pacientes con hipertensión. La intervención fue de tipo grupal sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Realizó mediciones pre y post tratamiento sobre sintomatología depresiva, estilo de afrontamiento, glucosa en sangre, presión arterial, calidad de vida y dosis de hipotensor. Participaron en el estudio 17 pacientes entre los 27 y 56 años diagnosticados como hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Hospital General de la Ciudad de México. La intervención terapéutica consistió en 15 sesiones, una por semana, con una duración aproximada de 120 minutos cada sesión. Por tanto, entre los resultados obtenidos según el autor, se observaron mejoras clínica y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes. Entre los principales beneficios que se observaron están la reducción de sintomatología depresiva y conductas de riesgo. Esta mejoría también se reflejó en las variables fisiológicas relevantes tales como el índice de glucosa en sangre y la presión arterial y otras como la mejora en la actividad física y calidad de vida. También mejoraron significativamente los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas.

2. Aspectos teóricos

2.1. La depresión

2.1.1. Definición: a finales del siglo XX, según los autores Perales, Zambrano, Vásquez & Mendoza (1991), afirmaban que el término depresión hacía referencia a una enfermedad

mental relacionada con un sentimiento de infelicidad que experimenta la persona con variaciones dependiendo del tipo de personalidad y de la edad; y que ocasionalmente, esa sensación de infelicidad produce, o va asociada, a un estado mental de depresión, que incluye algo más que la tristeza, porque también implica cambios en el aspecto de la actitud, la conducta y el pensamiento. Los autores distinguían entre los tipos de depresión; la leve, acentuada y severa. Consideraban la muy leve casi insuficiente para justificar un diagnóstico; la acentuada (moderada), que puede convertirse en una dolencia con síntomas muy específicos; y la severa que sería una enfermedad que puede llevar a la persona a la muerte.

A principios del presente siglo, Harvey (2000), señala que el trastorno depresivo es conocido como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor lo que termina en tristeza, y va acompañada de diversos síntomas de tipo vegetativo, emocionales, de pensamiento y también están asociados con el comportamiento y los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado, al menos de dos semanas.

Jiménez (2002), da un enfoque histórico del término depresión y señala que el concepto tiene sus orígenes en la cultura griega, cuando Hipócrates desarrolló su teoría de los cuatro humores, según la cual dicho estado de ánimo se refería a la falta de alegría, al constante malestar y tristeza. Sin embargo, cabe destacar que el uso de este término referido a un trastorno psicológico del estado de ánimo data sólo del siglo XVII en Inglaterra.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) apunta que la depresión, entendida como una enfermedad, ha llevado un proceso de más de diez siglos. En este largo periodo, la manera de entender cualquier tipo de enfermedad, pero sobre todo la mental, fue tomando un

camino cada vez más científico y por lo tanto más apegado a la búsqueda de sus causas y tratamientos. En dicho camino científico, tras la Revolución Industrial, apareció el llamado padre de la psiquiatría moderna, Philippe Pinel, quien habla por primera vez de la percepción del individuo como la causa de la enfermedad mental. Así, se llegó al siglo XX, momento en que se diferencia entre el trastorno anímico, llamado tristeza patológica, y la enfermedad mental llamada depresión.

De igual forma, la OMS (2013) define la depresión como psicosis afectiva, en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida, pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares, es decir, la depresión tiende a manifestarse en el curso de la vida con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso básico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos. Pero sin duda, aunque hay claridad en la definición de depresión, hay aspectos que aun hoy, precisa debate. Ello se debe, entre otras cosas, a los aportes que ha facilitado la ciencia, de manera especial las neurociencias, en las nuevas concepciones de salud y enfermedad, en las nuevas visiones de mundo que van construyendo los distintos grupos humanos y, porque no decirlo, en la dinámica social que imprime nuevos modos de comportamiento que obligan a revisar y redefinir las fronteras entre sano y no estarlo.

Por otro lado, Zarragoitia (2010) refiere que, en ocasiones, la definición de depresión se realiza bajo el esquema de contraejemplo, es decir, señalando lo que no es depresión; hacerlo

así, dice este autor, supone el riesgo de no tener en cuenta estados que pueden encubrir un trastorno depresivo y, por tanto, no ser tratados. Es por ello que con frecuencia el término depresión resulta confuso, se malinterpreta y se usa para describir estados anímicos negativos normales, que desaparecen con facilidad o tienen un carácter transitorio.

Ahora bien, según Zarragoitia (2011), otro aspecto importante a tomar en cuenta en lo que se refiere a definición y concepto de la depresión, es que este trastorno no es causado por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica latente, hay que prestar atención a la persistencia, la severidad y la capacidad para interferir negativamente en la vida del individuo, pues estas características o condiciones son la clave que permite distinguir los síntomas clínicos de la depresión, de aquellos otros estados emocionales negativos y/o fluctuaciones emocionales, habituales, pero que no constituyen una enfermedad. No obstante, una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales contribuye y desempeña una función determinante en la aparición, la consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión. Es importante resaltar que la depresión crónica es una condición que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos y que, por consiguiente, cambia la manera en que una persona se siente, actúa y piensa. Así, actividades que eran fáciles y agradables, como por ejemplo, pasar un tiempo con la familia y los amigos, leer un buen libro, ir al cine o a la playa, requieren del individuo un mayor esfuerzo e incluso puede ocurrir que ya no las pueda realizar.

En cuanto a la causa de la depresión, hay autores, como Zarragoitia (2010) que reconocen que

al menos en algunos pacientes, los estresores a los cuales se expone el individuo en sus primeros años de vida, pudieran conducir al diagnóstico de un trastorno depresivo. Se trata de un enfoque discutible, porque supone que este diagnóstico se puede revertir si se eliminan esos estresores, lo que equivaldría a aceptar que no se requerirá una intervención terapéutica. No obstante, no hay que olvidar que los que se exponen subsecuentemente a múltiples estresores pueden desencadenar una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que llevaría a una depresión crónica. (Retamal, 2003).

Es importante resaltar que se ha discutido mucho si la depresión se debe considerar un síndrome, un síntoma o una enfermedad, o como se cataloga en estos momentos, un trastorno, pero lo cierto es que básicamente presenta características muy bien definidas para ser tratada en todas las formas y presentaciones, a veces muy complicadas, y permanecer como una enfermedad, aunque pueda resultar no aceptada en su totalidad. Por ello se requieren nuevas investigaciones y la profundización de las ya realizadas, con vistas a delimitar, de forma muy precisa, su indiscutible condición (Zarragoitia, 2011).

Por su parte Matos (2016), indica que, desde el punto de vista psicológico, entendemos la tristeza como un continuo, es decir, se puede estar más o menos triste (como una escala del 1 al 10), mientras que el modelo médico o psiquiátrico entiende la depresión como algo categorial (se tiene o no una enfermedad, como una gripe). Ahora bien, sentir tristeza es totalmente normal cuando sentimos que hemos perdido algo, sin embargo se trata de una emoción que nos es tremendamente útil, en particular si se piensa, cuando se está triste, nos

volvemos más reflexivos, lo que nos ayudaría a encontrar soluciones para prevenir futuras pérdidas. Por otra parte, funciona de alarma a nivel social, en otras palabras, cuando tienes un amigo triste al lado, lo que te pide el cuerpo es ir a consolarle. En pocas palabras es imprescindible no confundir tristeza con depresión, es decir, las definiciones dan una idea general de lo que significa el término y todas están fundamentadas, en la práctica, en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza. Por consiguiente, el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales en una depresión, entonces, es un estado de tristeza, es la falta o el déficit de energía psíquica.

2.1.2. Clasificación de la depresión

Los sistemas de salud de nuestro país, específicamente en los servicios de salud mental: psicólogos clínicos y psiquiatras, utilizan dos sistemas clasificatorios: utilizan la clasificación y definiciones de depresión recogidas en la décima revisión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, X edición (CIE-10, 1995), perteneciente a la OMS con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, V Edición, de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V, 2014) con los códigos 296.2X (episodio único) y 296.3X (episodio recurrente). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional.

2.1.3. Criterios diagnósticos de la depresión

2.1.3.1. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*

El DSM-5(2014), divide la anterior clasificación de trastornos del estado de ánimo (DSM IV-TR, 2002) en trastornos depresivos y trastornos bipolares. El DSM-V no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual. Cabe destacar que la característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada.

2.1.3.2. Según el *Manual de clasificación internacional de las enfermedades, (CIE-10)*

La CIE-10 (1995) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado

- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad.

2.1.3.2.1. Diagnóstico diferencial

La CIE-10 (1995) señala que, el episodio depresivo debe ser diferenciado con síntomas como:

- Trastornos de adaptación (F43.2): estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que habitualmente interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social; éstos surgen de la fase de adaptación a un cambio vital significativo o de un suceso vital estresante.
- Trastorno depresivo recurrente (F33): este trastorno está caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía).
- Trastornos orgánicos del humor (F 00-09), se caracteriza por depresión del

estado de ánimo, disminución de la vitalidad y de la actividad por una presunta relación causal directa con un trastorno cerebral o somático cuya presencia deberá ser demostrada.

2.1.4. Características del diagnóstico

El diagnóstico clínico de los sujetos de estudio fue realizado por especialistas, psiquiatras de varios nosocomios del país, diagnósticos que se encuentran en los expedientes únicos de atención psicológica de las unidades que reposan en la oficina de psicología de la policía de Veraguas, siendo éstos posteriormente analizados para su especificación y corroboración para el estudio presentado. Se verifica con el CIE-10 (1995) los diagnósticos previos de la muestra del estudio, encontrándose dentro de la sección de los trastornos del humor (afectivo), siendo detallados como episodios depresivos; específicamente el F32.1, el episodio depresivo moderado y el F32.2 descrito como episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.

2.1.5. Factores de riesgo en el trastorno depresivo

Teniendo en cuenta que la depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, hasta el momento no ha sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos, por consiguiente, se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las

circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla. (Butler, Carney, Cipriani, Geddes, Hatcher & Price (2006).

No obstante, la investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas restricciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. En otras palabras, pocos estudios han valorado su grado de influencia, sin embargo, las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales y sociales, cognitivos, familiares y genéticos. (Bellón, Moreno, Torres, Montón, Gilde, & Sánchez, 2008).

2.1.5.1 Factores personales y sociales

Con respecto a la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos Bellón (et al., 2008) indica que es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha considerado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres (Marcus, Yasamy, Ommeren, Chisholm & Saxena, 2012).

Con respecto a las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, hay que hacer notar que igualmente

son factores de riesgo importantes en los trastornos depresivos (Boden & Fergusson, 2011).

Asimismo, los autores Klein, Kotov & Bufferd (2011) indican que en particular los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida, no obstante, también se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. En consecuencia, los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también de la distimia, puesto que se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor (Klein et al.,2011).

En cuanto a la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo entre otras, en consecuencia, parecen aumentar el riesgo de depresión (Boden & Fergusson, 2011).

Por otra parte, Haro, Palacin, Vilagut, Martínez, Bernal & Luque (2009) nos exponen que dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales, en otras palabras, las personas en desempleo y baja laboral pueden presentar depresiones con mayor frecuencia. Recapitulando se podría indicar que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un desnivel socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico (Marcus et al., 2012).

En relación con el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, en particular la exposición a adversidades a lo largo de la vida, podría estar implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos (Haro et.al., 2009).

2.1.5.2. Factores cognitivos

En particular los autores Raedt & Koster (2010), refieren que la investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. En pocas palabras estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (Raedt & Koster, 2010).

2.1.5.3. Factores familiares y genéticos

En este punto los autores Sullivan, Neale & Kendler (2012), explican que los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales, de manera que los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de

posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. En consecuencia, el patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad (Klein et al., 2011). Ahora bien, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido (Sullivan et al., 2012). En particular los autores Porcelli, Fabbri, & Serretti (2012), indican que uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas, no obstante entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor, en pocas palabras este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo.

2.1.6. Aspectos etiopatogénicos

Con respecto a la etiopatogenia del trastorno depresivo los autores Botto, Acuña y Jiménez (2014), refieren que la depresión es un trastorno complejo, etiológicamente multideterminado y clínicamente heterogéneo al cual se puede llegar a través de diversas vías, cuyas manifestaciones psicopatológicas se relacionan con la personalidad y que depende de la interacción entre factores genéticos y ambientales a lo largo del desarrollo. Independiente del mecanismo etiopatogénico involucrado en su origen y de las diversas

formas que puede tomar, la verdadera depresión mantiene una coherencia fenomenológica entre sus manifestaciones, el estilo de personalidad y el contexto sociocultural. En otras palabras, la psicopatología de la depresión no sólo varía entre los distintos pacientes sino también entre los distintos episodios dentro de la vida de un mismo paciente, de modo que estas variantes clínicas constituyen un importante desafío en el estudio de su etiopatogenia (Botto, et. al, 2014)

En consecuencia, estoy de acuerdo con los autores en cuanto a que el conocimiento de los mecanismos etiopatogénicos de la depresión es importante para el especialista en salud mental, ya que le permite abordar su tratamiento contando con un modelo comprensivo que considere, por ejemplo, la relevancia de la carga genética, la necesidad de considerar el antecedente de trauma infantil o el valor adaptativo que puede tener el desánimo y la angustia (Botto et. al., 2014).

2.1.7. Enfermedades orgánicas que se relacionan con la depresión.

La depresión podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes predispuestos, o no, a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías puede contribuir a desencadenar la depresión, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas, precipitando una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad orgánica. Evidentemente, la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y ocupa casi cualquier posición posible en relación con ella. (Thompson, 2002).

Con respecto a este punto las personas con ciertas condiciones médicas generales pueden desarrollar trastornos afectivos mayores durante el curso de su enfermedad orgánica, circunstancia que hace la situación más compleja y añade un pronóstico menos favorable. Por consiguiente, la relación con algunas enfermedades orgánicas que pueden presentarse antes de una depresión, causarla o ser el resultado de esta, difiere según las personas y las situaciones vivenciadas, por lo que deben ser diagnosticadas y tratadas para establecer las pautas a seguir (Katon, 2012). En otras palabras, la National Institute of Mental Health (NIMH, 2015), refiere que las mismas causas que aumentan el riesgo de depresión en personas sanas también aumentan el riesgo en personas con alguna enfermedad. Estas causas de riesgo incluyen antecedentes personales o familiares de depresión, o la pérdida de algún familiar por suicidio. Sin embargo, hay algunos factores de riesgo directamente relacionados con otras enfermedades. Ahora bien, algunas afecciones médicas causan cambios en el cerebro, que pueden tener una función directa en la depresión. En particular el no tratar preventivamente la ansiedad y el estrés relacionados con la enfermedad, pueden desencadenar síntomas de depresión (Katon, 2012).

Según la *American Psychiatric Association Help Center* (APA Help Center, 2014), actualmente la problemática de las enfermedades orgánicas ha cambiado en relación con lo que fue hace tres o cuatro décadas. Si bien, la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para los efectos físicos de estas enfermedades, muchas víctimas siguen enfrentando un desafío admirable para su salud mental y emocional.

La depresión es frecuente en las personas con enfermedades crónicas como: Cáncer, enfermedad coronaria, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, derrame cerebral, enfermedad

de alzheimer, VIH o SIDA, artritis reumatoide; además en ciertos casos los síntomas de la depresión pueden presentarse después de un diagnóstico clínico reciente, pero desaparecen en la medida en que la persona se adapta o en que se trata la enfermedad. En otros casos, ciertos medicamentos que se usan para tratar la enfermedad pueden provocar depresión, la cual puede continuar, aunque la salud física mejore (NIMH, 2015). De manera que las personas que padecen depresión además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, problemas para adaptarse con mayor dificultad a su condición médica, y a tener que afrontar costos médicos más altos que aquellas que no tienen depresión simultáneamente, en pocas palabras tratar la depresión adecuadamente contribuiría a ayudar a mejorar la evolución de la enfermedad que presentase el paciente (Katon, W., 2012).

2.1.8. La depresión y el trabajo

Históricamente se ha creído que la salud en el trabajo iba estrechamente ligada a las condiciones del puesto de trabajo y a las enfermedades físicas y los accidentes de trabajo. Pero de un par de décadas hasta ahora, con la intromisión de nuevas formas de producción y nuevos tipos de metodologías de trabajo, e incluso nuevos sectores productivos y de servicios como la informática o el mercadeo, los profesionales en materia de prevención de riesgos laborales están estudiando un tema que afecta a miles de trabajadores y que ya se empieza a asumir como grave, lo cual no solo afecta laboralmente a quien lo padece sino que se extiende hasta el plano familiar y social del trabajador. Las enfermedades psíquicas

producidas en el puesto de trabajo también forman parte de lo que podríamos llamar enfermedades del trabajo.

2.1.9. Causas y consecuencias de la depresión

En este punto se podría decir que las causas de la depresión podrían estar ligadas de manera estrecha con el modo de vivir actual y con los valores con los que nos educa, puesto que forman parte de los pilares que soportan el tipo de sociedad en la que se vive. Si bien se especifica en los escritos de este autor que estos valores en el mundo laboral, en el entorno del lugar de trabajo, se recrudecen aún más si se da, ya que queramos o no, el simple hecho de subsistir hace que la gente no se pregunte si estos valores y las actuaciones que comportan son éticos, o no (Horacio, 2002).

A consecuencia, esto de la competitividad, la responsabilidad, el individualismo siempre en busca del éxito personal, el ser más que los demás o adquirir más cosas o beneficios que otros, llámese vecinos, compañeros de trabajo etc., produce un enorme gasto psicológico que puede provocar el hundimiento vital y por ende la depresión (Vallejo, (2011).

De manera que aquellos hechos que rompan con la confianza del trabajador respecto a su lugar de trabajo, como los accidentes laborales tanto sufridos por uno mismo como por compañeros producirán probablemente efectos postraumáticos que pueden derivar en una depresión; de igual forma podrían ser los daños económicos que pueden resultar de no recibir el salario, o el pago de prestaciones sociales (cuota del seguro social, por ejemplo); el estrés

debido a una sobrecarga y a una tensión de la exigencia laboral (por ejemplo, horas extras de trabajo, urgencia en la entrega de faenas); y alguna crisis puntual. Como se ve, todos estos hechos hacen que la persona pierda las ganas de vivir, que se sienta vencida y que se afecten totalmente sus fortalezas (Horacio, 2002).

En general, podríamos decir que el efecto que produce la depresión laboral en el trabajo se ve reflejada en un descenso en el nivel habitual de rendimiento de trabajo y en la comunicación, la falta de ganas de trabajar y de participar en las actividades laborales y la ausencia laboral. Todo esto se traduce, en el mejor de los casos, en problemas laborales que pueden llegar incluso al abandono o pérdida del trabajo. Además, pueden presentarse problemas matrimoniales (divorcio), abuso de alcohol u otras sustancias, aumento de la utilización de los servicios médicos y puede haber una alta tasa de muertes por enfermedades médicas (DSM IV-TR, 2002).

2.1.10. La depresión en el caso específico del trabajo Policial

La depresión es una temática importante a explicar en este marco teórico, a pesar de que no existan muchos estudios que involucren a la policía, es algo muy significado ya que esta patología es un anunciante de desequilibrio emocional, problemática que se vive día a día en el personal uniformado de esta institución.

La depresión tiene efectos en la vida laboral, sobre todo si en el trabajo existen variables que la propicien. Se entiende que en una depresión y dependiendo del nivel depresivo que presente la persona, algunas tendrían que dejar de trabajar por completo durante cierto tiempo a causa de la gravedad de sus síntomas. Muchos, sin embargo, intentarían continuar luchando, conscientes de que su rendimiento es peor del habitual. Por eso, la identificación de una persona que sufre una depresión, posibilitará una ayuda efectiva, que acelerará su retorno a un nivel de funcionamiento mejor y reducirá mucho sufrimiento innecesario (Horacio, 2002)

En el caso específico de la institución escogida para el estudio, la policía nacional, los servicios brindados a los policías a través de los departamentos de psicología y de trabajo social, se asientan en una comunicación directa con los supervisores y encargados de los distintos grupos de trabajo. Ellos tienen entre sus responsabilidades velar por el bien de las unidades policiales y esto incluye orientarlos y en caso necesario referirlos a esos servicios especializados, con el objetivo de procurar su bienestar integral para que puedan desempeñarse de acuerdo a lo que se espera.

Cada tipo de trabajo, tiene sus características muy propias, lo que incluye las destrezas, habilidades, competencias, valores, filosofía de vida, riesgos, ventajas y limitaciones, así como las condiciones que se oponen a la realización de ese trabajo particular. El caso del trabajo policial no escapa a esto, que en términos psicológicos se puede entender como un perfil profesional requerido para ser policía.

Por otro lado, también en el caso del servicio policial se cumple aquello que señala Vallejo (2011) en cuanto a que el trabajo aporta una estructura en la vida diaria y la oportunidad para hacer amigos, así como una forma de aumentar la autoestima y el sentido de competencia. Para la inmensa mayoría de la gente, un trabajo fijo y bien pagado puede ser de gran beneficio reduciendo el riesgo de depresión y generándoles felicidad. Pero en el caso de los policías, su trabajo implica un conjunto de estresores, que fuera de ese ámbito de trabajo, son difíciles de manejar, como son, por ejemplo, enfrentar la violencia en todas sus manifestaciones; trabajar con gente que tiene un sistema de valores totalmente diferente; manejar armas; y estar permanentemente en situación de riesgo. Nada de esto es fácil, independientemente de que los policías reciben entrenamiento permanente para enfrentar todas estas situaciones.

Más allá de todo ello, lo cierto es que, en general, es posible suponer que quienes eligen ser policía tienen condiciones físicas, sociales y psicológicas mínimas o básicas para ello. Esa es la razón por la cual son sometidos a rigurosos procesos de reclutamiento y selección, primero, y luego a un entrenamiento, además de la capacitación en servicio que reciben durante toda su carrera y de las medidas de autocuidado que la institución les brinda. Es decir, se supone que alguien es policía, porque le gusta serlo, porque ese trabajo le gusta. Asumido eso, es fácil concluir que existe una alta probabilidad de desarrollar una depresión cuando el policía queda cesante, temporal o permanentemente, por alguna enfermedad o lesión física. Esto ocurre con cualquier trabajador, porque para la mayoría de las personas, tal como indica Vallejo (2011), el trabajo aporta una estructura en la vida diaria y la

oportunidad para hacer amigos, así como en una forma de aumentar la autoestima y el sentido de competencia, sin embargo, ante una depresión, no todos se ven beneficiados en un momento dado al realizar un trabajo, ya que dependerá de cuan complejo o no es lo que hace, si se ajusta a sus expectativas laborales, a sus competencias, para que el trabajo realizado efectivamente contribuya al restablecimiento de su salud mental.

No está claro que unas condiciones laborales adversas puedan directamente causar una enfermedad depresiva, pero lo que sí parece cierto es que una presión y un estrés excesivos en el trabajo pueden combinarse con otros problemas del paciente, tales como la presencia de dificultades en casa o de acontecimientos vitales adversos recientes, y contribuir al desarrollo de una depresión (Horacio 2002).

Por lo expuesto en los párrafos precedentes, es posible afirmar que ciertos aspectos del trabajo de policía se asocian con un aumento del riesgo de insatisfacción laboral y de estrés. Unas condiciones laborales inadecuadas, tales como instalaciones con un espacio físico reducido, un ambiente congestionado, ruidosos, caluroso y mal ventilado pueden contribuir al igual que en cualquier otro trabajo la aparición de estrés y tensión.

En la institución policial, los jefes que intimidan y critican continuamente a sus subalternos empeorarán cualquier sentimiento de inseguridad existente en los mismos. Aun cuando en el caso de nuestro país, aquello de la obediencia total a las órdenes de los superiores jerárquicos, es cosa del pasado, en el imaginario de muchos policías de distinto rango, un

subalterno no puede opinar sobre la forma en que su trabajo está organizado o expresar su opinión respecto a ciertas decisiones impuestas desde arriba, todo lo cual, en nuestra opinión, contribuye de cierta forma a estar predispuestos a la frustración.

Por supuesto, hay otros factores que no pueden dejarse de lado, como es el desarrollo tecnológico, el cual no es ajeno a la policía y que se constituye también en fuente de presión para la realización de los trabajos y demanda de decisiones más rápidas, que pueden dar lugar a estrés entre los policías.

La depresión en los policías se manifiesta con quejas de fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en el trabajo o en pasatiempos favoritos, problemas de sueño, sentimientos de tristeza, baja autoestima, sentimientos de culpa y abuso de sustancias adictivas, (Gobierno de Canarias, 2013). De manera que, como se puede ver, las manifestaciones de la enfermedad que nos ocupa no son diferentes en el caso de los policías, aunque sin duda, sí lo son sus consecuencias, si se toma en cuenta que se trata de un trabajo en el cual el estado de alerta total es imprescindible y puede significar la diferencia entre la vida y la muerte, no solo del agente policial, su familia y sus compañeros de trabajo, así como de otras personas.

El caso de la ingesta de sustancias adictivas, es de mucho interés porque puede enmascarar la depresión. Hay factores culturales que hacen muy complejo este problema. Por ejemplo, el hecho de que el consumo de alcohol sea un hábito socialmente aceptable mientras que estar deprimido no lo es tanto, y menos en los varones. Esto hace que ellos, cuando se dan cuenta de que están deprimidos, no buscan ayuda porque les avergüenza y se sienten amenazados en su masculinidad.

En el caso de las mujeres, aún se mantienen ciertos estereotipos según los cuales ellas sí pueden mostrar “debilidades” como el estar tristes o deprimidas. Sin embargo, las mujeres que trabajan como policías lo mismo que los hombres, responden a una representación social que refuerza en estos trabajadores una figura de autoridad y poder que no puede mostrar ningún tipo de debilidad. Estos factores empeorarán el cuadro y harán difícil el abordaje, ya que la búsqueda de ayuda gracias a la reacción social es nula o minoritaria por mantener esta ilusión de poder.

Hay otro aspecto que también hay que tomar en cuenta. Es el hecho de que las mujeres policía reciben básicamente la misma formación y el mismo trato de los supervisores, una vez estén en servicio activo por parte de los supervisores, así como de la sociedad. El asunto se complica porque, aunque los roles social y familiar de la mujer han cambiado, lo cierto es que ellas experimenten altos niveles de estrés; cuando combinan el mantenimiento de un empleo y las responsabilidades domésticas; cuando tienen a su cuidado niños pequeños, enfermos y ancianos. La carga laboral y emocional es muy pesada; sus actividades son múltiples (López, 2008).

En otras palabras, la mujer policía tiene riesgos particulares para sufrir depresión, porque debido a su trabajo aumenta la posibilidad de ser más descuidada su alimentación, tiempos de descanso, horas de sueño, desgaste físico, psicológico familiar y laboral. Tanto es así que López (2008) afirma que, en el caso de la depresión en los hombres, la afección orgánica se concibe como una consecuencia, pero no como el origen. Se asume que la depresión puede

afectar la salud física del hombre y se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón).

Ahora bien, se cree que los hombres tienen menos probabilidad de presentar depresión ya que se les refuerza un comportamiento agresivo, violento y explosivo en el que basan su masculinidad y el cual es reforzado de una u otra manera en la formación de agentes de policía, por lo que difícilmente un policía aceptará que se siente triste, cansado o desanimado. Además, cuando se presentan síntomas físicos por algún tipo de enfermedad que impide su desenvolvimiento laboral, no todos cumplen con las recomendaciones médicas y mucho menos prestan la debida atención a su salud mental relacionada con su padecimiento físico.

Nuestra revisión bibliográfica nos indica que no existen muchos estudios sobre la depresión en la policía, pese a lo grave de esta enfermedad y al hecho de que no es infrecuente en este grupo de trabajadores, porque como ya se ha señalado, las condiciones laborales hasta cierto punto son un factor de riesgo. Lo cierto es que la depresión puede tener consecuencias muy severas, entre las cuales se incluye el suicidio (Zarragoitía, 2011).

Surge así la pregunta de cómo manejar la depresión en general y en particular cuando se trata de un policía. La depresión puede ser prevenida y tratada, pero en la dinámica de ser policía, la búsqueda de atención y el seguimiento del tratamiento implican solicitudes de permiso para las citas. Sin embargo, esto va mermando la credibilidad del trabajador, porque puede ocurrir que se crea que es un ardid para evadir el trabajo; en consecuencia, se recela de

la solicitud de permisos, se le niegan y se le exige como a cualquiera. Esa es una razón, entre muchas otras, para discontinuar el tratamiento.

Por otro lado, hay que mencionar que cuando un policía recibe atención en salud mental, se debe someter también a un sistema de control que se lleva en los servicios de psicología de la propia institución policial. Este control se refiere a verificar su asistencia a las citas, la observación de su desempeño laboral y, en general, a su adherencia al tratamiento. Se espera que exista comunicación entre los especialistas que atienden al policía y los especialistas de la policía. Por diversas razones, no siempre esto es posible y muchas veces el policía abandona el tratamiento o no lo lleva de la forma adecuada, por lo cual es difícil evaluar la efectividad de las medidas que pudieran haberse tomado. Hay que aclarar que el servicio de psicología que ofrece la policía se orienta más al aspecto de administración de recursos humanos y no a la atención clínica propiamente dicha, pues esta se recibe en las instalaciones de salud o en el servicio privado, a elección del policía. Lo que ofrece el servicio de la institución es tomar en consideración el estado de salud del agente y tomar acciones para que este no lleve al sujeto a un desempeño inadecuado de su trabajo, para evitar así las consecuencias que esto podría traer y que incluyen situaciones de mucha gravedad.

Al respecto, un documento del Gobierno de Canarias, señala que:

“... aquellos policías que sufren una depresión se comportan de una forma no habitual en muchos aspectos de su vida, tanto en casa como en el trabajo. Algunos cambios que pueden llegar a ser particularmente evidentes para los compañeros de trabajo o para sus jefes son:

- 2.2. La lentitud y los errores frecuentes en el trabajo.
- 2.3. Dificultades en la concentración con olvidos frecuentes.
- 2.4. Un inadecuado cumplimiento horario.
- 2.5. Una mayor frecuencia de ausencias injustificadas o de abandono del puesto de trabajo por enfermedad.

2.6. Frecuentes discusiones con ciudadanos en su servicio y enfrentamientos con los compañeros de trabajo.

La depresión puede por tanto tener importantes consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar su actividad laboral de forma efectiva. Muchos, sin embargo, intentarán continuar luchando conscientes de que su rendimiento es peor del habitual” (Gobierno de Canarias, 2013).

Es evidente que habrá cambios en el rendimiento de un policía con depresión; su productividad bajará, tendrá ausencias en su trabajo y quizá será un obstáculo para el trabajo en equipo con sus compañeros. Todo esto contribuye a que el policía se deprima cada vez más. Igual documento del Gobierno español señala:

“Trabajar, por tanto, tiene un gran impacto beneficioso sobre la salud mental, aunque existen algunas circunstancias en las que la situación no es exactamente así. Aunque no está claro que unas condiciones laborales adversas puedan directamente causar una enfermedad depresiva, lo que sí parece cierto es que una presión y un estrés excesivos en el trabajo pueden combinarse con otros problemas del paciente, tales como la presencia de dificultades en casa o de acontecimientos vitales adversos recientes, y contribuir al desarrollo de una depresión” (Gobierno de Canarias, 2013).

Las condiciones laborales son un factor muy importante en la policía. Por ejemplo, los horarios de trabajo, con jornada nocturna y turnos rotativos y la rotación del personal, sin duda provocan un malestar psicológico, génesis a su vez de problemas, entre los cuales se pueden mencionar inadecuado manejo de emociones y conflictos personales y familiares.

Otros factores que influyen en la generación de problemas son la representación social que el propio policía tiene de su trabajo. El Gobierno de Canarias, (2013) señala que los empleados policiales se limitan el opinar sobre la forma en que su trabajo está organizado o expresar lo que piensan sobre las decisiones que son impuestas por la alta directiva de mando policial,

por lo que estarán predispuestos a la frustración. Esto se debe a que se trata de una institución en la cual la jerarquía determina de dónde emana una orden y quien tiene que cumplirla; qué sucede si no se cumple una orden; quién se lleva el crédito de un trabajo, etc. Como se ve, todo esto es fuente de frustración y poco ayuda al mantenimiento de un buen nivel de autoestima. A esto se suman, sobre todo en los policías de más bajo rango, los sentimientos de incertidumbre ante las posibles rotaciones o traslados, que muchas veces provocan la ruptura de relaciones interpersonales, tanto familiares como laborales (Morales y Valderrama, 2012).

Es en ese panorama que Morales y Valderrama (2012), aseveran que existen diversos ambientes tanto laborales como personales que desencadenan comportamientos alterados en el estado de ánimo de una persona; dichos comportamientos generan problemas físicos y mentales, los cuales se relacionan con el bajo rendimiento en el trabajo. En referencia a esto, se podría agregar que situaciones de alto estrés contribuyen a la aparición de un trastorno depresivo, que se encuentra acompañado de una marcada reducción de la calidad de vida.

En general podría concluir que las distintas situaciones que manejan los policías (estrés, peligros durante los turnos, el obligado acondicionamiento físico y perfeccionamiento en técnicas policiales y las constantes ordenanzas), definen a esta profesión como un contribuyente de alta tensión para generar niveles de estrés y cambios comportamentales en el individuo, por consiguiente para lidiar con toda esa situación propia del trabajo policial y de hecho de riesgo para la salud mental, es recomendable mantener programas preventivos y

una forma podría ser la evaluación permanente que permita identificar aspectos que a futuro puedan generar alteraciones en el comportamiento del individuo. Con respecto a esto, el mantener una buena estabilidad emocional contribuye a que los policías tengan la capacidad de afrontar situaciones que impliquen riesgo y emociones propias, así como a la exposición que se tiene a la confrontación, la violencia y los incidentes traumáticos, incluyendo la posibilidad de ser herido o fallecer y asimilar un permanente grado de instrucción dado por sus superiores, (Morales y Valderrama, 2012).

A saber, sobre las causas de la depresión en el trabajo se afirma que:

“Pueden ser causas que provoquen una depresión aquellos hechos que rompan con la confianza del trabajador respecto a su lugar de trabajo, como los accidentes laborales tanto sufridos por uno mismo como por compañeros produciendo algún tipo de enfermedad incapacitante con efectos postraumáticos que pueden derivar en una depresión” (Horacio, 2002, p.85)

Consecuentemente estos hechos afectan totalmente las fortalezas psíquicas y físicas de quienes las padecen, y en cierto modo a los policías, además entre otros hechos frecuentes que podrían afectar de forma depresiva al trabajador está el de llevarlos al límite de sus capacidades físicas, provocando con ello accidentes entre otras situaciones, sin embargo aunque no está claro qué condiciones laborales adversas puedan directamente causar una enfermedad depresiva, lo que sí parece cierto es que una presión y un estrés excesivos en el trabajo pueden combinarse con otros problemas del paciente, tales como la presencia de dificultades en casa o de acontecimientos vitales adversos recientes, y contribuir al desarrollo de una depresión (Horacio, 2002).

Cuando la depresión se encuentra altamente cronificada, o si la respuesta del paciente a los fármacos no es la adecuada, éste podría requerir de la declaración de invalidez en alguno de sus grados; por ejemplo, por suponer un grave riesgo para sí mismo o para sus compañeros. Cabe decir, por último, que generalmente esta patología se considerará como enfermedad común, pudiendo en algunos casos afirmarse su origen profesional (Prieto, Vera, Pérez, & Ramírez, 2007).

