



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA EL MANEJO DE LA
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN JÓVENES ADULTOS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

CRUZ DE LA LUZ ANA ISABEL

DIRECTORA: DRA. CECILIA GUADALUPE SILVA GUTIÉRREZ

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

MTRA. GABRIELA MARIANA RUIZ TORRES

MTRA. NELLY FLORES PINEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



“La melancolía es un licor bien caro, no te das cuenta, ya te ha emborrachado”

Eva Amaral

“Si estas apenado a causa de un suceso, no es el suceso lo que te hiere, sino tu propio juicio respecto a él y está en ti mismo el poder eliminar ese juicio”

Epicteto



AGRADECIMIENTOS.

Porque yo no lo hubiera logrado sola:

- ☺ *Gracias en primer lugar al que siempre estuvo y estará a mi lado: Dios.*
- ☺ *Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, en particular a mi Facultad de Psicología, mi segundo hogar que a través de sus becas, programas y espacios me permitieron terminar mis estudios, mi tesis...mis sueños.*
- ☺ *Gracias a mi familia, por ellos soy lo que soy, a mis padres por luchar para darme una carrera, esforzarse para poder apoyarme económica, mental y espiritualmente. A mis hermanos porque de una u otra manera me dan siempre lecciones de vida, por su comprensión, por las desveladas compartidas...gracias.*
- ☺ *Gracias a la Dra. Andrómeda Valencia por darme un espacio para aprender profesionalmente, desde que la conocí en el servicio social me dio su apoyo incondicional, me animó a ir a mi primer congreso, me guió en este trabajo a pesar de sus compromisos, no tengo palabras para agradecerle su apoyo y el ánimo que siempre me dio.*
- ☺ *Gracias a mis amigos y amigas que contribuyeron con su comprensión (perdón por todas las fiestas y reuniones a las que falte), mil gracias por sus palabras de aliento y apoyo, por creer en mí cuando yo no lo hacía, más que mis amigos son mi segunda familia. Ustedes que me conocieron en la primaria, en la secundaria, en la preparatoria o en la universidad se quedarán en mi vida infinitamente.*
- ☺ *Gracias a las personas del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila": maestros, compañeros, secretarías, a todos los que conocí ahí porque me dieron sus consejos y me ayudaron a adaptarme al centro, se volvió un lugar al que le tome un cariño muy especial.*
- ☺ *Gracias al Dr. Samuel Jurado, que siempre apoya a sus alumnos, es un maestro que respeto mucho, gracias por su tiempo y atención para este trabajo.*
- ☺ *Y gracias a mis excelentes sinodales: Dra. Mariana Gutiérrez, Mtra. Nelly Flores y Mtra. Gabriela Ruiz, porque a pesar de sus ocupaciones se tomaron el tiempo para darme sus aportaciones y que este trabajo fuera una realidad.*

¡MUCHAS GRACIAS!



ÍNDICE.

RESUMEN.	5
INTRODUCCIÓN.	6
CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: CARACTERÍSTICAS GENERALES.	9
DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.	9
<i>Síntomas de Depresión.</i>	11
<i>Tipos de Depresión.</i>	15
<i>Evaluación de la Depresión.</i>	19
DEFINICIÓN DE ANSIEDAD.	22
<i>Síntomas de Ansiedad.</i>	24
<i>Tipos de Ansiedad.</i>	29
<i>Evaluación de la Ansiedad.</i>	36
CAPÍTULO 2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN Y DE LA ANSIEDAD.	39
COMORBILIDAD.	44
GRUPOS VULNERABLES.	48
EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.	54
CAPÍTULO 3 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.	58
INTERVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA.	59
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	69
TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.	73
<i>Reestructuración Cognitiva.</i>	74
<i>Autorreforzamiento.</i>	78
<i>Relajación.</i>	81
<i>Entrenamiento en Habilidades Sociales.</i>	85
<i>Entrenamiento en Solución de Problemas.</i>	89
USO DE LOS MANUALES EN LA PSICOLOGÍA.	94
MÉTODO.	101
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.	101
OBJETIVOS.	103
<i>Objetivo General.</i>	103
<i>Objetivos Específicos.</i>	103
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	103
HIPÓTESIS.	103
VARIABLES.	104
<i>Variable Dependiente 1: Depresión.</i>	104
<i>Variable Dependiente 2: Ansiedad.</i>	104
<i>Variable Independiente: Taller para el manejo de la depresión y ansiedad.</i>	104
DISEÑO.....	105
MUESTRA.	105
ESCENARIO.	105
MATERIAL.	106
INSTRUMENTOS.	106
PROCEDIMIENTO.....	107
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	109
RESULTADOS.	110
DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA.	110
ANÁLISIS CON LA PRUEBA DE WILCOXON.	115



SATISFACCIÓN SOCIAL DEL TALLER.	117
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	124
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.	127
REFERENCIAS.	129
ANEXOS.	148



RESUMEN.

A través del trabajo con pacientes en un ambiente clínico se puede notar que los trastornos que se presentan con mayor frecuencia y en diferentes rangos de edad son los relacionados con la ansiedad y la depresión. Muchas veces estos desórdenes no son tratados de manera adecuada, ya sea por la minimización de los síntomas, por un mal diagnóstico o por un tratamiento inadecuado a las necesidades de los consultantes y aunque existen diferentes tratamientos para estos desórdenes hay una falta de esquematización de los mismos, manuales donde se describa a detalle las instrucciones y ejercicios de cada sesión para que los terapeutas tengan una guía al trabajar con este tipo de pacientes y se brinde un mejor servicio en las diferentes instituciones. Por ello la presente investigación tuvo como objetivo crear y validar una intervención grupal con enfoque cognitivo conductual para el manejo de ambos trastornos para la población mexicana joven y con la cual se elaboró un manual. Con el propósito de verificar la eficacia de esta propuesta se realizó un piloteo con seis personas que solicitaron atención en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” cuyo motivo de consulta fueron síntomas de depresión y ansiedad. El taller tuvo una duración de 10 sesiones de 2 hrs cada una, una vez por semana, aplicando el Inventario de Ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck antes, a la mitad y al final de la intervención, los datos obtenidos se analizaron con la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, encontrándose cambios significativos en la muestra ($\alpha=.027$ para la depresión y $\alpha=.046$ para la ansiedad), lo que valida este taller como una opción para el tratamiento de jóvenes con ambos trastornos. Aunque se encontraron aspectos a mejorar del taller, es importante la elaboración de estos manuales ya que los centros que ofrecen atención psicológica necesitan, como cualquier otra organización, de procedimientos válidos y normas claras para la aplicación de los tratamientos, facilitando que el recién egresado o promovido pueda rápidamente adecuarse a sus tareas y así se brinde un mejor servicio al enfrentar este tipo de problemáticas.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, cognitivo-conductual.



INTRODUCCIÓN.

Todas las personas han sentido tristeza o ansiedad ante los retos del día a día, sin embargo hay personas cuyos sentimientos angustiantes y depresivos alcanzan un grado tan elevado que se ve afectado su desarrollo en todos los aspectos. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2005 (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2005) el 8.8% de la población mexicana ha presentado un cuadro de depresión en alguna etapa de su vida, pero tan sólo una de cada cuatro personas recibe ayuda especializada.

La OMS (2008) refiere que la depresión es una de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo y para el año 2020 este trastorno mental será la primera causa de incapacidad laboral, pero en las mujeres mexicanas ya es la primera causa de años de vida saludables perdidos, mientras que en los hombres es la novena causa (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco, 2012).

Por otro lado, la ansiedad también preocupa en el ámbito clínico debido a la situación actual de México, como la falta de empleo, la violencia, la inseguridad entre otros factores que han producido su aumento, siendo de los trastornos mentales más frecuentes seguida por los trastornos afectivos, principalmente la depresión mayor (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013).

Según Benjet y colaboradores (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz, & Zambrano-Ruiz, 2004) las personas que padecieron algún episodio de depresión a edad temprana tienen mayores probabilidades de tener un trastorno de ansiedad en años posteriores, por ello es común encontrar una elevada tasa de comorbilidad, pues alrededor del 50% al 60% de los deprimidos tienen síntomas ansiosos (Cía, 2007), llegando a ser más incapacitantes que cualquier enfermedad física (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007).



La juventud y la adultez son etapas críticas en donde se toman una serie de decisiones que van a marcar el curso del plan de vida, por ello este periodo es uno de los más sensibles para que se presenten estos trastornos, pues las personas entre 18 y 29 años muestran hasta 2.5 veces más probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad y 6.3 veces más de sufrir depresión que el resto de la población (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007).

Los tratamientos psicológicos más eficaces para abordar estos trastornos, comparados con los de tipo farmacológico y otras corrientes psicológicas, han sido los de tipo cognitivo-conductual (Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005) donde las técnicas se enfocan a reducir el pensamiento disfuncional, aumentar las habilidades en solución de problemas, las habilidades sociales, el autorreforzamiento y la reducción de la activación fisiológica, para el caso de la ansiedad (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006), sin embargo aún no hay una suficiente manualización y divulgación de dichos tratamientos validados en México.

Por todo esto, la presente investigación propone un taller de enfoque cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa de los asistentes, pero además generar un manual para los terapeutas. El capítulo 1 describe a detalle cada uno de estos trastornos, los tipos y los instrumentos que existen para evaluarlos, el capítulo 2 aborda las cifras epidemiológicas, comorbilidad, los grupos más vulnerables y el pronóstico de estos trastornos en México y en el capítulo 3 se presenta de manera breve las técnicas de enfoque cognitivo-conductual más utilizadas para la depresión y ansiedad, desde el marco de la intervención basada en la evidencia y además se habla del uso de los manuales de dichos tratamientos dentro del área de la psicología clínica.

Finalmente, en el apartado del método se muestra la propuesta formal del taller, cuyo manual se puede leer en los anexos. Como resultado del piloteo de esta intervención, se muestra el análisis estadístico con la prueba de Wilcoxon de los puntajes obtenidos antes, a la mitad y al final del taller con el Inventario de



Depresión y de Ansiedad de Beck, cuyo resultado válida el uso de taller, además se muestra un análisis cualitativo del mismo obtenido con una retroalimentación dada por los asistentes.

El objetivo de esta propuesta no era sólo disminuir los síntomas de los asistentes del taller, sino también manualizar un tratamiento para ambos trastornos, ya que una intervención breve y eficaz podría satisfacer la alta demanda que implican en el ámbito clínico y a su vez tener un material para capacitar al personal de la salud mental que lo necesite, beneficiando así tanto a las personas que reciben el tratamiento como a los mismos terapeutas.



CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD: CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Definición de Depresión.

Siendo la depresión uno de los motivos de consulta más frecuente, el terapeuta debe preguntarse ante cada caso ¿De qué habla la persona cuando dice depresión? ¿Se trata de un síntoma, síndrome, trastorno, enfermedad, estilo de vida? ¿Qué no es la depresión: tristeza normal, duelo normal, reacción anímica exagerada o no, disgustos, preocupaciones, frustraciones, enfermedades, culpas...? La palabra depresión es un término que se utiliza ampliamente en el lenguaje cotidiano sin distinción, ya sea ante una tristeza normal o ante algo más grave cómo la depresión mayor, por ello es necesario definir bien a qué se refiere el término dentro de la psicología clínica que puede describir un síntoma, un síndrome o un trastorno del estado del ánimo.

Como síntoma individual, la palabra depresión suele referirse a una amplia gama de estados de ánimo tales como la tristeza, infelicidad, desdicha, melancolía o disforia, muy comunes a lo largo de la vida, que pueden ser emociones pasajeras o reacciones normales ante los hechos del entorno pero también pueden ser parte de la sintomatología de un trastorno mental no exclusivo del estado del ánimo, como la ansiedad, o incluso como parte de enfermedades médicas no mentales, como el cáncer (Ruz & Alvis, 2009).

Como síndrome, la depresión es un conjunto de signos y síntomas relacionados que ocurren juntos regularmente. Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001) dichos síntomas son nueve primordialmente, acompañados de un estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, con una duración de por lo menos dos semanas. Estos síntomas son los que se muestran en la Figura 1.

Síntomas del episodio depresivo.

- 1.- Sensación de tristeza o de vacío (Estado de ánimo deprimido)
- 2.- Disminución o pérdida del placer o del interés.
- 3.- Aumento o disminución del apetito y en consecuencia un aumento o pérdida del peso corporal.
- 4.- Alteraciones del sueño (Insomnio o hipersomnia).
- 5.- Agitación o lentitud en los movimientos.
- 6.- Fatiga o pérdida de energía.
- 7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos.
- 8.- Disminución de la concentración y de la toma de decisiones.
- 9.- Pensamientos constantes de muerte.

Figura 1. Se muestran los síntomas característicos para el diagnóstico de un episodio depresivo según los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001).

La depresión como trastorno forma parte de los desórdenes del estado de ánimo, es decir, altera el humor de manera patológica, donde la intensidad del cambio es tal que invade la capacidad funcional de la persona (Goncalves, González, & Vázquez, 2003). Según Friedman y Thase (1995) se diferencia de una tristeza normal en su intensidad, duración, la asociación con otros síntomas clínicos y su impacto sobre el funcionamiento del individuo, además tiene una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados componentes familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos (Solloa, 2009).



Cuando la depresión pasa de un síntoma a un trastorno, se ve alterado de manera importante (e incluso incapacitante) el funcionamiento social, laboral y otras áreas significativas de la persona, por ello es fundamental conocer la sintomatología de estos conceptos para saber en qué estado mental se encuentra la persona cuando solicita la ayuda.

Síntomas de Depresión.