Con todo lo expuesto, no es raro que el informe estadístico anual del Centro de Operaciones Policiales (COP), de Panamá, indique una elevada tasa de accidentalidad laboral, debido principalmente a accidentes de tránsito e incidentes con armas de fuego. El hecho de pasar muchas horas en la carretera implica un mayor riesgo de accidentes de tránsito. La tasa de mortalidad laboral en este tipo de accidentes en los cuerpos de policía mantiene un número significativo que duplica a la de cualquier otro gremio de transporte de mercancías o personas (Policía de Panamá, 2014). El hecho de ir armados y de enfrentarse a situaciones violentas y peligrosas es otro de los riesgos del trabajo de policía. Pese a las medidas de seguridad y protección de sus uniformes, la tasa de peligrosidad de los agentes que brindan servicio de patrullaje a pie en las calles es de las más altas, en especial el policía que labora en la ciudad capital, específicamente los sectores denominados áreas rojas. Por otra parte, los policías de igual forma están expuestos también a productos químicos, tóxicos o incendios, lo que implica riesgos de infección o intoxicación. Anualmente se invierten fondos públicos para investigar mejoras técnicas y operativas para controlar los niveles de

delincuencia conllevando esto de igual forma minimizar en lo posible accidentes de sus miembros en el proceso, señala un informe de la Policía Nacional (2014).

Podríamos indicar, en general, que la depresión tiene un severo impacto sobre la vida del policía que la sufre, quedando ésta seriamente limitada en todos sus aspectos. Aunque la eficacia de las actuales vías de tratamiento hace que tan solo en contadas ocasiones esta enfermedad dé lugar a una invalidez, sí hay casos en que el paciente tiene que obtener la baja laboral por incapacidad temporal o en el caso de la Policía nacional, obtienen una limitación laboral para ejercer funciones normales, hasta tanto complete el tratamiento requerido.

2.1.11. Depresión relacionada con accidentes laborales de policías

Según el estudio del Gobierno de Canarias (2013), podría decir que un accidente laboral es un hecho condicionado por múltiples causas, en donde a producción del accidente laboral en las tareas policiales pueden concurrir condiciones mecánicas o físicas inseguras como también actos inseguros de estas personas en particular.

Ahora bien, entre los accidentes relacionados con la labor del policía están los automovilísticos, en el que los policías resultaron heridos por la negligencia propia como conductores o pasajeros y los ocasionados por segundos o terceros conductores que pertenecen a la población en general. De igual forma, están los accidentes en prácticas de arma de fuego y los de acto de servicio, ya sea en patrullas o rondas a pie, en el proceso de

aprehensión de delincuentes o en otras circunstancias de conflicto. Por otra parte, se da también accidentes durante la formación de cadetes para policía o cursos de perfeccionamiento en las instalaciones destinadas para capacitación y readiestramiento, así como accidentes causados, no tan común, por el equipo defectuoso policial (Policía Nacional de Colombia, 2012).

En entrevista realizada al director de servicios médicos de la Policía Nacional en Panamá, el Dr. Ameth Vielgo,(comunicación personal, julio 2013), indicó que “... las enfermedades tales como desórdenes de pulmón y cáncer pueden resultar por la exposición repetida a químicos tóxicos en el lugar de trabajo,(por ejemplo, armeros), enfermedades del corazón e hipertensión pueden resultar de esfuerzos físicos repetidos que excedan la habilidad del trabajo que se exige según el área o especialidad policial asignada...”.

En las circunstancias mencionadas anteriormente, traen como consecuencia que las unidades hayan podido sufrir efectos de una discapacidad física temporal o permanente en la mayoría de los casos; sin embargo, en cuanto a las discapacidades permanentes no están limitadas sólo a las lesiones físicas exteriores, sino a condiciones psicológicas tales como un trastorno depresivo como resultante, en otras palabras la causa funcional específicamente del trastorno depresivo relacionado con un accidente en la labor policial puede obedecer a estresores psicosociales que provienen tanto de estímulos externos a la propia persona (conversación desagradable que involucra al policía accidentado), como de aspectos internos (sufrimiento por una enfermedad, pensamientos de inutilidad o de culpa), que se han prolongado durante un relativo periodo de tiempo después del accidente , lo cual crea tensión

mental significativa en el lugar de trabajo, pues existe una relación causal entre el padecimiento y la actividad que se le asigne posteriormente al policía accidentado, (Morales y Valderrama, 2012).

2.1.12. Tratamiento de la depresión

Según Zarragoitía (2011) existen tantos tratamientos psicológicos para la depresión como teorías sobre la misma, sin embargo se procura un tratamiento integral en el cual se vinculen la perspectiva psicológica y la farmacológica de ser necesaria o una combinación de ambas para brindar una mejor atención al paciente; ello significa que, el tratamiento dependerá del cuadro clínico, de su intensidad, duración y respuesta al mismo, por ende la psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión pero, es posible que para los casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia no sea suficiente. Añade de igual forma que para llevar a cabo el tratamiento de la depresión se debe partir del hecho ya establecido, de que la enfermedad depresiva se origina de forma multifactorial, por lo que desde el punto de vista terapéutico es imprescindible tener en cuenta el concepto holístico.

Según este último autor, los componentes específicos de la atención psiquiátrica a todos los pacientes con depresión incluyen:

- Realización de una evaluación diagnóstica
- Evaluación de la seguridad del paciente y de quienes le rodean.
- Nivel de deterioro funcional.

- Determinación del emplazamiento del tratamiento
- Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica.
- Monitorización de la seguridad y del estado psicopatológico.
- Proporcionar información a los pacientes y sus familiares.
- Fomentar que el paciente siga correctamente el tratamiento.
- Trabajar con los pacientes para afrontar los primeros signos de recaídas.

La terapia antidepresiva depende, en gran medida, de la intensidad y las características de la depresión, sobre la base de los aspectos siguientes:

- Terapia psicológica
- Terapia social
- Terapia farmacológica y biológica
- Otros tipos de tratamiento.

Así mismo, dicha terapia varía de acuerdo con la fase que se desee tratar:

Primera fase. Corresponde a la fase aguda, donde el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno permiten que disminuyan, en un grado considerable, la profundización y la cronificación de este estado. Durante esta fase, el tratamiento se debe mantener, como mínimo, de 4 a 8 semanas; la evolución se controlará con consultas periódicas en los siguientes 4 a 6 meses.

Segunda fase. Corresponde a la fase de continuación, cuyo objetivo es preservar las remisiones. En esta etapa se presentan las recaídas, de manera que el paciente debe asistir periódicamente a la consulta.

Tercera fase. Corresponde a la fase de mantenimiento y tiene como objetivo prevenir las posibles recurrencias. Esta etapa se caracteriza por la profilaxis, para evitar que ocurran nuevos episodios y aumente el riesgo en los pacientes que han tenido 3 episodios previos o 2 episodios en 5 años, o la presencia de factores de riesgo, entre estos haber padecido una depresión grave.

2.1.12.1. Las psicoterapias

Hay que hacer notar que la psicoterapia sola, es efectiva en algunas personas que tienen formas leves o moderadas de depresión. Mientras, que las personas con depresión severa requieren un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas, y de la psicoterapia, para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión, como los cuadros depresivos severos (en especial las que son recurrentes). Por lo general, estos pacientes requieren más medicamentos, al lado de una psicoterapia, o antes de ella. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación (Vara, 2006).

Existen muchas formas de psicoterapia, incluso algunas psicoterapias a corto plazo (10-20 semanas), que pueden ser útiles para algunas formas de depresión. Las psicoterapias ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta, algunas veces estas modalidades de psicoterapia se combinan con tareas para hacer en casa entre una sesión y otra. Entre las psicoterapias que se pueden mencionar están (Kramer, 2006):

2.1.12.1.2.Psicoterapia Interpersonal

En este caso, el psicoterapeuta analiza los síntomas en cuanto surgen desde una perspectiva de comportamientos elaborados por el paciente a través de sus relaciones interpersonales, es decir, se concentran en los problemas derivados de las relaciones con los otros, que causan y agravan la depresión.

Los profesionales de la psicoterapia, procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones, y de esta manera, guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión como causa y consecuencia.

2.1.12.1.3.Terapia Cognitiva y Terapia Cognitivo-Conductual

El modelo cognitivo sugiere que los distintos síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión, son las consecuencias naturales de las cogniciones negativas. Esta psicoterapia, intenta modificar pautas de conducta a partir del análisis funcional del comportamiento, y ayudan a corregir la apreciación que el paciente tiene de sí mismo debido a su enfermedad, a cambiar los estilos negativos y distorsionados de pensamiento sin profundizar en el análisis de la intrapsique. Entre otros recursos, se apoya sobre todo en técnicas de relajación, de adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad.

2.1.12.1.4. Las terapias dinámicas o de insight, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos; estas psicoterapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. La más utilizada es la psicoterapia de apoyo, que pretende facilitar al paciente un alivio de la ansiedad que le crea su estado mediante el consejo, y a través de una relación de empatía con el especialista.

2.1.12.1.5. Psicoanalíticas, elaboran estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve, pretende investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

2.1.12.2. Tratamiento Farmacológico

Existe, una gran variedad de medicamentos antidepresivos que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos, sin embargo tienen un carácter complementario y facilitador de la psicoterapia, por lo que la finalidad del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio laborales, y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible, las recaídas. Se considera adecuada la

instauración de un tratamiento cuando la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.), independientemente, de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, (Kramer, 2006).

Ahora bien, en cuanto a la medicación, los especialistas recomiendan no suspender antes de nueve o preferiblemente doce meses de tratamiento, siempre y cuando los síntomas hayan desaparecido en su totalidad, y si el caso se trata de un primer o segundo episodio depresivo. Si se decide retirar el tratamiento, se ha de hacer de forma paulatina y con una valoración constante del estado del paciente (Calobozo, Blanco y Cortijo, 2014).

Hay que hacer notar que el tratamiento antidepresivo a largo plazo será adaptado a cada paciente, teniendo en cuenta las precauciones de los riesgos potenciales y los beneficios, sin embargo, en una dinámica estricta del trabajo acompañado de estrés, durante el tratamiento que hayan podido tener acceso los pacientes con este problema de salud mental, posiblemente conlleve a mantener la sintomatología depresiva un periodo de tiempo más extenso de los esperado. (Castro, Orjuela, Lozano, Avendaño & Vargas, 2012).

2.1.12.3. La terapia cognitivo conductual.

La terapia cognitivo conductual en general que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones cognitivas como intervenciones conductuales, por consiguiente, la terapia cognitiva conductual (TCC) ayuda al paciente a cambiar la forma como piensa

(cognitivo), como actúa (conductual) por lo que estos cambios ayudan a sentirse mejor. Ahora bien la terapia cognitivo conductual es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y como lo que uno hace afecta los pensamientos y sentimientos sumado a las respuestas del cuerpo físico, por lo que a diferencias de otras terapias habladas, la TCC se centra en problemas y dificultades del aquí y el ahora, no de su angustia o síntomas del pasado, puesto que su fin consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias nuevas, mas adaptativas (Beck, 2002).

Por consiguiente, esta terapia investiga como aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particulares e intransferibles de cada persona, por consiguiente la TCC considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar, por lo que el resultado es que aprendemos pautas de comportamiento tanto beneficiosas como perjudiciales, (Beck, 2000).

Consiguientemente Ruiz (2006), indica que fundamentalmente, la perspectiva cognitivo conductual ve los problemas psicológicos relacionados a los antecedentes comportamentales y cognoscitivos. En otras palabras, según el autor los factores comportamentales importantes serían las experiencias tempranas del sujeto; por ejemplo, la relación entre los padres, los que van desarrollando los esquemas perceptuales en el individuo. En otras palabras, estos

eventos se examinan para investigar las limitaciones en las oportunidades de aprendizaje u observar experiencias patogénicas, como, por ejemplo, un trauma.

El proceso terapéutico de las terapias cognitivas, como la de Beck o Ellis están basados sobre la idea de que como humanos racionales podemos procesar la información que percibimos y recibimos del mundo exterior y a la cual accedemos cuando ponemos en marcha nuestros procesos de conocimiento. En otras palabras, tenemos la capacidad de conocer de forma precisa y correcta, por lo que el conocimiento que vamos adquiriendo es válido y verdadero cuando represente adecuadamente la realidad (Ruiz, 2006).

El modelo cognitivo conductual en psicoterapia, en sus inicios se pudo sintetizar con la mediación cognitiva, concepto básico que afirmaba que la respuesta, sea emocional o conductual ante los estímulos no dependía exclusivamente del estímulo, sino en gran parte de la evaluación del estímulo, de lo que la persona pensaba e interpretaba del mismo. En general el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, por consiguiente, el terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminado así los síntomas (Pérez, & García, 2001).

2.1.12.3.1. Origen de las Terapias Cognitivo Conductuales

El enfoque cognitivo conductual surgió a través de cuatro teorías básicas, la primera emitida por el filósofo ruso Ivan Pavlov quien descubre un proceso básico de

aprendizaje, llamado condicionamiento clásico, el cual trata de un proceso por el cual los organismos aprenden a relacionarse predictivamente entre los estímulos del ambiente. El investigador B.F. Skinner planteaba las existencias de otro tipo de aprendizajes llamado condicionamiento operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, se mantienen o se extinguen (Mainieri, 2008).

Según el autor Mainieri (2008), el trabajo encabezado por Albert Bandura, conformó un nuevo conjunto de hipótesis, la teoría del aprendizaje social, desde la cual se afirma que el aprendizaje no solo se produce por la experiencia personal, sino también en la observación de otras personas con la información recibida por símbolos verbales o visuales, los cuales constituyen variables críticas después de cierta interpretación

Otros de los pilares básicos de la TCC consisten en los modelos cognitivos de Aron Beck y Albert Ellis:

2.1.12.3.1.1. Aaron Beck Terapia Cognitiva

Por lo que se refiere a Aaron Beck; Psicólogo clínico e investigador psicoanalista, el autor Mainieri (2008) indica que el interés de Beck estaba centrado en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una hostilidad dirigida contra sí mismo (teorías freudianas), sin embargo los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis, dando como consecuencia el cuestionarse sobre el psicoanálisis en general, ya que sus resultados apuntaban más bien a contenidos temáticos, que

indicaban que los pacientes depresivos seleccionaban focalmente su percepción de sus problemas en aspectos muy negativos, sin embargo estos escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Posteriormente su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

Por otra parte, su primera obra *La depresión* en 1967, expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia, alcanzando su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico, en la cual no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también una forma nueva de estructurar un caso en terapia cognitiva, con detalles de las técnicas de tratamiento, dando paso a una especie de manual de terapia cognitiva. Ahora bien, fue en 1976 que publica *La Terapia Cognitiva y los Trastornos Emocionales*, donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales.

2.1.12.3.1.2. Albert Ellis Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C)

Con respecto a Albert Ellis; inicialmente practicaba psicoanálisis, influenciado por la teoría de Karen Horney, el autor Mainieri (2008) indica que Ellis no estuvo satisfecho con los resultados de dicho trabajo (bajo porcentaje de éxito), por lo que acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque neofreudiano, y obtuvo un mejor porcentaje de mejoría en sus

pacientes y con menos tiempo y menos entrevistas. Aun así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta (Inshigts) sin que la cambiaran necesariamente, por lo que intentó métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento, lo cual mejoró su trabajo aún más. Fue para el año 1955 que comenzó a desarrollar su enfoque racional emotivo de la psicoterapia y no fue hasta en 1958 que publicó por primera vez su famoso modelo A(evento activador)-B (sistema de creencias)-C (consecuencia o reacción a A), para la terapia, en el que exponía que la terapia tenía como fin, no sólo tomar conciencia de un autodoctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales preferenciales (no demandantes o no absolutistas) y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Para el año 1962 publica su primera obra importante en el campo de la psicoterapia con el nombre de Razón y Emoción en Psicoterapia, en la cual expone su modelo de la terapia racional emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, (Ellis & Abrahms, 2005).

En resumen, a mediados de los años cincuenta el trabajo de Aarón Beck y Albert Ellis al aplicar los principios de el condicionamiento clásico, operante y social dio lugar al enfoque

cognitivo conductual, posteriormente aplicado como un tipo de psicoterapia que busca ser más eficaz y de menor duración (Mainieri, 2008).

Según el autor Mainieri (2008), se han propuesto tres clases principales de terapias cognitivo conductuales hasta la fecha:

1. Los métodos de reestructuración cognitiva (RC), que suponen que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos y, por lo tanto, sus intervenciones trataran de establecer patrones de pensamientos más adaptativos.
2. Las terapias de habilidades de afrontamiento (HA), que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes.
3. Las terapias de solución de problemas (SP), que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar y solucionar un amplio rango de problemas personales, insistiendo en la importancia de la activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.

2.1.12.3.2. Esquema básico de la terapia cognitiva conductual

La forma en que sienten las personas está asociada a la forma en que los pacientes interpretan, y piensan sobre una situación, por consiguiente, el esquema básico de la TCC puede representarse de la siguiente manera (Caro, 2006):

Situación – Pensamiento Automático (PA) – Reacción.

En una representación más profunda según la autora Caro (2006), se observarán que los pensamientos automáticos surgen de un sistema cognitivo integrado por creencias intermedias (reglas, actitudes o supuestos) y nucleares (uno mismo, otros, el mundo).

Las situaciones o estímulos pueden ser externos o internos (fantasías, sensaciones, síntomas recuerdos o imágenes). Ahora bien, los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos, que no suelen ser la consecuencia de razonamientos sino más bien nacen espontáneamente, los cuales pueden tener una forma verbal y / o no verbal y surgen de creencias relativas a las situaciones y representan el nivel más superficial de cognición. Estas son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. Las creencias más centrales o nucleares, son cogniciones que las personas frecuentemente no expresa ni aún para sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas que las personas hacen sobre sí mismas, de las otras personas y de su mundo y representan el nivel más profundo, global y rígido de interpretación, que influye en otros niveles. Entre estos dos niveles están las creencias intermedias, de las cuáles surgen los pensamientos automáticos, y están influidas y condicionadas por las nucleares, en otras palabras, están establecidas por el sistema de normas actitudinales y supuestos. Como consecuencia, las respuestas pueden ser tanto emotivas, como conductuales o fisiológicas (Caro, 2006).

2.1.12.3.3. Principios de la terapia cognitiva

La TCC posee sus propias bases teóricas y áreas de atención, llevadas a cabo en tiempos formulados por el mismo modelo terapéutico empleado, por lo que dicha terapia se funda en

10 principios básicos que guían el que hacer del terapeuta, las tareas del paciente y la estructura de las sesiones, estos puntos tienen que ver con la manera en que se realizan las actividades, la alianza entre el terapeuta y el paciente, el rol del paciente dentro de la terapia, sus objetivos, su focalización en el presente, sus cualidades educativas, su límite de tiempo concreto, su estructura, su lógica y sus técnicas. Por consiguiente, según Beck (2000) estas son:

1. La Terapia Cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos, en otras palabras, para el terapeuta será muy importante conocer lo que piensa y opina el paciente sobre las cosas que le suceden, para de esa manera comprender porque hace lo que hace y porque se siente cómo se siente. Hará preguntas que aclaren que es lo que crees sobre problemática que lo ha llevado a consulta y a partir de sus respuestas ira formulando hipótesis que después ira comprobando.
2. La Terapia Cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica, por ende para TCC será indispensable para el terapeuta brindarle al paciente un espacio donde se sienta escuchado, comprendido, y cómodo. La empatía con el paciente es fundamental para el éxito del tratamiento.
3. La Terapia Cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa. Para la TCC el trabajo terapéutico es un trabajo de equipo. El terapeuta alentará al paciente a que juntos decidan los puntos que se van a trabajar o las tareas que se deben hacer. La

idea es que el paciente sea parte activa del tratamiento y haga cosas que le hagan sentir y estar mejor.

4. La Terapia Cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados, por consiguiente, en la TCC las metas del paciente serán el eje que guíe todo el proceso terapéutico. El paciente decidirá cuales son las metas que quiere alcanzar y será la misión del terapeuta trabajar con él para ir venciendo esos obstáculos que no le han permitido alcanzar tus objetivos.
5. La Terapia Cognitiva inicialmente destaca el presente, a diferencia de otras corrientes psicológicas, para la TCC la mayoría de las problemáticas a resolver se encuentran en el presente, es decir que pocas son las ocasiones que se realizan análisis profundos sobre el pasado lejano del paciente, como la infancia o adolescencia, a menos que ahí se encuentre alguna respuesta que explique sus pensamientos o comportamientos actuales, en otras palabras, la TCC se centra en el aquí y el ahora.
6. La Terapia Cognitiva es educativa, la idea es que el paciente se vuelva (en cierto momento) su propio terapeuta y tenga las herramientas necesarias para lidiar con los obstáculos que encuentre en su vida cotidiana pues no solo se limita al trabajo dentro del consultorio. Además de establecer sus metas a alcanzar, para la TCC es importante que el paciente comprenda con precisión de que trata la terapia y como es que esta puede ayudarle a alcanzar sus objetivos. El terapeuta cognitivo-conductual será una especie de instructor de quien aprenderá técnicas que le beneficiaran en su día a día.

7. La Terapia Cognitiva tiene un límite de tiempo, a diferencia de algunas otras corrientes psicológicas, la TCC tiene claro cuál es el número de sesiones (en promedio) necesarias para tratar problemáticas en específico. Desde la primera sesión, el paciente sabrá el número de sesiones ideales para alcanzar sus metas, aunque estas pueden variar por factores que tienen que ver consigo, como la disposición y el entusiasmo o con el motivo de consulta.

8. Las sesiones de la TCC son estructuradas, por consiguiente, desde antes de que comience la sesión el terapeuta tiene claro las actividades que se realizarán durante la sesión, de modo que cuando comience el paciente también tendrá eso claro, ya que esto permitirá que comprenda los pasos en los que irá trabajando para alcanzar las metas establecidas. Sesión por sesión, actividad por actividad, tarea por tarea. Ahora bien, la improvisación dentro de la TCC se procura reducir al mínimo, aunque en ocasiones factores inesperados como un accidente o un suceso extraordinario obligan a tomar un curso alternativo en las sesiones, sin embargo, siempre regresa a perseguir la meta principal. Para la TCC es crucial que el paciente logre identificar con precisión las cosas que piensa sobre los eventos de su vida cotidiana y entender cómo es que estos pensamientos determinan, en gran parte, cómo se siente y las cosas que decide hacer a partir de eso. Así como identificar cuáles de esas cosas que hace, le están alejando de alcanzar tu meta principal.

9. La terapia cognitiva utiliza una variedad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

10. En definitiva, los 3 principales factores que interesan a la terapia cognitiva conductual son el pensamiento, las emociones y la conducta. Su principal meta es promover la modificación de estos factores con la finalidad de que el paciente alcance sus objetivos, y esto se logra con el trabajo tanto del terapeuta como el del paciente, utilizando las técnicas diseñadas para tal fin.

2.1.12.3.4. Principales conceptos de la TCC

El modelo postula conceptos específicos para explicar el fundamento psicológico de la depresión estos son:

2.1.12.3.4.1. Concepto de la triada cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse: el de sí mismo (primer elemento de la tríada), refiere a la visión negativa del sujeto sobre sí mismo, apreciándose como desgraciado, inepto, enfermo, etc.; en este caso, el paciente tiende a atribuir sus experiencias negativas a un defecto suyo; debido a su modo de ver las cosas, tiende a subestimarse y a criticarse en base a sus defectos. Además, piensa que carece de los atributos que considera esenciales, para lograr la alegría y/o felicidad. Sus experiencias cotidianas (el segundo componente de la tríada), se centra en la tendencia del sujeto a interpretar las experiencias de un modo negativo, le parece que el entorno le hace demandas exageradas y/o le pone dificultades insuperables para alcanzar sus objetivos, aun cuando pudieran realizarse otras interpretaciones, incluso más ajustadas a la realidad. El futuro de un modo idiosincrático (tercer componente), se refiere a la visión

negativa acerca del futuro, anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente; además, del futuro espera penas, frustraciones y privaciones interminables y piensa que sus proyectos siempre terminarán en fracaso. Se entiende entonces que en la triada cognitiva la persona tiene una visión negativa de su futuro de sí mismo y tiende a interpretar las experiencias del día a día de un modo negativo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

Por otra parte, Caballo (2007), indica que estas diferencias en la contribución de los componentes de la tríada cognitiva a la depresión de la persona, requiere que la combinación idiosincrática de los pensamientos automáticos que comprende la tríada sean evaluados en colaboración. De esta forma, pueden identificarse las áreas específicas de interés para el sujeto y la terapia adaptados a las necesidades idiosincráticas de la persona. Ahora bien, según el mismo autor, este modelo terapéutico considera el resto de los síntomas y signos de la depresión como consecuencia de los patrones cognitivos. Por ejemplo, si alguien piensa que va ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado, etc.) que cuando el rechazo es real, o si alguien espera un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea, provocando desmotivación o poca fuerza de voluntad u otro síntoma motivacional.

2.1.12.3.4.2. Concepto de esquemas cognitivos

Este concepto según Beck et al. (2010), se utiliza para explicar el por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son equivocados,

incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida, de igual forma indica que cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos, atendiendo un sujeto selectivamente a algunos estímulos específicos, combinándolos y conceptualizando la situación de una manera particular; en otras palabras, el autor nos indica que las distintas personas conceptualizan de diversa manera una misma situación; una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares

En un sentido muy general, un esquema es una forma de patrón estable de interpretación del entorno, en otras palabras, se refiere a cualquier cuerpo estructurado de conocimiento o grupo de creencias que se utilizan para procesar información, es decir, cuando una persona se enfrenta a un evento, sus esquemas le sirven para transformar los datos en cogniciones, categorizando y evaluando sus esquemas por medio de una matriz de esquemas.

Desde esta perspectiva, Zarragoitia (2011) señala que en la depresión las conceptualizaciones del sujeto acerca de determinadas situaciones se distorsionan ajustándose a esquemas inadecuados, los cuales se van haciendo más activos, siendo evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor, a pesar de que tengan una escasa relación lógica con ellos. El autor asevera que el sujeto al perder gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

2.1.12.3.4.3. Concepto de la pérdida

El concepto de la pérdida es uno de los conceptos básicos en la teoría de Beck, influenciado por Freud quien indicaba que el depresivo melancólico siente la pérdida personal y la humillación por parte de otra persona significativa, sin embargo, no podía tolerar sus propios impulsos agresivos por estar herido, por lo que la aflicción es una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente. Por otra parte, la melancolía se determina por un estado de ánimo intensamente doloroso, una cesación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, resultando consecuencias como reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo y que pueden causar ideas delirantes de castigo (Caro, 2006).

2.1.12.3.4.4. Concepto de la esfera personal

Es un concepto que nos define como personas y que marca las diferencias entre cada uno y los demás, puesto que, de manera abstracta, integra todas esas características que poseemos y que se forman por el concepto que tenemos de nosotros mismos, nuestros atributos físicos, las características personales, así como nuestras metas y valores, así como los aprendizajes de la escuela y el contexto social en el que nos desarrollamos. Finalmente se incluyen las ideas sobre libertad, justicia y moralidad. En la esfera personal entra todo aquello que es importante para nosotros en

relación al mundo que nos rodea. Es el punto de referencia mediante el cual asignamos significados. Cualquier hecho que suponga éxito o ganancia para nuestra esfera, nos produce euforia y felicidad y las pérdidas en cambio, causan tristeza, depresión y desesperanza (Beck, 2000).

2.1.12.3.4.5. Concepto de las reglas

Este concepto en particular nos indica patrones cognitivos relativamente estables que nos dictan como debemos reaccionar ante cualquier situación que nos ocurra. Por consiguiente, estas reglas se comienzan a formar desde la niñez, como fruto de experiencias concretas y forman parte de la herencia social. Hay que hacer notar que estas reglas inicialmente, vienen de nuestros padres, la familia, el sistema educativo y finalmente la sociedad. Lo importante, para entender un trastorno psicológico es saber cómo operan las reglas, en términos de normalidad son flexibles, pero en el caso de la depresión, por ejemplo, son absolutas e incondicionales. De ellas se derivan significados y predicciones negativas desde un hecho pasado o presente (Caro, 2006).

2.1.12.3.4.6. El concepto de los modos

Según los autores Beck et al. (2010), este concepto consiste en subsistemas de la organización cognitiva, diseñados para llevar a cabo ciertos principios adaptativos relevantes a la supervivencia, el mantenimiento, la auto exaltación. Los grupos de

reglas y conceptos están organizados alrededor de temas amplios y corresponden a los modos se diferencian tres tipos principales:

1. Modos primarios: auto preservación, procreación, seguridad, dominancia, sociabilidad.
2. Modos constructivos: adquiridos o contruidos a través de construcciones vitales.
3. Modos menores: sobre actividades prosaicas.

2.1.12.3.4.7. Concepto de los errores en el procesamiento de la información.

En este concepto, estos errores cognitivos que se dan en el pensamiento del depresivo, mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Por tanto, algunas de las formas no válidas de pensamiento más comunes son:

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (Beck et al, 2010, p.24).

Ahora bien, en resumen, Beck et al. (2010), refieren que el sujeto podría ser capaz de analizar sus pensamientos negativos con algún grado de objetividad; parece claro que las personas depresivas tienden a emitir juicios globales con pensamientos que tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc.; respecto a los acontecimientos que afectan su vida. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema, ahora bien, lo contrario sería un pensamiento

más maduro al integrar automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En otras palabras, a medida que la depresión se agrava, el pensamiento del sujeto estaría cada vez más dominado por ideas negativas, aunque puede no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En consecuencia, en los pacientes que padecen un trastorno psicológico se observa un desvío sistemático en la forma de procesar el conocimiento (Caro, 2006).

2.1.12.3.4.8. Concepto de disfuncionalidad

Este concepto de disfuncionales se basa en que los pensamientos que distorsionan la realidad, son causantes de perturbación emocional, e interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas o no. De modo que los pensamientos se pueden evaluar en función de su validez ajustada a la realidad y a su utilidad. Ahora bien, para lograr una buena alianza terapéutica y la posible cooperación del paciente será fundamental enfatizar en cómo sus pensamientos disfuncionales imposibilitan el cumplimiento de sus metas y que tan cercanos están de la realidad, cuidando siempre no descalificar su inteligencia (Caro, 2006).

2.1.12.4. Modelo de la Terapia Cognitiva Conductual

En el modelo cognitivo conductual de Beck (2002), para alcanzar el objetivo terapéutico,

es recomendable que el terapeuta utilice una serie de estrategias en las cuales emplea un conjunto de técnicas, que vienen a ser una forma de psicoterapia breve y estructurada, las cuales proporcionan un aprendizaje al paciente, en la solución de aquellos problemas que presenta como demanda terapéutica; algunos de éstos pueden referir la presencia de trastornos depresivos entre otros. Así pues, con estas técnicas propuestas por Beck, se puede vislumbrar cómo el paciente a partir de la reestructuración cognitiva y conductual, puede modificar la percepción que tiene del mundo y la existencia de trastornos psicológicos que le aquejan día con día (Betancourt & Madrid, 2004).

Ahora bien, según Obst (2008), el proceso de la psicoterapia cognitiva supone recorrer tres etapas diferenciadas:

1. Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación, cuyo objetivo es entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta (P-C-A), por lo que consistirá en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos conductuales. Finalmente se hace una recogida de datos y auto observación. Se conceptualizan los problemas cognitivamente, se definen etapas y objetivos graduales de intervención y se elige un problema para auto observación al mismo tiempo que se explica al sujeto los auto registros.
2. Segunda etapa: consiste en generar alternativas, por lo que el objetivo a lograr es el de ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas, incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores, mediante la

aplicación de técnicas conductuales y cognitivas que serán detalladas posteriormente. Una vez que el paciente ha entendido la base del procedimiento de auto registro y la relación pensamiento-afecto-conducta, el terapeuta puede comenzar a trabajar con éste la búsqueda de alternativas cognitivas conductuales, a las interacciones problemas, las distorsiones cognitivas y los significados personales subyacentes.

3. Tercera etapa: consistirá en el mantenimiento, generalización y prevención de recaídas. El objetivo de esta etapa es el de consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas, mediante la atribución de los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. Además, se identifican con antelación situaciones de alto riesgo futuro y se desarrollan habilidades preventivas de tipo cognitivo conductual.

2.1.12.4.1. Estructura de las Sesiones Terapéuticas

El terapeuta deberá tomar en consideración a la hora de implementar este modelo terapéutico en la intervención, el grado de estructuración sobre el cual se debe regir el tratamiento. El terapeuta organizara el tiempo de la sesión entre 45 y 60 minutos para poder trabajar el foco del conflicto y tratarlo de manera cognitiva; independientemente del tiempo escogido para las sesiones deberá tomar 5 a 10 minutos iniciales a revisar el estado actual del paciente desde la última sesión, después 5 minutos para establecer la agenda del trabajo, 5 minutos adicionales para revisar la tarea que el paciente ha traído a la sesión, pasado un

periodo de tiempo en la sesión casi al terminar se estimara 5 minutos para concretar y explicarle al paciente la tarea para la próxima sesión y 5 minutos finales para recabar del paciente retroalimentación de cómo se ha sentido en la sesión y sus opiniones acerca del curso de la terapia (Caro, 2006).

Ahora bien, según Gavino (2002), sugiere que es necesario que el terapeuta, primero identifique el motivo de la consulta mediante las quejas y demandas que manifieste el paciente (que se convertirán en los objetivos terapéuticos). El terapeuta comenzará tal proceso con la recogida de datos que giren en torno a la problemática, esto se logrará mediante la aplicación de instrumentos de evaluación (entrevista, autoinformes, registros y pruebas psicométricas). Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas que faciliten la erradicación de aquellos comportamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir. Una vez terminada la intervención, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento, con la finalidad de comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de recaídas. En este tiempo de seguimiento se analiza si el paciente suele utilizar las estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia. En caso de que el paciente tenga recaídas, se le vuelve a inducir al tratamiento para reafirmar el objetivo terapéutico mediante las técnicas empleadas, o para tratar nuevas demandas.

2.1.12.4.2. Estrategias de la terapia cognitiva conductual

Durante el proceso terapéutico, el terapeuta guía, ayudando al paciente a entender la manera en que sus pensamientos influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; así

como promoviendo en el paciente nuevos aprendizajes que a su vez promuevan igualmente pensamientos y habilidades más adaptativas, por lo que el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y la modificación de los esquemas disfuncionales y de aquellos mecanismos de pensamientos que se desprenden de éstos, (Beck, 2002). Ahora bien, según los autores McGinn & Sanderson (2002), la terapia cognitivo conductual implica la utilización de estrategias apoyadas empíricamente y centradas en el procesamiento de la información (cognitivas) y del comportamiento (conductuales), con el objetivo de delimitar y reevaluar las falsas creencias del paciente que provocan una desadaptación, por lo que se le enseña al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) negativos automáticos, (2) identificar las relaciones entre cognición, afecta y conducta, (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas, y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias, todo esto mediante técnicas que son presentadas durante las sesiones y evaluadas periódicamente, retroalimentando la comprensión de las mismas, se ensayan en consulta, y se asignan como tarea para casa.

2.1.12.4.3. Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones (Beck, 2002).

En el caso de estas herramientas terapéuticas, las principales técnicas cognitivas de Beck son (Caro, 2006):

- **La influencia del pensamiento en las emociones y conductas**

Basándose en la teoría racional emotiva de Ellis, con el método A, B, C, D, se trata de destacar la importancia que tiene la interpretación que cada uno hace de la realidad y cómo ello repercute en los sentimientos y las conductas (Ellis & Abrahms, 2005).

- **La reestructuración cognitiva**

Esta técnica consiste básicamente en identificar y modificar las ideas irracionales o distorsiones cognoscitivas que son los causantes del estado de ánimo depresivo. Mediante el empleo de ejemplos idiosincrásicos de los pacientes, se trata de que aprendan a identificar sus distorsiones cognitivas y sus pensamientos automáticos negativos y modificarlos. En esta técnica se abordan lo que se conoce como sesgos de pensamiento, que consisten en errores que se cometen a la hora de interpretar la realidad, de las cuales las más comunes, según Ellis & Grieger (1989), son:

- Sobregeneralización: proceso de extraer una regla general a partir de uno o varios hechos aislados.
- Error de evidencia: llegar a conclusiones sin contar con datos suficientes.
- Certeza vs probabilidad: consiste en valorar los hechos como seguros en lugar de como probables.

- Pensamiento todo o nada: tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo, sin considerar términos relativos e intermedios.
 - Pensamiento absolutista: valoración extremadamente negativa de la realidad.
 - Identificación de pensamientos negativos: son ideas o imágenes estereotipadas, de aparición repentina e intencionada (automáticos), que no son fácilmente controlables y parecen plausibles a la persona en el momento de su ocurrencia. Además, contienen términos absolutos (ejemplo: horrible, insoportable, imposible, etc.) y predicen acontecimientos negativos.
- **La psicoeducación directa:** esta técnica consiste en que los pacientes puedan recibir información relacionada con lo que no conocen para adquirir seguridad, es decir aplazar una acción que le cause gratificación, por limitarse a informarse de los pros y contras.
 - **La bajada vertical:** esta técnica consiste mostrar escenarios desagradables al paciente que le permitan analizar de forma amplia sus problemas de una forma objetiva.
 - **La detección de pensamientos automáticos:** esta técnica consiste en entrenar a los pacientes para observar la secuencia de eventos externos y sus reacciones ante ellos. Para ello se utilizan eventos ya sean del presente o pasadas, donde el paciente haya experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones

(pensamientos automáticos) y conductas a esa situación. Por lo general la forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto registros como tarea.

- **La reatribución:** esta técnica consiste en revisar con el paciente los posibles factores que pueden haber influido en la situación vivenciada, por la cual creer que es responsable sin evidencia suficiente, persistiendo los sentimientos de culpa, sin buscar otras causas que pudieron contribuir a ese suceso.
- **El uso de imágenes:** esta técnica consiste usar imágenes para que el paciente modifique sus pensamientos o adquiera nuevas habilidades para afrontar determinadas situaciones de una forma más realista.
- **La negación de los problemas:** técnica cuyo objetivo es el de analizar por qué la situación que vivencia no es un problema, mediante una lista que el paciente hace de los problemas, categorizándolos según su importancia.
- **La comprobación de predicciones:** Hacer que el paciente haga una lista de predicciones específicas para la próxima semana y haga un seguimiento de los resultados.

2.1.12.4.4. Técnicas conductuales

En cuanto a las estas técnicas conductuales, Beck (1989) sugiere que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán

dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento.

En resumen estas técnicas conductuales como las cognitivas trabajan con los síntomas principales del paciente, por lo cual su propósito es lograr en lo posible un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su realización, lo que nos permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos; y cuando éstas se ven refutadas, vayan guiando a la persona a que se sienta motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras.

Ahora viene entre las técnicas más comunes están (Beck, 2000):

- **Programa de actividades (dominio-agrado):** esta técnica consiste en planificar con los pacientes una serie de actividades para ocupar su tiempo. El objetivo es contrarrestar la escasa motivación de los pacientes, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría) de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute.
- **Práctica de ensayo cognitivo:** técnica que consiste en pedirles a los pacientes que imaginen sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Con esta estrategia, se facilita que presten atención a los detalles esenciales

de las actividades, se contrarresta su tendencia a divagar y se identifican posibles obstáculos.

- **Juego de roles y ensayo controlado:** consiste en que el terapeuta y el paciente adopten un papel y lleven a cabo la interacción social según el papel asignado en la recreación de escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas, se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.
- **Tareas conductuales para casa:** esta fue la última técnica empleada por Beck (2003) para el tratamiento de trastornos como la depresión. Según el autor estas técnicas permiten que el paciente pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día. Su finalidad es obtener una visión de cómo reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones.
- **Asignación de tareas graduadas:** se utiliza cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad para poder alcanzar la conducta meta.
- **Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad):** según Roca (2003) explica, existe una gran cantidad de programas de entrenamiento en habilidades sociales y una gran cantidad de técnicas para trabajar el asertividad; indica que

“El entrenamiento en el asertividad consiste en disminuir y prevenir situaciones de estrés en los pacientes deprimidos, como también que el paciente adquiriera una serie de habilidades para que las ponga en práctica en su vida cotidiana. El punto central es ayudar al individuo a exponer sus sentimientos y preferencias de una manera honesta, adecuada, sin ser agresivo ni pasivo. Para lograr este objetivo se utiliza una serie de estrategias básicas como la educación, el moldeamiento, el ensayo de conductas y la retroalimentación” (Roca, 2003, p.10).

En resumen, para el entrenamiento de la habilidad social de asertividad, primeramente, se describe, luego se identifican situaciones que requieren de comportamientos asertivos, se explica el papel que juega las distorsiones cognoscitivas en el comportamiento asertivo, se explica los componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva y el terapeuta modela comportamientos asertivos y no asertivos, que se llevan a ensayos conductuales. Cabe destacar que hoy en día existe un amplio consenso sobre la importancia de las habilidades sociales para el mantenimiento de la salud mental y física y para la prevención de los problemas mentales y somáticos.

- **Visualización:** técnica que consiste en enseñar a los pacientes a usar imágenes placenteras para distraerse del pensamiento negativo e inducir la relajación.
- **Entrenamiento en la relajación:** son técnicas para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y las inhiba a través de la distensión muscular. La técnica de relajación de Carnwath & Miller (1989), señala que es una técnica para eliminar la tensión cuando las personas se encuentran bajo los

efectos del estrés y de la ansiedad. Su objetivo es el de disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad al igual que otras emociones negativas relacionadas con la depresión. Cabe mencionar que en la aplicación de esta técnica de relajación existe un modelo constituido de tres fases. En la primera fase se utiliza la respiración, en la segunda la relajación progresiva muscular de Jacobson. Este autor indica que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares experimentando una sensación de relajación profunda Jacobson, (1938). En la tercera fase se utiliza la visualización; en el nivel fisiológico e incluyen cambios tales como disminución de la tasa cardíaca, de la tensión muscular, etc.

En resumen, esta técnica de relajación a nivel conductual incluye estados de reposo, de inactividad, expresiones corporales y faciales. A nivel subjetivo hace referencia a la experiencia interna consciente del propio estado emocional, como, por ejemplo, sensación de malestar si estamos tensos, o de bienestar cuando estamos relajados. En dicha técnica se utilizan distintas estrategias educativas, entre ellas: informar, ejemplificar, explicar, definir, resumir, hacer discusiones grupales, exposición con y sin material audiovisual, se dar material de lectura, hacer uso de situaciones imaginarias, situaciones personales y otras (ver anexos).

- **Exposición en vivo:** técnica que consiste en que el paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que modifica sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

2.1.12.4.4. Estrategias cognitivo conductuales grupales

Hay que hacer notar que la terapia cognitiva también se ha utilizado como estrategia grupal, por consiguiente, Zrebiec (2012), indica que el objetivo que se pretende con la terapia de grupo es el mismo que el que se pretende con la terapia individual, pero en un formato de grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada grupo. Siguiendo la línea de este autor la terapia de grupo le permite al paciente compararse con otros, tener apoyo, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo, las cuales serán guiadas por el terapeuta, por consiguiente:

“El tratamiento con un tiempo limitado está siendo cada vez más común a causa de que procura que el coste sea limitado. Los grupos con tiempo limitado a menudo se forman alrededor de síntomas específicos, crisis o asuntos comunes (por ejemplo, enfermedades, divorcios o adolescencia) con objetivos limitados a los alivios de los síntomas, el manejo de las crisis o el soporte y la psicoeducación. Las terapias de grupo para aliviar son diseñadas para una intervención interpersonal más agresiva y un cambio terapéutico más ambicioso” (Zrebiec, 2012).

Ahora bien, disponerse a trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo introduce la posibilidad de facilitar en el paciente una serie de inferencias negativas que, probablemente no surgirían en una psicoterapia individual, las cuales pueden ser beneficiosas o perjudiciales para la terapia, según sean manejadas por el terapeuta.

Por consiguiente, con la terapia grupal cognitiva conductual se pretende reducir significativamente la sintomatología depresiva en los pacientes que lo integren, e intentar generar a través de esto, cambios definitivos y estructurales desde las experiencias interpersonales (Hollon & Shaw, 2002). De manera que se trabajan grupos de psicopatología homogénea, preferentemente, ya que se trata de modificar distorsiones y supuestos cognitivos similares, con un tamaño de 5 a 10 sujetos, siendo 9 lo ideal. El proceso de terapia tiene 12 sesiones como mínimo y la duración media de las sesiones es de una hora media a dos, normalmente se requieren dos sesiones semanales (Obst, 2008). Para tal fin se expondrán dos niveles de trabajo; los cuales serían primeramente el trabajo individual, el cual consiste en seleccionan tres problemas de tres pacientes y se les dedica unos veinte minutos a cada paciente; el resto del grupo escucha, a menos que el terapeuta pida su intervención con preguntas relacionadas a similitud de pensamientos en dichas vivenciadas y que hubieran hecho al respecto.

El otro nivel de trabajo sería el de rondas; que consiste en revisar progresos, auto registros individuales, tareas para casa. Ahora bien, para la ronda, se les pide a los pacientes que seleccionen uno o dos situaciones para analizar su afrontamiento cognitivo conductual.

Al igual que las sesiones de psicoterapia individual, existe una estructura típica de la sesión cognitiva grupal, en donde en la primera fase se hace una introducción progresiva de elementos conceptuales de la terapia y se trabaja sobre técnicas cognitivas y técnicas conductuales a ser utilizadas, posteriormente se trabaja con la revisión de las tareas para casa y finalmente se realiza un resumen del trabajo y se programan nuevas de tareas para casa.

2.1.12.4.5. Las tareas terapéuticas

Las tareas terapéuticas, como cualquier otro elemento del tratamiento cognitivo, debe ajustarse siempre al tipo de paciente, a su contexto, a su nivel de deterioro o malestar. Por consiguiente, la tarea es tan importante, que incluso se ha llegado a predecir el éxito del tratamiento en función de la respuesta a las tareas diversas que puede hacer un paciente, con diferente grado de dificultad y estructuración. Así, podemos tener tareas tan importantes como el registro de pensamientos, modificación de actitudes negativas.

Al respecto Obst (2008), indica que el objetivo específico de la asignación de tareas es que el paciente comunique al terapeuta su estado cognitivo emocional a lo largo de la semana, y que aprenda a relacionar pensamientos, emociones y conductas, lo cual conllevara el permitir desarrollar su capacidad de introspección, básica para poder hacer terapia cognitiva, y su motivación y adherencia al tratamiento. Adicionalmente, modifica una conducta disfuncional para establecer una apropiada, cambiando las creencias y los pensamientos distorsionados, ayuda a vencer temores e inhibiciones, mejorando la auto confianza, preparando a los pacientes para ser sus propios terapeutas.

Por otra parte, Caro (2006), refiere que existen ciertos pasos para la planificación de las tareas, primero se debe definir el problema y formular un proyecto que inicie con actividades sencillas para que progresivamente se incremente la dificultad. Por consiguiente, el terapeuta deberá dar retroalimentación inmediata al paciente y aclararles las dudas o los problemas que

se hayan podido sucintar en el proceso. Ahora bien, el terapeuta deberá explicar con claridad la importancia de las tareas y prevenir al paciente de posibles fracasos y consecuencias que éstas traerán para su vida. De modo que deben ser definidas en cooperación y de común acuerdo, analizando los problemas y las posibles soluciones. En definitiva, es fundamental asegurarse de que el paciente cumpla con las tareas, y con el registro y memorización de lo acordado, para lo cual éstas siempre deben ser revisadas en cada sesión. En general el paciente desde un inicio debe conocer en detalle su finalidad para sentir la motivación en su ejecución, y si llegara a incumplirlas se debe analizar los motivos para corregirlos.

Ahora bien, Ellis & Abrahms (2005), indican de igual forma que las tareas presentadas en grupo pueden estimularlos en mayor grado, puesto que los métodos de modificación de conducta tales como el modelado, ensayos conductuales y los reforzamientos son muy eficaces. Se entiende entonces que en una terapia en grupo, los pacientes no se ven solos, dándose cuenta de que no son los únicos que tienen problemas con sus pensamientos; evitando con esto la auto condena. Por otra parte, la técnica de habilidades sociales es esencial en la terapia grupal cognitiva conductual, ya que no sólo aprenden sobre los fundamentos de esta técnica, sino que permite ponerla en práctica y recibir retroalimentación directa entre varias personas u observar el progreso de los miembros del grupo.

En la técnica de resolución de problemas se les ofrece una gama más amplia de posibles soluciones a estos, de las que normalmente recibiría un cliente en la terapia individual (Roca,

2003). En general al construir un nuevo esquema que provoque una modificación en la estructura cognitiva permitirá, en este caso a los Policías en estudio, una nueva percepción del mundo. Parte importante de este proceso se logra haciendo practicar a los policías en grupo, esta nueva manera de pensar (esquema) en presencia del terapeuta, lo cual permite ayudarlos a la refinación de sus nuevos atributos y sus expectativas sobre su comportamiento futuro.

2.12.4.6. Algunas consideraciones en psicoterapia cognitiva conductual en grupo para depresión.

Zrebiec (2012), señala que con la aplicabilidad de esta intervención se pretende entregar a los miembros del grupo instrumentos para reducir o eliminar emociones inadecuadas y que les permitan mejorar su calidad de vida. Para lograrlo, enseña formas prácticas de identificar sus pensamientos subyacentes erróneos y a modificarlos por pensamientos más constructivos.

Por otra parte, Muñoz, Ghosh-Ippen, Valdes, Rao & Nhu Le (2003) indican que las sesiones de psicoterapia cognitiva conductual en grupo para depresión son útiles ya que:

- Proporcionan tiempo para compartir sentimientos, intereses, y preocupaciones con otros miembros del grupo.
- Proveen apoyo de parte de otras personas en el grupo.
- Ayudan a los miembros a darse cuenta de que no son los únicos que sufren de problemas o pasan por tiempos difíciles en sus vidas.

Ahora bien, se espera que el efecto más importante que tenga el grupo sea que los pacientes:

- Logren un mejor entendimiento de los factores que afectan su depresión.
- Aprendan destrezas, para que pueda hacer cambios en estos factores y mejorar su estado de ánimo.
- Manejen problemas difíciles en su vida en una forma más saludable.
- Evite sufrimientos innecesarios.

En consecuencia la evidencia disponible apoya que la composición homogénea de grupo con intervenciones estructuradas en tiempo limitado que incluyan procedimientos cognitivos conductuales, como la terapia cognitiva, ha mostrado mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con depresión en un formato de grupo comparado con tratamientos convencionales, por lo que se parte de la premisa que trabajar con grupos homogéneos de pacientes depresivos es un modo eficaz para salvar obstáculos, tales como la intensidad del problema, las autocomparaciones negativas y los fenómenos de grupo no deseados (Beck, 2002).

Es importante señalar que la terapia de grupo es eficaz, puesto que su costo es menor en comparación con la terapia individual, ya que los grupos pueden ser de hasta 30 participantes (López & Valdez, 2002).

2.12.4.7. Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo conductual de Depresión

La primera versión de este manual fue desarrollado por Ricardo F. Muñoz, Mary Ann Youngren, y Antonette Zeiss. Estos cuatro autores combinaron los manuales originales y publicaron el libro: *Control Your Depression* ("Controle su Depresión,") publicado por

Prentice Hall in 1978, actualizado en 1986. El libro fue adaptado por Muñoz en 1983 en su curso profesional de *Prevención de la Depresión*.

El manual consistió en 8 sesiones; en donde los participantes eran pacientes de cuidados primarios en el Hospital General de San Francisco y aparece como Apéndice A en el libro *The Prevention of Depression: Research and Practice por Muñoz y Yu-Wen Ying* (Johns Hopkins University Press, 1993). Más tarde fue revisado y adaptado a un formato de 12 sesiones, para uso de la Clínica de Depresión del mismo nosocomio como parte del sistema de la Facultad de Medicina de la Universidad de California.

Para efecto de este estudio se utilizó el Manual de Terapia de Grupo, para el Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión, Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal de doce sesiones (Muñoz et al., 2003), el cual fue traducido y adaptado al español por Sonia M. Gálvez y Ricardo F. Muñoz en el mismo año.

Este manual se basa en un tratamiento que se enfoca en lo que ocurre actualmente en la vida diaria de los pacientes, enseñando destrezas y estrategias que les ayudarán a manejar la depresión que padecen, basándose en los siguientes cuatro objetivos:

- Hacer menos intensos los sentimientos de depresión.
- Acortar el tiempo que dura la depresión.
- Aprender formas de prevenir el volver a recaer.
- Aprender cómo manejar mejor sus vidas, a pesar de dificultades y problemas.

De manera general este manual busca que los pacientes aprendan a romper los círculos viciosos de la depresión como lo son los pensamientos negativos, niveles bajo de actividades, contactos negativos o insuficientes con otras personas y negativos estados anímicos relacionado con la salud.

Ahora bien, el tratamiento para la depresión que se adaptó a este estudio consistió en 13 sesiones, las cuales se dividen en los cuatro módulos siguientes:

- Cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo. (4 sesiones).
- Cómo nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo. (4 sesiones)
- Cómo nuestros contactos con la gente afectan nuestro estado de ánimo. (3 sesiones)
- Cómo nuestra salud física afecta nuestro estado de ánimo (1sesion).

Se aclara que al cuarto módulo se adicionó una sesión al proceso terapéutico, el cual, entre otros aspectos tratados, se realizó la medición del grado de depresión al concluir la intervención, aplicando el inventario de depresión de Beck.

CAPÍTULO III

III. ASPECTOS METODOLÓGICO

a) Tipo y diseño general del estudio

El estudio corresponde a un tipo pre experimental; el diseño de investigación propuesto consideró una estrategia de pre-test y post- test con un solo grupo. Este diseño ofrece una ventaja que consiste en que existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la(s) variable(s) dependiente(s) antes del estímulo. Es decir, hay un seguimiento del grupo, se comparan las mediciones antes y después del tratamiento, para observar y medir si hay cambios en ellos. Sin embargo, el diseño no resulta conveniente para fines de establecer causalidad puesto que no hay manipulación ni grupo de comparación, y es posible que actúen varias fuentes de invalidación interna, por ejemplo, la historia (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

a.1. El Diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo se diagramaría así:

G O₁ X O₂

En donde G es el grupo experimental.

O₁ = es la primera medición del grupo o pre-test (previa al tratamiento).

X = es el tratamiento o variable independiente.

O₂ = es la segunda medición del grupo o post-test (posterior al tratamiento).

Por una parte, los problemas de este diseño son la validez interna y externa que se ven afectadas por la forma no aleatoria de la selección de los sujetos, por consiguiente, el investigador debe considerar las características que puedan estar relacionadas con las

variables estudiadas. En otras palabras, entre 0_1 y 0_2 podrían ocurrir otros acontecimientos capaces de generar cambios, además del tratamiento experimental, y cuanto más largo sea el lapso entre ambas mediciones, mayor será también la posibilidad de que actúen tales fuentes. Por otra parte, se corre el riesgo de elegir a un grupo atípico o que en el momento del experimento no se encuentre en su estado normal (Hernández et. al., 2010).

En el muestreo no probabilístico de tipo intencional quien investiga decide los elementos que integrarán la muestra considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que se desea conocer, aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en formulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación, en esta fase el investigador deberá conocer previamente a los pacientes y sus expedientes (Hernández et. al, 2010).

Según la literatura lo ideal es realizar investigaciones de tipo experimental propiamente dichas, pero con esta modalidad pre experimental si se utilizan los resultados con precaución pues no deja de ser valioso porque podemos evaluar si el tratamiento causó un efecto positivo en los sujetos, en otras palabras, verificado por los resultados. También no sólo debe hacerse un tratamiento psicológico, sino también evaluar la viabilidad de realizarlo y de cómo hacerlo. También deberá tomarse en consideración la condición laboral de los sujetos en estudio policías, en lo referente a no tener resistencias a dos sesiones por semana, y la necesidad de recibir una atención psicológica rápida y eficaz utilizando las estrategias que se le suministraran para la eficacia del tratamiento.

b) Formulación de hipótesis.

Las hipótesis planteadas para el trabajo son:

H_{i1}: La intervención terapéutica grupal cognitivo conductual, disminuye la sintomatología depresiva en los sujetos que participen en dicha intervención.

H_{i2}: La intervención terapéutica grupal cognitivo conductual mejora el estado de ánimo de los sujetos que participen en dicha intervención.

H_{i3}: Los pensamientos positivos de los participantes en la intervención terapéutica grupal cognitivo conductual aumentan tras dicha intervención.

H_{i4}: Los pensamientos negativos de los participantes en la intervención terapéutica grupal cognitivo conductual disminuyen tras dicha intervención.

Observación: Se trabajó con un nivel de confianza del 95%, a dos colas.

b.1. Definición de variables:

Cuadro N° 1 DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
<p>Independiente: Tratamiento del modelo de psicoterapia grupal cognitivo conductual para la depresión.</p>	<p>El tratamiento cognitivo conductual se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en el modo en que se ven ellos mismos, su entorno y el futuro y en que estas distorsiones contribuyen a su depresión. Las intervenciones grupales de orientación cognitivo conductual da a los miembros un conjunto de aprendizaje apropiado a un modelo diádico de cambio conductual y se emplea el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas. Se muestran las conductas de manera más verídica grupal, antes que la situación uno a uno; aquí los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas en un contexto de apoyo que proporciona la retroalimentación y reforzamiento apropiados (Leiva, 2009).</p>	<p>Programa terapéutico de 13 sesiones, elaborado para este estudio, de acuerdo al <i>Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión, aprendiendo a manejar su realidad</i>, (Muñoz et al., 2003). Aparece en el Anexo N° 2</p>

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
<p>Dependiente: Sintomatología clínica de la depresión.</p>	<p>La depresión es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, especialmente en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y la presencia de otros síntomas, así como el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña (Alberdi, Taboada & Castro, 2003). Deben definirse las diferentes manifestaciones, signos o síntomas (tanto a nivel psicológico como fisiológico) asociados a la alteración patológica o trastorno depresivo (Gomberoff & Jiménez, 1982).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación obtenida con el <i>Inventario de depresión</i> (Beck, 2002), el cual aparece en el Anexo N° 6 • Clasificación de la depresión según la escala de <ul style="list-style-type: none"> - 0-10 puntos = Normal - 11-16 puntos= Ligero trastorno emocional - 17-20 puntos= Leve - 21-30 puntos= Moderada - Más de 40 puntos= Crónica.
<p>Termómetro del estado del ánimo</p>	<p>El termómetro del estado del ánimo es una lista semanal que permite evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o estado de ánimo al final del día de los participantes de terapia, al autocalificarse cómo se sintieron durante el día. En otras palabras, este formato de evaluación permite ayudar y promover el control que debe llevar a cabo el terapeuta a lo largo de la intervención, así como analizar los cambios anímicos, para poder constatar si la intervención impactó en el grupo.</p>	<p>La puntuación del Termómetro del Estado de Ánimo se obtiene completando al final del día antes de acostarse, una marcación numérica de cómo se sintieron o cómo estuvo su ánimo en general durante ese día según la lista semanal, por ejemplo, si fue “el peor” colocarán el número 1, si fue “regular” colocarán el</p>

		<p>número 5, y si fue “el mejor” colocarán el número 9., al final se suman los ánimos positivos y negativos con las observaciones correspondiente (Ver Anexo 4).</p>
<p>Lista de pensamientos positivos y negativos.</p>	<p>Estos formatos son unas listas semanales de pensamientos positivos (los que te hacen sentir bien) y negativos (son todos los pensamientos que te hacen sentir mal), las cuales serán usadas por los participantes de la terapia marcando en cada una de ellas los pensamientos que tuvieron al final del día. El objetivo principal consiste en llevar un registro diario de estos pensamientos por parte de los participantes de la terapia, quienes intentaran identificar en cada lista, los pensamientos de acuerdo a las distintas clasificaciones que se discutieran durante la sesión (estilos de pensamientos dañinos o contraproducentes) y tratar de cambiar los mismos a pensamientos más positivos y flexibles.</p>	<p>La puntuación de las listas de pensamientos positivos y negativos se obtiene de los participantes de la terapia al cotejar con una (x), antes de dormirse, los pensamientos negativos y positivos que tuvieron durante el día correspondiente a la lista semanal, y se finaliza sumando el número total de pensamientos correspondientemente y se realizaran observaciones sobre la relación existente entre el número total de cada lista de pensamientos y sus estados de ánimo.</p>

c) Unidades de estudio y decisión muestral

La población de estudio fueron miembros de la Policía Nacional que trabajaran en la provincia de Veraguas, no operativos, con diagnóstico previo de depresión. Esta población era de 10 miembros. La intención inicial fue trabajar con toda la población, pero dos sujetos no aceptaron participar, por lo cual el estudio se hizo con ocho sujetos. Todos cumplían con los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

Cuadro N° 2 Criterios de inclusión/exclusión

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser miembro de la Policía Nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No cumplir con alguno de los criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar asignados a la Policía de Veraguas. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener diagnóstico previo de depresión y confirmación del mismo por el investigador, con sintomatología del episodio depresivo moderado y episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estar en condición de “no operativo”. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expresar mediante el documento de consentimiento informado, la motivación y el compromiso para participar en la terapia grupal y disponibilidad de asistir a las sesiones. 	

Es oportuno decir, aunque ya se anotó en apartados anteriores, que cuando a un policía se le diagnostica un problema de salud mental, se les refiere a los servicios de psicología de la

Policía Nacional. Allí recibe atención multidisciplinaria complementaria a la que recibe en las instituciones de salud. Además, por lo general y según el tipo de diagnóstico, se le rota o traslada al área de trabajo más cercana a su residencia y familiares directos, con el fin de que esté en las mejores condiciones para su estado de salud. Los sujetos del estudio habían sido trasladados de la ciudad capital a la Zona policial de Veraguas, donde residen con sus familias, donde igualmente se les suministro orientaciones sobre el nuevo puesto laboral según capacidades mentales, físicas e intelectuales y libres de estresores.

Los sujetos en este estudio presentaban sintomatología depresiva aproximadamente por más de seis meses y dos de ellos habían estado en el hospital por observación durante 24 horas. Todos habían recibido atención y seguimiento psiquiátrico en nosocomios como la Caja del Seguro Social, el Complejo Hospitalario Metropolitano Harmodio Arias M., el Hospital San Fernando, así como servicios médicos de la Policía Nacional en la ciudad capital.

Todos habían discontinuado su asistencia a los servicios de salud mental. Las causas que señalaron para este abandono del tratamiento fueron:

- Las reacciones secundarias a los psicofármacos prescritos.
- Críticas y señalamientos negativos por parte de compañeros de trabajo y de algunos jefes inmediatos al solicitar los permisos para asistir a las citas.
- Poca disponibilidad y adaptabilidad de los tratamientos.
- Motivos personales sobre todo de tipo económico.

Todos admitieron haber recibido la atención de seguimiento psicológico general de la institución, tanto en la ciudad capital como en Veraguas, donde reiniciaron el tratamiento. Para efectos del estudio se les aplicó el Inventario *de depresión de Beck*, y todos mostraron puntuaciones que indicaban que tenían depresión.

Los participantes aceptaron voluntariamente participar a través de un consentimiento informado (Anexo N° 1). Tras esto se les informó el horario, la frecuencia y la duración de las sesiones. De acuerdo al programa elaborado, que fueron 13 sesiones de noventa minutos, con una frecuencia de dos sesiones por semana.

d) Instrumentos y técnicas a emplear:

- **Consentimiento informado:** se les explicó a los participantes el objetivo del programa como proyecto de tesis de Maestría el tratamiento y de acuerdo con lo establecido en cumplimiento con los aspectos éticos y legales se les solicita la autorización por escrito para las intervenciones terapéuticas, (ver anexo N° 1).
- **Inventario de Depresión de Beck:** el inventario de Depresión de Beck fue desarrollado por Beck en 1961 y complementado en 1979. Más tarde fue traducido y adaptado por Sanz & Vázquez (1998). Consta de 21 preguntas que registran el estado de ánimo de la persona diagnosticada con síntomas depresivos lo largo de la última semana (ver anexo N° 7)

La mayoría de las cuestiones se refieren al aspecto de los pensamientos y, una pequeña parte, recoge información sobre el aspecto somático. La evaluación abarca un amplio espectro de síntomas depresivos: con énfasis en los cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad; cada ítem se compone de cuatro a ocho alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad. En ellas el paciente elige la frase que le es más acorde a cómo se ha sentido en la última semana. (Bulbena, Berríos & De Larrinoa, 2000).

Con respecto a la fiabilidad: el estudio de Sanz & Vásquez (2013), analiza el empleo de la versión de 1979 del Inventario para la Depresión de Beck como instrumento para identificar sujetos depresivos, por lo que la fiabilidad de este instrumento arrojó un coeficiente alfa de 0,83; lo que indica ser una muy buena consistencia interna, siendo muy similar a los coeficientes encontrados en la literatura con muestras semejantes, en donde los datos corresponden a 1393 estudiantes universitarios.

La puntuación total del IDB consiste en la suma de los puntos obtenidos en los 21 ítems, con un rango de 0 a 63. Este Inventario cubre también el tipo de síntomas descritos en el CI-10, pero incluye otros criterios de diagnóstico, tales como irritabilidad, llanto, hipocondría y auto imagen corporal. Por otro lado, la filosofía del IDB es de recoger síntomas por defecto, pero no por exceso, por ejemplo, aumento de peso, agitación psicomotora, hipersomnia, de modo que la idea subyacente a este inventario es que la depresión se

caracteriza por una inhibición general, ignorando así otros posibles síntomas de naturaleza contraria.

En términos generales, la fiabilidad test/re-test se sitúa en un rango de 0,60 a 0,70 para periodos de entre una semana a cuatro meses. Los resultados obtenidos con muestras españolas indicaron una fiabilidad test /re-test de 0,70 al cabo de tres meses y alfa de Cronbach de 0,82 (Sanz & Vázquez, 2013).

En cuanto a la validez: la validez discriminante del Inventario para la Depresión de Beck (BDI), respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0.11 y 0.45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total.

Este instrumento cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Sanz & Vázquez, 2013).

Los puntos de corte sugeridos por Beck (2002) para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

Criterio	Puntos de corte sugeridos
Normal	00–10
Ligero trastorno emocional	11–16
Depresión leve	17–20
Depresión moderada	21–30
Depresión severa	31–40
Depresión extrema	más de 40

Otros elementos utilizados fueron:

- **Entrevista clínica a profundidad:** ella permitió identificar los datos generales del paciente, así como reconocer su realidad en función de sus diversas áreas de desarrollo (información general, salud, relaciones familiares y afectivas, información sobre el trabajo actual y tiempo de ocio, estrategias de autocontrol, motivación hacia la intervención e información sobre posibles recursos terapéuticos), todo ello como parte del análisis y confirmación del diagnóstico psiquiátrico previo de la sintomatología depresiva de los pacientes del estudio, detallándose los antecedentes del cuadro clínico de los participantes, recopilando toda la evolución del cuadro mediante la observación clínica (avances y retrocesos), permitiendo recolectar información para describir la situación de los participantes del grupo en estudio, (ver Anexo N° 14).

- **Historia Clínica:** herramienta que permitió recolectar y valorar los datos que confirmaron el diagnóstico psiquiátrico previo de los pacientes. Ésta herramienta da una idea de la evolución del trastorno, orienta a una terapia y brinda orientación para para efectuar un seguimiento del caso, así como para confirmar o cambiar el diagnóstico y la propia terapia. Así pues, con su utilización se detallaron los antecedentes del cuadro clínico de los participantes, se recopiló toda la sintomatología y la evolución del cuadro mediante la observación clínica, permitiendo recolectar información para describir la situación de los participantes del grupo en estudio, que habían acudido a la unidad de Salud Mental, servicios de psiquiatría de la Caja del Seguro Social, Complejo Hospitalario Metropolitano Harmodio Arias M., Hospital San Fernando y el de Servicios Médicos de la Policía Nacional, en donde fueron diagnosticados por los médicos psiquiatras tratantes con depresión moderada o crónica en base a la Clasificación internacional de enfermedades (CIE – 10, 1995) (ver Anexo N° 6).

Durante la terapia se utilizó:

- **El Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión, Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal** (Muñoz, Aguilar & Guzmán, 2003). Las sesiones se programaron de acuerdo a este manual, empleando técnicas cognitivas como la influencia de los pensamientos en las emociones y conducta, técnicas conductuales como la programación de actividades (técnicas de dominio y agrado), tareas graduales y práctica cognitiva (psicodrama y role playing) (ver Anexos N° 3).
- **Registros cognitivos y conductuales:** estos registros dieron la pauta para analizar las tareas que se le dejaron al paciente a lo largo de las sesiones terapéuticas, a fin de lograr

una evaluación sobre los avances que se iban dando durante la intervención terapéutica (Ver Anexo N° 4).