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001) refiere que no basta con la presencia de los síntomas de la Figura 1 para hablar de un trastorno depresivo, sino que estos impliquen un cambio significativo con respecto a la conducta previa de la persona, siempre y cuando los síntomas no sean resultado de alguna enfermedad médica o uso de sustancias. Con cinco o más síntomas de la Figura 1 se puede diagnosticar depresión, dependiendo del tiempo de duración del cuadro y del número de episodios se determina el tipo de depresión (Suárez, 2009).

Por otro lado, el CIE-10 (OMS, 1992) define un episodio depresivo como una pérdida de la capacidad para disfrutar las cosas, que lleva a una reducción de la actividad y a un cansancio exagerado, incluso ante tareas de esfuerzo mínimo, donde los síntomas característicos son:

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de inutilidad.
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos negativos, autosuicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño y del apetito.

El CIE-10 (OMS, 1992) refiere que se necesitan cuatro o más de estos síntomas, que varían escasamente sin responder a los cambios ambientales, para diagnosticar depresión, donde el episodio puede dividirse en leve, cuando las



personas no dejan por completo sus actividades a pesar de los síntomas, moderado, donde la persona tiene dificultades en su vida cotidiana y el episodio grave con/sin síntomas psicóticos donde además de los síntomas típicos hay una angustia, sentimientos de culpa e inutilidad importantes, con un gran riesgo de suicidio ya que en ocasiones hay alucinaciones, usualmente auditivas, sobre temas de ruina o catástrofes, congruentes con un estado de ánimo bajo.

Si bien, uno de los síntomas principales para el diagnóstico de la depresión es el estado de ánimo bajo que se presenta la mayor parte del tiempo y de forma diaria, algunas personas, sobre todo niños y adolescentes, pueden presentar más bien un estado de ánimo irritable (Andrade, Cañas & Betancourt, 2008). En los adultos debido a la falta de interés que muestran en casi todas las actividades, es común encontrar historias de aislamiento social, el abandono de aficiones e incluso la pérdida del deseo sexual (Suárez, 2009).

Un episodio depresivo también altera procesos biológicos como la alimentación y el sueño, aunque es difícil decir que al deprimirse las personas sólo comen menos o sólo tienen insomnio, ya que también se dan casos en el que las personas comen más o presentan sueño durante todo el día (hipersomnia), donde los sentimientos de desolación y tristeza son mayores en la mañana disminuyendo a lo largo del día, pero nunca completamente (San-Molina, 2010). En cuanto a la variación en el peso, esta no se debe a alguna dieta y tiene que ser una variación de peso significativa, es decir, un aumento o disminución de alrededor del 5% por mes (Uriarte, 2010).

La angustia y la ansiedad también son muy comunes en la depresión y aunque no son parte del cuadro depresivo como tal, pero el miedo irracional ante lo desconocido, la locura o la muerte es frecuente, fortaleciendo así el sentimiento de inseguridad, por lo que no es de extrañar que ansiedad y depresión se presenten en forma conjunta (Chinchilla, 2008).



Los cambios más observables en las personas depresivas son los de la actividad motriz, ya que ésta aumenta o disminuye considerablemente con respecto a su actividad previa, cambios psicomotrices que incluyen ya sea la agitación, inquietud, hiperactividad o al contrario, voz baja al hablar, lentitud del lenguaje, de pensamientos o movimientos, que no sólo son una sensación de la persona sino que también los demás lo perciben (Solloa, 2009).

Aunada a la falta de energía, el cansancio y la fatiga (incluso ante el menor trabajo) se suelen presentar una serie de sentimientos de inutilidad, de culpa excesiva casi delirante, no los usuales autoreproches que se dan en la vida cotidiana, sino pensamientos excesivos de poca valía, autoevaluaciones negativas no realistas, rumiaciones de pequeños errores, malinterpretando acontecimientos triviales tomándolos como pruebas de sus defectos personales, con un gran sentimiento de responsabilidad por las adversidades (Ceballos, 2010).

Junto con todos estos síntomas se da el más preocupante: el suicidio, que incluye a los pensamientos de muerte, los deseos de morir sin un plan específico, la planeación detallada y los intentos de suicidio como tal (Rivera & Andrade, 2008). Alrededor del 13.5% de la población mexicana ha tenido un intento de suicidio, siendo mayor la proporción entre la población de 15 y 29 años, después es menos común, sin embargo la planeación sigue ocurriendo incluso después de los 40 años (Borges, Orozco, Benjet, & Medina-Mora, 2010). Se calcula que de las personas con ideaciones suicidas el 87% ya tiene un plan, el 53% si intentó suicidarse y lo que es más grave, sólo el 3.4% de las personas solicitaron ayuda para tratar sus problemas emocionales, pero no con un especialista (Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro & Fleiz, 2009).

En la Figura 2 se muestran de forma general los síntomas de la depresión descritos anteriormente divididos en cinco áreas.

Resumen de los síntomas depresivos.



Figura 2. Se muestra un resumen de las manifestaciones de la depresión en diversas áreas de la persona, todas con repercusiones en la vida social, laboral, escolar y afectiva (Uribe, 2010; Chinchilla, 2008; Ceballos, 2010; Solloa, 2009; San-Molina, 2010; OMS, 1992; American Psychiatric Association, 2001).

Un problema para diagnosticar la depresión a pesar de contar con los sistemas de diagnóstico es que los pacientes minimizan los síntomas o el cuadro se presenta de forma enmascarada, ya sea como somatización, insomnio, anorexia, angustia, etc., confundiendo fácilmente con otros problemas (Ruz & Alvis, 2009). Puede ser que cuando la persona pida ayuda no consulte a un especialista y primero asista con un médico general, si éste no establece un diagnóstico correcto seguirá peregrinando y cuando llegue a un especialista el trastorno puede ya ser crónico (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz, & Zambrano-Ruiz, 2004).

Es sumamente importante difundir más sobre la sintomatología depresiva y combatir los prejuicios sobre ésta, pues en muchas ocasiones se piensa que con la simple “fuerza de voluntad” se puede tratar, cuando desde los primeros indicios se podría dar una atención antes de que se convierta en un trastorno con consecuencias graves.

Tipos de Depresión.

En la Figura 3 se muestra la clasificación general que propone el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001) que ubica la depresión dentro de los trastornos del estado del ánimo y en la Figura 4 se muestra la clasificación del CIE-10 (OMS, 1992), que la ubica dentro de los trastornos del humor.



Figura 3. Se muestra de forma general los tipos de trastornos del estado de ánimo que propone el DSM-IV, dentro de los cuales está la depresión (American Psychiatric Association, 2001).

Clasificación de los Trastornos del Humor.