- **La relajación:** es una estrategia evolutivamente estable que nos permite reconocer la tensión excesiva, conocer que grupo de músculos están hiperactivados y nos enseña a aflojarlos lo que supone un ahorro del gasto energético, favoreciendo al mismo tiempo los procesos de recuperación tras los esfuerzos. La relajación nos permite retomar el control y se lo logra de una manera extremadamente agradable desde la calma. Desde el principio la práctica de la relajación es una experiencia grata y en caso de no ser así no se debe continuar, sin embargo, es una condición indispensable en práctica terapéutica, puesto que poco a poco esa sensación de calma parece extenderse a la vida cotidiana de tal forma que lo que antes se hacía con tensión, ahora puede hacerse desde la calma y con menos cansancio. Ahora bien para este estudio se utilizó la técnica de relajación progresiva propuesta por Carnwath & Miller (1989), el cual consta de tres etapas; la primera etapa consiste en centrar la atención, en la respiración, la segunda consiste en practicar la tensión y relajación muscular de todo el cuerpo ; la finalidad de esta etapa es la de obtener una mejora, en la conciencia corporal de los paciente, estos autores de igual forma mencionan que las sensaciones de tensión y de relajación están siempre conectadas con el proceso de atención y la tercera etapa se basa en la visualización; consiste en un ejercicio de relajación con imaginación, con el cual se intenta apartar de forma gradual la mente de las tensiones de la vida cotidiana. (El desglose de la técnica aparece en el anexo N°4).

e) **Procedimiento estadístico:** el instrumento que se utilizó para evaluar el nivel de depresión fue la escala de Beck. Se utilizó el estadístico de “*t*” de *Students* para grupos dependientes y se planteó un nivel de significación de 0.05 a una cola.

f) **Limitaciones:** entre las limitaciones que se presentaron en este estudio están;

1. El diseño de investigación con un solo grupo amenaza la validez interna y externa.
2. No contamos con un grupo control o de comparación.
3. Otro factor que amenaza la validez interna y externa de la investigación es la selección no aleatoria de la muestra.
4. Pueden presentarse los efectos de pruebas repetidas ya que los instrumentos son aplicados antes y después de recibido el tratamiento.
5. Es importante tener presente que con este diseño las conclusiones podrían no ser tan firmes o positivas como con otros diseños de investigación.

g) **Procedimiento de investigación para garantizar aspectos éticos en la investigación de pacientes con trastornos clínicos de depresión.**

La intervención realizada corresponde a un tratamiento clínico cognitivo conductual grupal a ocho policías que presentan un cuadro depresivo diagnosticado previamente, con el objetivo de tratar su sintomatología y sus problemáticas relacionadas. El desarrollo de la presente investigación se acogió rigurosamente a lo señalado en el código de ética del Consejo Técnico de Psicología de Panamá (2004) el que trata, sobre los aspectos

relevantes de la investigación psicológica teniendo como principio el resguardar el bienestar y derechos de los participantes. En esta parte la primera actividad del proyecto fue la de presentar la investigación al jefe de la Zona de Policía de Veraguas, el cual avaló de positiva la iniciativa; obtenida ésta, se realizaron las reuniones pertinentes con los participantes para presentarle el proyecto, las funciones que se requerían de ella en este estudio, obteniendo su colaboración y consentimiento por escrito.

h) Método de intervención

Es prudente aclarar que una semana previa a la sesión inicial, se llevó acabo la atención individual a los participantes para realizar la entrevista, puesto que todos ellos tenían registros de atenciones psicológicas y psiquiátricas previas (expediente único de atención) en la sección de psicología de la Policía de Veraguas, por tanto ya tenían el diagnóstico previo (criterio de inclusión), de depresión crónica y moderada sin síntomas sicóticos en base al CIE-10 (1995), los cuales fueron corroborados con la entrevista clínica a profundidad utilizada en este estudio a los ocho sujetos diagnosticados con trastornos depresivos. Posteriormente se les reitera sobre su acuerdo con la participación en la terapia y el nivel de compromiso que conlleva, luego se les aplicó el pre test de Beck.

Cabe destacar que, al atender individualmente a cada uno de los participantes, se pudo conocer los problemas que los aquejaba y poder entender la problemática que vivenciaban y llegar a conceptualizaciones más acertadas.

Una vez conformado el grupo de estudio en base a los criterios de inclusión e información recabada de los pacientes, se procedió a explicar la dinámica de intervención y se aplicó el tratamiento grupal cognitivo conductual programado, basado en el programa que el investigador elaboró, de acuerdo a los lineamientos básicos del *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión, aprendiendo a manejar su realidad personal* (Muñoz et. al., 2003).

Seguidamente al final de la intervención se aplicó el post-test de Beck, en la última sesión.

Por lo que se refiere al inicio de las sesiones de intervención, específicamente a partir de la segunda, se procedió a aplicar a los participantes la técnica de relajación progresiva propuesta por Carnwath & Miller (1989), ahora bien, dicha técnica de relajación según Payné (2002), indica que en la modificación de conducta se aplica desde hace años. Por consiguiente, en las últimas décadas se ha aumentado el papel de la tensión o la activación en el desarrollo de trastornos, desequilibrios o malestar. En otras palabras, ha sido utilizada en su origen siempre vinculado a aspectos muy clínicos, aplicándose como técnica aislada (ansiedad, insomnio, disfunciones sexuales...) o como componente de otras técnicas como la desensibilización sistemática.

Posteriormente se ha desarrollado como técnica preventiva para ayuda a mejorar la calidad de vida de pacientes de atención clínica, Burgos, M., Ortiz, M., Muñoz, F., Cobos, Vega, P. & Bordallo, R. (2006).

Por otra parte, según Burgos et al. (2006) indican que la respiración opera mediante interacciones cardiorrespiratorias de control vagal (forma común de desmayo) y que un adecuado control de la respiración para conseguir una respiración correcta, permite la adecuada oxigenación del organismo, lo que conlleva un menor gasto energético y dificulta la aparición de la fatiga y malestar general.

Por consiguiente en base a esto realizaron un estudio sobre el aprendizaje grupal de la técnica de relación expuesta en este estudio para el manejo de depresión y ansiedad en atención primaria, concluyendo que los talleres de la técnica de relajación, pueden ser útiles para la reducción de los niveles depresivos y ansiedad en atención primaria, puesto que pueden reducir los niveles de activación autonómica y la experiencia desagradable de ansiedad, mejora el sueño y otros síntomas asociados al estrés, así como aumenta la motivación a continuar el tratamiento si se practica regularmente.

CUADRO N°3 TEMAS DE LAS SESIONES Y OBJETIVOS

Las sesiones de intervención contempló:		
Horario/ duración de las sesiones	9:00am - 10:30 am /con una duración de hora y media	
Módulos y Número de sesiones, temas y objetivos de las sesiones		
	1. Los pensamientos (4 sesiones)	Tema: La influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Objetivo general: Identificar los pensamientos que son saludables (aumentarlos) y los que son dañinos (corregirlos).
	2.Las actividades	Tema: Actividades diarias que afectan el estado de ánimo.

	(4 sesiones)	Objetivos generales: Conocer la relación entre las actividades diarias y el estado de ánimo e incrementar las actividades que resultan agradables.
	3. Las relaciones personales (3 sesiones)	Tema: Las interacciones con otras personas y su relación (efecto) con el estado de ánimo. Objetivos generales: Identificar la influencia de las relaciones interpersonales en el estado de ánimo. Establecer alternativas para mejorar la comunicación con las demás personas.
	4. La salud (1 sesión)	Tema: La salud y el estado de ánimo. Objetivos generales: Establecer la relación entre el estado general de salud y el estado anímico. Promover la reorganización del estilo de vida.
	Ultima (1) sesión	La última sesión consistió en un repaso general de las sesiones y la culminación de la intervención terapéutica.

Fuente: *Programa de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión, aprendiendo a manejar su realidad personal* (Muñoz et al., 2003).

Cabe destacar que aparte de disminuir los síntomas y molestias que aquejan los participantes, está el de enseñarles diversas técnicas de corte cognitivo conductual que le ayudaran al manejo de sus síntomas, por lo que la intervención tuvo una duración de 13 sesiones, asignadas dos veces por semana con una duración de una hora y media, las que se describen en el cuadro a continuación:

Cuadro N°4 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS SESIONES

Sesión	Desarrollo
1	Es el inicio del módulo I: <i>“los pensamientos”</i> . 1. El investigador se presentó a los pacientes. 2. Explicó el procedimiento de la intervención y las reglas de la participación. 3. Se entregó y recogió ya firmadas las hojas de consentimiento informado (ane N° 1).

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Se aplicó el inventario de depresión de Beck (anexo N° 6). 4. Se presentó el programa general. 5. Se hicieron las autopresentaciones individuales, las cuales fueron guiadas por el investigador, de acuerdo al consentimiento informado. 6. Se desarrollaron las actividades según el programa, con información correspondiente para la realización de las tareas para casa. 7. Finalmente, se les asignó la tarea para casa: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar diariamente el estado de ánimo en un formato nombrado “<i>Termómetro del estado de ánimo</i>” (anexo N°8).
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta aplicó a los pacientes la técnica de relajación progresiva propuesta por Carnwath & Miller (1989), (Anexo N° 5). 2. Luego se procedió a que uno de los pacientes leyera el nombre y mensaje de la sesión, para posteriormente proporcionarle al grupo información del módulo sobre “los pensamientos y estado de ánimo e identificar pensamientos negativos y dañinos. 3. Luego el terapeuta reviso la tarea asignada al respecto y solicitó que expusieran la información recabada individualmente ante el grupo. 4. Al finalizar la sesión, el terapeuta comenzó a revisar las tareas asignadas. 5. Posteriormente se les reasignó la misma tarea, adicionando el formato diario de registro de “<i>Pensamientos negativos y positivos</i>” (registro diario de pensamientos saludables y dañinos que tuvieran, anexo N° 9), que una vez que identificaran aquellos que tuvieran, los sumaran y anotaran cómo se sintieron con respecto a ellos.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. El inicio fue con la aplicación a los pacientes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió a revisar la tarea para casa de “los pensamientos” y el “termómetro del estado de ánimo”. 3. Posteriormente dado el tema de la sesión, se incentivó a cada uno de los sujetos del grupo explicar según su punto de vista el mensaje de la sesión.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. El terapeuta le presentó la información sobre las “maneras de disminuir los pensamientos dañinos que nos hacen sentir mal” y sus posibles “remedios”, a lo cual los participantes se les incentivo para aportaban ejemplos. 5. Posteriormente se le proporcionó información sobre cómo balancear el pensamiento, con la debida explicación al respecto del método A-B-C-D, (Anexo N° 10). 6. Luego se les solicitó a los pacientes señalar observaciones de la intervención del día. 7. Al finalizar se asignó para desarrollar en casa la tarea “<i>hablándole a tus pensamientos el método A-B-C-D</i>”,
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta aplicó a los pacientes la técnica de relajación progresiva propuesta por Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Durante ésta sesión, el terapeuta en conjunto con los participantes se hizo un repaso de toda la información suministrada hasta ese momento, adicionando aquellas actividades que fueron proporcionadas durante las sesiones anteriores. 4. Posteriormente, se le dio información sobre sesión en cuestión relacionado al “aumento de los pensamientos saludables”. 5. Después se les asignó a los participantes las mismas tareas para casa, ya antes dada.
5	<p>Es el inicio del módulo II: “<i>las actividades</i>”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante ésta sesión, el terapeuta inicio con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se revisó las tareas para casa asignadas a los participantes, con las observaciones correspondientes. 3. Luego se suministró información de la sesión, donde se tomó algunos ejemplos al respecto presentadas por los participantes; éstas fueron analizadas y se

	<p>ejemplificaron algunas situaciones respecto al tema “<i>lo que hago afecta cómo me siento</i>”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Los participantes contestaron un formato con el objetivo de incrementar las actividades agradables (anexo N°11), por ende, evaluaron cada actividad que estuviera relacionada con sus estados de ánimo. 5. Al finalizar el terapeuta asignó las tareas para casa el termómetro del estado de ánimo, y dio una lista de actividades agradables.
6	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Posteriormente el terapeuta expuso la información correspondiente a “las actividades agradables y los pasos para incrementarlas”. 4. Al finalizar se asignaron las tareas para casa, adicionando la elaboración de una lista propia con aquellas actividades del agrado de cada paciente.
7	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Posteriormente se le presentó a los participantes la información correspondiente de “cambiando actividades desagradables”, con estrategias cognitivas para resolver los problemas y vencer los obstáculos que le impedían realizar actividades saludables, en la cuales manifestaron ejemplos de cómo resolver algunos. Los pacientes aportaron algunas actividades que le gustaría realizar, hacer cosas a su gusto. 4. Se le explicó los beneficios de mantener el equilibrio entre el estrés y su estado de ánimo. 5. Al término de la sesión y una vez dada las instrucciones, se les asignó las tareas para casa adicionando a los pacientes, la tarea “<i>contrato individual</i>” con “<i>cosas que</i>

	<i>quiero y tengo... que hacer”</i> o de la lista de actividades agradables.
8	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Se analizó en grupo la tarea del contrato individual de los participantes. 4. En esta sesión la información que se les proporcionó a los participantes radicaba en los <i>“pasos para establecer metas alcanzables”</i>. 5. Al finalizar la intervención se retroalimentó la información obtenida en estas sesiones, y una vez dada las instrucciones, se les asignó las tareas para casa adicionando a los pacientes, la tarea <i>“lista de metas individuales”</i> (Anexo N° 13).
9	<p>Es el inicio del módulo III: <i>“las relaciones personales”</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Luego se desarrolla un análisis de los módulos anteriores, en donde los pacientes retroalimentaron la información obtenida. 4. Se prosiguió con la explicación a los participantes sobre las relaciones personales y el apoyo social. 5. Después el terapeuta explicó sobre cómo ampliar la red de apoyo, y se asignó las tareas para casa adicionando a los participantes la tarea <i>“personas importantes en mi vida y cómo me apoyan”</i>, consistió en la confección de una lista de personas importantes con las que interactúa en los días intermedios a las sesiones.
10	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Se procedió al psicodrama: <i>¿Cómo te ven los demás?</i>, finalizado se expusieron

	<p>impresiones al respecto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posteriormente se explicó sobre “las relaciones interpersonales y los cambios drásticos”, “desacuerdos y desavenencias”, en las cuales los pacientes participaron activamente motivándolos a proponer ejemplos. 5. Se asignó las tareas para casa, adicionando la tarea en la cual los participantes tendrían que llenar un “<i>formato semanal de contactos</i>” para indicar en qué momento habían escuchado atentamente a por lo menos una persona y se les resultó positivo o negativo y describir lo que pensó, cómo se sintió y qué hizo, información que recabaran en los días intermedios de esta sesión con la subsiguiente.
11	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Posteriormente se repasó la información del módulo con los participantes y las observaciones respectivas. 4. Luego los pacientes participaron en un psicodrama realizando el ejercicio “<i>escuchar atentamente</i>”, compartiendo impresiones al respecto al finalizar. 5. Posteriormente se les otorgó información, para contestar algunas preguntas referentes a cómo ellos expresaban sus sentimientos y en cómo pedían las cosas. 6. Se les incentiva a practicar el asertividad en el grupo escogiendo alguna situación sencilla en la que puedas realizar dicha práctica. 7. Al finalizar, se repasaron los puntos principales del módulo y se procedió asignar la tarea para casa.
12	<p>Es el módulo IV: “<i>la Salud</i>”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Se prosiguió con la revisión de las tareas para casa asignada y las observaciones correspondientes. 3. Luego se les proporcionó información a los participantes sobre la sesión en cuanto

	<p>a la relación entre “salud y el estado de ánimo”, así como “los problemas” que giran en torno a ésta y que propician la reestructuración de metas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Posteriormente se abordó el tema “sueño, salud y problemas para dormir”; en cada temática, se les pidió a los pacientes que contestaran algún ejercicio en el que manifestara la situación actual de su salud. 5. Al finalizar, el terapeuta realizó un repaso general, sobre toda la intervención, con la finalidad de retroalimentar los puntos principales y de analizar el estado de ánimo. 6. Por último, se procedió asignar la tarea para casa.
13	<ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta inició con la aplicación a los participantes la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989). 2. Luego procedió a recoger y revisar la tarea para casa, en especial los autoregistros del estado del estado del ánimo y la lista de pensamientos, en conjunto con la tarea adicional que se les dejó correspondiente al módulo IV. 3. El terapeuta procedió a un repaso general, para la reconsideración e integración de los temas principales de cada módulo. 4. Se aplicó a los participantes el inventario de depresión de Beck, con la finalidad de llegar a confrontar la primera con la última evaluación y así poder considerar el impacto de la intervención. 5. Se procedió a agradecer la participación y despedida

Basada en el *Programa de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión, aprendiendo a manejar su realidad personal* (Muñoz et al., 2003).

CAPÍTULO IV

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

a. Características generales de los sujetos de estudio

El grupo de estudio estuvo compuesto por ocho policías (siete hombres y una mujer). Sus características sociodemográficas aparecen en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 5 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

N°	Sexo	Estado civil	Edad (Años)	Tratamiento farmacológico
S1	Masculino	Casado	67	Retomada
S2	Masculino	Casado	48	Retomada
S3	Masculino	Soltero	42	Tomando
S4	Masculino	Unido	45	Retomada
S5	Femenino	Unida	45	Retomada
S6	Masculino	Viudo	37	Tomando
S7	Masculino	Casado	26	Retomada
S8	Masculino	Casado	38	Retomada

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015.

b. Niveles de depresión previo y posterior al tratamiento

El siguiente cuadro presenta las puntuaciones obtenidas con el IDB, previo a la aplicación del tratamiento. Como se puede observar todos los participantes se encontraron con valores superiores a 21, indicando sintomatología depresiva moderada,

severa o crónica. La depresión moderada se presenta en seis participantes y dos alcanzaron la depresión severa o crónica.

Cuadro N° 6 NIVELES DE DEPRESIÓN DE LOS SUJETOS
DEL ESTUDIO, EN EL PRETEST Y EN EL POSTEST

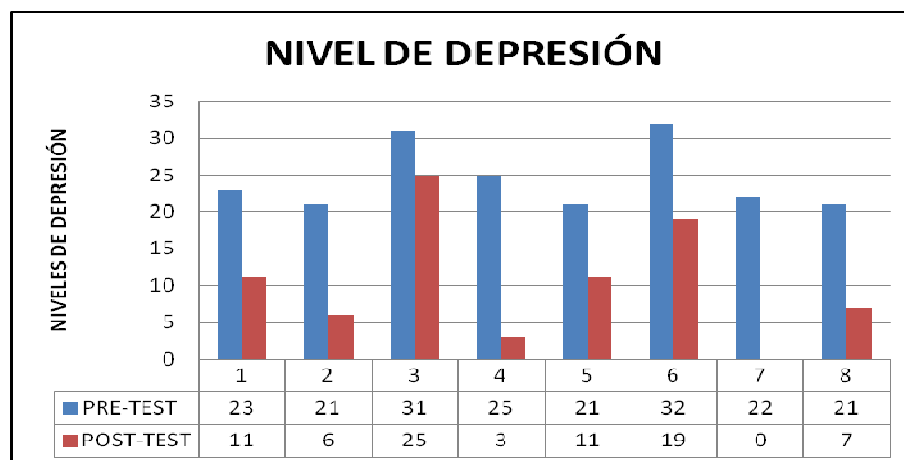
N°	Puntuación (pretest)	Clasificación de la depresión (pretest)	Puntuación (postest)	Clasificación de la depresión (pretest)
1	23	Moderada	11	Leve trastorno emocional
2	21	Moderada	6	Normal
3	31	Severa	25	Moderada
4	25	Moderada	3	Normal
5	21	Moderada	11	Leve trastorno emocional
6	32	Severa	19	Leve
7	22	Moderada	0	Normal
8	21	Moderada	7	Normal
\bar{X}	24.5	Moderada	10.25	Normal

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015.

En base a los resultados previos al tratamiento, los participantes que se encontraban con depresión severa al inicio del programa, es prudente aclarar que, si bien ambos se mantenían en tratamiento farmacológico, por la sintomatología descrita para este estudio, aproximadamente tres semanas antes del inicio del programa, el participante tres en dichas semanas confrontó un irreversible estresor (pérdida física de su esposa en un accidente automovilístico), de igual forma el sujeto seis en dichas semanas confrontó un irreversible

estresor relacionado con los últimos análisis médicos practicados por los galenos que atendían su caso médico, lo cuales arrojaron el resultado de que no podría calificar para operación de trasplante, al cronificarse la enfermedad que padecía; por lo que dichos estresores irreversibles, indistintamente de sus padecimientos físicos, pudieron haber exacerbado la sintomatología depresiva que padecían hasta ese momento. Ahora bien, los resultados generales de la segunda evaluación una vez realizada la intervención prevista, mostraron varios resultados implicando una notable mejoría. Como se observa, seis de los participantes presentaron valores menores a dieciséis puntos, lo cual los ubica dentro de los parámetros de normalidad. En referencia al sujeto siete, el hecho de establecer relaciones satisfactorias con los demás y resolver equilibradamente sus conflictos, situaciones presentes hasta que sufrió el accidente, el retomarlas con más facilidad que los demás sujetos, en la intervención realizada, pudo haber influido en sus resultados positivos. En cuanto a los demás sujetos presentaron aún estados de depresión de atención, desde leve hasta moderada, pero con una disminución de estos estados.

Gráfica N°1: NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO, EN EL PRETEST Y EN EL POSTEST



Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015.

De igual forma en esta grafica se puede observar que mediante la utilización del instrumento de depresión de Beck (2002), se pudo constatar la prevalencia de la sintomatología depresiva al inicio del programa, confirmando el diagnóstico previo del grupo de estudio por parte de los especialistas tratantes, diagnósticos que se encuentran en los expedientes respectivos de atención psicológica. En consecuencia, al finalizar la intervención terapéutica grupal cognitiva conductual para la depresión por parte de la muestra tomada de la policía de la Zona de Policía de Veraguas, el nivel de depresión en general de los participantes disminuyó de manera notable.

c. Sintomatología depresiva antes y después del tratamiento

A continuación, se presenta y analiza lo relativo a la sintomatología depresiva antes y después de la intervención terapéutica:

Cuadro N° 7 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ANTES Y DESPUÉS
PRESENTADA POR LOS POLICÍAS CULMINADO EL TRATAMIENTO
PROPUESTO.

	Síntomas previos al tratamiento	Síntomas después del tratamiento
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tristeza. ✓ Desinterés por realizar las actividades cotidianas. ✓ Irritabilidad en el entorno familiar. ✓ Irritabilidad en el entorno laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Irritabilidad en el entorno laboral.
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para tomar decisiones. ✓ Dificultades relacionadas con la imagen corporal. ✓ Problemas con la 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conflictos relacionados con la capacidad laboral. ✓ Dificultades relacionadas con la imagen corporal, que se expresa en resistencia a asumir estilos de

	capacidad laboral, relacionada con la condición de ser no operativo como policía (ausencias injustificadas). ✓ Cogniciones relacionadas con la imagen corporal.	vida saludables para alcanzar el peso ideal.
Conductuales:	✓ Aislamiento social. ✓ Dificultades relacionadas con la capacidad laboral.	✓ Aislamiento social.
Fisiológicas	✓ Dificultades para conciliar el sueño. ✓ Dificultades relacionadas con la pérdida de la libido. ✓ Cansancio.	✓ Dificultades para conciliar el sueño, aunque menores.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015.

En base al Cuadro N° 5, se puede observar que, en la primera evaluación, los participantes en su mayoría manifestaron síntomas de depresión entre moderada a crónica antes de la intervención terapéutica propuesta, lo cual confirma el diagnóstico previo de depresión, información obtenida mediante los instrumentos utilizados. Ahora bien en cuanto a la sintomatología después del tratamiento, se puede notar que se redujo la frecuencia de la presencia de estos síntomas que retroalimentan a la depresión; sin embargo persiste ciertos síntomas que podríamos explicar en base a lo que Beck (2000) refiere al respecto, el cual indica que durante la intervención el paciente puede experimentar una fuerte bajada de ánimo después de varios días buenos, debido a los cambios en las cogniciones y la presencia de situaciones estresantes. Sin embargo, ante estas últimas, igualmente Beck señala que las situaciones estresantes para el individuo reafirman la presencia de depresión y suelen entenderse a partir de la interacción dada entre el sujeto y el ambiente. A lo cual, los participantes de este estudio siendo policías están expuestos a un ambiente laboral exigente

que los presiona constantemente a pesar de sus limitaciones físicas por condiciones médicas, generando tensiones emocionales y alteraciones en el actuar como policía, lo cual podría explicar por qué persisten, si bien no con la misma intensidad que al inicio del tratamiento, estos síntomas.

d. Registros cognitivos y conductuales

Para estos registros se utilizó el formato llamado *Termómetro del estado del ánimo* y la *Lista de pensamientos positivos y negativos*.

Los resultados de estos dos registros aparecen en el cuadro a continuación:

CUADRO N° 8 PROMEDIOS DEL TERMÓMETRO DEL ESTADO DE ÁNIMO Y FORMATO DE PENSAMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS ANTES Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN TERAPEUTICA GRUPAL

\bar{X} de sujetos	TERMÓMETRO DEL ESTADO DE ÁNIMO		PENSAMIENTOS POSITIVOS (+)		PENSAMIENTOS NEGATIVOS (-)	
	Antes sesión N° 1	Después sesión N° 13	Antes sesión N° 2	Después sesión N° 13	Antes sesión N° 2	Después sesión N° 13
1	3.4	5.4	1.6	3.6	4.4	1
2	4.8	7	2.4	6	3.6	1.1
3	2.4	5.3	2	3.1	5.2	3
4	4.4	7.4	2.6	3	3.8	2.1
5	4.6	7.3	2.2	4.9	4.2	1.9
6	3.8	5.9	2.6	3.9	3	2.1
7	4	7.3	2.6	4.1	4.6	2.3
8	4.2	7.4	2.4	3.4	4	2
Σ	31.6	53	18.4	32	32.8	15.5

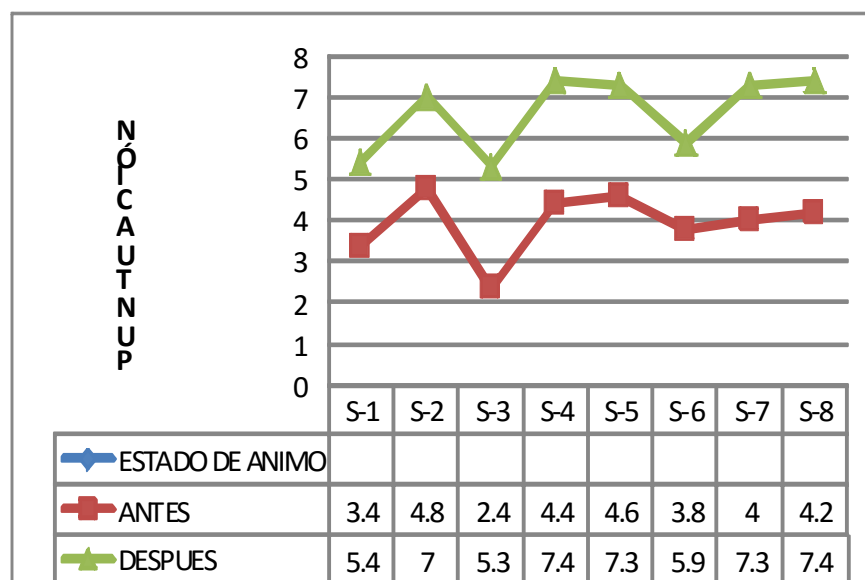
Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015.

Como se observa en el Cuadro N° 8 los promedios individuales y totales del grupo certifican los cambios obtenidos en los estados de ánimo y en el número de pensamientos positivos y negativos de los sujetos de estudio.

Por otra parte, en la gráfica N° 2 se pueden observar los cambios obtenidos en el estado de ánimo de los participantes antes y después de la intervención terapéutica propuesta. Al inicio de la sesión uno (línea roja), se analiza que los participantes llegaron con un estado de ánimo fluctuante entre el peor y peor que regular estado de ánimo (de 2 a 4 puntos), se puede comprender que ante estas sesiones de intervención, los participantes tuvieron temáticas que le impactaron, pues se retomaron aquellas relacionadas con la sintomatología depresiva que presentaban y cómo puede afectar la relación con sus familiares, compañeros de trabajo y demás personas; lo cual aunado a la presencia de problemas médicos que los limitaban físicamente, marca la explicación de las fluctuaciones en el estado de ánimo.

Ahora bien después de haber recibido la intervención correspondiente a la sesión trece (línea verde), su estado de ánimo se ubica en un nivel entre regular y mejor (de 5 a 7 puntos), se puede comprender que después de las sesiones de intervención los participantes se mostraban animados y tranquilos al realizar las actividad que se le indicaban siguiendo detenidamente las instrucciones; lo cual permite analizar que las sesiones de intervención realizadas tuvieron un impacto positivo en el estado de ánimo de la muestra de estudio.

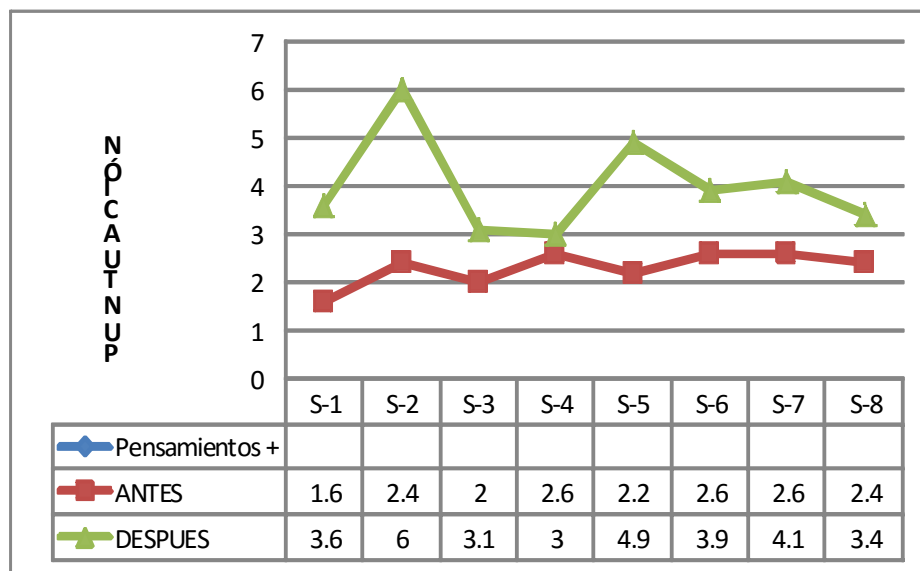
Gráfica N° 2 EVALUACIÓN DEL TERMÓMETRO DEL ESTADO DEL ÁNIMO DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.



Fuente: Datos obtenidos por el investigador, 2015.

Por otra parte, en la gráfica N° 3 se pueden observar los cambios obtenidos de los participantes antes de la intervención mostraron una lista escasa de pensamientos positivos. De manera que se considera que las fluctuaciones prevalecientes en la primera sesión por parte de los participantes, se debió al comienzo de la intervención de aquellos pensamientos que los agobiaban en función de su desenvolvimiento laboral, condición médica y a la relación que se establecería entre la identificación de sus pensamientos negativos y su estado de ánimo. Sin embargo, después de haber recibido la intervención, éstos participantes mostraron un aumento de pensamientos positivos, al evaluar sus propios pensamientos en función de la realidad como puede observarse en la gráfica, por lo que se manifiesta que las sesiones de intervención realizadas tuvieron un impacto positivo en el aumento de pensamientos positivos de la muestra de estudio.

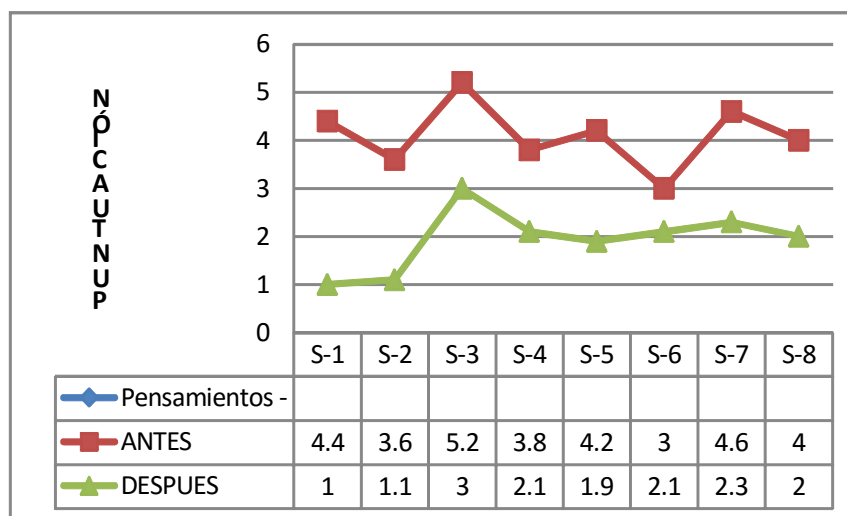
Gráfica N° 3 EVALUACION DE LA LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.



Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015.

En la gráfica N° 4 se pueden observar los cambios obtenidos de los participantes donde antes de la intervención mostraron una alta lista de pensamientos negativos; sin embargo, después de haber recibido la intervención, los participantes reflejaron una disminución de estos pensamientos, al lograr darse cuenta que sus pensamientos estaban inclinados a ser negativos o dañinos para ellos mismos, de manera que se considera que los participantes fueron capaces de cuestionar ideas absolutistas y demandantes que afectaban su sistema de creencias y que les hacían reaccionar inadecuadamente conforme a su realidad, por lo que las sesiones de intervención realizadas muestran que tuvieron un impacto positivo en la disminución de dichos pensamientos negativos en la muestra de estudio.

Gráfica N° 4 EVALUACION DE LA LISTA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO



Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015.

e. Descripción cognitiva de los participantes de estudio antes del tratamiento

A continuación, se describen estructuras cognitivas o de pensamientos que permiten comprender la situación de los participantes en base a las situaciones que vivenciaban en función de las áreas de atención de los módulos desarrollados, para el proceso terapéutico:

- En cuanto a los pensamientos que tenían antes de la intervención, estaban relacionados con los problemas recurrentes que tienen con sus jefes inmediatos, con sus compañeros de trabajo y algunos familiares, dada su incapacidad en la toma de decisiones; la incomodidad e irritabilidad acompañada de sentimientos de tristeza que les provoca el no ser operativos policialmente. Los pensamientos distorsionados estaban relacionados con el seguir siendo policías a pesar de no ser aptos para ello, sin dejar de recalcar la negación hacia las limitaciones que presentan.

- Entre las actividades que los sujetos de estudio realizan con menor frecuencia, están relacionadas con la capacidad laboral y la atención a la familia. En cuanto a actividades cotidianas, los sujetos en estudio a excepción mostraron poco interés en ver el fútbol por televisión el salir a comer con sus esposas e hijos; a los sujetos no les llama la atención salir solos a visitar otros lugares, preferían estar en casa.

- En lo referente a las relaciones personales, los sujetos de estudio habían perdido el interés por mantenerlas tanto con sus compañeros de trabajo, así como otras personas que ellos habían establecido como significativas, no suelen conversar con compañeros de trabajo, por lo que se limitan a solo mantener comunicación con algunos amigos y familiares.

- Y en la sección de logros y fortalezas del proceso terapéutico relacionado con salud, los sujetos señalaron en los aspectos físicos, poca importancia de intentar mantener un peso ideal según su altura, ya que no estaban obligados a cumplir con dicho parámetro de evaluación anual de desempeño laboral, de igual forma mantenían problemas para conciliar y permanecer dormidos la cantidad de horas recomendadas e indicaron que se cansaban con facilidad en actividades que requerían cierto grado de esfuerzo, por ejemplo mantenerse de pie en las formaciones para reír instrucciones, etc. Todos estos aspectos, vienen a reafirmar la prevalencia de la sintomatología de depresión de los participantes del estudio.

f. Análisis integrativo de la intervención terapéutica por módulos

Cada una de las diferentes sesiones de los módulos tratados tiene una estructura similar: se empieza con un resumen de la sesión anterior y, a partir de aquí, si algún participante planteaba alguna duda sobre los conceptos de ésta, se le resolvía o se le ampliaba la información. Luego se continuaba con una revisión de las actividades planteadas a fin de comprobar su cumplimiento y como se llevaron a cabo; a la vez que paralelamente se trabajaban en grupo las dificultades planteadas. Posteriormente, el terapeuta introducía el tema de la sesión del día y se trabajaba en la situación de grupo con autorregistros, ejemplos o cualquiera de las herramientas terapéuticas que se ajustara a la temática de la sesión. Una vez expuesto y trabajado el tema de la sesión, se planteaban las actividades para el día siguiente.

Durante el primer módulo de intervención: *“De qué forma nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo de cuatro sesiones”* se logró el objetivo central ya que, los pacientes en su mayoría pudieron notar reflexivamente que sus pensamientos estaban inclinados a ser negativos o dañinos para sí mismo, logrando así identificar que poseían pensamientos pesimistas, en donde denegaban lo positivo de sus posiciones laborales, no valorando los esfuerzos que realizaban en su labor como policías. Por ejemplo, tendían a culparse de los acontecimientos, limitaciones físicas, económicas y otras que sucedían en su entorno familiar; manteniendo prejuicios sobre los pensamientos de los compañeros y jefes inmediatos hacia ellos dada su condición de no operativo policialmente, y teniendo incertidumbre sobre ser policías activos. Se considera que las fluctuaciones prevalecientes en

las primeras sesiones se debieron a aquellos pensamientos que le agobiaban en función de su desenvolvimiento laboral vs. Capacidad física y mental; éstos no lograban captar la relación que se establece entre la identificación de sus pensamientos negativos y sus estados de ánimo. Así pues, a partir de la Sesión N° 3 (usando sus pensamientos para cambiar su estado de ánimo) se logra una estabilidad en el rango regular de su estado de ánimo, que es donde se inicia el trabajo consciente de los participantes, aumentando pensamientos positivos y evaluándolos en función de la realidad que atraviesan.

De la misma manera, en el segundo módulo “*Como nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo*”, el grupo incrementa su estado de ánimo (termómetro del ánimo), el cual manifiesta el objetivo del anterior y del presente módulo; éstos llegaron a fomentar el cambio de aquellas cogniciones distorsionadas retroalimentando con ello actividades que lamentablemente reforzaban su depresión. Algunas de las manifestaciones reflejantes del estado depresivo eran actividades distorsionadoras como: comer en repetidas ocasiones o la inversa; no comían, y algunas otras como no salir de sus casas en su tiempo libre, no realizar quehaceres domésticos cotidianos y/o desatendían o no les prestaban la atención debida a instrucciones en su lugar de trabajo. Así por ello y durante la intervención del segundo módulo, se trabajó con el remplazo de actividades desagradables por otra tarea diaria para la casa denominada “*Lista de actividades agradables*”. Se trató detalladamente la resolución de situaciones conflictivas que impedían la realización de actividades agradables y más tarde se instruyó en la planeación de metas a cumplir. Dentro de estos rubros relevantes, la muestra manifestó que dentro de aquellas que fomentaban su depresión estaban las vinculadas a los constantes comentarios y críticas negativas por parte de sus compañeros de trabajo, en la que

resaltaban críticas como por ejemplo que ellos no cumplían como policías, ya que no brindaban el servicio en la calle como debería ser y por lo cual devengaban dichos salarios, otros comentarios eran que deberían darles vergüenza cobrar un sueldo que no se han ganado, por consiguiente dichos comentarios o críticas reforzarían a los participantes mantenerse tristes o enojados, descuidando sus funciones en los puestos laborales asignados o el ausentarse sin causas justificadas. De igual manera, puesto que les daba vergüenza solicitar permiso para sus citas de control médico, igualmente descuidaban dicha atención bien no presentándose a las mismas y teniendo reprogramarlas, repercutiendo con ello en su recuperación física y mental.

En el transcurso de la intervención, la muestra mostró mejorías para incrementar actividades agradables, tales como, salir a visitar familiares, ir al museo de la localidad (Museo Regional de Veraguas), estar e interactuar más con su familia, jugar o platicar con sus hijos, salir a caminar al parque más cercano a sus residencias, comer fuera de sus casas, platicar con hermanos que por diversas circunstancias no lo hacían, participar de actividades sociales organizadas por la policía nacional de Veraguas en beneficio de la niñez necesitada de la localidad (Nutre hogar, IPHE y algunas escuelas de Santiago), entre otros. Al inicio de este módulo se les sugirió a los pacientes, empezar a premiarse ante aquellas actividades que le hacían sentirse feliz, es decir, empezar a darse palmaditas y voces de aliento por aquellos quehaceres que le costaban más trabajo, esto con la finalidad de revalorar los esfuerzos realizados, sin embargo, hasta la sesión seis (contrato personal) fue cuando se reportó dicha práctica.

También, el grupo identificó aquellos impedimentos que le imposibilitaban lograr actividades agradables y buscaron una solución determinada a cada uno de ellos; resaltaron algunos como: el no tener dinero o tiempo, no tener una persona con quien dejar a los hijos pequeños, el solicitar a los compañeros de trabajo más comprensión referente a cesar las críticas negativas referentes a sus gestiones médicas.

Por otro lado, la mayoría de ellos dentro de la planeación de sus metas establecieron la necesidad de hacer lo posible para cumplir con las prescripciones médicas al pie de la letra, también bajar de pesos, entre otras, y poner más de su parte en cumplir las funciones asignadas en sus puestos laborales con mayor satisfacción. Se advierte que con el fin del lograr el objetivo del módulo algunos adoptaron levantarse más temprano a caminar y que al final de recorrido manifestaron sentirse más complacido consigo mismo, en su defecto, lo hacían en las tardes con un familiar.

En el tercer módulo: “*Como los contactos con la gente afecta nuestro estado de ánimo*”, algunos integrantes de la muestra presentaron ligeras fluctuaciones en su estado de ánimo (Termómetro del ánimo), esto indica que los altibajos estaban asociados a situaciones estresantes dentro de su entorno familiar y que, a pesar de la circunstancia, procuraban mejorar al día siguiente poniendo en práctica lo que habían considerado más importante para ellos usar. Así pues, el contenido de este módulo le permitió identificar su sistema de apoyo y la importancia de las personas en su vida diaria; tomando en consideración que durante la intervención de estas sesiones, los integrantes de la muestra se mostraron más tranquilos y abiertos al hablar sobre su condiciones de persona no operativa permanente, para buscar las

soluciones a los problemas que se les presentase dada sus limitaciones de salud, así como para comenzar a comunicarse asertivamente con sus compañeros y jefes inmediatos en su lugar de trabajo ante las críticas negativas de estos; durante este tiempo refirieron que la comunicación con sus compañeros e inclusive con sus familiares y allegados tuvo mejoría, advirtieron que si en las primeras sesiones no incluían a sus jefes inmediatos, después de modificar sus pensamientos respecto a una posible pensión adelantada, los superiores ya les tomaban en consideración para buscar soluciones, incluyendo mejorar su comunicación asertiva y rendimiento laboral.

La aplicación de un psicodrama como práctica cognitiva empleada para practicar situaciones donde se necesita decir algo a otra persona, pero que les cuesta mucho trabajo decirla, a la muestra le brindó satisfacción y ello se vio reflejado en el hecho que, preguntaron sobre el por qué no habían sido usada en las anteriores sesiones. Utilizando el ejercicio de visualización, imaginaron situaciones en la que se precisaba ser asertivos, lo cual requirió utilizar y reforzar en algunos las estrategias aprendidas, para lidiar con las mismas; esta práctica fue enriquecedora, para el grupo, puesto que reconocieron que el contacto con amistades, amigos y en especial familiares es importante, para su estado de ánimo.

El último módulo: “*La salud*” tuvo una sola sesión de connotación informativa, en la que se les manifestó a los pacientes el impacto que tiene el estado emocional en la salud, a lo cual el grupo tratado reportó que una vez prestado atención a sus condiciones médicas, aceptaron en las últimas semanas haber tenido indicios de alguna molestia que no les habían prestado la

debida atención y cuidado por las formas que pensaban al respecto, a parte de las relacionadas con las condiciones físicas y médicas que manejaban al momento.

En la última sesión de la intervención “*Culminación del proceso terapéutico*” tuvo una connotación informativa, sobre los logros y fortalezas de las intervenciones realizadas en los distintos módulos. Mostraron haber aprendido a pensar, comportarse y sentirse de una forma más saludable frente a situaciones que los sobrecargaran, puesto que en dichas ocasiones es cuando la depresión empieza manifestarse. Aprendieron a poner en práctica las estrategias explicadas que más se adaptaban a sus necesidades, ocasionando con ello la disminución de la probabilidad de volver a deprimirse o permanecer deprimidos por más tiempo del que desearían. Terminada la intervención terapéutica se procedió a la segunda y última medición utilizando el inventario de depresión de Beck. De igual forma en dichos participantes se pudo detectar que sí hubo otros cambios visibles, puesto que al finalizar el tratamiento intentaban compartir más con el grupo y objetar algunos puntos de interés propios en su actuar, lo que no hacían al inicio.

Por otra parte, cabe destacar que como coadyuvantes de las técnicas cognitivas y conductuales empleadas en el proceso de intervención, se manejaron técnicas de relajación progresivas y dirigidas con visualización. En consecuencia se puede explicar que mientras la persona se encuentre relajada, incrementará o mantendrá un excelente estado de ánimo; a lo que afirman Carnwath & Miller (1989), que tales técnicas permiten enseñar al paciente a relajarse mediante ejercicios de tensión, relajación y respiración; pues éstas logran el manejo y atención a sensaciones corporales desagradables y situaciones que provocan ansiedad,

permitiendo que pacientes con trastornos depresivos como el de este estudio, tengan la facilidad de concentrarse en el cambio de cogniciones y conductas, pues los niveles de tensión en su persona son disminuidas.

g. Demostración de las hipótesis

Para demostrar las hipótesis que la intervención terapéutica grupal cognitiva conductual disminuye la sintomatología depresiva, se utilizó una prueba de hipótesis de muestras relacionadas. El tratamiento sugerido para verificar el cambio esperado, sugiere hacer comparaciones antes y después con variables en las que se espera que cambien (Hernández et al., 2010). En el presente estudio se tomaron las variables de inventario de depresión de Beck, los registros cognitivos y conductuales del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos, considerando las primeras mediciones de la escala realizada y los registros mencionados en comparación con la segunda medición de los mismos.

Cuadro N° 9: Análisis de la prueba *t* referida al nivel de depresión pretest y postest

Prueba	\bar{x}	Amplitud observada
<i>Pre-test</i>	24,50	21 - 32
<i>Post-test</i>	10,25	0 - 25

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015

Como se observa en el Cuadro N° 9, existe una diferencia significativa en el nivel medio de depresión *pre-test vs post-test* de los policías en estudio, disminuyendo también de 24,50 puntos antes de la intervención a 10,25 después de la intervención. Estadísticamente, $t(S: 7) = 7,31$; $p < 0,05$ a dos colas de 2,36.

Por tanto, dado que el valor calculado de las diferencias es mayor que el valor límite, se rechaza H_0 , lo cual indica que estadísticamente la intervención terapéutica grupal cognitiva conductual en los policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común con depresión, disminuye la sintomatología depresiva de los participantes (H_1).

De igual forma para sustentar que el tratamiento presentó resultados positivos, se consideró la primera medición del *termómetro del ánimo* realizada, en comparación con la segunda medición utilizando el mismo registro.

Cuadro N° 10: Análisis de la prueba t referida al termómetro del ánimo pre-test y post-test

Prueba	\bar{x}	Amplitud observada
<i>Pre-test</i>	3,9	2,4 – 7,4
<i>Post-test</i>	6,6	5,3 – 7,4

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. Año: 2015

Como se observa en el Cuadro N° 10, existe diferencia significativa en el nivel medio del termómetro del ánimo *pretest-posttest* de los policías sobrevivientes de accidentes laborales o

enfermedad común, aumentando de 31,6 antes de la intervención a 53 después de la intervención, estadísticamente, $t(S: 7) = 14.78$; $p < 0,05$ a dos colas de 2,36.

Por tanto, dado que el valor calculado de las diferencias es mayor que el valor límite, se rechaza H_0 , lo cual indica que estadísticamente los policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común con depresión presentaron mejores niveles de estado de ánimo después de recibir el tratamiento (H_2).

De igual forma se consideró la primera medición de la lista de *pensamientos positivos* realizada, en comparación con la segunda medición utilizando el mismo registro.

Cuadro N° 11: Análisis de la prueba t referida a la lista de pensamientos positivos pre-test y post-test

Prueba	\bar{x}	Amplitud observada
<i>Pre-test</i>	2,3	1,6 – 2,6
<i>Post-test</i>	4	3 – 6

Fuente: Datos obtenidos por el investigador, 2015.

Estadísticamente existe diferencia significativa en el nivel medio de la lista de pensamientos positivos *pre-test vs post-test* de los policías sobrevivientes de accidente

laborales o enfermedad común, aumentando de 18,4 puntos antes de la intervención a 32 después de la intervención, $t(S: 7) = 4.66$; $p < 0,05$ a dos colas de 2,36.

Por tanto, dado que el valor calculado de las diferencias es mayor que el valor límite, se rechaza H_0 , lo cual indica que los policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común con depresión, presentaron mayores números de pensamientos positivos después de recibir el tratamiento, que antes de haberlo recibido (H_3).

De igual forma se consideró la primera medición de la lista de *pensamientos negativos* realizada, en comparación con la segunda medición utilizando el mismo registro.

Cuadro N° 12: Análisis de la prueba t referida a la lista de pensamientos negativos pre-test y post-test

Prueba	\bar{x}	Amplitud observada
<i>Pre-test</i>	4.1	3 – 5.2
<i>Post-test</i>	1.9	1 – 3

Fuente: Datos obtenidos por el investigador, 2015.

Estadísticamente, existe diferencia significativa en el nivel medio de la lista de pensamientos negativos *pre-test vs post-test* de los pacientes en estudio disminuyendo de

32,8 puntos antes de la intervención a 15.5 después de la intervención, $t(S: 7) = 8.62$; $p < 0,05$ a dos colas de 2,36.

Por tanto, dado que el valor calculado de las diferencias es mayor que el valor límite, se rechaza H_0 , lo cual indica que los policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común con depresión, presentaron una disminución de pensamientos negativos después de recibir el tratamiento (H_3).

Al analizar estos resultados se puede indicar que, si bien la diferencia lograda en las evaluaciones comparativas logró resultados significativamente mejores, finalmente la terapia sí obtuvo resultados favorables, demostrando una disminución de la gravedad del estado depresivo de la muestra de estudio al final de la terapia.

h. Análisis comparativo de los resultados

Hay que hacer notar que Aron Beck ha sido considerado como uno de los principales aportadores dentro de este modelo de intervención cognitiva conductual grupal, pues ha proporcionado diversas pautas de tratamiento a trastornos, como la depresión. Es por tal motivo que ésta investigación, se suma a la lista de trabajos que permiten evidenciar la efectividad de la intervención Cognitivo Conductual modalidad grupal.

Este estudio está en concordancia con trabajos anteriormente utilizados como antecedentes, cuyos análisis de resultados acaban de seguir la línea en que se ha valorado la eficacia de la terapia cognitiva conductual de grupo en el tratamiento de la depresión y

a pesar de esta diversidad, es aparente que un objetivo principal de estos estudios utilizados, implica el aumento de la cantidad de refuerzo positivo recibido por los pacientes deprimidos; por consiguiente es evidente también que el alcanzar estos objetivos conduce normalmente a una importante disminución significativa en la sintomatología depresiva, con un incremento en la eficacia y los beneficios. Dicha afirmación está respaldada en sus resultados por el cambio favorable entre los datos obtenidos previos a la psicoterapia en relación a los obtenidos después de la misma, en otras palabras, antes y después de intervención terapéutica aplicada.

Ahora bien, entre los estudios en mención está el de González (2009), quien aplicó esta modalidad terapéutica a 12 seleccionados, quienes tenían un diagnóstico depresivo por situación de violencia domestica como víctimas. Por consiguiente, en general, sus resultados mostraron una reducción de la sintomatología depresiva, por lo cual el autor indicó que la terapia cognitiva conductual de grupo fue efectiva. Seguidamente otro estudio con similitud de resultados está la de Gonzalo (2011), quien utilizó la misma modalidad de terapia de este estudio, obteniendo de igual forma entre sus resultados que la terapia mostró ser adecuada y eficaz al disminuir la sintomatológica depresiva en pacientes con diabetes mellitus, con insuficiente adherencia al tratamiento médico. Por la misma línea esta el estudio de Canales (2011), otro autor que utilizó esta terapia, entre sus resultados demostró su efectividad al reflejar una disminución significativa en los niveles de depresión al comparar el grupo antes y después de la intervención; asimismo, hubo una disminución en el nivel de depresión en cada uno de los participantes. Por otra parte,

en concordancia igualmente con este estudio está el trabajo de Ventura (2012), quien aplicando igual programa de intervención en policías sobrevivientes de accidentes traumáticos discapacitantes, refirió que la intervención disminuyó la sintomatología depresiva, mejorando la condición de vida de este grupo.

Hay que hacer notar que el estudio de Zavala (2012), destaca en su investigación el modelo propuesto en este estudio, el cual mejoró la sintomatología depresiva y el estado de salud de los policías discapacitados tratados, empleando estrategias que contribuyeron al cambio conductual y que apuntaron a las necesidades propias del contexto familiar y social que lo rodea. Otro estudio con similitud a este estudio está el trabajo de Parra (2012), quien demostró la eficacia de esta modalidad terapéutica, ya que las técnicas e instrumentos aplicados, según la autora, facilitaron en el restablecimiento del estado de ánimo de un grupo de adultas mayores con depresión por enfermedades crónicas. Otro estudio al respecto está el de Ortega (2012), quien utilizando el mismo programa terapéutico concluyó que es eficaz, ya que, en base a los resultados obtenidos, produjo una mejoría de la sintomatología depresiva, generando una reducción clínica en general de los síntomas del síndrome de fibromialgia, aumentando con ello el uso de habilidades más efectivas al afrontar el dolor, como la relajación. Por otra parte, Urias (2012), en su estudio confirma que esta modalidad terapéutica, empleada en los pacientes con cáncer de mama, logró disminuir la sintomatología depresiva y variables psicosociales. El autor hace hincapié que, a pesar de las limitaciones metodológicas del estudio, la terapia resulto ser eficaz para mejorar la calidad de vida en las pacientes.

Por su parte, Niño & Durán (2013), aplicaron esta intervención terapéutica, en personas sobrevivientes de minas antipersonales con ansiedad y depresión, dando entre sus resultados una disminución, en gran medida, de los síntomas de depresión que padecían. Ahora bien, otro estudio con dicha modalidad terapéutica es el de Alcázar (2014), que la utilizó para tratar la sintomatología depresiva relacionada al padecimiento crónico de pacientes con hipertensión, el cual mostró mejoras clínica y estadísticamente significativas, al reducir la sintomatología depresiva y conductas de riesgo, lo cual se reflejó en las variables fisiológicas relacionadas al padecimiento físico. Finalmente está el estudio de Acevedo (2014), quien concluyó que el modelo cognitivo conductual grupal demostró ser efectivo, ya que luego de la terapia recibida la depresión disminuyó significativamente en su muestra de policías con fallo renal crónico, por lo que verificó ser efectiva para estos tipos de pacientes.

Cabe destacar que, en los distintos estudios en mención, el tiempo y número de sesiones se mantuvieron en el rango que la modalidad terapéutica requiere. En base a este tipo de intervención se podría indicar que al igual que el estudio propuesto, estos estudios se ajustaron de forma específica a emociones asociadas a este trastorno, trabajando cogniciones y conductas que mantenían la depresión y le brindaron al paciente las herramientas necesarias para facilitar un cambio. Por otra parte, estos estudios destacan que una de las mejores ventajas es el poder atender un grupo al mismo tiempo, sin obviar las terapias individuales, lo que conllevaría una disminución de costos y recursos, facilitando la creación de nuevas redes de apoyo, según algunas recomendaciones de estos. En otras palabras, este modelo

terapéutico es muy útil para ayudar a los miembros de un grupo terapéutico a eliminar las conductas inadaptadas y aprender nuevos patrones de conducta más efectivos.

De igual forma es importante también destacar la predominancia que tuvieron las técnicas de relajación en dichos estudios, ya que permite a los pacientes concentrarse en el cambio de cogniciones y conductas, pues los niveles de tensión en su persona son disminuidos, así como resultados favorables en la adquisición de herramientas y habilidades, para el mejoramiento de la calidad de vida. (Farré, Soler, Gascón & Fullana, 2005). Por otra parte, el tiempo que se tomó para la intervención, en concordancia con los demás estudios expuestos, algunos pacientes demandaban más tiempo para atender sus conflictos personales, dentro de la planeación del manual establecido para las actividades de intervención efectuadas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Después de realizar las etapas de esta investigación y conocer los resultados se llega a las siguientes conclusiones:

- En contestación a la hipótesis de investigación, se confirma que la intervención psicoterapéutica grupal, desde un enfoque cognitivo conductual es recomendable para el tratamiento de depresión, ya que los policías participantes después del tratamiento, presentaron favorablemente una disminución de la sintomatología depresiva; y complementariamente, el atenderlos en grupo, optimizó el tiempo disponible, disminuyendo con ello costos y recursos.
- En atención a lo antes expuesto, cabe destacar que a pesar que se redujo la frecuencia y existencia de síntomas retroalimentadores de la depresión en los policías participantes del estudio, aún prevalecieron síntomas con la diferencia que no tenían la misma intensidad que al inicio del programa, lo que se puede comprender ya que la muestra tuvo temáticas que le impactaron, puesto que se retomaron aquellas situaciones estresantes que aun prevalen en el desenvolvimiento laboral como policía según sus limitaciones, lo que marca la explicación de las fluctuaciones en el estado de ánimo, por lo que dichos síntomas están relacionados con las cogniciones y conductas de irritabilidad, el entorno laboral y las fisiológicas referidas a la imagen corporal que podrían repercutir en la salud de los participantes a largo plazo, de no continuar manejándolo de forma adecuada según lo aprendido. De igual forma algunos síntomas manifiestos que mantenían fueron progresivamente mejorando, con una mejor adherencia al tratamiento médico, como por

ejemplo, la dificultad para conciliar y mantener el sueño, ya no era tan seguido como antes de la intervención.

- De acuerdo a la segunda hipótesis de la investigación, estado de ánimo de los policías que participaron en el estudio, a pesar de se evidencias los efectos psicológicos del programa grupal cognitivo conductual, ya que entre los resultados obtenidos de la técnica del termómetro del ánimo, está la mejora de los altibajos considerables para cumplir con las sesiones programadas, lográndose mantener en un estado de ánimo ubicado entre regular y mejor después del tratamiento, lo cual manifiesta que las sesiones donde se utilizó esta técnica, tuvo un impacto positivo en los policías participantes, ya que vislumbraron los cambios positivos que obtuvieron durante el proceso de intervención, a pesar de las pequeñas fluctuaciones debido a situaciones incómodas para ellos, entre las que se puede mencionar el de reunirse entre compañeros policiales y exponer sus testimonios.
- En cuanto a la tercera hipótesis de la investigación, mediante la técnica psicoterapéutica de registro cognitivo conductual de pensamientos positivos, se logra que los policías del estudio reconozcan y usen sus pensamientos positivos psicoterapéuticamente durante las sesiones de intervención, con lo cual se manifiesta que las sesiones donde se utilizó esta técnica, tuvo un impacto positivo en los policías participantes, ya que vislumbraron durante el proceso de intervención un aumento en el número de pensamientos positivos después del tratamiento.

- Referente a la cuarta hipótesis de la investigación sobre la técnica psicoterapéutica de registro cognitivo conductual de pensamientos negativos, destacó que los policías del estudio logran reconocer y disminuir el número de pensamientos disfuncionales o negativos, dando paso al aprendizaje de técnicas de manejo de emociones, por lo cual fueron capaces de cuestionar ideas absolutistas y demandantes, logrando en su mayoría manejar la realidad en la que se encontraban y establecer estrategias de convivencia que les hacían sentirse mejor.
- Con respecto a las técnicas planteadas, como es el caso de las tareas y registros conductuales, fueron las técnicas que proporcionaron un soporte a dicha intervención, sin embargo cabe señalar que la utilización de la técnica de relajación progresiva de Carnwath & Miller (1989), fue la que más influyó en los resultados obtenidos, puesto que facilitó a los participantes concentrarse en el cambio de cogniciones y conductas, dándoles paso a la adquisición de herramientas y habilidades, para el mejoramiento de la calidad de vida. De igual forma, puede considerarse que estas técnicas de relajación permitieron a los participantes (en especial el participante tres y siete), lograr disminuir sus niveles de tensión y por tanto incrementaban sus estados de ánimo después de la aplicación de éstas, por lo que gradualmente en los policías del estudio se comprobó la efectividad de su aplicación. Logrando así contemplar y cumplir durante esta intervención, el aprendizaje para un adecuado manejo de sensaciones corporales desagradables y de situaciones que le provocasen ansiedad. Por tanto, se puede considerar

que estas técnicas facilitaron una participación importante hacia la efectividad de la intervención efectuada.

- En cuanto a las distorsiones cognitivas de los participantes del estudio después de la intervención terapéutica, podríamos indicar que aún persistía irritabilidad en el entorno laboral, relacionados con la capacidad laboral, dificultades relacionadas con la imagen corporal; que se expresa en resistencia a asumir estilos de vida saludables para alcanzar el peso ideal. De igual forma presentaron aislamiento social y por último dificultades para conciliar el sueño. Cabe destacar que dichas distorsiones cognitivas después de la intervención terapéutica no se mostraron con la misma intensidad o regularidades que al inicio de la intervención.
- Los participantes incrementaron sus habilidades sociales, puesto que al finalizar el programa propuesto mantuvieron un adecuado estado de ánimo; en efecto, en la última semana antes de la segunda aplicación del instrumento de Beck, gran parte de los participantes en estudio mostraron en la mayor parte del tiempo, sentimientos de optimismo hacia el futuro como policías, aún bajo sus limitaciones. Ellos se mostraron animosos en actividades como el compartir con sus familiares y amigos, sentir que son buenos como cualquier otro compañero policial, aun cuando algunas veces se sintieron solos; y en rara o ninguna vez se presentaron otros síntomas de depresión.

- Es relevante mencionar, que en la cita de seguimiento normal en la sección de Psicología, dos meses después del tratamiento, observamos que los sujetos de estudio siguen mejorando en su desenvolvimiento laboral e interacción con compañeros, lo cual nos satisface por haber contribuido a dicho mejoramiento.
- En concordancia con el diagnóstico psiquiátrico previo de los participantes, se pudo comprobar con los instrumentos utilizados, la prevalencia de la sintomatología depresiva que presentaban. En referencia a los participantes tres y seis, aparte de corroborar el diagnóstico previo, hay coincidencias entre ambos con manejo de proceso de duelo, por situaciones estresantes irreversibles manejables por ellos, lo cual dio paso a considerar un diagnóstico secundario en dichos participantes.

RECOMENDACIONES

En base al desarrollo del proceso de investigación realizado, considero prudente recomendar lo siguiente:

- Los resultados de esta investigación permiten proponer que en el Departamento de Psicología de esta institución policial incorpore la utilización de la intervención terapéutica grupal cognitiva conductual, como otro programa de tratamiento curativo de salud mental, enfocado a atender las manifestaciones de depresión entre las unidades de policía que presenten temporal o permanentemente, diferentes limitaciones físicas a raíz de un accidente laboral o enfermedad común.
- Realizar sesiones de seguimiento mensual y posteriormente trimestral a los participantes a fin de evaluar el manejo adecuado de las técnicas aprendidas, y que los índices de depresión se mantengan bajos.
- En algunos casos, es indispensable complementar la terapia individual que brinda el Departamento de Psicología con sesiones en donde familiares participen, ya que las causas de los conflictos se encuentran tanto en su lugar de trabajo, como también son necesarios reajustes en el hogar.
- Mantener los espacios de psicoeducación (cápsulas informativas) permanentes durante las formaciones de los distintos grupos de trabajo policial a los que pertenecen los policías participantes para trabajar en la prevención, en lo que a depresión se refiere.

- Capacitar de forma permanente a los supervisores de los distintos grupos policivos sobre tips para identificar inestabilidades emocionales, para que puedan detectar y orientar a los policías con estos problemas para que asistan o en su defecto referirlos a Psicología de forma oportuna.
- Auspiciar y promover la participación del personal que atiende la salud mental de los policías en esta institución en programas de capacitación y formación psicológica a fin de mantenerse actualizado con nuevos avances psicológicos relacionados con la temática de este estudio.
- Se sugiere la ampliación de los servicios de psicología de modo que incluyan la atención clínica, como un servicio especializado.
- Analizar la posibilidad de incorporar la intervención terapéutica grupal cognitiva conductual, en las distintas zonas policiales, en los casos de policías con depresión que por las exigencias de su trabajo tengan dificultades para recibir la atención en las instituciones oficiales de salud.
- A partir de este estudio, se recomienda a investigadores futuros, aplicar instrumentos más rigurosos para establecer diagnósticos más específicos, acompañados de un diseño experimental o cuasi experimental con muestras al azar con grupo control para comparar los resultados con mayor seguridad y rigor científico.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, V. (2014). **Efectividad de la terapia cognitivo conductual en un grupo de policías con fallo renal crónico que presenta depresión en el primer año de tratamiento.** *Inter Cientific*, 1(1).

Alberdi, J., Taboada, O. y Castro, C. (2003). *Depresión. Guías clínicas.*
Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

Alcázar, F. (2014) **Efectos de una intervención grupal cognitivo conductual en la sintomatología depresiva por condición médica de pacientes hipertensos esenciales.** *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3).
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705302>

American Psychiatric Association Help Center (2014). New Jersey, Estados Unidos. *Hoja informativa sobre enfermedades crónicas.*
Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>

American Psychological Association (1996). Washington D. C., Estados Unidos. *Estrategias basadas en la práctica clínica.*
Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo>

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V.* Virginia, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
Recuperado de <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>

Becoña, E. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, (3ª.ed.) Madrid. España: Ed. Pirámide,

Beck, A. (1989). *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao. España: Desclée de Brower, S.A.

Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao. España: Desclée de Brower, S.A.

Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19ª edición), Bilbao, España: Desclée de Brower, S.A.

Beck, J. (2000) *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. Editorial Gedisa. México.

Recuperado de http://www.srmcursos.com/archivos/arch_57bed63211ae2.pdf

Bellón, J., Moreno, B., Torres, F., Montón, C., Gilde, M. & Sánchez, M., (2008). **Predicting the Onset and Persistence of Episodes of Depression in Primary Health Care.** *BMC Public Health*. 8 (256).

Recuperado de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-256>

Betancourt, F. & Madrid, I. (2004) *Terapia cognitiva conductual y sus aplicaciones a la psicología clínica*. Universidad de Panamá, Facultad de Psicología. División de Post Grado y Maestría en Psicología Clínica. Panamá: EUPAN.

Boden, J. & Fergusson D. (2011) **Alcohol y Depresión**. Adicciones. *Publmed.Gov*. 106(5), 104-114.

Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2138211>

Boland, R. & Keller, M. (2002). *The course of depression Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. American College of Neuropsychopharmacology. Tennessee. Estados Unidos.

Recuperado de <http://www.acnp.org/default.aspx? =Generation>

Botto, A., Acuña, J. & Jiménez, J. (2014). **La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas.** *Rev. méd. Chile*. 142 (10).

Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010

Bulbena, V., Berrios, G. & De Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona, España: Masson.

Recuperado de <http://www.medigraphic.com>

Burgos, M., Ortiz, M., Muñoz, F., Cobos, Vega, P. & Bordallo, R. (2006). **Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo conductuales.** *Elsevier*. 32(5)

Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-intervencion-grupal-los-trastornos-ansiedad-1308937>

Butler, R., Carney, S., Cipriani, A.; Geddes, J., Hatcher, S. & Price, J. (2006). **Trastornos Depresivos, Evidencia Clínica Concisa.** *Soy el Médico de la Familia*. 73(11).

Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2006/0601/p1999.html>

Caballo, V. (2007). **Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos.** Editorial XXI S.A. Madrid, España.

Recuperado de <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicolc3b3gicos-vol-1.pdf>

Calabozo, B., Blanco, J. & Cortijo C. (2014) **Trastornos de espectro depresivo: menos medicamentos y más cuidados.** *Sacylite*. 1(1).

Recuperado de: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cimsacyl/publicaciones/sacylite>

Canales, L. (2011) **Intervención grupal de corte cognitivo conductual para la disminución de síntomas depresivos en pacientes con cardiopatía isquémica.** *SUMMA psicológica UST*, 8(1), pp. 21-28

Recuperado de: www.scielo.org.mx/pdf/smv39n20185-3325-sm-39-02-00099.pdf

Carnwath T. & Miller D. (1989), *Técnica de Relajación Progresiva.*

Recuperado de https://www.google.com/search?q=http%3A%2F%2Fwww.craneosacral.org7psicoogia_ciencia+%2Frelajaci%C3%B3n_activa.htm&oq

Caro, I. (2006). **Manual teórico práctico de Psicoterapias Cognitivas.** Editorial Desclee, 2da Edición. Sevilla. España

Castro, Y., Orjuela, M.; Lozano, C, Avendaño, B & Vargas, N. (2012). **Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales.** *Divers Perspect Psicol*. 8 (1), 53-71.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67923973004.pdf>

Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A

Ellis, A. & Grieger, R. (1989). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A

Ellis, A. & Abrahms, E. (2005); *Terapia Racional Emotiva*, (2ª edición); México D.F.: Editorial Pax.

Farré, J., Soler, P., Gascón, J. & Fullana, M. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual*. Barcelona, España: Editorial Arz. Médica.

Gobierno de Canarias, (2013). *Depresión en el Trabajo*. Cuerpo general de la policía de canaria, España: Edelvives.

Gomberoff, M. & Jiménez, S. (1982). *Psiquiatría*. Santiago, Chile: MEDCOM

González, Y. (2009) *Psicoterapia cognitiva conductual grupal, como tratamiento a un grupo de hombres víctimas de violencia domestica que presentan sintomatología depresiva*. (Trabajo fin de máster en psicología clínica), Universidad de Panamá. Facultad de psicología. Panamá. Recuperado de SIBIUT, biblioteca Simón Bolívar.

Gonzalo, E. (2011). *Efecto de la Psicoterapia Cognitivo Conductual Grupal en la sintomatología depresiva asociada a complicaciones de pacientes con diabetes*. (Trabajo fin de máster en psicología clínica). Universidad Central del Ecuador. Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1065/>

Haro, J. Palacin, C. Vilagut, G. Martinez, Bernal, M. & Luque, I. (2009) **Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio**. *Elsevier Med Clin*. Barcelona. España. 126(12). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324>

Harvey, S. (2000). **¿Qué es depresión?** *Nidus Information Services*.25 (15). Recuperado de <http://www.well-connected.com>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de investigación*. (5ª edición) México, D.F. México: Editorial Mac Graw Hill.

Hollon, S. & Shaw, B. (2002). *Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos*. (16ª edición). Bilbao. España: Editorial Desclée de Brouwer.

Horacio, A. (2002). *La ansiedad depresiva y sus trastornos*.

Recuperado de <http://www.eduteka.org>

Jiménez, J. (2002). *El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada*.

Recuperado de <http://www.aperturas.org/13jppjimenez.html>

Katon, W. (2012) **Impact of major depression on chronic medical illness**. *Journal of Psychosomatic Research*, 53.

Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377294>

Kaplan, H. & Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta*. (2ª edición). Madrid. España: Editorial Médica Panamericana.

Klein, D., Kotov R. & Bufferd S. (2011). **Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence**. *Annu Rev Clin Psychol*. 7.

Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21166535>

Kendall, P. (1993). **Terapias conductuales con los jóvenes: guía teórica del estado y evolución de los acontecimientos**. *Revista de Psicología Clínica y Consultoría*. 61 (2).

Kramer, P. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona. España. Editorial: Seix Barral.

Leiva, J. (2009). *Terapia de grupo cognoscitivo-conductual*. Buenos Aires. Argentina

Recuperado de <http://www.jlh-psychology.com>

Lewinsohn, P., Clarke, G., Rohde, P., Saltos, H. & Seely, J. (1996). **Un enfoque cognitivo - conductual para el tratamiento de la depresión en adolescentes**. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica-A.E.P.C.E.P*. 1 (2).