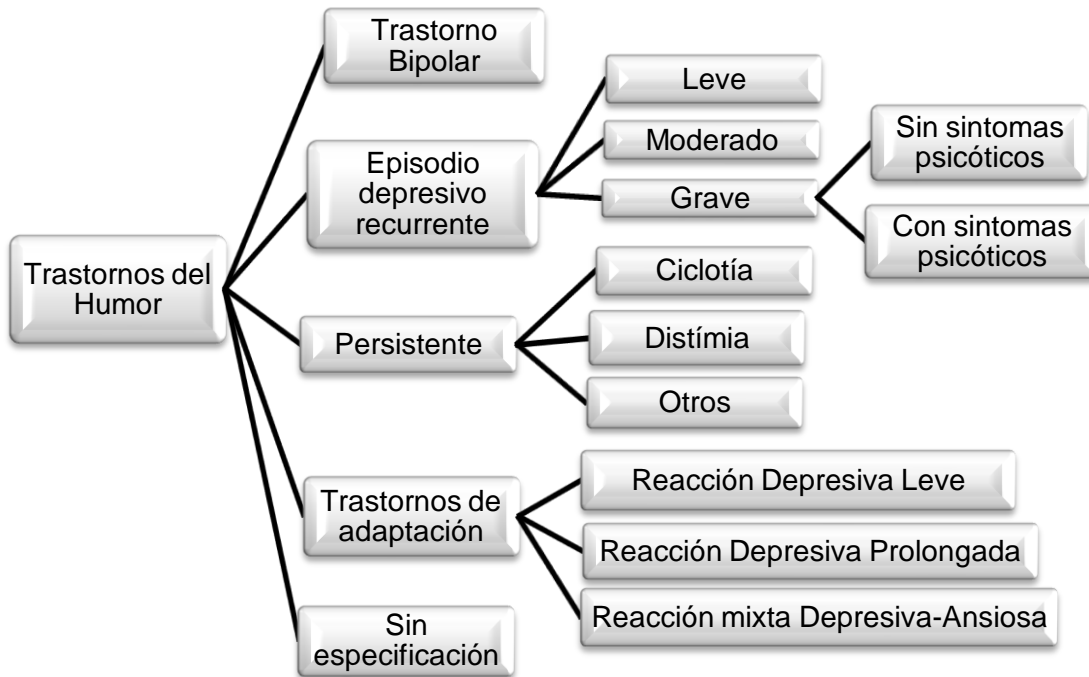


Figura 4. Se muestra de forma general la clasificación de los trastornos del humor que propone el CIE-10, donde se encuentran los diferentes tipos de depresión (OMS, 1992).

Aunque existen estas clasificaciones de la depresión que se basan en diferentes criterios, en general se puede hablar de dos grandes grupos de depresiones, unas determinadas por factores orgánicos (endógena, fisiológica, psicótica, vital, primaria, etc.) y otras causadas por factores externos (psicógena, psicológica, neurótica, personal, secundaria, reactiva, etc.), incluso puede hablarse de un tercer grupo para abarcar aquellas depresiones que no encajan en los dos grupos anteriores, como la depresión mixta (Chinchilla, 2008).

La depresión es un trastorno muy heterogéneo, pudiendo ser muy claros los síntomas y tratamientos de algunos de los subtipos pero no los de otros (Goncalves, González & Vázquez, 2003). A continuación se describen a detalle las características de los subtipos depresivos más frecuentes:



- ❖ **Depresión Mayor o Primaria:** Se caracteriza por dos o más episodios depresivos, con al menos cuatro síntomas de la Figura 1 y con una duración mínima de dos semanas de estado de ánimo bajo o falta de interés (American Psychiatric Association, 2001). En casos muy graves puede haber síntomas psicóticos o catatónicos.

- ❖ **Distimia:** Depresión no muy severa que el individuo padece durante mínimo dos años (en niños y adolescentes durante un año mínimo) en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él (Vallejo, 2011). Se manifiesta con pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000). Muchas veces se le llega a considerar un rasgo de personalidad, puesto que la persona sigue realizando sus actividades aunque con ciertas dificultades, sin embargo suele ser el resultado de un hecho estresante o de una depresión que no remite por completo (Rojtenberg, 2006).

- ❖ **Ciclotimia:** Este trastorno se caracteriza por la inestabilidad persistente del estado de ánimo, donde hay periodos de depresión y de euforia leves (Stern, Herman, & Salavin, 2005). Suele aparecer en la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque las oscilaciones del ánimo no se perciben del todo, por lo que casi no se busca atención (Chinchilla, 2008). La ciclotimia sería un punto medio entre la normalidad y la depresión, pero con ciclos de hipomanía.

Existen otros subtipos de depresión que no siempre se incluyen en los sistemas de clasificación, los cuales se muestran en la Tabla 1.



Tabla 1. Subtipos de Depresión.

SUBTIPO.	DEFINICIÓN.
Depresión con síntomas psicóticos.	Hay alucinaciones e ideas delirantes, lo que implica muchas veces un peor pronóstico con gran probabilidad de suicidio. Tiene una fuerte carga genética.
Depresión con síntomas catatónicos.	Presencia de síntomas motores significativos como inmovilidad o actividad excesiva, mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia, ecopraxia, estereotipias y manierismos.
Depresión postparto.	Los síntomas se producen dentro de las primeras 4 semanas después de dar a luz y principalmente se asocia a los cambios hormonales.
Depresión estacional.	La sintomatología se presenta de manera cíclica ante una determinada época o estación del año.
Seudodemencia.	Se da en la tercera edad con síntomas de amnesia, desorientación, apatía, descuido personal y del ambiente, no obstante es importante verificar que no exista una demencia real.
Depresión enmascarada.	Depresión con pocas manifestaciones clásicas como abuso de alcohol u otras sustancias, molestias somáticas, taquicardia, estreñimiento, entre otras.
Depresión con pánico.	Se presenta con un componente ansioso muy elevado y con crisis de pánico.
Depresión Secundaria.	Se debe a un factor biológico, mental o vivencial que se da justo antes de la sintomatología. Se explica por los cambios orgánicos o por la mera experiencia de vulnerabilidad. Este subtipo se enfrenta a la idea de que al enfrentar una enfermedad/experiencia es lógico que alguien se deprima y que no se necesita un tratamiento aparte, pero la depresión puede ser un factor que amenace la recuperación de la persona.
Depresión inducida por sustancias.	Síntomas que surgen como reacción al consumo de drogas o alcohol.
Trastorno adaptativo con depresión.	Respuesta ante un evento estresante bien identificado, que se da dentro de los primeros 3 meses del suceso y desajusta la vida de la persona.
Depresión post-psicótica.	Se presenta en la esquizofrenia, después de un brote psicótico.
Depresión doble.	Afección que presenta una persona con distimia y se le añade un cuadro depresivo mayor.
Depresión mixta.	Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para hacer un diagnóstico por separado.
Depresión crónica.	Depresión resistente donde la persona no regresa a su condición premórbida, es decir, a la remisión completa de sus síntomas a pesar de haber sido tratada satisfactoriamente, sólo es una recuperación parcial, siendo vulnerable a las recaídas.
Depresión recurrente.	La persona sale y entra del cuadro depresivo constantemente.