López, J. & Valdés M. (2002). *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Editorial Masson. Barcelona, España.

López, O. (2008). **Cuando las bajas son más altas: la depresión en personas adultas**. *Revista Género y Salud en cifras*, 6 (2), pp. 9-12.

Mainieri, R. (2008). *El modelo de terapia cognitivo conductual*. Panamá. Panamá
Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/96059874/Modelo-TCC-Por-Roberto-Mainieri>

Marcus, M., Yasamy, M., Ommeren, M., Chisholm, D. & Saxena, S. (2012). **Depression: A Global Crisis**. *Public Health Concern*, 20(4).

Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

Matos, J. (2016). **¿Cómo combatir la depresión?** *Equilibrio mental*, 12 (3).

Recuperado de <http://enequilibriomental.net/como-combatir-la-depresion/>

Morales, C. & Valderrama, J. (2012). *Calidad de vida en policías: Avances y propuestas*. *Papeles de Psicólogo*, 33(1).

McGinn, L. & Sanderson, W. (2001). **Qué permite que la terapia cognitivo-conductual sea breve: Resumen, eficacia y factores cruciales facilitando el tratamiento breve**. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*, 8 (1)

Molina, H. & Silberman, R. (2002). **La terapia Cognitiva en acción: estrategias para detectar y cambiar los pensamientos y supuestos**. *Revista de Psiquiatría y Salud mental Hermilio Valdizal*, 5 (2).

Muñoz, R., Chandra, Ch., Valdes, E., Stephen Rao, S. & Nhu Le, H. (2003). *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión, Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal*; Editorial Rand. San Francisco. Estados Unidos.

Recuperado de <http://www.rand.org/organization/health/psic>.

National Institute of Mental Health (2015). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. *Health & Education*, 15 (8015).

Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las->

[enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml](#)

Niño, A. & Durán, A. (2013). *Evaluación y tratamiento de la ansiedad, depresión y habilidades sociales en personas sobrevivientes de minas antipersonales*. Universidad Pontificia Bolivariana.

Recuperado de <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/1060>

Obst, J. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. (1ra edición). Buenos Aires, Argentina.

Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/169651768/la-terapia-cognitiva-integrada-y-actualizada-docx>

Oei, T. & Kazmierczak, T. (1997). *Factores asociados con el abandono en un grupo de terapia de comportamiento cognitivo para los trastornos del estado de ánimo*. Comportamiento de Investigación y Terapia. Madrid, España: McGraw-Hill.

Olverholser, J. (2011). **Collaborative Empiricism, Guided Discovery, and the Socratic Method: Core Processes for Effective Cognitive Therapy**, *Clinical psychology. Science and practice*.18 (1)

Recuperada de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2850.2011.01235.x/abstract>

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE – 10): Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas diagnósticas*. Madrid, España: Ediciones Meditor.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE 10, manual de instrucciones*. (Publicación científica) Volumen 2. Décima revisión. Washington, Estados Unidos: Ediciones DCOPS

Organización Mundial de la Salud, (2008). *Estado de la salud en el mundo: nuevo estudio sobre la carga mundial de morbilidad*.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/es/>

Organización Mundial de la Salud, (2013). *Salud mental, proyectos y programas*.

Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Ortega, J. (2012) *Tratamiento grupal cognitivo conductual, para mejorar la sintomatología depresiva relacionada a la fibromialgia; aplicación en contexto hospitalario*. (Tesis Doctoral en Psicología Clínica). Universidad Estatal a Distancia (UNED). San José, Costa Rica.

Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Jortega/Documento.pdf>

Parra, V. (2012). *Eficacia de la psicoterapia cognitiva conductual en pacientes mujeres con depresión por enfermedades crónicas pertenecientes al club de salud preventiva del adulto mayor del hospital naval de Guayaquil 2012*. (Trabajo fin de máster en psicología clínica). Universidad de Guayaquil, Facultad de Psicología. Ecuador.

Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6462/1/TESIS%20FINAL%20PDF%20VI%20VI.pdf>

Payné, R. (2002). *Técnicas de relajación. Guía práctica para el profesional de salud*. Barcelona, España: Paidotribo.

Recuperado de https://es.slideshare.net/JuanUrazan/payne-rosemary-a-tecnicas-de-relajacion-guia-practica-254pag?from_action=save

Perales, A., Zambrano, M., Vásquez, G. & Mendoza, A. (1991). *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"*. Lima, Perú: Alba.

Recuperado de <https://es.slideshare.net/paola1310/manual-de-psiquiatria>

Pérez, M. & García, J. (2001). **Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión**. *Revista Psicothema*, 13 (3).

Policía Nacional de Colombia. (2008). **Lineamientos metodológicos para la administración del riesgo en la Policía Nacional**. *Grupo DHEOS*, 21 (006).

Policía Nacional de Colombia. (2012). **Línea de investigación en Desarrollos Humanos**. *Grupo DHEOS*, 18 (012).

Policía Nacional de Panamá. (2014) *Informe anual de rendición de cuentas del departamento de psicología*. Panamá: ISPOL.

Policía Nacional de Panamá. (2014) *Informe anual de estadísticas policiales del centro de operaciones policiales*. Panamá: ISPOL.

Porcelli, S., Fabbri, C. & Serretti, A. (2012). **Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy**. *PubMed Eur Neuropsychopharmacol*. 22(4).

Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22137564>

Prieto, M., Vera, M., Pérez, M. & Ramírez, I. (2007). **Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad**. *Clínica y salud*, 18 (2)

Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a05.pdf>

Raedt, R. & Koster, E. (2010). **Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework**. *Cogn Affect Behav Neurosci*, 10(1).

Recuperado de <https://biblio.ugent.be/publication/1106813>

Retamal, P. (2003). *Depresión, clínica y terapéutica*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.

Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. 9, pp.10. Valencia, España: Ediciones ISBN.

Ruiz, A. (2006). *Nuevos enfoques en el tratamiento de la depresión*.

Recuperado de <http://www.inteco.cl>

Ruiz, J. & Cano, J. (1992) *Manual de psicoterapia cognitiva*.

Recuperado de <http://www.psicologia-online.com>.

Sanz, J. y Vázquez, C (2013). **Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**. *Anal. Psicol*, 29 (1).

Recuperado de http://www.isciii.es/scielo.php?script?=sci_arttext&pid

Sanz, J. & Vázquez, C. (1998). **Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck**. *Psicothema*, 10(002).

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo>

Spiegel, M. (1993). *Estadística*. (2ª edición). Madrid, España: McGraw-Hill.

Sullivan, P., Neale, C. & Kendler, K. (2012) **Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis**. *PubMed*, 157 (10).

Recuperada de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11007705>

Tee, J. & Kazantzis, N. (2011). **Collaborative Empiricism in Cognitive Therapy: A Definition and Theory for the Relationship Construct**. *Clinical psychology. Science and practice*. 18 (1)

Recuperada de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-850.2010.01234.x/abstractc>

Tejada, B. (2013), *Efectividad del tratamiento cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo*. (Trabajo fin de máster en psicología clínica), Universidad de Panamá. Facultad de psicología. Panamá. Recuperado de SIBIUT, biblioteca Simón Bolívar.

Thompson, K. (2002). *Depresión y discapacidad*. Estados Unidos: Chapel Hill.

Urias, B., (2012). *Efectos de una intervención grupal cognitivo conductual en la sintomatología depresiva de pacientes con cáncer de mama*. (Trabajo fin de máster en psicología clínica), Universidad Autónoma de Nueva León. México.

Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/3391/>

Valadez, A. (2002). **Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias**. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5(2).

Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicli>

Vallejo, R. (2011). *Cambios sintomáticos en policías con estrés postraumático y psicoterapia de grupo*. *Terapia Psicológica* 29 (1).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718>

Vara, A. (2006). *Aspectos generales de la depresión: Una revisión empírica*. Lima, Perú: Editorial Lima.

Recuperado de http://www.aristidesvara.com/libros/libro_b.htm

Ventura, M. (2012), *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo conductual para varones de 20 y 55 años de edad que han sufrido accidentes traumáticos discapacitantes físicos y que presentan depresión, del Hospital Quito N° 1 Policía Nacional*.

(Trabajo fin de máster en psicología clínica). Universidad Central del Ecuador, Facultad de ciencias psicológicas. Ecuador.

Zavala, D. (2012), *Estudio de una intervención cognitiva conductual en un grupo de policías con discapacidad, de la Unidad de Atención al Personal Policial del Hospital Docente de la Policía Nacional de Guayaquil N°2*. (Trabajo fin de máster en psicología clínica). Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias psicológicas. Ecuador.

Zarragoitia, I. (2011) *Depresión: generalidades y particularidades*.

Recuperado de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010>

Zarragoitia, I. (2010) **La estigmatización en la depresión**. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(3).

Recuperado de https://www.alcmeon.com.ar/16/63/09_Zarragoitia.pdf

Zrebiec, J. (2012) *Terapias de Grupo. Psiquiatría y padosiquiatría*. *Centre Londres* 94, 26(13).

Recuperado de <http://www.familianova-schola.com/files/Terapias>

ANEXOS



Anexo N°1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____

Declaro que me ha sido solicitado participar en un proyecto que pretende evaluar la efectividad de una intervención grupal en pacientes con sintomatología depresiva dirigido a hombres y mujeres policías que son atendidos en la Sección de Psicología de la zona de policía de Veraguas

Antes de firmar el consentimiento, he sido informado por el psicólogo José de J. Aparicio del programa en estudio, de los propósitos del mismo y de la metodología que ha de seguir.

Este estudio pretende evaluar la efectividad de una intervención grupal en Policías sobrevivientes de un accidente laboral o enfermedad común con sintomatología depresiva moderada o crónica en dos sesiones por semana de una hora y media cada sesión en horas de la mañana y cuya duración sería de un mes y medio una vez iniciado la intervención terapéutica.

Mi colaboración es libre y voluntaria y podré suspenderla en cualquier momento que desee sin que esto tenga repercusiones en mi tratamiento.

Los datos del estudio y especialmente mis datos personales serán confidenciales y utilizados sólo para efectos de investigación.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio y declaro que he sido informado, han sido respondidas mis preguntas.

_____ de _____ 2014

Firma paciente: _____

Anexo N°2 PLANIFICACIÓN DE LAS SESIONES

Actividades previas de corroboración de dx: entrevista clínica a profundidad y aplicación del instrumento de la Escala de Beck				
Módulo 1: Los Pensamientos				
Duración: 4 sesiones (1-4)				
		Estrategias metodológicas		
Objetivos	Contenido	Técnicas	Actividades	Evaluación
Inicio Presentar el Modelo de Intervención Cognitivo-Conductual para el paciente Sesión 1 Los pensamientos	1. Dar la bienvenida Anuncios, agenda y explicación de las reglas del grupo 2. Presentaciones Personales 3. Concepto de depresión. 4. Tema de la sesión: la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo 5. Mensaje Principal de la Sesión 6. Asignaciones fuera de la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición magistral - Autopresentaciones por parte de los participantes - Lluvias de ideas - Exposición dialogada - Autoafirmaciones de enfrentamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • El investigador explicará el propósito de esta terapia de grupo y describir la forma en que se llevarán a cabo las sesiones. • Cada participante se presentará dentro del grupo. • Los participantes a través de una lluvia de ideas expondrán sus conceptos acerca de la depresión. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre lo que es la depresión y cómo los pensamientos afectan cómo nos sentimos: • Posteriormente expondrán sus ideas acerca sobre los pensamientos, sobre como suelen pensar las personas con depresión y sobre cómo piensan los que no están deprimidos, a través de ejemplos provistos por el terapeuta o ellos mismos. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<p>En cada sesión se aplicará evaluación diagnóstica y formativa.</p> <p>Por la propia naturaleza de las sesiones, no se aplicará evaluación sumativa.</p> <p>Diagnóstica: concepto que ellos manejan de depresión.</p> <p>Formativa: participación en las actividades.</p>
Tareas para casa: El termómetro del estado del ánimo			Cada participante deberá al final del día marcar con un número en un cuadro cómo se sintió o cómo estuvo su ánimo en general durante ese día y traerlo la próxima sesión para discutirlo en grupo.	Permite evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o el estado de ánimo general durante el día.
Sesión 2 Sus pensamientos y su estado de ánimo e Identificación de pensamientos	1. Anuncios y agenda 2. Repaso: pensamientos y su estado de ánimo. 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: Identificando categorías de pensamientos y	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - lluvia de ideas - Exposición dialogada - Discusión de grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseñará a los participantes una técnica de relajación que involucra, respiración, tensión gradual de músculos y visualización para un autocontrol y nivel de relajación elevados. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasaran la sesión anterior, exponiendo sus ideas respecto a la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo. • Los participantes atenderán las observaciones del 	<p>Diagnóstica: Ideas de los participantes sobre la relación entre los pensamientos y el estado de ánimo.</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas. Atender a las exposiciones</p>

saludables y dañinos.	enfocándose en el presente. 5. Mensaje principal de la sesión 6. Asignaciones para casa.	pequeños - Exposición dialogada sobre el registro e identificación de pensamientos con estrategias de cambio cognoscitivo - Exposiciones grupales. - Autoafirmaciones de enfrentamiento.	investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre la conexión entre los pensamientos y el estado de ánimo. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les proporcionará (lista de pensamientos), en la cual identificarán pensamientos dañinos o contraproducentes. Se le asignará a cada participante uno de los “errores de pensamiento”, para que, con ayuda del grupo, de un ejemplo del mismo. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de las categorías de pensamientos saludables y dañinos y la posibilidad de cambiar sus modos de pensar. • Posteriormente se le pedirá a cada participante que elabore una lista de sus pensamientos y luego los clasifique como positivos y negativos y anotar cómo podría tratar de cambiar estos últimos a pensamientos más productivos, agradables o positivos. • Cada participante expondrá si desea su listado al grupo para discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento.	dialogadas. Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.
Tarea para casa: lista de pensamientos positivos y negativos adicionando a la tarea del termómetro del estado del ánimo.		• Llenar las listas de pensamientos negativos y positivos que se le proporcione a cada uno de los participantes. Si desea el paciente, podrá añadir a la lista otros pensamientos positivos o negativos que tenga durante el día. Sumar el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos.	Permite evaluar y observar la relación que existe entre el número de cada tipo de pensamientos y el estado de ánimo del paciente.	

<p>Sesión 3 Disminución de los pensamientos negativos para mejorar el estado ánimo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anuncios y agenda 2. Repaso: categorías de pensamientos dañinos. 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: luchar contra pensamientos dañinos y maneras de disminuir o refutar pensamientos que nos hacen sentir mal. 5. Mensaje principal de la sesión. 6. Mensaje principal de la sesión 7. Asignaciones fuera de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. - Autoafirmaciones de enfrentamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación que involucra, respiración, tensión gradual de músculos y visualización. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior, exponiendo sus ideas respecto a las categorías de pensamientos dañinos. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre la conexión entre los pensamientos y el estado de ánimo. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les proporcionará sobre como hablar de maneras que se pueda tener menos pensamientos dañinos y luchar contra ellos cuando se tengan. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada acerca de tratar y aprender a combatir los pensamientos dañinos mediante el método ABCD. • Se les entregará a los participantes un formato donde anotarán en el cuadrante correspondiente, aspectos relacionados con el sentirse deprimido, preguntándose a sí mismo lo que estás pensando, entonces tratarán de hablarle al pensamiento que lo está molestando o hiriendo. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<p>Diagnóstica: Ideas de los participantes sobre la disminución de pensamientos negativos y mejorar el estado de ánimo.</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>
<p>- Tarea para casa: hablándole a tus pensamientos el método A-B- C-D, adicionando a las del termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.</p>	<p>Anotar en el cuadrante A el evento Activante, lo que sucedió, en el B (en inglés es “Belief”) la creencia o el pensamiento que estás teniendo; es decir, lo que se dices a sí mismo a acerca de lo que está pasando, en cuadrante C la consecuencia de su pensamiento; es decir, el sentimiento que tienes como resultado de su pensamiento y en el de D la forma en que le discutes o le hablas a tu pensamiento.</p>	<p>Evaluar el cambio de algunos pensamientos con el método A-B-C-D.</p>		

<p>Sesión 4 Aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anuncios y agenda 2. Repaso: luchando con los pensamientos dañinos 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: como tener más pensamientos que le hagan sentir bien 5. Mensaje principal de la sesión 6. Repaso del Módulo 7. Asignaciones fuera de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. - Autoafirmaciones de enfrentamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior, luchando con los pensamientos dañinos. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre cómo aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les proporcionará sobre tema de la sesión expuesta y harán una lista de pensamientos saludables relacionados con vivir mejor. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. • Discusión de grupos pequeños para sacar aspectos claves del módulo. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. 	
<p>Tarea para casa: hablándole a tus pensamientos el método A-B-C-D, el termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.</p>				
<p>Módulo 2: Las Actividades</p>				
<p>Duración: 4 sesiones (5-8)</p>				
<p>Sesión 5 Aprender cómo lo que hacemos propicia la forma en que nos sentimos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar la bienvenida Anuncios, agenda y explicación de las reglas del grupo 2. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 3. Tema de la sesión: cómo es que lo que hago afecta como me siento. 4. Mensaje Principal de la Sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - Lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior, aumentar los pensamientos saludables para alcanzar la vida que usted quiere. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre como aprender como lo que hacemos influencia la forma en que nos 	<p>Diagnóstica: Ideas de los participantes sobre cómo aprender cómo lo que hacemos propicia la forma en que nos sentimos</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>

	5. Asignaciones fuera de la sesión.	- Autoafirmaciones de enfrentamiento	sentimos. <ul style="list-style-type: none"> • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les dará sobre el tema de la sesión y así realizar una lista de actividades agradables que les haga sentir bien. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	
	- Tarea para casa: lista de actividades agradables adicionando a las de hablándole a tus pensamientos el método A-B- C-D, termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.		<ul style="list-style-type: none"> • El participante llevará un registro diario del número de actividades agradables que haga, utilizando la Lista de Actividades Agradables que se les proporcionará. Si hay alguna actividad que encuentre agradable y no aparece en la lista, podrá añadirla. Anotará el número total de marcas que tuvo al final del día. Traerá la lista consigo la próxima semana ya identificadas las actividades que consideró agradables, aunque no las hiciera. 	Evaluar el poder aprender algo acerca de como las actividades diarias influyen en el estado de ánimo.
Sesión 6 Formular un plan para realizar más actividades saludables y aprender a relajarse.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anuncios y agenda 2. Repaso: como lo que hacemos influencia la forma en que nos sentimos. 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: sobre actividades agradables 5. Mensaje principal de la sesión. 6. Asignaciones fuera de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - Lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. - Autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre cómo realizar más actividades saludables y aprender a relajarse. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les dará sobre el tema de la sesión y formular un plan para lograr hacer más actividades saludables. • El grupo planificará una actividad que se pueda realizar en Panamá que no cueste mucho. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<p>Diagnóstica: Ideas de los participantes sobre como formular un plan para realizar más actividades saludables y aprender a relajarse.</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>

- Tarea para casa: lista de actividades agradables, termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.				
Sesión 7 Identificar y vencer los obstáculos que impiden realizar actividades agradables y mejorar el estado de ánimo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anuncios y agenda 2. Repaso: como realizar más actividades saludables y aprender a relajarse. 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: resolviendo problemas y venciendo obstáculos 5. Mensaje principal de la sesión. 6. Asignaciones fuera de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - Lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. - Autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre cómo identificar obstáculos que le impiden lograr hacer actividades agradables. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les dará sobre el tema crear equilibrio en su vida para mejorar su estado de ánimo y moldear su futuro. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<p>Diagnóstica: Ideas de los participantes sobre cómo identificar y vencer los obstáculos que impiden realizar actividades agradables y mejorar el estado de ánimo.</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>
- Tarea para casa: lista de actividades agradables, termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.				
Sesión 8 Fijar metas alcanzables a corto y a largo plazo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anuncios y agenda 2. Repaso: identificar y vencer los obstáculos que impiden realizar actividades agradables y mejorar el estado de ánimo. 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: fijándose metas para moldear su futuro. 5. Mensaje principal de la sesión. 6. Asignaciones fuera de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - Lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. - Autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre cómo fijar metas alcanzables a corto y a largo plazo. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les dará sobre fijándose metas que les gustaría alcanzar en orden de prioridad para moldear su futuro utilizando el formato suministrado. • Los participantes confeccionarán un contrato individual, balanceando el tiempo entre actividades que se tiene que hacer y las que se quiere hacer. 	<p>Diagnóstica: Ideas de los participantes sobre cómo fijar metas alcanzables a corto y a largo plazo.</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	
Tarea para casa: lista de actividades agradables, termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.				
Módulo 3: Las relaciones personales y salud Duración: 5 sesiones (9 -13)				
Sesión-9. Comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anuncios y agenda 2. Repaso: fijar metas alcanzables a corto y a largo plazo. 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo 5. Mensaje principal de la sesión. 6. Asignaciones fuera de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - Lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. - Autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les dará sobre el comprender estas relaciones y su influencia en el estado de ánimo. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de como la depresión puede causar problemas interpersonales y como estos pueden contribuir a la depresión. • Exposición dialogada por el investigador acerca de como identificar aquellas personas que le apoyan en su medio ambiente y entender el por qué los contactos con personas positivas son tan importantes en el manejo de su estado de ánimo. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les dará sobre el programar 	<p>Diagnóstica: Ideas de los participantes sobre como comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo.</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>

			<p>visitas a lugares o actividades donde puedan conocer a otras personas utilizando el formato semanal de contactos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	
<p>• Tarea para casa: Formato semanal de contactos, anotar los contactos que tuvo con otras personas, anotando si fueron “+” positivo, y “-” negativo, termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.</p>				
<p>Sesión 10 Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Anuncios y agenda Repaso: comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. Tema de la sesión: la conexión entre problemas en relaciones personales y sentimientos, pensamientos y comportamientos. Mensaje principal de la sesión. Asignaciones fuera de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) Lluvia de ideas Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. Discusión de grupos pequeños. Practica cognitivo rol playing, psicodrama. Autoafirmaciones de enfrentamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes practicarán la técnica de relajación. A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior. Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre cómo practicar métodos de comunicación que puedan mejorar nuestras relaciones y estado de ánimo y escoger con quién nos juntamos. Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les dará sobre ¿Cómo podemos mantener una red de apoyo social saludable? el terapeuta formulará la pregunta de forma abierta. Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. Psicodrama: ¿Cómo te ven los demás? se le colocará un papel en la espalda a cada miembro del grupo, cada persona tendrá la oportunidad de moverse libremente y escribir en dichos papeles las características de esa persona. El terapeuta al final fomentará que el grupo aporte ideas para terminar la aseveración. Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<p>Diagnóstica: Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>
<p>Tarea para casa: Formato semanal de contactos, anotar los contactos que tuvo con otras personas, anotando si fueron “+” positivo, y “-” negativo, termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.</p>				

<p>Sesión 11 Identificar alternativas para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anuncios y agenda 2. Repaso: establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo. 3. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. 4. Tema de la sesión: identificar alternativas para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo 5. Mensaje principal de la sesión. 6. Asignaciones fuera de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) - Lluvia de ideas - Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. - Discusión de grupos pequeños. - Practica cognitivo rol playing, psicodrama - Autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los participantes practicarán la técnica de relajación. • A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior. • Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. • Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre cómo podemos escoger formas saludables de tratar a los demás, donde el terapeuta fomentará que el grupo comparta experiencias que puedan aportar a la discusión. • Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les proporcionará acerca de imaginar una situación en la que necesiten ser asertivos. Esta vez el trabajo será grupal. Una vez hayan podido visualizar la situación y las estrategias para lidiar con la misma, la representarán en forma de un pequeño drama. • Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. • Psicodrama: “escuchar atentamente” con excepción de uno, todos los miembros del grupo saldrán del salón, y se le comunicará al que permaneció en el salón un secreto (el terapeuta indicará el secreto). Luego con rol playing, se pedirá que uno de los que estaba fuera del salón pase al interior de este. El participante al que ya se le comunicó el secreto, deberá comunicárselo al que acaba de entrar de la forma más precisa posible. Al participante que acaba de entrar se le dará la misma encomienda y así sucesivamente. Al final se le pedirá al último que diga en voz alta el secreto. Su versión se comparará con la versión original. Repetir lo que otro dijo para cerciorarte de que lo entendiste bien, con tus propias palabras. Preguntar si eso es lo que ellos querían decir. A veces la gente discute cosas que otros dijeron sin saber si eso era lo que estas personas realmente querían decir. Los participantes 	<p>Diagnóstica: Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>
--	--	---	--	--

			<p>darán sus impresiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento 	
<p>Tarea para casa: Formato semanal de contactos, anotar los contactos que tuvo con otras personas, anotando si fueron “+” positivo, y “-” negativo, termómetro del estado del ánimo y la lista de pensamientos positivos y negativos.</p>				
<p>Módulo 4: Las relaciones personales y salud.</p> <p>Duración: 2 sesiones (12 -13)</p>				
<p>Sesión-12 Identificar la relación existente entre el Estado de ánimo y la salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> Anuncios y agenda Repaso: comprender que las relaciones con personas influyen en el estado de ánimo. Revisión de asignaciones en casa y observaciones. Tema de la sesión: la conexión entre problemas en relaciones personales y sentimientos, pensamientos y comportamientos. Mensaje principal de la sesión. Asignaciones fuera de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de relajación T. Carnwath y D. Miller (1989) Lluvia de ideas Exposición dialogada con estrategias de cambio cognoscitivo. Discusión de grupos pequeños. Autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes practicarán la técnica de relajación. A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán la sesión anterior. Los participantes atenderán las observaciones del investigador sobre las asignaciones para casa. Los participantes atenderán a la exposición del investigador sobre cómo aprender la relación entre la depresión y la salud física. Se formarán grupos pequeños para discutir acerca de la información que se les proporcionará acerca de cómo aprender a entender mejor sus problemas de salud. Cada grupo expondrá el resultado de su discusión. Exposición dialogada por el investigador acerca de mensaje principal de la sesión y las autoafirmaciones de enfrentamiento. 	<p>Diagnóstica: Establecer nuevas formas de comunicación para mejorar las relaciones personales y el estado de ánimo</p> <p>Formativa: Participar en la lluvia de ideas.</p> <p>Atender a las exposiciones dialogadas.</p> <p>Participación activa en las discusiones grupales y en la plenaria.</p>
<p>Sesión 13 Medir el grado de depresión al concluir con la intervención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Repaso general Segunda aplicación del inventario de depresión de Beck Culminación del proceso terapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> Reconsideración e integración de los temas principales de cada módulo. Evaluación del progreso alcanzado 	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes practicarán la técnica de relajación. A través de una lluvia de ideas, los participantes repasarán las sesiones con aspectos clave. En esta última sesión, el terapeuta procederá a revisar la tarea que le dejó al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar con la finalidad de llegar a confrontar la primera con la última evaluación y poder considerar el

	<ul style="list-style-type: none"> - Despedida a los participantes. 	<p>junto a los logros y las fortalezas (aspectos físicos y de salud).</p>	<p>correspondiente al módulo IV; al término, se le aplicará el inventario de depresión de Beck.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recogerán los registros cognitivos conductuales correspondientes. - Se procederá a realizar una postal grupal en la que cada participante será libre de expresarse a sus demás compañeros en el tablero escribiendo individualmente una frase de lo aprendido y pondrán sus iniciales de sus nombres al final. Se utilizarán varios materiales tales como tablero, pilotos de colores, etcétera. 	<p>impacto de la intervención terapéutica en la sintomatología depresiva de los participantes, aunado con los registros cognitivos conductuales.</p>
--	--	---	--	--

Retomado del Manual de Terapia de Grupo para el tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión de Muñoz et.al. (2003).

**Anexo N°4: DESCRIPCIÓN DE REGISTROS COGNITIVOS CONDUCTUALES
(TAREAS PARA CASA)**

TAREAS	Descripción/Procedimiento
<i>El Termómetro del estado del ánimo</i>	En cada sesión terapéutica se impuso esta tarea para evaluar el estado de ánimo de cada individuo, específicamente se les calificó <i>cómo se sintió durante el día</i> . Este formato consiste en que antes de acostarse, el participante marcara con un numero cómo se sintieron o cómo estuvo su ánimo en general durante ese día según la lista semanal, por ejemplo, si fue “el peor” colocarán el número 1, si fue “regular” colocarán el número 5, y si fue “el mejor” colocarán el número 9., al final se suman los ánimos positivos y negativos con las observaciones correspondiente. Dicha consulta se les hizo tanto al comienzo de la sesión como al final permitiendo con ello analizar los cambios anímicos, constatando si la intervención impactó o no en los participantes.
<i>La lista de pensamientos negativos y positivos</i>	Este formato de evaluación permite conocer como el participante observó la relación que existe entre los tipos de pensamientos y su estado de ánimo diario, de igual forma permite analizar el aumento de pensamientos positivos y disminución de los negativos a medida que avanzaban las sesiones. Consiste en que los participantes de la terapia cotejen con una (x), antes de dormirse, los pensamientos negativos y positivos que tuvieron durante el día correspondiente a la lista semanal, y se finaliza sumando el número total de pensamientos correspondientemente y se realizaran observaciones sobre la relación existente entre el número total de cada lista de pensamientos y sus estados de ánimo.
<i>Hablándole a tus pensamientos</i>	<i>El método A-B-C-D</i> , permite conocer como el participante empieza a pensar de una forma más funcional y científica. El formato consiste en anotar en el cuadrante correspondiente, aspectos relacionados con el sentirse deprimido, preguntándose a sí mismo lo que estás pensando, entonces trata de hablarle al pensamiento que lo está molestando o hiriendo. Por consiguiente, en el cuadrante de A anota lo que sucedió, en el B el pensamiento que estás teniendo; es decir, lo que se dice a si mismo acerca de lo que está pasando, en el C se anota el sentimiento que tienes como resultado de su pensamiento y D

	anota la forma en que discute, debate o le habla a su pensamiento, generando pensamientos alternos positivos.
La lista de actividades agradables	Este formato permite conocer como el participante al marcar de la lista y anotar las actividades realizadas que le gusta, inicia un aprendizaje acerca de cómo sus actividades diarias influyen en su estado de ánimo.
La lista de metas individuales	Este formato permitió conocer la capacidad del participante para ir fijándose de manera gradual metas realistas o razonables, que van desde metas a corto plazo, cosas que les gustaría hacer pronto (digamos que dentro de los próximos seis meses), metas a largo plazo cosas que les gustaría hacer en alguna ocasión en su vida, metas de la vida, filosofía de la vida: <i>¿qué es lo que te importa más en la vida?</i>
Contrato individual	Este formato consiste en que el participante se programe una actividad agradable semanal que pueda cumplir, y de hacerla premiarse con alguna recompensa que le reconforte y lo anime a seguir mejorando su estado de ánimo.
Formato semanal de contactos	Este formato consiste en explorar la capacidad de los participantes de poder interactuar con personas de su círculo social y fuera de este, dicho formato se basa en escuchar atentamente a por lo menos una persona y se les resultó positivo o negativo, anotar lo que pensó, cómo se sintió y qué hizo, esta información que recabara en los días intermedios de la sesión donde se entregue con la subsiguiente.

Anexo N°5: TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA (Modelo propuesto por T. Carnwath y D. Miller, 1989)

Introducción: Una forma en que puedes hacer un cambio es haciendo un ejercicio de relajación, que te ayudará a reducir el estrés. Puede hacerte sentir menos deprimido, menos ansioso y, en general, puede positivamente tu salud. La respiración profunda es una forma en que se puede controlar las reacciones del cuerpo. ¿Qué cosas sentimos en el cuerpo cuando tenemos estrés (miedo, coraje, frustración)? En estas situaciones podemos sentir que:

- Cuando alguien respira se aceleran los latidos del corazón
- los músculos se tensan
- se respira más rápido

De manera tranquila y profunda, le está enviando un mensaje al cuerpo de que estás tranquilo/a y poco a poco disminuyen los latidos del corazón, la respiración y la tensión muscular. Vamos a hacer un ejercicio de respiración profunda y después uno de visualización o relajación muscular (o ambos). Estos ejercicios son opcionales. Recomendamos que los pruebes. Si no te sientes cómodo/a, simplemente cierra los ojos y escucha.

ETAPA 1 (Respiración)

El método implica centrar la atención, primero, en la respiración. Con los ojos cerrados, notar cómo la respiración se enlentece hasta un ritmo fácil y regular. Este es el ritmo respiratorio natural, no requiere ningún esfuerzo por parte del individuo, ocurre por sí solo. Al fijarse en el ritmo respiratorio natural, puede ser de ayuda imaginarse visualmente el pecho subiendo y bajando al inspirar... y espirar..., inspirar... espirar...

Solamente se trata de observar sosegadamente la frecuencia respiratoria natural durante tres minutos.

ETAPA 2 (tensión y relajación muscular)

En la siguiente etapa el método de relajación completa se práctica la tensión y la relajación musculares (Jacobson, 1938). Utilizando como guía la frecuencia respiratoria natural, se tensarán y después se relajarán grupos musculares de todo el cuerpo. Se hará dos veces para cada grupo muscular. Lo que es importante recordar es que se tensan los músculos al inspirar y se relajan al

espirar. Por lo tanto, al inspirar hay que tensar un grupo muscular contrayendo los músculos un 75% de todo lo se puedan contraer, sin provocar dolores o calambres. La tensión se mantiene durante dos inhalaciones y, después, al espirar, la tensión se libera. Permitir que se libere de golpe al espirar, como si se estuviera expulsando del cuerpo. Si parece que queda algo de tensión, expulsarla con la siguiente espiración. Acordarse de seguir respirando naturalmente al retener la tensión y de tensar solamente un grupo muscular, en concreto, cada vez. Otro consejo: al espirar, liberando la tensión, decir la palabra “relax” para sus adentros (mentalmente), de modo que la relajación se asocie mentalmente a la respiración y a la palabra “relax”. Después de relajar el grupo muscular, notar la diferencia entre la tensión y la relajación y cómo los músculos relajados se sienten blandos, calientes y pesados al “espirar” la tensión.

A continuación, se da una lista de los grupos musculares importantes que deben relajarse. Se deben seguir todos ellos en el orden que se indica, tensando y relajando cada grupo dos veces antes de pasar al siguiente:

1. Manos: tensar las manos cerrando el puño y apretando. Relajar. Repetir.
2. Antebrazos: doblar las manos por las muñecas, estirando los dedos hacia arriba. Relajar. Repetir.
3. Bíceps: intentar tocarse los hombros con los puños respectivos, tensando los bíceps (antebrazo). Relajar. Repetir.
4. Hombros: levantar los hombros como si se quisieran tocar las orejas. Relajar. Repetir.
5. Frente: levantar las cejas el máximo posible. Relajar. Repetir.
6. Rostro: arrugar la nariz y cerrar los ojos (apretándolos). Relajar. Repetir.
7. Labios: apretar los labios uno contra otro. Relajar. Repetir.
8. Lengua: apretar la lengua contra el paladar. Relajar. Repetir.
9. Cuello: presionar la cabeza contra el respaldo de la silla o contra la almohada. Relajar. Repetir.
10. Pecho: inspirar profundamente de modo que se expandan los músculos del Tórax. contener el aliento durante cinco segundos y después echarlo. Permitir que el ritmo respiratorio vuelva a ser normal y repetir el ciclo.
11. Estómago: tensar, manteniendo hacia adentro, los músculos del estómago “aspirando” hacia la columna vertebral. Mantenerlo así durante cinco segundos y relajarlo. Permitir que se normalice la respiración y repetir.
12. Espalda: hacer un arco con la espalda (separándola de la silla). Relajar. Repetir.
13. Piernas y muslos: levantando las piernas de la silla o de la cama, tensar los músculos de los muslos. Relajar. Repetir.

14. Pantorrillas y pies: levantar los dedos del pie hacia atrás, tensando los músculos de las pantorrillas. Relajar. Repetir.

Al terminar la relajación de cada forma muscular, nótese la diferencia al liberar la tensión, lo bien que se siente uno estando relajado, caliente y pesado, para variar. Después de completar la secuencia de relajación muscular, sentir todo el cuerpo tumbado, pesado y relajado, hundiéndose en la silla o la cama. Seguir tumbado al mismo tiempo que continúa el ritmo respiratorio natural sin esfuerzo.

ETAPA 3 (visualización)

En la tercera etapa de la relajación completa se intenta apartar de forma gradual la mente de las tensiones de la vida cotidiana, mientras se continúa estando alerta y despierto. Dicho de otro modo, esta etapa implica la relajación de la mente, además de la del cuerpo. La mejor forma de hacerlo es elegir, antes de comenzar la sesión la relajación, una imagen o un recuerdo favorito que se pueda explorar durante cinco o diez minutos en esta última etapa. Muchas personas encuentran muy relajante la imagen de estar tumbados en una playa cálida y soleada. Si se elige esta imagen, se deben utilizar los sentidos para aprovechar al máximo esta sensación. Uno se puede imaginar que oye el sonido de las olas rompiendo suavemente contra la costa, el sonido de las gaviotas volando, o siente la sensación cálida del sol sobre la piel, de la suave brisa marina, del cuerpo tumbado en la arena caliente, el azul del mar moteado por el sol, el color de la arena, la forma de las nubes que pasan por el cielo, la fragancia del aire fresco del mar, la sensación de paz y tranquilidad y del bienestar que produce estar lejos de todo, solo y satisfecho en esta playa maravillosa.

Anexo N° 6

HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 1



Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio

Fecha: 7 de octubre 2014

Datos generales del entrevistado

Nombre: A.C.

Edad: 67 años.

SEXO: M

Fecha de nacimiento: 10 de febrero de 1947.

Nivel de Instrucción: Bachiller.

Ocupación: Teniente de Policía.

Dirección: Santiago, Bda. el ciruelito, calle 2da, casa N° 25B

Motivo de consulta:

Previamente citado A.C., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse irritable y se asevera cuando se percata de burlas y señalamientos a su persona, por lo que siente temor de perder el control.

Posteriormente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

El paciente se encuentra laborando en el área del COIF de la Policía de Veraguas, en funciones acordes a sus aptitudes según las recomendaciones de los especialistas tratantes en su situación médica, en esta área su función es la de llevar registros e ingresar datos, sobre el mantenimiento de las instalaciones, es el de peor desempeño en su área, sus superiores no le exigen mucho debido a su condición y tiempo de servicio brindado, el manifiesta no sentirse bien consigo mismo, ya que desde hace 1 año con 11 meses, el convive con su enfermedad Diabetes mellitus 2, bajo medicación, complicaciones renales, falta de concentración, hipertensión arterial. Refiere tener también alteraciones del sueño, lo cual, sumado a lo anterior, le dificultan su diario actuar, tanto en lo personal como en lo laboral.

El conocimiento de esta enfermedad (Diabetes mellitus 2), se dio a raíz de un desmayo en patrullaje vehicular como supervisor, el cual no reaccionó a los primeros auxilios y fue trasladado en el mismo vehículo a urgencias del nosocomio más cercano.

Luego de esto fue atendido por especialistas en el Hospital Arnulfo Arias M. en donde le aclararon el diagnóstico médico y las prescripciones médicas que debería cumplir al pie de la letra y tras largas semanas de hospitalización fue dado de alta.

Es por ello que desde aquella fecha y a pesar de las recomendaciones médicas, el paciente no ponía de su parte del todo en apearse a ellas. Refiere el paciente que siente que su vida es horrible, terrible, nada comparado con lo que fue antes de su enfermedad, dice sentirse menos que sus compañeros al no poder desempeñarse en los oficios y obligaciones de un policía normal, de un hombre normal, ya nada le motiva, intentando renunciar por dos ocasiones durante los primeros nueve meses una vez reintegrado a su servicio.

Actualmente dice que su vida no vale la pena, no desea dar lástima, no tiene deseos de hacer nada porque piensa que lo hará deficientemente, no tiene voluntad de emprender nada nuevo, cree que la gente se burla de él, incluyendo a sus jefes, ya que la manera en que se desenvuelve (más lento) se asemeja a la de un viejo inservible.

Cronología de los síntomas: Desde hace un año y 11 meses que ocurrió dicho desmayo y confirmación de su diagnóstico médico, manifiesta el paciente que este hecho y las posteriores consecuencias del mismo han afectado significativamente su vida y el concepto de sí mismos ya que se ve como un carga, dice no tener interés por nada, ni la voluntad de emprender algo nuevo, lo cual es notorio en todas sus esferas de desempeño vital, cabe resaltar que institucionalmente la unidad fue evaluado en la junta médica policial y se le asignó como policía no operativo permanentemente, en base a su discapacidad por enfermedad. Según el paciente “esta evaluación institucional en vez de ayudarme ha sido todo lo contrario, me han hundido más”, por consiguiente, aunado a lo demás expuesto se reafirma aun más sentimientos de minusvalía, deficiencias de redes sociales y sin ánimos para actividades tanto dentro de su trabajo como en su vida privada.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y crecimiento: El paciente es el hijo menor de su familia de origen, posee una hermana mayor que reside en Estados Unidos, sus padres residen en el corregimiento de San Francisco y allí tiene un pequeño negocio.

No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual, tampoco se observan enfermedades, a parte de las expuestas, de consideración.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia paternal, pero si en familia maternal, en abuela y tía (diabetes).

Familia, relación sociales y afectivas: A.C. procede de una familia nuclear, de la cual es el hijo menor, posee una hermana menor de 51 años, nació y vivió hasta los 14 años en San Francisco, a esta edad es enviado por sus padres a Santiago para culminar sus estudios secundarios y regresar a San Francisco a la edad de 19 años.

Sus padres son comerciantes, compran y venden mercadería seca, su hermana se dedica a la atención al público en los Estados Unidos en una empresa de cobranzas, a AC no le gusto la idea de que lo enviaran a vivir con sus tíos, pero reconoce que el despreocupó mucho sus estudios por estar cerca de malas compañías.

Luego de culminar sus estudios, laboró en una cadena comercial, luego de lo cual decide regresar a su pueblo natal, atiende el negocio de sus padres y posterior a esto decide ingresar a la policía.

Cuando egreso del curso, decide unirse y vivir con su novia, la cual conoció a su regreso de estar en Santiago, ella era un año menor a él cuando se conocieron y actualmente viven en Santiago, Bda. el ciruelito y tienen 2 hijos, ambos adultos y con sus respectivas familias.

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

A.C. labora actualmente como supervisor administrativo del COIF de la policía de Veraguas. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

A.C. se muestra como una persona resignada, de humor depresivo, pasiva, inseguro de su porvenir, solo tiene por certeza que no será útil debido a su estado de salud. Los efectos secundarios de los medicamentos (antidepresivos) reportados por el paciente fueron sequedad de boca, lentitud psicomotora, dolor de cabeza y mareos, sin embargo, cuando se sentía mejor, sin consultar el médico tratante los suspendía. Refiere el paciente haber recibido terapia psicológica ya antes, pero que no le gustó, ya que no

se le atendía o se le pasaba el turno, o que la terapia se centraba en cuestiones como su relación con sus padres más que con la temática de su problema, no tuvo más ganas de ir y la dejó, declara el paciente.

Manifiesta sentirse incapaz de desarrollar un papel útil en su vida, que él no era de esta forma antes del diagnóstico de su enfermedad y siente que lo que le ocurre es un castigo divino injustificado hacia él.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico): Dra. Psiquiatra Malaika Fagette U. cód.3796, Reg.4945, diagnóstico F32.1 Episodio depresivo moderado.

Medicación: el galeno recetó fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y diacepam (10mg) y clonazepam (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (problemas de insomnio, descontinuado su uso). Presenta (E11) Diabetes mellitus tipo 2 (no insulino dependiente) bajo medicación prolongada, presenta de igual forma (I 10) Hipertensión esencial (primaria), bajo medicación prolongada.

Test aplicado para efecto del estudio:

Test de Beck: presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 23 lo cual indica una depresión moderada, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva moderada, ya que AC es una persona que se encuentra en una situación de conflicto y de decaimiento sostenida debido al entorno que enmarca su enfermedad, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la desesperanza e incertidumbre al conocer que su situación médica es plenamente irreversible. Marcada pérdida de confianza en sí mismo y problemas para conciliar el sueño.

Se evidencia claramente problemas con relación a su estado emocional, humor depresivo, sentimiento de inferioridad, vacío o desesperanza y que no estaban presente antes del diagnóstico médico definitivo, una situación que como para otros, no se está preparado mentalmente, lo cual afecta su seguridad personal y laboral, indispensables para desenvolverse de forma adecuada en el ámbito familiar y social.

Sus motivaciones e intereses se encuentran ausentes, solo débilmente enfocados a sus nietos, pero no en un nivel que se considere adecuado.

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía.
- Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas: Depresión tratada con psicoterapia y farmacoterapia, recibió atención psiquiatría en Servicios Médicos de la policía nacional, posteriormente en la CSS, C.H.M. (descontinuada), seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referido nuevamente a psiquiatría).

HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 2



Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio
Fecha: 7 de octubre 2014
Datos generales del entrevistado:
Nombre: N.C.
Edad: 48 años.
SEXO: M
Fecha de nacimiento: 3 de marzo de 1966.
Nivel de Instrucción: Bachiller.
Ocupación: Subteniente de Policía.
Dirección: Santiago, Bda. La florecita, calle principal casa N° 15

MOTIVO DE CONSULTA:

Previamente citado N.C., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inestable emocionalmente, ya que acepta experimentar cambios bruscos de comportamiento e irritabilidad por las burlas y señalamientos a su persona por su condición física permanente que lo limita.

Posteriormente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

Sobreviviente de accidente laboral (accidente en autopatrulla), amputación de la mano derecha. Sentimientos de incapacidad, dificultad para expresar lo que piensa y siente, aislamiento social, indecisión, ausentismo laboral.

Historia de enfermedad:

El paciente se encontraba laborando en el área policial de las Peñas de Santiago, pero debía viajar a las Palmas en ese día a presentar un parte, por lo cual toma el vehículo policial asignado a dicha área y emprende el viaje, es así que es llamado por sus superiores para que se dirija de regreso en esa ocasión a Santiago para apoyo en una manifestación que se encontraba en proceso, obedece la orden y emprende el regreso a mitad de camino, se accidentaría unos kilómetros más adelante perdiendo él la mano derecha al ser cercenada en el impacto producto al choque.

Desde hace 11 meses que convive con este problema y nueva situación vital, el paciente recibió hospitalización y terapias en el hospital, además de ayudas técnicas con artefactos ortopédicos y demás.

Cronología de los síntomas:

Desde hace 11 meses que ocurrió el accidente, manifiesta el paciente que este hecho y las posteriores consecuencias del mismo han afectado significativamente su vida, el concepto de sí mismos ya que se ve como un desvalido, dice no tener interés por nada ya que para hacer las cosas normales o nuevas se necesitan ambas manos, lo cual es notorio en todas sus actividades de desempeño vital, se le da un porcentaje de 47% de acuerdo a su discapacidad física y esto según el paciente confirma su sentimiento de minusvalía, todo es extraño y amenazante para él ahora refiere, al igual que no será un policía completo como el resto de los compañeros.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y de crecimiento:

El paciente es el hijo menor de su familia de origen, posee un hermano mayor que reside cerca a la casa de sus padres en Santiago, Bda. La florecita y es allí donde vive con sus padres.

No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual, tampoco se observan enfermedades de consideración.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas ni en su familia ni en abuelos, a excepción de su madre y tías que poseen pigmentaciones en la piel cuando reciben mucho sol, solo esto ocurre con las mujeres de la familia.

Familia, relación sociales y afectivas:

NC procede de una familia nuclear, de la cual es el hijo menor, posee un hermano mayor, nació y vivió hasta los 19 años en Santiago, a esta edad es enviado por sus padres y hermano al curso policial con su consentimiento.

Sus padres son comerciantes, compran y venden mercadería como semillas y demás productos del agro en lo cual aporta su hermano mayor con dinero.

Actualmente convive con su esposa, padres, y sus dos hijos varones de 3 y 6 años de edad en la ciudad de Santiago en la florecita.

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

N.C. labora actualmente como supervisor del personal que labora en la cafetería de la policía de Veraguas. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

El paciente NC se muestra como una persona resignada, de humor cambiante, depresivo, a veces colérico, pasivo, inseguro de su porvenir, solo tiene por certeza que no será bueno debido a su estado de salud. Los efectos secundarios de los medicamentos (antidepresivos) reportados por la paciente fueron sequedad de boca, dolor de cabeza y mareos, sin embargo, cuando se sentía mejor, sin consultar el médico tratante los suspendía. Refiere el paciente haber recibido terapia psicológica ya antes, pero que no continuó con la misma debido a su horario de terapias y trámites que debía efectuar.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico):

Dra. Psiquiatra Yazmín Tuñón cód. T-037, Reg. 5380 diagnosticó **F32.1 Episodio depresivo moderado**.

Presenta **S68** Amputación traumática de la muñeca y de la mano (derecha), presenta de igual forma (I 10) Hipertensión esencial (primaria), bajo medicación prolongada.

Medicación: el galeno recetó tratamiento fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y diacepam (10mg) y clonazepam (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (problemas de insomnio, descontinuada su uso).

Test aplicado para efecto del estudio:

Test de Beck: presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 21 lo cual indica una depresión moderada, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva moderada, ya que NC es una persona que se encuentra en una situación de alto riesgo y de vulnerabilidad sostenida debido al entorno que enmarca su enfermedad, la amputación de su mano derecha y sus repercusiones, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la desesperanza e incertidumbre del conocer que su situación en plenamente irreversible.

Se evidencia claramente problemas como la desconfianza, humor depresivo, ira, sentimiento de vacío o desesperanza, sentimientos de incapacidad, problemas para conciliar el sueño, dificultada para expresar lo que piensa y siente, aislamiento social, indecisión, ausentismo laboral. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

Esta situación inesperada, afecta su seguridad personal y laboral indispensable para desenvolverse de forma adecuada en lo familiar y social.

Sus motivaciones e intereses se encuentran ausentes, débilmente enfocados a sus hijos, pero no en un nivel que se considere adecuado.

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía.
- Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas:

Depresión tratada con psicoterapia y farmacoterapia, recibió atención psiquiatría en la CSS, C.H.M. (descontinuada), salud ocupacional CSS, seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referido nuevamente a psiquiatría).



HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 3

Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio
Fecha: 8 de octubre 2014
Datos generales del entrevistado:
Nombre: R.G.
Edad: 42 años.
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 8 de octubre de 1972.
Nivel de Instrucción: Bachiller.
Ocupación: Subteniente de Policía.
Dirección: Santiago, Bda. Villa Serena, calle 3ra casa N° S/N

MOTIVO DE CONSULTA:

Previamente citado R.G., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse irritable casi todo el día por los problemas de salud que padece e indica estar cansado de burlas y señalamientos a su persona, por lo que teme perder el control de sí mismo y prefiere aislarse de los demás. Cabe destacar que el paciente en las semanas de tratamiento farmacológico previo a la intervención, pierde a su esposa en un accidente (atropello), por lo que manifestó estresores relacionados con el proceso de duelo.

Aun con dicha situación de duelo, independientemente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

Sobreviviente de accidente laboral (exposición accidental a químicos de gas lacrimógeno), pérdida parcial de la vista (ojo izquierdo y parte del derecho).

Naturaleza del problema:

El paciente se encuentra laborando en el área del hospital, asignación para los policías que sufren de algún tipo de discapacidad, en esta área su función es la de atender a los compañeros policías hospitalizados y preguntar cómo han sido atendidos, cuáles son sus demandas, que opinan del servicio y esto comunicarlo a recursos humanos de la zona policial, al Psicólogo encargado de la sección (de ser necesario) y a trabajo social.

Su desempeño en este puesto laboral es aceptable, sus superiores observan que tiene continuos roces con sus compañeros, argumentando que su discapacidad es una de las más graves y que el resto son débiles y llorones al quejarse por pequeñeces.

Hace aproximadamente 1 año y medio R.G. se expuso por accidente a químicos de gas lacrimógeno en los ojos, y esto provocó que su visión se viera muy comprometida, ya en el hospital se le intervino, pero una bacteria infectó sus ojos y el daño fue tal que tuvieron que realizar varias operaciones para salvar parcialmente su vista.

Manifiesta sentirse muy enojado y resentido por esto, dice que fue un descuido del hospital que a él se le infectara los ojos, pero acepta haber cometido un error al manejar mal los químicos de los gases

lacrimógenos en la manifestación ese día, refiere que hay compañeros que no tienen problemas de visión y se quejan demasiado, no le parece de varones tal actitud.

Cronología de los síntomas:

Desde hace un año y medio que ocurrió el accidente, manifiesta el paciente que éste hecho y las posteriores consecuencias (usar gafas especiales ante cambios bruscos a la exposición del sol, distingue figuras humanas y la lectura es poca) han afectado significativamente su calidad de vida, tiene un gran resentimiento con la vida y el creador por esto, su vida era muy plena antes del accidente, ahora se siente muy limitado, no desea demostrar su pena frente a los compañeros al no ser activo como ellos, pero se siente mal por su condición física que según él lo perturba en lo social y mental.

Adicional el paciente tuvo que confrontar recientemente la pérdida física de su esposa la cual llevaba a su hijo en brazos y evitó que fuera víctima recibiendo el impacto en un atropello de auto hace dos meses, el niño no sufrió daño alguno, pero presentó posteriormente un proceso de duelo complicado, situación que acrecentó los síntomas que padecía RG por su situación médica.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y de crecimiento:

El paciente es el tercer hijo en su familia de origen, posee dos hermanas mayores que residen en la atalaya de Veraguas y un hermano menor que reside en Sona de Veraguas al igual que sus padres.

No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual, tampoco se observan enfermedades de consideración.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas ni en su familia ni en abuelos.

Familia, relación sociales y afectivas:

R.G. es el hijo tercero en su familia de origen, sus padres se dedican a la agricultura de subsistencia, R.G. se encargó de brindar apoyo económico a su hermano menor, que se dedicaba a estudiar en la Universidad.

Luego de culminar sus estudios, laboró en un taller de autos en Santiago, luego de lo cual decide regresar a Sona su pueblo natal, es así que pasan tres años y con un grupo de amigos decide probar suerte en la Policía y hacer el intento de ingresar a la institución y se gradúa.

Luego de un año y medio de haber egresado del curso, decide unirse y vivir con su novia, la cual conoció a su regreso del curso, ella fue dos años menor a él (fallecida) y actualmente vive en Santiago, Bda. Villa Serena, y tienen un hijo. Prestó servicios en San Miguelito, luego en Chorrera en la unidad de control de multitudes (UCM), que es donde ocurre el accidente del cual se lamenta amargamente.

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

R.G. labora actualmente como enlace de custodios policiales de privados de libertad citados en las fiscalías u autoridades de la Prov. de Veraguas, que ventilan dichos casos penales. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

R.G. se muestra como una persona resignada, de humor depresivo, pasiva, inseguro de su porvenir, solo tiene por certeza que no será bueno debido a su estado de salud y más por la ausencia física de su esposa quien lo ayudaba, en otros momentos desarrolla enojo y frustración, no soporta ver la debilidad en sus compañeros que se quejan por todo y que tienen pequeñas enfermedades y no un problema serio como el que él tiene.

Los efectos secundarios de los medicamentos (antidepresivos) reportados por la paciente fueron sequedad de boca, aumento de peso y dolor de cabeza, sin embargo, cuando se sentía mejor, sin consultar el médico tratante los suspendía. Manifiesta haber recibido terapia psicológica ya antes, pero refiere que no le gustó, ya que él no sentía que lo podían ayudar en nada, nadie le devolverá su vista como antes, luego la terapeuta fue removida y él ponía excusas a la nueva profesional para asistir, manifiesta que ahora con un terapeuta varón quizás las cosas serán distintas.

Manifiesta sentirse con dudas en cuanto a su capacidad para desarrollar un papel útil en su vida, que él no era de esta forma antes del accidente y siente que lo que le ocurre es un castigo divino injustificado hacia él, que daría todo por no cometer el error ese día de manipular mal esos químicos, pero que la culpa también la tuvo las personas del hospital que descuidaron su caso y se infectó sus ojos. Por otra parte, el dolor por la pérdida de su esposa la ha transformado en cierta obsesión de mantener una demanda legal contra el conductor responsable.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico):

Dra. Psiquiatra Berta E. Aguilar cód. T-028, Reg. 5352, diagnosticó **F32.2 Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.**

Diagnóstico secundario: F43.22 trastorno adaptativo, con reacción mixta de ansiedad y depresión.

Medicación: el galeno recetó tratamiento inicialmente vortioxetina, luego fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y zolpidem (10mg) y loprazolam (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (uso irregular).

Presenta (H53) alteraciones de la visión y recibe actualmente tratamiento oftalmológico (buen pronóstico de detención de degeneración visual). Presenta de igual forma (I 10) hipertensión esencial (primaria), bajo medicación prolongada.

Test aplicado para efecto del estudio:

Test de Beck: Presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 31 lo cual indica una depresión clínica, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva clínica, ya que R.G. es una persona que se encuentra en una situación de alto riesgo y de vulnerabilidad sostenida debido al entorno que enmarca su enfermedad, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la desesperanza e incertidumbre del conocer que su situación en plenamente irreversible.

Se evidencia claramente problemas con relación a la desconfianza en sí mismo, el humor depresivo, problemas para conciliar el sueño, ira para con los demás y consigo mismo, sentimiento de vacío o desesperanza, sentimientos de infravaloración, dificultad para expresar lo que piensa y siente, aislamiento

social, llantos fáciles recurrentes e indecisión en la toma de decisiones, así como disminución en el interés sexual.

Situación que afecta su seguridad personal y laboral indispensable para desenvolverse de forma adecuada en el ámbito familiar y social.

En cuanto al proceso natural de duelo, sus motivaciones e intereses se encuentran ausentes, y las pocas enfocadas a su hijo y no en un nivel que se considere adecuado, puesto que emocionalmente se hace más daño a él y por ende parte a su hijo (cierto grado de intranquilidad por los procesos legales contra el conductor responsable de la pérdida de su esposa).

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía.
- Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas:

Depresión tratada con hospitalizado inicialmente (emergencia 24 horas de observación), posteriormente su tratamiento estuvo basado en psicoterapia y medicación, recibió atención psiquiatría del Hospital San Fernando, posteriormente CSS (descontinuada), salud ocupacional CSS, seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referido nuevamente a psiquiatría).

HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 4



Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio
Fecha: 8 de octubre 2014
Datos generales del entrevistado:
Nombre: D.A.
Edad: 45 años.
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 8 de octubre de 1969.
Nivel de Instrucción: Bachiller.
Ocupación: Sargento Primero de Policía.
Dirección: Santiago, Bda. Mira Mar, calle caracol Casa N° 8

MOTIVO DE CONSULTA:

Previamente citado D.A., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inconforme, irritable por su condición limitante física permanente, y en ocasiones teme perder el control de su comportamiento por las burlas y señalamientos a su persona, siente que su deber es dar el ejemplo a su personal y demostrar lo mejor de sí, pero no se siente de esta manera, dice no superar la pérdida parcial de la movilidad en su miembro inferior derecho y del cuello.

Posteriormente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

Sobreviviente de accidente laboral (accidente en autopatrulla), el paciente se encuentra laborando en la Policía de Menores en un puesto designado para los policías que sufren de algún tipo de discapacidad, en esta área su función es la de dirigir al resto del personal ya que es el más antiguo, solo por el hecho de no ser oficial, no puede comandar el lugar, pero si tiene dominio sobre todos los miembros de tropa que allí laboran y por ende es la mano derecha del oficial encargado, prepara la adquisición de equipos y los proyectos de mejoras para la Unidad.

Manifiesta que hace menos de dos años sufrió un accidente en el autopatrulla en la cual se encontraba de servicio, al ser impactado por un camión con desperfectos mecánicos, tuvo un fuerte traumatismo en la columna producto del impacto y vuelco en dicho accidente de tránsito. Como resultado de esto perdió parcialmente la movilidad en su miembro inferior derecho y en gran parte de la movilidad del cuello.

Cronología de los síntomas:

Desde hace aproximadamente 2 años que ocurrió el accidente, manifiesta el paciente que este hecho y las posteriores consecuencias del mismo han afectado significativamente su vida, tiene un gran resentimiento con la vida, a veces consigo mismo por esto, su vida era muy plena antes del accidente, ahora se siente muy limitado, no desea demostrar su pena frente a los demás al no ser un policía completo, pero se siente mal y no acepta ni se adapta a su condición física actual, su autoestima dice esta muy pobre.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y de crecimiento: El paciente es el hijo menor en su familia de origen.

No se observa problemas de lenguaje, ni intelectual, tampoco se observan enfermedades de consideración.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas ni en su familia ni en abuelos.

Familia, relación sociales y afectivas:

DA es el hijo menor en su familia de origen, posee un hermano mayor que reside en la ciudad capital y sus padres residen en la Santiago de Veraguas. Sus padres se dedicaban a la agricultura de subsistencia. Pudo completar finalmente los años de colegio sin mayores complicaciones. Una vez graduado decide probar suerte en la Policía y hacer el intento de ingresar a la institución policial. Con el apoyo de sus padres, logra cubrir los gastos de instrucción y finalmente se gradúa.

Luego de un año y medio de haber egresado del curso, decide unirse y vivir con su novia, la cual conoció a su regreso de su formación policial, ella es 5 años menor a él y actualmente viven en Santiago, Bda. Mira Mar y tienen 3 hijos de 10, 12 y 19 años.

Prestó servicios una vez graduado en el Colon, luego en San Miguelito y finalmente Dirección de transporte ANCON, que es donde ocurre el accidente automovilístico en servicio.

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

D.A. labora actualmente como secretario administrativo del encargado de la sección de Policía de Niñez y Adolescencia de la policía de Veraguas. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

D.A. se muestra como una persona resignada, de humor depresivo, pasiva, inseguro de su porvenir, solo tiene por certeza que no será bueno debido a su estado de salud, en otros momentos desarrolla enojo, no soporta que le tengan lástima, pero a veces se siente diferente, como castigado por algo y estas son las consecuencias.

Los efectos secundarios de los medicamentos (antidepresivos) reportados por el paciente fueron sequedad de boca, lentitud psicomotora y mareos, sin embargo cuando se sentía mejor, sin consultar el médico tratante los suspendía. Manifiesta haber recibido terapia psicológica ya antes pero que no le gusto ya que el no sentía que lo podían ayudar en nada, nadie le devolverá su motricidad, luego la terapeuta fue removida y el ponía excusas a la nueva profesional, manifiesta que ahora con un terapeuta varón las cosas serán distintas, además creía que la psicoterapia era para débiles y niños.

Manifiesta sentirse con dudas en cuanto a su capacidad para desarrollar un papel útil en su vida, que él no era de esta forma antes del accidente y siente que lo que le ocurre es un castigo divino injustificado hacia él, que el cumpliendo por su deber, en un patrullaje normal en el sector de responsabilidad el camión cuyo conductor perdió control impactándolo y este luego da vueltas y termina contra un árbol, el estaba trabajando mientras otros se accidenta por ebrios o descuidados, eso no lo perdona, podría entender que son gajes del oficio, pero no acepta que le haya ocurrido a él.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico):

Dra. Psiquiatra Berta E. Aguilar cód. T-028, Reg. 5352, diagnosticó **F32.1 Episodio depresivo moderado.**

Medicación: el galeno recetó tratamiento fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y zolpidem (10mg) y clonacepan (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (uso irregular).

Presenta (S14) traumatismo de la medula espinal y de nervios a nivel del cuello, recibe tratamiento de fisioterapia temporal, según necesidad. Presenta Igual forma (I 10) hipertensión esencial (primaria), bajo medicación prolongada.

Test aplicado para efecto del estudio:

Test de Beck: presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 25 lo cual indica una depresión moderada, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva moderada, ya que D.A. es una persona que se encuentra en una situación de alto riesgo y de vulnerabilidad sostenida debido al entorno que enmarca su enfermedad, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la desesperanza e incertidumbre del conocer que su situación en plenamente irreversible.

Se evidencia claramente sentimientos de minusvalía, ha ejercido violencia intrafamiliar, aislamiento social, problemas para conciliar el sueño, indecisión y falta de energía para actividades por lo que presenta problemas como la desconfianza, el humor depresivo, ira para con los demás y consigo mismo, sentimiento de vacío o desesperanza con llanto fácil en ocasiones al exponer su caso y que no estaba presente antes del acontecimiento ocurrido, esta situación inesperada, ha afectado su seguridad personal y laboral indispensable para desenvolverse de forma adecuada en el ámbito familiar y social.

Sus motivaciones e intereses se encuentran ausentes, solo débilmente enfocadas a sus hijos, pero no en un nivel que él considere adecuado.

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía.
- Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas:

Su tratamiento antidepresivo estuvo basado en medicamentos antidepresivos y psicoterapia, recibió atención psiquiatría en el Hospital San Fernando, posteriormente CSS (descontinuada), salud ocupacional CSS, seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referido nuevamente a psiquiatría).

HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 5



Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio
Fecha: 8 de octubre 2014
Datos generales del entrevistado:
Nombre: CN.
Edad: 45 años.
SEXO: F
Fecha de nacimiento: 15 de septiembre de 1969.
Nivel de Instrucción: Bachiller.
Ocupación: Sargento Primero de Policía.
Dirección: Santiago, Bda. Villa del Sol Casa N° S/N

MOTIVO DE CONSULTA:

Previamente citada C.N., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, esta manifiesta presentar cambios bruscos de comportamiento e inestabilidad. Acepta la conducta de llamar la atención a colaboradores bajo su supervisión de manera inadecuada, y ha percibido crear inconformidad al respecto, indica sentirse amargada casi todo tiempo, le ha preocupado el control de su comportamiento, por lo que en ocasiones intenta mejorar sus conducta, partiendo del hecho que es su deber es el dar el ejemplo al personal que labora con ella y demostrar lo mejor de sí, sin embargo sin darse cuenta persiste dicha conducta ya que le siguen llamando la atención.

Posteriormente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

Sobreviviente de enfermedad común, diagnóstico de Ptosís renal o Nefroptosis (desprendimiento de riñón derecho), refiere la paciente que cuando está de pie es notorio el cambio de lugar. Lo que le ha conllevado varios problemas, uno de ellos es que el uréter se arrolla y se forman cálculos. Otros son el dolor constante y las infecciones urinarias o simplemente ardor al orinar.

Cronología de los síntomas:

Desde hace aproximadamente 1 año y medio visita al doctor por fuertes dolores en la espalda media y fuertes ardores al orinar y más cuando se colocaba el equipo de trabajo policial, por lo que después de varios exámenes realizados le diagnosticaron Ptosís renal, manifiesta el paciente que este hecho y las posteriores consecuencias del mismo han afectado significativamente su vida, tiene un gran resentimiento con la vida, a veces consigo mismo por esto, su vida era muy plena antes de dicho diagnóstico, ahora se siente muy limitada, refiere que se siente mal y no acepta ni se adapta a las prescripciones médicas, por lo que constantemente se siente irritable y prefiere estar sola, ya que piensa que es objeto de burlas y señalamientos de los demás a sus espaldas por su condición médica.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y de crecimiento: El paciente es hija única en su familia de origen. No se observa problemas de lenguaje, ni intelectual, tampoco se observan enfermedades de consideración.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas ni en su familia ni en abuelos. Sin embargo, dentro de sus antecedentes familiares existen casos de depresión en tíos.

Familia, relación sociales y afectivas: CN es hija única en su familia de origen, sus padres residen en la Santiago de Veraguas. Sus padres se dedicaban a la agricultura de subsistencia.

Pudo completar finalmente los años de colegio sin mayores complicaciones. Una vez graduada decide ingresar a la institución policial. Con ahorros de trabajos temporales y con el apoyo de su madre, logra cubrir los gastos de instrucción y finalmente se gradúa.

Luego de 8 años de haber egresado del curso, decide unirse y vivir con su pareja de hecho, la cual conoció a su lugar de trabajo, ella es 2 años menor a él y actualmente viven en Santiago, Bda. Villa del Sol y tienen una hija de 16 años.

Prestó servicios una vez graduada en San Miguelito, luego en el Centro Femenino de Rehabilitación (CEFERE) y finalmente Dirección de Información Policial, que es donde labora una vez le indican el diagnóstico de su situación médica.

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

C.N. labora actualmente como secretaria administrativa del encargado de la oficina de Dirección de Investigación Policial (DIP) de la policía de Veraguas. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

C.N. se muestra como una persona de humor depresivo, insegura de su porvenir, solo tiene por certeza que no podrá ser policía completa como antes debido a su estado de salud, en otros momentos desarrolla inconformidad y enojo, ahora bien, no soporta que la traten como incompetente, pero a veces se siente diferente, y cuando le llaman la atención relacionado con su conducta siente que se le castiga injustificadamente y estas son las consecuencias.

Los efectos secundarios de los medicamentos reportados por la paciente fueron sequedad de boca, disminución de peso, dolor de cabeza, sin embargo, cuando se sentía mejor, los suspendía sin consultarlo con el médico. Manifiesta haber recibido terapia psicológica ya antes pero que no le gusta, ya que siente que hablar con alguien sus problemas, que no ha experimentado físicamente lo que tiene ella, siente que no lo podían ayudar en nada, ya que nadie le devolverá su salud, aun así, la iba obligada y en ocasiones para no asistir exponía excusas a la profesional. Manifiesta que ahora el atenderse con un psicólogo de la policía, igual no le gusta, ha escuchado a compañeros y le han recomendado asistir, cree que las cosas serán distintas, además creía que la atención psicológica era hablar de problemas sin sentido ya que no resuelven nada.

La unidad indica que no se siente bien laborando en dicho lugar, ya que la tienen con ella y sabe que hablan a sus espaldas y eso la enoja aun más. Indica que no es su culpa haberse enfermado y no poder ser una policía como las demás y odia que la señalen y se metan su vida.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico):

Dra. Psiquiatra Yazmín Tuñón cód. T-037, Reg. 5380, diagnosticó **F32.1 Episodio depresivo moderado.**

Medicación: el galeno recetó tratamiento inicialmente fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y zolpidem (10mg) y loperazolam (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (uso irregular, descontinuada su uso).

Tratamiento en nefrología, según necesidad. Hipertensión, bajo medicación prolongada.

Test aplicado para efecto del estudio:

Test de Beck: presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 21 lo cual indica una depresión moderada, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva moderada, ya que CN es una persona que se encuentra en una situación de riesgo y de vulnerabilidad sostenida debido al entorno que enmarca su enfermedad, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la desesperanza e incertidumbre del conocer que su situación es plenamente irreversible. Presentó sentimientos de minusvalía, aislamiento social, indecisión en la toma de decisiones, problemas para conciliar el sueño, falta de energía para actividades.