Se muestra un breve resumen de las características de diferentes subtipos de la depresión según Uriarte (2010).



Como se puede observar la depresión tiene diferentes manifestaciones, a veces se presenta como un trastorno individual y otras como parte de otra enfermedad mental, enfermedad física o por algún suceso significativo, por ello es de los trastornos más frecuentes y es importante que se le identifique a tiempo para dar un tratamiento oportuno o complementario, según sea el caso, ya que se puede convertir en un trastorno mucho más grave o perjudicar en la recuperación de la persona.

Evaluación de la Depresión.

La evaluación de la depresión, como con cualquier trastorno, debe ser completa, que incluya una entrevista con la persona y con los que le rodean para así determinar la sintomatología y los factores que desencadenaron y mantienen la depresión (Vallejo, 2011). Se puede hacer un análisis del estado de la persona observando su postura, su cuidado personal, su lenguaje, pero complementándolo con una evaluación a través de diversos cuestionarios para medir la gravedad de los síntomas depresivos (Caballo, 2008).

Existen diversas escalas para la depresión, como la Escala de Hamilton (1960) que mide la gravedad de los síntomas, el Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenias (Endicott & Spitzer, 1978) que ayuda a realizar el diagnóstico diferencial, la Escala de Depresión de Zung (1965) que es una escala autoaplicable que determina la gravedad de la depresión en el momento de su llenado y la Escala de Depresión-Ansiedad en Hospital de Zigmond y Snaith (1983), que mide tanto la depresión como la ansiedad en poblaciones médicas (no psiquiátricas) de consulta externa. También existe la Escala Análogo-Visual de los Estados de Ánimo de Stern (1997) donde los individuos con dificultades para efectuar tareas verbales trazan una marca en una línea para describir varias emociones.



A pesar de contar con una amplia gama de inventarios para el diagnóstico de la depresión como los descritos anteriormente, no todos se encuentran validados en México. En la Tabla 2 se muestran algunos de los instrumentos que se han validado para la población mexicana, donde se incluyen también inventarios que miden el riesgo de suicidio en las personas, para así tener un criterio que determine si la persona necesita atención psicológica, psiquiátrica o ambos tratamientos.

Tabla 2. Instrumentos para la evaluación de la depresión en México.

Nombre	Autores y Año	Objetivo	Breve Descripción
Escala de Depresión.	Alberto Javier Córdova, 2000.	Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza.	Consta de 23 afirmaciones que miden: Síntomatología depresiva (13) La motivación (4) La ideación suicida (3) La desmotivación (3)
Inventario de Depresión de Beck (BDI).	S. Jurado, E. Villegas, L. Méndez, F. Rodríguez, V. Loperana y R. Varela, 1998. Basada en Beck, Steer y Garbin, 1988.	Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas.	Consta de 21 afirmaciones de 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa).
Escala de Birleson para el Trastorno Depresivo Mayor.	F. De la Peña, Ma. Lara, J. Cortés, H. Nicolini, F. Paéz y L. Almeida, 1996. Validación de la Escala Birleson (DSRS) de 1980 y 1987.	Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza.	Consta de 18 afirmaciones, con opciones de siempre (0) a nunca (2). Mide la variación de los efectos de la depresión, desde abatimiento ligero hasta desesperación extrema, así como la sensación de insuficiencia y de falta de ánimo.
Lista de Adjetivos de Depresión.	Ruth Axelrod Praes, 1990.	Evalúa sentimientos y estados de ánimo que experimenta la persona en el momento presente.	Consta de 41 adjetivos, que se dividen en: Felicidad vs Tristeza (14) Seguridad vs Inseguridad (12) Optimismo vs Pesimismo (8) Satisfacción vs Insatisfacción (7)
Escala de Ideación Suicida de Beck	Socorro González, 1998. Basado en Beck y colaboradores, 1979.	Evalúa los pensamientos asociados con el deseo de morir y con la planeación del suicidio.	19 afirmaciones, divididas en: Características de la actitud hacia la vida/ muerte (5), Características de los pensamientos/deseos de suicidio (6), Características del intento (4) Actualización del intento (4).



Escala de Expectativas de Vivir y Morir.	A. Rosas Esquivel, 2003. Basado en Okasha, Lotaif y Sadeck, 1981.	Explora la intensidad para vivir o dejar de hacerlo. Esto incluye intentos de suicidio, las razones, las situaciones que han motivado el deseo de dejar de vivir, así como la presencia e intensidad de los sentimientos relacionados con las conductas suicidas y las conductas suicidas en sí.	Consta de 5 preguntas de "sí" y "no", donde el "sí" se divide en antes del último año, en el último año, recientemente, de 6 meses a la fecha.
-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Breve descripción de algunos de los instrumentos para la evaluación de la depresión y el suicidio validados con población mexicana, basados en Calleja (2011).

Todos los instrumentos mencionados pueden ayudar a diferenciar a la depresión de otros trastornos mentales, pero también ayudan a determinar si ese sentimiento de tristeza es sólo "algo pasajero" o si se trata realmente de un trastorno que puede llevar a la persona al suicidio. Entre más información se obtenga y más certeza haya sobre la gravedad de los síntomas, hay una menor probabilidad de muerte en estos casos, por ello si se sospecha de ideaciones suicidas graves es aconsejable que se canalice a la persona a un tratamiento psiquiátrico para posteriormente darle un tratamiento psicológico, ya que como se puede ver la depresión tiene diferentes máscaras que pueden hacerla pasar desapercibida.



Definición de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de salud mental, pues hasta una tercera parte de los adultos sufre molestias debido a dichos desórdenes (Zepeda, 2008). Esto se asocia frecuentemente a las exigencias que plantea la sociedad urbana actual: alto nivel de competitividad, urgencia, contaminación, ruido, etc., sin embargo la ansiedad se puede describir como una emoción que ha servido a las personas como método de adaptación ante situaciones de peligro, presentes o futuras (Vallejo, 2011).

Ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción, y consiste en un estado de inquietud e inseguridad ante diferentes situaciones (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008). Su función primordial es movilizar al cuerpo y motivar las conductas necesarias para preservar el equilibrio del organismo ante el problema que la desencadenó (Cárdenas, Fera, Palacios & De la Peña, 2010), sin embargo esta emoción puede llegar a convertirse en una ansiedad patológica, una respuesta exagerada que no siempre está ligada a un peligro, situación u objeto externo, pudiendo alcanzar un nivel tan incapacitante que interfiere de manera negativa en la vida laboral, social y familiar de quien la padece (Cía, 2007).

Es importante hacer una distinción entre el término ansiedad y otros conceptos que se confunden con este estado, como la angustia, término que muchos autores utilizan como un sinónimo. La angustia por lo regular hace referencia a la sintomatología física de la ansiedad, como la sensación de estrangulamiento, de sofocación, de opresión en el pecho, de inquietud, etc., caracterizándose por un temor a lo desconocido, mientras que la ansiedad se refiere a la parte mental, al cómo interpretan las personas esas sensaciones somáticas, por ejemplo si hay percepción de muerte, de enfermedad, de perder el control, de volverse loco, etc. (Heinze & Camacho, 2010).