Según la paciente describió dificultades para concentrarse y poner atención. Su cansancio y su falta de interés llegaron a tal grado que prefería quedarse acostada que ir a trabajar o hacer otras cosas, que antes disfrutaba. Sus relaciones interpersonales no han sido buenas, ella se aisló y solo contó con el apoyo de su hija y algunos amigos. Presenta problemas como la desconfianza, el humor depresivo, ira para con los demás y consigo mismo. Sus motivaciones e intereses se encuentran ausentes, solo débilmente enfocadas a su hija, pero no en un nivel que ella considere adecuado.

Por ahora intenta aprender a conocer su enfermedad, a aceptarla, y a tratarse. Aun persiste cierta negación ante la ayuda profesional psicológica y si podrá sentirse mejor tratándose a tiempo.

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía.
- Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas:

Su tratamiento estuvo basado en medicamentos antidepresivos y psicoterapia, recibió atención psiquiatría en la CSS, C.H.M. (descontinuada), salud ocupacional CSS, seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referida nuevamente a psiquiatría).

HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 6



Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio
Fecha: 9 de octubre 2014
Datos generales del entrevistado:
Nombre: D.J.
Sexo: M
Edad: 37 años.
Fecha de nacimiento: 12 de marzo de 1977.
Nivel de Instrucción: Bachiller
Ocupación: Sargento primero de Policía.
Dirección: Santiago, Bda. Cerro Azul, Casa N° S/N

MOTIVO DE CONSULTA:

Previamente citado D.J., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse sin ánimos de seguir luchando por su salud, se siente derrotado por la enfermedad que padece, situación de preocupación por el servicio de atención renal, quienes le habían diagnosticado insuficiencia renal crónica y recién un par de semanas después de varios exámenes especializados se le diagnosticó no compatible para trasplante, por la degeneración propia de la enfermedad, al pasar mucho tiempo sin poder contar con un donante, por lo que se encuentra inestable emocionalmente.

Posteriormente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

El paciente se encuentra laborando en servicios médicos inicialmente en la capital Policía de Ancón y posteriormente a la policía de Veraguas. El servicio de atención renal pidió el servicio de Psicología en vista de lo alterado de el comportamiento observado en el paciente, el cual se encuentra angustiado, desesperado, impaciente y con una gran incertidumbre de conocer que sucede con su salud, desea un diagnóstico que le indiquen hasta cuándo podría vivir si no hay donante para su padecimiento, para poder saber más acerca de la misma y así poder comunicarlo a su esposa y a sus padres quienes viven en los algarrobos de Tole Chiriquí.

El paciente llegó a Emergencia, por motivo de fuertes dolores en sus articulaciones, fuertes dolores de cabeza, pérdida de peso sin proponérselo y dificultad para respirar. Es atendido y evaluado, para posteriormente realizar su ingreso al hospital.

Se aprecian problemas en el plano comportamental, de orden sociofamiliar, en cuanto a lo personal emocional se observan alteraciones significativas.

Cronología de los síntomas:

A raíz de presentar los primeros cuadros de dolores óseos, episodios febriles y dolores de cabeza hace aproximadamente un año y medio, para entonces comenzó a intranquilizarse e inquietarse sobre lo que acontecía con su cuerpo, pero decide no decir nada a su familia, ya que en estas fechas él se encontraba de comisión policial fronteriza en Darién y creyó el paciente que estos malestares se debían al efecto de la vegetación espesa.

Ya para su regreso a la Palma de Darién, sus cuadros se exacerbaban se ve en la necesidad de buscar ingreso en el Hospital de Chepo y posteriormente a la Especializada de la CSS.

Con el transcurrir del primer día y segundo en el área de emergencias, además de la incertidumbre en cuanto a su diagnóstico, el cual, debido a la realización de exámenes y discrepancia entre los médicos de turno en referencia al diagnóstico, tardo en conocerse 2 días, el paciente se mostraba intranquilo e irritable porque no sabía aún que tenía ni que informar a su esposa y padres quienes viven en otras ciudades.

Al momento de conocer los resultados y ser diagnosticado con insuficiencia renal crónica terminal, el paciente entro en shock, al igual que su esposa y padres, quienes lo visitaron en ese día de la confirmación del diagnóstico, el paciente no tuvo el deseo de hablar con nadie más que con su familia durante dos días y posterior a esto decide continuar con las visitas del departamento de psicología.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y de crecimiento: El paciente es el hijo mayor de su familia de origen y posee dos hermanos menores. No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual.

Existen antecedentes de enfermedades, en su familia sus abuelos paternos y su propio padre han padecido de problemas renales, sus abuelos fallecieron debido a esta enfermedad, en cambio en el padre del paciente la enfermedad no se presentó de manera crónica, casi imperceptible dijo la madre, nada de qué preocuparse.

Familia, relación sociales y afectivas:

D.J. Procede de una familia nuclear, de la cual es el hijo mayor, posee un hermano de 24 y una hermana de 22 años, nació y vivió hasta los 19 años en el Prado de Tole, sus padres también son de allá.

Su vida transcurre entre los oficios comunitarios de los algarrobos, le gustaba en especial el aspecto concerniente a mejorar la calidad de vida de los habitantes de su sector.

Terminado la secundaria, con un grupo de amigos decide probar suerte y se inscribe en el curso policial, sus padres lo apoyaron, el paciente logra superar todas las pruebas y es aceptado en el curso definitivo, luego de un año recibiría su grado policía.

Una vez que se gradúa como policía, decide casarse con su novia, un año menor a él, con la cual posee tres hijos de 12, 16 y 18 años.

En un inicio el paciente prestó sus servicios policiales en la policía fronteriza en Darién, pero desde su enfermedad fue trasladado a servicios médicos de ancón y posteriormente a la de Veraguas y decide en Santiago vivir junto su esposa e hijos.

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

D.J. labora actualmente como secretario administrativo del encargado de la clínica de la policía de Veraguas. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

D.J. se muestra como una persona tranquila, pasiva, segura de sus fortalezas, conocedora de sus debilidades, resignada a su enfermedad actualmente según lo observado en las consultas finales, pero al inicio de la terapia se reportó una total desorientación, ira, ansiedad y preocupación continua, con respecto al desconocimiento del tiempo de vida que la enfermedad que le aqueja le permitiría y sus consecuencias,

además de no poder comunicar a su familia y esposa, con certeza si podrá obtener un donante a tiempo ya que su cuadro clínico es muy avanzado.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico): Dra. Psiquiatra Yazmín Tuñón cód. T-037, Reg. 5380 diagnóstico F32.2 Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.

Diagnóstico secundario: F43.22 trastorno adaptativo, con reacción mixta de ansiedad y depresión.

Medicación el galeno recetó tratamiento fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y zolpidem (10mg) y loprazolam (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (problemas de insomnio, uso irregular). Presenta (N18) Insuficiencia renal crónica, tratamiento en nefrología (diálisis peritoneal), según necesidad. Presenta de igual forma (I 10) hipertensión esencial (primaria), bajo medicación prolongada.

Test aplicado para efecto del estudio: Test de Beck: presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 32 lo cual indica una depresión clínica, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva clínica, ya que D.J. es una persona que se encuentra en una situación de alto riesgo y de vulnerabilidad debido al entorno que enmarca su enfermedad, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la ansiedad e incertidumbre del no saber si podrá recuperarse de la enfermedad o si podrá contar con un donante que pueda ser compatible, todo esto acontecido en un breve lapso de tiempo. Presenta sentimientos de infravaloración, aislamiento social, indecisión en la toma de decisiones, problemas para conciliar el sueño, falta de energía para actividades, cambio de apetito.

A pesar de todo esto sus motivaciones e intereses tienden a estar relacionados a lograr y transmitir tranquilidad a la familia y conocer la gravedad de su enfermedad.

Con relación a sus recursos psicológicos, su carácter flexible y asimilador de experiencias negativas puede ser utilizado con la finalidad de desarrollar su sentido psicológico de la enfermedad, con la finalidad de motivarlo hacia el enfrentamiento de las diálisis perinatales (recomendada medicamente), vistas como una oportunidad de hacerle frente a su problema de salud actual, mejorando su sentido de vida futura con el objeto de mejorar su calidad de vida y teniendo como tendencia orientadora el velar por su propia seguridad y la de su familia.

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas:

Depresión tratada con hospitalizado inicialmente (emergencia 24 horas de observación), posteriormente su tratamiento estuvo basado en medicamentos antidepresivos y psicoterapia, recibió atención psiquiatría en la CSS, C.H.M. (descontinuada), salud ocupacional CSS, seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referido nuevamente a psiquiatría).



HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 7

Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio
Fecha: 9 de octubre 2014
Datos generales del entrevistado:
Nombre: J.R.
Sexo: M
Edad: 26 años.
Fecha de nacimiento: 2 de mayo de 1988.
Nivel de Instrucción: Bachiller
Ocupación: Sargento primero de Policía.
Dirección: Santiago, Bda. Cañasillas, calle principal, Casa N° S/N

MOTIVO DE CONSULTA:

Previamente citado J.R., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta presentar cierta inestabilidad de emociones (acepta el llorar con facilidad), al verse limitado físicamente por su condición médica, se aísla y no le interesa interactuar con el grupo de trabajo, y solo mantiene el contacto mínimo con los demás compañeros en su trabajo, indican que se irrita con facilidad cuando intentan persuadirlo de cambiar dicha conducta, ya que no tienen idea de lo que padece.

Posteriormente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

El paciente se encuentra laborando en servicios médicos inicialmente en la capital Policía de Ancón y posteriormente a la policía de Veraguas, en una asignación para los policías que sufren de algún tipo de discapacidad, en esta área su función es la de atender a los aspirantes al programa de formación de policías, guiarlos en el recorrido de los servicios que necesitan para completar la evaluación médica para ingresar al programa. De igual forma entregar una encuesta de lo que opinan sobre el servicio brindado y esto comunicarlo a la sección de reclutamiento y selección de la policía.

Sobreviviente de accidente laboral, hace aproximadamente 1 año el paciente llegó a emergencia, por motivo de un accidente laboral (desprendimiento de rama de arboles en tormenta en cerro Tigre, lo laceran mientras custodiaba bunker de municiones), causándole distintos golpes en su anatomía principalmente la cabeza. Posteriormente a raíz del golpe pierde la vista del ojo izquierdo. Una vez recuperado de su estado físico continuaron ciertas secuelas como fuertes dolores de cabeza, pérdida del equilibrio, desmayos sin explicación y sangrado leve por las fosas nasales, por lo que es atendido y evaluado, y después de varios exámenes especializados se le diagnostica un tumor benigno en la base del cráneo, el cual es inoperable por el riesgo que conlleva, por lo que se mantiene bajo medicación para contrarrestar el crecimiento así como los síntomas y de mantener las prescripciones medicas posiblemente el tratamiento desvanecería dicho tumor.

Manifiesta sentirse muy enojado y resentido por esto, dice que no recibió el apoyo requerido por parte de los compañeros de sacarlo a tiempo de allí, ya que según le decían que solo fueron golpes leves ya que estaba consciente, y por no recibir la atención rápido conllevó la pérdida parcial de su visión, pero acepta haber cometido un error al descuidarse al no poder esquivar la rama ese día, refiere que hay compañeros que no tienen problemas de visión y se quejan de verlo laborando allí y no realizar el trabajo como los demás, no le parece de compañeros dicha actitud.

JR, una vez reincorporado en un puesto administrativo, los supervisores se han percatado que JR presenta problemas en el plano comportamental, de orden sociofamiliar, y en cuanto a lo personal emocionalmente se observan alteraciones significativas.

Cronología de los síntomas:

Desde hace aproximadamente 1 año que ocurrió el accidente, manifiesta el paciente que este hecho y las posteriores consecuencias del mismo han afectado su vida, tiene un gran resentimiento con la vida, a veces consigo mismo por esto, su vida era muy plena antes del accidente, ahora se siente muy limitado, no desea explicarle a todos los que lo coaccionan sobre su padecimiento y que sientan lastima por él, pero se siente mal y no acepta, ni se adapta con facilidad a su condición física actual, su autoestima dice esta muy baja.

Al momento de conocer los resultados de los exámenes y ser diagnosticado con un tumor benigno en la base del cráneo, el cual es inoperable por el riesgo que conlleva, el paciente entro en una tristeza y llanto fácil a pesar de aclararle que bajo una medicación estricta podría desvanecer y poder continuar su recuperación visual, al igual que su esposa y padres lo exhortaron a continuar, el paciente no tuvo el deseo de hablar con nadie más que con su familia durante dos días y posterior a esto decide continuar con las citas al departamento de psicología.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y de crecimiento: El paciente es el hijo menor de su familia de origen y posee dos hermanas mayores. No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas ni en su familia ni en abuelos. Sin embargo, dentro de sus antecedentes familiares existe un caso de depresión, una tía materna.

Familia, relación sociales y afectivas:

J.R. procede de una familia desintegrada (no conoce a su padre), de la cual es el hijo menor de su madre, posee dos hermanas, nació y vivió hasta los 19 años en Cañasillas, su madre también es de este sector.

Terminado la secundaria, con un grupo de amigos decide probar suerte y se inscribe en el curso policial, su madre y unos tíos lo apoyaron, el paciente logra superar todas las pruebas y es aceptado en el curso, luego de 8 meses recibiría su grado policía. Una vez que se gradúa como policía, decide casarse con su novia, un año mayor a él, con la cual posee tres hijas de 5, 2 y 1 años.

En un inicio el paciente prestó sus servicios policiales en la policía de apoyo al servicio (GAS), pero desde su accidente fue trasladado a servicios médicos de ancón y posteriormente a la de Veraguas, en donde decide vivir junto a su esposa e hijas.

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

J.R. labora actualmente en archivos de la sección de planificación de operaciones policiales de la policía de Veraguas. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

J.R. se muestra como una persona pasiva, cierta inseguridad de sus fortalezas, pero conocedora de sus debilidades, resignada a su discapacidad visual parcial, actualmente según lo observado en las consultas finales, pero al inicio de la terapia se reportó una total desorientación, ira y preocupación continua, con

respecto al desconocimiento del tiempo que el tratamiento tomaría para desvanecer el tumor benigno que le aqueja y sus consecuencias, además de saber que no podrá ser un policía completo.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico): Dra. Psiquiatra Berta E. Aguilar cód. T-028, Reg. 5352, diagnosticó F32.1 Episodio depresivo moderado.

Medicación: el galeno recetó tratamiento inicialmente duloxetina, luego fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y zolpidem (10mg) y clonazepam (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (problemas de insomnio, uso irregular).

Test aplicado para efecto del estudio: Test de Beck: presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 22 lo cual indica una depresión moderada, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva moderada, ya que J.R. presenta sentimientos de minusvalía, dificultades para concentrarse o pensar, aislamiento social, indecisión, falta de energía para actividades.

Es una persona que se encuentra en una situación de alto riesgo y de vulnerabilidad debido al entorno que enmarca su discapacidad parcial, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la ansiedad e incertidumbre de no saber si podrá recuperarse del tumor benigno, todo esto acontecido en un breve lapso de tiempo. Presenta cambio de apetito, problemas para conciliar el sueño y disminución en el deseo sexual.

A pesar de todo esto sus motivaciones e intereses tienden a estar relacionados a lograr y transmitir tranquilidad a la familia y conocer la gravedad de su enfermedad.

Con relación a sus recursos psicológicos, son vistas como una oportunidad de hacerle frente a su problema de salud actual, mejorando su sentido de vida futura con el objeto de mejorar su calidad de vida y así ser ejemplo de compañeros que padecen situaciones parecidas, por su propia seguridad y la de su familia.

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía.
- Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas:

Su tratamiento estuvo basado en medicamentos antidepresivos y psicoterapia, recibió atención psiquiatría en Hospital San Fernando, posteriormente CSS (descontinuada), salud ocupacional, evaluación y seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referido nuevamente a psiquiatría).



HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 8

Entrevistador: Psicólogo José de J. Aparicio
Fecha: 9 de octubre 2014
Datos generales del entrevistado:
Nombre: F.R.
Sexo: M
Edad: 38 años.
Fecha de nacimiento: 23 de junio de 1976.
Nivel de Instrucción: Bachiller
Ocupación: Cabo primero de Policía.
Dirección: Santiago, Bda. Villa gloria, calle 3ra Casa N° 14

MOTIVO DE CONSULTA:

Previamente citado F.R., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse irritable todo el tiempo, desde que supo los resultados de varios exámenes especializados realizados, los cuales arrojaron un diagnóstico de enfermedad terminal, desde entonces falta con regularidad a su puesto de trabajo, algunas ausencias están relacionadas al consumo perjudicial alcohol, indica que siente tristeza y enojo al no poder hacer nada para cambiar su situación médica, por lo que se encuentra inestable emocionalmente.

Posteriormente se vincula al programa de “Intervención terapéutica Grupal en Policías sobrevivientes de accidentes laborales o enfermedad común, con depresión moderada o crónica”.

Historia de enfermedad:

El paciente se encontraba laborando en la oficina de finanzas (cafetería) en las instalaciones de la Policía de Colón inicialmente, luego en la capital Policía de Ancón y posteriormente a la policía de Veraguas. El servicio de salud ocupacional pidió el servicio de Psicología en vista de lo alterado de el comportamiento observado en el paciente, el cual se encuentra en una actitud de desgano, derrotista y desesperanza, con una gran incertidumbre de conocer un diagnóstico que le indiquen hasta cuándo podría vivir, para poder saber más acerca de la misma y así poder comunicarlo a sus padres quienes viven en Santiago, Veraguas.

El paciente llegó a atención médica por fiebre persistente o sudoración nocturna durante varios días, fatiga persistente y aguda con aparición de enfermedades oportunistas (resfríos crónicos), por lo que es atendido y evaluado, para posteriormente realizar exámenes especializados una vez ingresado al hospital.

Cabe destacar que el paciente recibió atención y orientaciones con respecto al consumo perjudicial de alcohol, el cual afectaría el tratamiento por iniciar para un buen pronóstico. Se aprecian problemas en el plano comportamental, de orden sociofamiliar, en cuanto a lo personal emocional se observan alteraciones significativas.

Cronología de los síntomas:

A raíz de presentar los primeros cuadros de una pérdida de peso superior al 10%, episodios febriles y dolores de cabeza hace aproximadamente un año y un mes, para entonces comenzó a intranquilizarse e inquietarse sobre lo que acontecía con su cuerpo, sin embargo, el paciente creyó que estos malestares se debían al efecto de ingerir comidas de los expendios de comida que visitaba o por ingerir bebidas alcohólicas sin cierto control en las ocasiones que lo realizaba.

Pasadas las semanas no se recuperaba y sus cuadros se exacerbaban, por lo que se ve en la necesidad de buscar atención médica. Con el transcurrir del primer día de hospitalización, además de la incertidumbre en cuanto a su diagnóstico, el cual, debido a la realización de exámenes especializados al diagnóstico, tardo, pero una vez identificado el padecimiento el paciente se mostraba intranquilo e irritable porque no sabía aún que tenía ni que informar a sus padres quienes viven en otras ciudades.

Al momento de conocer los resultados y comunicado el diagnóstico terminal, el paciente entro en llanto, al igual que sus padres, quienes lo visitaron en ese día de la confirmación del diagnóstico, el paciente no tuvo el deseo de hablar con nadie más que con su familia durante una semana y posterior a esto decide continuar con las citas del departamento de psicología.

Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas

Curva biológica y de crecimiento:

El paciente es el tercero hijo de su familia de origen y posee dos hermanos uno menor y dos hermanas mayores.

No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas ni en su familia ni en abuelos. Sin embargo, dentro de sus antecedentes familiares existe un caso adicción y de depresión, un tío paterno.

Familia, relación sociales y afectivas:

F.R. procede de una familia nuclear, de la cual es el tercer hijo, posee tres hermanos, nació y vivió hasta los 20 años en la Bda. Villa Gloria, sus padres también son de ese sector.

Una vez graduado de secundaria decide ingresar a la institución policial. Con ahorros de trabajos temporales y con el apoyo de sus padres y hermanas, logra cubrir los gastos de instrucción y finalmente se gradúa.

Antes del diagnóstico terminal mantenía una relación de unión de hecho, no tenían hijos en común y vivían en Prov. De Colón, sector Arco Iris. Pareja que una vez se entera decide separarse y no ha mantenido contacto alguno desde entonces. Refiere la unidad que su expareja al igual que él inicio el tratamiento correspondiente.

En un inicio el paciente prestó sus servicios policiales en la policía del Canal sector atlántico, pero desde su enfermedad fue trasladado a la sección de finanzas de la policía del canal sector pacífico y posteriormente a finanzas de Veraguas en donde vive actualmente junto a sus padres

Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional

F.R. labora actualmente supervisor de la lavandería de la Sección de finanzas la policía de Veraguas. Su puesto está acorde a sus aptitudes y limitación física reportadas por el mismo con la certificación correspondiente.

F.R. se muestra como una persona pasiva, conocedora de sus debilidades (adicto en recuperación), resignado a su enfermedad actualmente según lo observado en las consultas finales, pero al inicio del tratamiento médico se reportó una total desorientación, ira, ansiedad y preocupación continua, con respecto al desconocimiento del tiempo de vida que la enfermedad que le aqueja le permitiría y sus

consecuencias, además sobrellevar a sus compañeros al ser coaccionado por no poder desenvolverse como policía activo.

Diagnóstico previo según CIE-10 (médico – psiquiátrico): Dra. Psiquiatra Malaika Fagette U. cód.3796, Reg.4945 diagnosticó F32.1 Episodio depresivo moderado.

Medicación: el galeno recetó tratamiento fluoxetina (antidepresivo 20 mg), y zolpidem (10mg) y loprazolam (2 mg) a corto plazo para conciliar o permanecer dormido (problemas de insomnio, uso irregular). Tratamiento en programa de Dx reservado, según necesidad.

Test aplicado para efecto del estudio: Test de Beck: presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 21 lo cual indica una depresión moderada, requiere de orientación y consejería oportuna.

Impresión psicológica:

De acuerdo a la entrevista realizada e instrumento de Beck, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de de sintomatología depresiva moderada, ya que F.R. es una persona que se encuentra en una situación de alto riesgo y de vulnerabilidad debido al entorno que enmarca su enfermedad, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, matizado por la ansiedad e incertidumbre de no saber si podrá mantener un proceso de recuperación doble tanto de su adicción como el de la enfermedad. Presenta sentimientos de infravaloración, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, indecisión en la toma de decisiones, problemas para conciliar el sueño, falta de energía para actividades, cambio de apetito.

A pesar de todo esto sus motivaciones e intereses tienden a estar relacionados a lograr y transmitir tranquilidad a la familia y seguir conociendo la gravedad de su enfermedad médica. Con relación a sus recursos psicológicos, el programa de alcohólicos anónimos puede ser utilizado con la finalidad de desarrollar su sentido psicológico de la enfermedad, con la finalidad de motivarlo hacia el enfrentamiento de las consecuencias y reacciones físicas al tratamiento, vistas como una oportunidad de hacerle frente a su problema de salud actual, mejorando su sentido de vida futura con el objeto de mejorar su calidad de vida y teniendo como tendencia orientadora el velar por su propia seguridad y la tranquilidad de su familia.

Recomendaciones:

- No realizar actividades relacionadas al servicio policivo permanentemente, solo trabajo de oficina según aptitudes, avalado por la junta Médica de la policía.
- Realización de actividades que no requieran esfuerzo según capacidades y bajo estrés.

Interconsultas:

Su tratamiento estuvo basado en medicamentos antidepresivos y psicoterapia, recibió atención psiquiatría en Servicios Médicos de la policía nacional, posteriormente CSS, CHM (descontinuada), salud ocupacional y programa de pacientes con diagnóstico reservado, evaluación y seguimiento en la sección de psicología de la policía nacional SEDE, posteriormente psicología de la policía de Veraguas (referido nuevamente a psiquiatría).



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: El siguiente cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. *Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta y enciérrela con un círculo; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.*

1) Escoge una opción

- a.- *Me siento triste.*
- b.- **Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.**
- c.- *Me siento tan triste o desdichado que no pueda soportarlo.*
- d.- No me siento triste.

2) Escoge una opción

- a.- *Me siento desanimado con respecto al futuro.*
- b.- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- c.- *Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.*
- d.- **No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.**

3) Escoge una opción

- a.- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- b.- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- c.- Siento que como persona soy un fracaso completo.
- d.- **No me siento fracasado.**

4) Escoge una opción

- a.- **No disfruto de las cosas como solía hacerlo.**
- b.- *Ya nada me satisface realmente.*
- c.- *Todo me aburre o me desagrada.*
- d.- *Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.*

5) Escoge una opción

- a.- **Me siento culpable buena parte del tiempo.**
- b.- **Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.**
- c.- *Me siento culpable todo el tiempo.*
- d.- No siento ninguna culpa particular.

6) Escoge una opción

- a.- **Siento que puedo estar siendo castigado.**
- b.- *Espero ser castigado.*

- c.- **Siento que estoy siendo castigado.**
- d.- *No siento que esté siendo castigado.*

7) Escoge una opción

- a.- *Estoy decepcionado conmigo.*
- b.- *Estoy harto de mi mismo.*
- c.- **Me odio a mi mismo.**
- d.- No me siento decepcionado en mi mismo.

8) Escoge una opción

- a.- **Me critico por mis debilidades o errores.**
- b.- **Me culpo todo el tiempo por mis faltas.**
- c.- **Me culpo por todas las cosas malas que suceden.**
- d.- No me siento peor que otros.

9) Escoge una opción

- a.- **Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.**
- b.- *Me gustaría matarme.*
- c.- **Me mataría si tuviera la oportunidad.**
- d.- No tengo ninguna idea de matarme.

10) Escoge una opción

- a.- **Lloro más que antes.**
- b.- *Ahora lloro todo el tiempo.*
- c.- *Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.*
- d.- **No lloro más de lo habitual.**

11) Escoge una opción

- a.- **Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.**
- b.- *Me siento irritado todo el tiempo.*
- c.- *No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.*
- d.- No me irrito más ahora que antes.

12) Escoge una opción

- a.- **Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.**
- b.- *He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.*
- c.- **He perdido todo interés en los demás.**



- 13) Escoge una opción
 a.- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 b.- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 c.- Ya no puedo tomar ninguna decisión.
 d.- Tomo decisiones como siempre.
- 14) Escoge una opción
 a.- Me preocupa que esté pareciendo avejentado(a) o inatractivo(a).
 b.- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
 c.- Creo que me veo horrible.
 d.- No creo que me vea peor que antes.
- 15) Escoge una opción
 a.- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 b.- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 c.- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
 d.- Puedo trabajar tan bien como antes.
- 16) Escoge una opción
 a.- No duermo tan bien como antes.
 b.- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 c.- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.
 d.- Puedo dormir tan bien como antes.
- 17) Escoge una opción
 a.- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
 b.- Me canso al hacer cualquier cosa.
 c.- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
 d.- No me canso más de lo habitual.
- 18) Escoge una opción
 a.- Mi apetito no es tan bueno como antes.

- b.- Mi apetito es mucho peor que antes.
 c.- Ya no tengo nada de apetito.
 d.- Mi apetito no ha variado.

- 19) Escoge una opción
 a.- He perdido más de 2 kilos.
 b.- He perdido más de 4 kilos.
 c.- He perdido más de 6 kilos.
 d.- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

- 20) Escoge una opción
 a.- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
 b.- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
 c.- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
 d.- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

- 21) Escoge una opción
 a.- Tengo menos interés por el sexo del que solía tener.
 b.- Casi no tengo interés por el sexo.
 c.- He perdido por completo mi interés por el sexo.
 d.- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.

Áreas de Impacto	
Primeras "c"	Segundas "b"

COMPUTO:

Suma "A",	Total	Suma "B",	Total	Suma "C",	Total	Suma "D",	Total
x 1 =		x 2 =		x 3 =		x 0 =	

Puntaje Total: _____ Diagnóstico: _____



TERMOMETRO DEL ANIMO

SEMANA # _____

NOMBRE _____

DÍAS

E	El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
S								
T	Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
A								
D	Mejor	7	7	7	7	7	7	7
O								
	Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
D								
E	Regular	5	5	5	5	5	5	5
A								
	Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
N								
I	Peor	3	3	3	3	3	3	3
M								
O	Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
	El Peor	1	1	1	1	1	1	1

NUMERO DE PENSAMIENTOS:

POSITIVOS _____

NEGATIVOS _____

ANOTACIONES:

**FORMA DE TRABAJO PARA EL METODO A-B-C-D**

A. Evento ACTIVANTE
(¿Qué sucedió?)

C. CONSECUENCIA
(¿Cómo reaccionó usted?)

B. BELIEF (CREENCIA) DE LO QUE
SUCEDIO. (Lo que usted se dijo a usted
mismo(a) acerca de lo que sucedió y que
influyó su reacción).

D. DISCUTIR LA CREENCIA
(Los pensamientos alternativos que
podrían ayudarle a reaccionar de
una forma más saludable).



CONTRATO INDIVIDUAL

Yo, _____ hago éste siguiente contrato conmigo mismo(a):

Objetivo: Durante esta semana, haré la siguiente actividad agradable: (de la Lista de Actividades Agradables)

Recompensa:

1. Si cumplo con mi objetivo me premiaré con: _____

2. Me daré esta recompensa no más de dos días después de haber logrado mi objetivo.

Firma: _____

Fecha:

Fecha en que logré mi objetivo: _____

Fecha en que me dí mi recompensa:



LISTA DE METAS INDIVIDUALES

METAS A CORTO PLAZO (cosas que le gustaria hacer dentro de los próximos 6 meses)

METAS A LARGO PLAZO (cosas que le gustaria hacer en alguna ocasión en su vida)

METAS DE LA VIDA (¿Que es lo que a usted le importa más en la vida?)

FORMATO SEMANAL DE CONTACTOS

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Mañana 8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
Tarde 12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-							

NUMERO DE CONTACTOS CON GENTE:

POSITIVOS _____

NEGATIVOS _____

ANOTACIONES:

ENTREVISTA PSICOLÓGICA**1.- Datos Personales**

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____ Estado Civil: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Lugar y tiempo de Residencia: _____
 Ocupación: _____
 Diagrama de las personas con las que vive (Familiograma):

2.- Motivo de la Consulta

¿Qué le ha llevado a participar en esta terapia de grupo?

3.- Información General:**3.1.- Información sobre su salud:**

1.- ¿Cuál es su estado de salud actualmente? _____ ¿Padece alguna enfermedad física? _____

¿Qué tratamiento sigue? _____

¿Ha sufrido algún tipo de accidente o intervención quirúrgica? _____

2.- Información sobre la paciente si es mujer

¿Sus menstruaciones son dolorosas? _____ ¿Son regulares? _____

¿Cada cuánto tiempo? _____ ¿Cuánto suelen durarle? _____

¿Le afectan de alguna manera? _____ ¿Cómo? _____

¿Está tomando anticonceptivos orales? _____

3.- ¿Es fumador habitualmente? _____

¿Qué cantidad de cigarrillos consume al día? _____ ¿Consume otro tipo de drogas? _____

¿Suele haber situaciones que favorecen tal consumo? _____ ¿Cuáles? _____

¿Por qué? _____

4.- ¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas? _____ ¿Qué cantidad? _____

Tipo de Bebida: _____ ¿Suele beber en alguna situación más frecuentemente que en otras? _____ ¿Por qué? _____

5.- ¿Considera que su dieta alimenticia es equilibrada? _____ ¿Cuántas veces al día come y en qué cantidades? _____

Ejemplifique un día cualquiera: _____

6.- ¿Habitualmente cuántas horas duerme? _____ ¿Suele levantarse descansado? _____

En caso negativo ¿Por qué? _____

7.- ¿Tiene relaciones sexuales? _____ En caso afirmativo, ¿está satisfecho con sus relaciones sexuales? _____

8.- ¿Está satisfecha/a, en general, con su salud física? _____

3.2.- Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas:

1.- ¿Tiene un grupo de amigos estable? _____ ¿Cómo son sus relaciones con ellos? _____

2.- ¿Cómo son sus relaciones con sus compañeros de trabajo? _____ ¿Y con sus superiores? _____

3.- ¿Cómo son sus relaciones con su familia? _____ ¿Con quién se lleva mejor? _____

¿Tiene problemas con algún miembro de su familia? _____

4.- En caso de tener pareja estable _____ ¿Desde cuándo conoce a su pareja? _____

¿Cómo la describiría? _____ ¿Qué puntos comunes tienen? _____

¿En qué son diferentes? _____ ¿Está satisfecho con esa relación y con su pareja? _____

5.- ¿Cómo son las relaciones con la familia de su pareja? _____

6.- En caso de que no tenga pareja estable ¿Por qué? _____

En caso de que haya habido separación o divorcio: ¿Qué sucedió? _____

¿Cuánto tiempo hace de ello? _____ ¿Cómo le afectó en su vida? _____

¿Qué cambio produjo? _____

¿En qué medida le afecta actualmente? _____

7.- En caso de tener hijos: ¿Cómo es su relación con ellos? _____

¿Los podría describir? _____ ¿Existe algún problema en concreto en relación con ellos? _____

8.- ¿Está satisfecho en general con sus relaciones sociales, familiares y personales? _____

9.- ¿Existe alguna persona con la que le gusta estar particularmente? ¿Por qué? _____

3.3.- Información sobre el trabajo actual y el tiempo de ocio

1.- ¿Cuáles son sus ocupaciones actuales? _____

¿Qué horario tiene? _____

2.- ¿Qué es lo que más le gusta de estas ocupaciones y lo que menos? _____

De 0 a 5, ¿cómo las puntuaría respecto a su agrado y respecto a su dominio? _____

¿Qué cambiaría de ellas? _____

- 3.- En general, ¿está satisfecho con las mismas? _____
- 4.- ¿Le gustaría trabajar en otra cosa? _____ ¿Cuál? ¿Por qué no lo hace? _____
- 5.- ¿Cuáles son sus ambiciones profesionales futuras? _____
- ¿Qué expectativas de conseguirlas tiene? _____
- 6.- ¿Tiene tiempo de ocio? _____ En caso negativo ¿Por qué? _____
- En caso positivo ¿Qué tipo de actividades suele realizar en este sentido? _____
- ¿Cuánto tiempo semanal le dedica? _____ ¿Con quién realiza estas actividades? _____
- ¿Hay algo que le gustaría hacer y no hace? _____ ¿Por qué? _____

3.4.- Estrategias de Autocontrol

- 1.- ¿Ha intentado alguna vez utilizar estrategias de autocontrol para resolver situaciones conflictivas? _____
- En caso afirmativo, ¿Consiguió resolverlas? _____
- En caso negativo, ¿Por qué? _____
- 2.- ¿Se considera capaz de controlar situaciones problemáticas cotidianas? _____ ¿Puede poner ejemplos de esas situaciones y cómo suele resolverlas? _____
- 3.- En general, ¿se considera satisfecho con su capacidad de controlarse a sí mismo?

3.5.- Motivación hacia la Intervención

- 1.- ¿Qué espera de esta intervención? _____
- 2.- ¿Está animado/a para colaborar activamente en la consecución de esta mejoría? _____

3.6.- Información sobre posibles recursos terapéuticos

- 1.- ¿Qué cosas y actividades le gustan mucho? _____
- ¿Las realiza? _____ En caso afirmativo ¿Con qué frecuencia? _____ En caso negativo ¿por qué? _____
- 2.- ¿Cree que hay alguna persona en su entorno que puede colaborar en su vida y atención hacia su persona? _____

Observaciones: _____

Entrevistador: _____