La mayor parte de las personas han experimentado angustia ante ciertos estímulos de la vida cotidiana, ya que estos implican algún desafío para nosotros, sin embargo la angustia se vuelve patológica cuando llega a un nivel elevado y persistente en el tiempo, más allá de la presencia del estímulo que la desencadenó (Oblitas, 2010). De hecho, pánico es el nombre que se le da a la angustia cuando llega a niveles muy intensos, con sensaciones de descontrol, de terror, de muerte o desmayo, presentándose de manera súbita y espontánea en personas ya predisuestas (Moreno & Martín, 2008)

Por otro lado, el concepto de miedo también está muy relacionado a la angustia y a la ansiedad, pero se diferencia en el hecho de que se presenta ante objetos, situaciones o personas muy concretas, siendo temores bien delimitados, mientras la ansiedad y angustia se dan ante una amplia gama de situaciones de una manera más ambigua, además el miedo suele desaparecer en cuanto desaparece el estímulo que lo ha provocado, mientras que la ansiedad es más persistente (André, 2006).

Si el miedo llega a niveles muy elevados puede convertirse en una fobia, que es un miedo intenso que altera la vida cotidiana de la persona, pues mientras el miedo puede ser sobrellevado con cierto malestar y sin alterar la rutina de la persona, las fobias llegan a ocasionar tal incapacidad que el fóbico hace todo lo posible para evitar el objeto o situación temida (Flores, 2011).

Otro concepto con el cual se relaciona la ansiedad es con el estrés, que es la traducción de la palabra en inglés *stress* que significa constricción, fuerza impulsora o esfuerzo y se usa para hablar de las exigencias, tensiones y agresiones a las que es sometido un organismo en forma aguda o crónica (Moran, 2009). El estrés, al igual que la angustia, describe una respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta el individuo ante diferentes estímulos, siendo la sumatoria de las demandas o exigencias e incluye la respuesta específica o idiosincrática a las mismas (Ceballos, 2010).



Se puede hablar de 2 tipos de estrés: el buen estrés, que es aquel que nos sirve para responder a las exigencias de la vida cotidiana, siendo una respuesta adaptativa que moviliza los mecanismos biológicos para cambios específicos (Gelabert, 2007) y el estrés patológico que supera la capacidad de resistencia y adaptación del organismo, donde ante cualquier estímulo por pequeño que sea, la persona tendrá que hacer un gran esfuerzo para afrontarlo (OMS, 2008).

Después de un periodo prolongado, el estrés puede llegar a convertirse en ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, irritabilidad, insomnio o disminución del rendimiento psicofísico, pero la diferencia con la ansiedad radica principalmente en el grado de los síntomas y que el estrés siempre es una reacción ante algún evento que lo desencadena (Goncalves, González, & Vázquez, 2003).

Al igual que con la depresión, es importante diferenciar qué es y qué no es lo que las personas llaman ansiedad, si bien todos estos términos están relacionados, es fundamental distinguir los conceptos para saber cómo afrontarlos.

Síntomas de Ansiedad.

La ansiedad, como la depresión, tiene diversas formas de manifestarse, desde personas que sienten ansiedad ante estímulos muy específicos hasta personas que la sienten todo el día sin ningún motivo, alterando diversas áreas de la vida, sin embargo aún muchos individuos piensan que al sentir ansiedad deberían reponerse con sólo la fuerza de la voluntad, pero al esforzarse para que no aparezcan los síntomas los agravan más. En la Figura 5 se muestra de forma general la sintomatología ansiosa dividida en diferentes esferas de la vida de quien lo padece.

Síntomas de ansiedad en diferentes esferas.

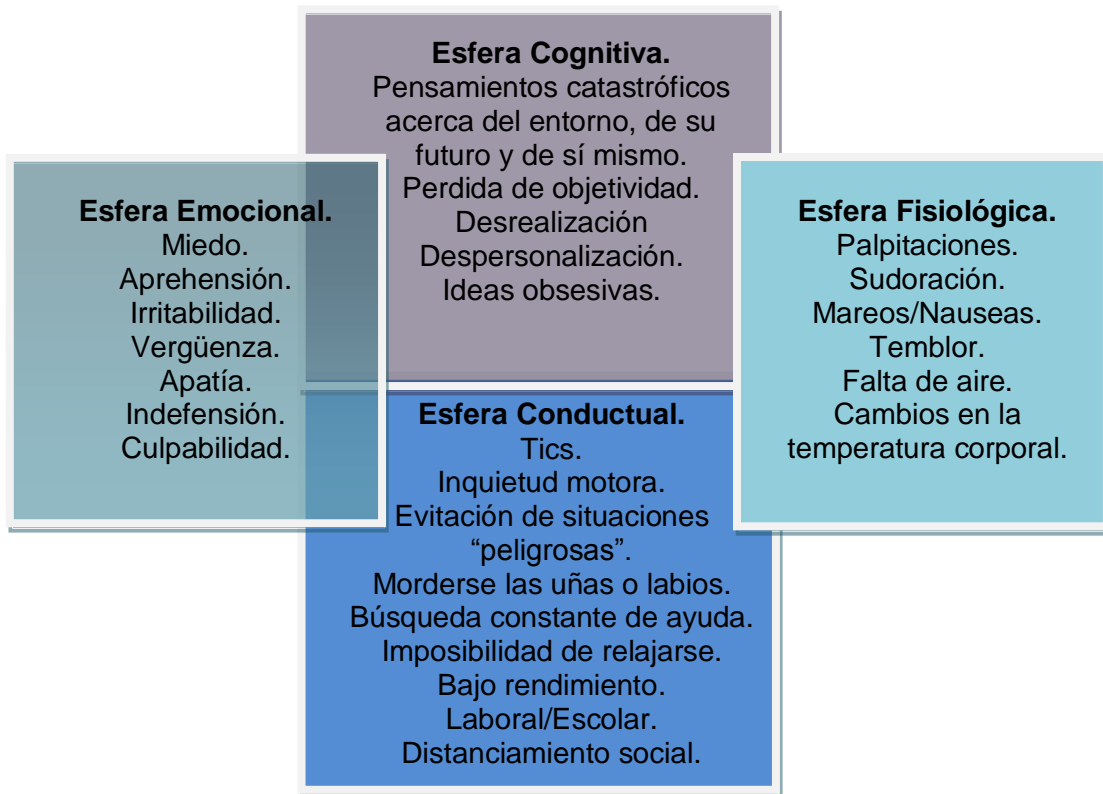


Figura 5. Se muestra de forma general los síntomas característicos de la ansiedad, independientemente del tipo de ésta, basado en Cía (2007).

Hablando a detalle sobre la sintomatología, las manifestaciones cognitivas de la ansiedad incluyen inhibición o aceleración del pensamiento, pensamiento desordenado, mecanismos para “disminuir” la angustia y racionalizarla como las fobias, obsesiones, pensamientos mágicos, dificultad para las asociaciones mentales, para la reflexión, fuga de ideas y problemas de concentración, sobre todo en las situaciones ansiosas (Trickett, 2009).

De las manifestaciones conductuales de la ansiedad, se puede hablar de la constante búsqueda de apoyo para no tranquilizarse, agitación psicomotriz, inquietud, impulsividad e hiperactividad, además de ciertas conductas de evitación, huida o ciertos rituales (Solloa, 2009). Cabe agregar que algunos rituales no se perciben como síntomas ya que son aceptados por la sociedad,



tales como la limpieza, el orden, rituales religiosos, etc. (Abramowitz, 2007). Otros síntomas psicomotrices que se manifiestan en la ansiedad son los tics, gestos desordenados, temblores y hábitos como onicofagia y la tricotilomanía (Zepeda, 2008).

Las manifestaciones somáticas son las que dificultan más el diagnóstico, sobre todo en personas mayores de 35 años, ya que se confunden con los de otros trastornos médicos como los trastornos tiroideos, hipoglucemia, cardiopatías o diabetes (Oblitas, 2010). Otros procesos en los que se da la sintomatología ansiosa es en los síndromes de abstinencia, uso de fármacos, en algunas infecciones, anemia aguda, retención urinaria y el cafeísmo, por lo que es importante diferenciarla de estas condiciones (Ceballos, 2010).

Algunas de las manifestaciones somáticas de la ansiedad son: Taquicardia, palpitaciones, elevada tensión arterial, dolores torácicos que a veces se extienden al brazo izquierdo, hiperventilación para compensar una supuesta insuficiencia, sequedad de la boca, salivación, espasmos esofágicos (que son la causa de la sensación de nudo en la garganta), diarreas o estreñimiento, vómito, sudoración, ruborización, temblores, escalofríos, sensación de calor, cefaleas y escozor (Goncalves, González & Vázquez, 2003).

Por todos estos síntomas es común la presencia de hipocondriasis, pues la persona se aferra y le aterra la idea de contraer una enfermedad, visitando constantemente médicos que le reafirmen sus ideas obsesivas de estar enfermo o de poder enfermarse, ideas que a menudo se ven reforzadas por la atención recibida del entorno (Cía, 2007).

La ansiedad, como la depresión, produce diversos trastornos del sueño como pesadillas, terrores nocturnos e insomnio (Heinze & Camacho, 2010). El terror nocturno es como una crisis de ansiedad pero causa mucho más temor porque la



persona cree que al estar dormida no la controlará y le pasará algo grave (Moreno & Martín, 2008).

En cuanto a las manifestaciones psicosociales de la ansiedad, se puede hablar de tres tipos que son importantes:

- ❖ **La Inhibición:** Poca comunicación o expresión social, mutismo, timidez ante ciertas personas, objetos o situaciones angustiantes, dificultad para liberar las emociones, pareciendo personas frías y poco sociables. Se debe diferenciar de la anhedonia, ya que en la inhibición la persona quiere realizar sus actividades pero se limita por el miedo, mientras que en la anhedonia hay un total aplanamiento emocional para realizar sus actividades (Solloa, 2009).
- ❖ **Evitación y huida:** Algunas personas pueden aparentar una ausencia de temor cuando en realidad evitan o huyen de las situaciones que les causan ansiedad. La evitación es común ya que se le percibe como un recurso para “solucionar” los miedos, pero llega a repercutir en el desarrollo social de la persona (Cárdenas, Feria, Palacios & De la Peña, 2010).
- ❖ **Dependencia ansiosa:** Forma de afrontar las situaciones angustiantes, donde se desarrolla un lazo excesivo con una persona u objeto que resulta ser su “amuleto” para “enfrentar” las situaciones angustiantes (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).

En general, la forma en que se presentan todos estos síntomas puede ser principalmente de tres maneras: una que aparece de manera súbita (en forma de crisis), otra en la que la ansiedad surge de forma más gradual y duradera, mientras que la tercera forma se da sólo ante determinados estímulos.



El primer tipo de ansiedad se caracteriza por una aparición brusca, intensa y breve, con la desagradable sensación de que algo se ha modificado en el cuerpo o en el entorno, siendo éste el estímulo cognitivo que desencadena los síntomas como aturdimiento, irritabilidad, nerviosismo, taquicardia, palpitaciones, oleadas de calor, temblores, desrealización (sentirse fuera de la realidad), miedo a morir, hiperventilación, desmayo y sensación de volverse loco, lo que refuerza el miedo de la persona sobre la gravedad de su situación (Moreno & Martín, 2008).

El otro tipo de ansiedad se manifiesta de manera menos intensa que en las crisis anteriores, pero los síntomas se mantienen de forma persistente en el tiempo y se caracteriza por una preocupación exagerada, vaga e indefinida, la hipervigilancia y una tensión motora que se mantienen en niveles percibidos como desagradables durante largos periodos (Oblitas, 2010).

La tercera forma de la ansiedad se da principalmente en las fobias, donde los estímulos que disparan la sintomatología van desde cualquier cosa que afecte la integridad física (animales, tormentas, temblores, etc.) hasta la amenaza psicológica (ridículo, rechazo social, etc.) (André, 2006). La persona es consciente de que su miedo a dicho estímulo es exagerado, irracional y desproporcionado, pero no puede controlarlo y su intensa tendencia a escapar de su fobia conduce a un deterioro significativo, a pesar de que el sujeto desarrolla “estrategias” que reducen la reacción ansiosa a límites tolerables, como hacerse acompañar por alguien, ir con una mascota, llevar objeto, etc. (Flores, 2011).

Como puede observarse, la sintomatología ansiosa tiene diferentes formas de manifestarse, lo que hace más compleja su detección, confundándose con otros trastornos físicos y mentales, por ello es importante distinguir los tipos de ansiedad que también tienen una sintomatología característica.



Tipos de Ansiedad.

Al igual que la depresión, la ansiedad tiene diversas formas de clasificarse y hay diferentes criterios para hacerlo, por ejemplo en la Figura 6 se muestra una clasificación propuesta por Ajuriaguerra (1992) donde el criterio era la forma en que se originaba la ansiedad.

Tipos de Ansiedad según su origen.

Ansiedad por contagio: Se refiere a la transmisión de la ansiedad por la gente del entorno (comúnmente la familia). Depende de factores como la edad, el grado de independencia de la persona y de la identificación de la persona con el ansioso que lo contagia.

Ansiedad de conflicto: Comprende una acumulación de perturbaciones construidas a lo largo de la vida.

Ansiedad Traumática: Determinados acontecimientos pueden ser tomados como un trauma y generar los síntomas ansiosos.

Figura 6. Breve descripción de la clasificación y de las características de los tipos de ansiedad según su origen, basado en Ajuriaguerra (1992).

Por otro lado, el CIE-10 (OMS, 1992) propone una clasificación de los trastornos ansiosos un poco diferente a la del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001), donde si bien algunos de los tipos de ansiedad coinciden otros no se consideran, ambas se observan en las Figuras 7 y 8.

Clasificación de los trastornos ansiosos.



Figura 7. Se muestran los tipos de ansiedad ubicados dentro de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes o somatomorfos según el CIE-10 (OMS, 1992).

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad.

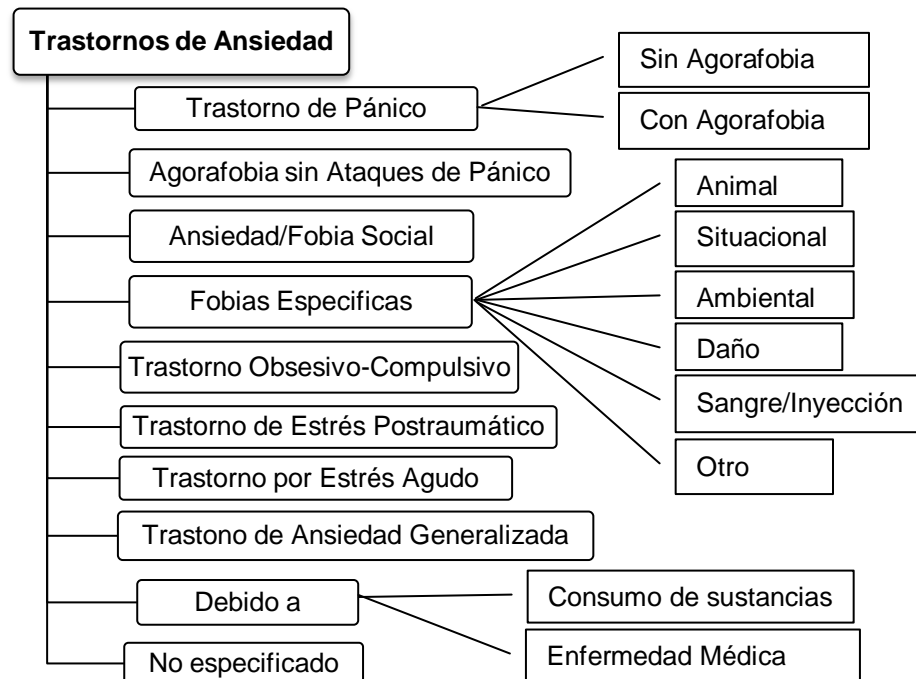


Figura 8. Se muestra la clasificación de los diferentes tipos de ansiedad según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001).



Como se puede observar hay más tipos de ansiedad que tipos de depresión, incluso ambos pueden darse de forma conjunta o evolucionar a otro trastorno mental. A continuación se describen de forma general los tipos de ansiedad más comunes:

- ❑ **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):** Preocupación excesiva e incontrolable sin una evidencia real sobre dos o más aspectos de la vida que interfiere en el desempeño diario, con una duración mínima de seis meses, con al menos tres de los siguientes síntomas: Inquietud, estar con “los pelos de punta”, dificultad para concentrarse o tener la mente en “blanco”, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones en el sueño, hay una disfunción vital significativa y el motivo de las preocupaciones no se restringe a las de otro trastorno ansioso, es decir, no sólo a los ataques de pánico, a situaciones sociales o a sucesos traumáticos (Keegan, 2007).

- ❑ **Trastorno de Pánico con y sin Agorafobia (TP):** Se caracteriza por la aparición en mínimo un mes de dos o más crisis de pánico, que es la aparición temporal y aislada de miedo intenso, con mínimo cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones, elevada frecuencia cardiaca, sudoración, temblores, sensación de ahogo, de atragantamiento, opresión del tórax, náuseas, mareos, sensación de hormigueo, escalofríos o sofocaciones, despersonalización, miedo de perder el control o miedo a morir (American Psychiatric Association, 2001).

La persona vive inquieta y preocupada de que aparezca una crisis, notándose un cambio considerable de su conducta, por lo que puede presentarse la agorafobia, que es la aparición de ansiedad (no una crisis como tal) en lugares donde la persona cree que le será difícil recibir ayuda o escapar tales como estar entre multitudes, salir sólo, usar medios de transporte, etc., por lo que evita dichas situaciones o las enfrenta con gran dificultad (Moreno & Martín, 2008).



- ❑ **Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social (TAS):** Temor relacionado a las situaciones sociales, siendo la característica principal el temor a hacer el ridículo (Antona, 2009). Se subdivide en: *No generalizado*, que es el temor sólo ante ciertas situaciones sociales y el *generalizado* que abarca prácticamente a todas las situaciones de interacción social (American Psychiatric, 2001).

La evitación o resistencia a enfrentar las situaciones sociales interfiere con el desempeño diario, donde la persona puede quedarse paralizada o intentar escapar si se le obliga a participar en la situación temida, si se ve forzado a permanecer en ella puede sufrir algo muy parecido a una crisis de ansiedad pues hay taquicardia, temblores, enrojecimiento facial, sensación de ahogo, sudoración, malestar abdominal un intenso temor a decir algo tonto o aburrido, ser poco asertivo y no saber que decir o hacer (Cía, 2007).

- ❑ **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC):** Tiene dos síntomas principales: las obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, vividas como inadecuadas e intrusivas que provocan gran ansiedad siendo los temas más comunes los de contaminación, agresividad, sexualidad, somatización, religión, acumulación, simetría, precisión, duda o responsabilidad patológica (American Psychiatric Association, 2001), donde hay una dualidad de pensamiento pues la persona cree y no cree al mismo tiempo sus obsesiones, pues sabe que son ilógicas (Abramowitz, 2007).

Como la persona tiene una preocupación continúa de que algo terrible pasará, aunque sea remotamente, realiza conductas estereotipadas llamadas compulsiones, que son conductas o actos mentales repetitivos que tienen por objetivo disminuir la ansiedad o “evitar” algún evento amenazante aunque no haya una conexión realista (Cía, 2007). Dichas compulsiones se dividen en: *Cognitivas o mentales* (aritmomanía, repetir un



pensamiento, imaginar algo, etc.) y *motoras* (lavado, verificación, conteo, escupir, comer, cortarse, etc.), ambos tipos y las obsesiones deben consumir más de una hora al día, causar ansiedad excesiva, interferir con el funcionamiento y no deberse a efectos de una medicación, sustancia o condición médica (Zepeda, 2008). Se debe indicar si hay poco insight, es decir, si persona no reconoce sus síntomas como irracionales o excesivos la mayor parte del tiempo (American Psychiatric Association, 2001).

- ❑ **Fobias Específicas:** Temor excesivo y persistente ante un objeto, persona, animal o situación, donde el temor y la evitación ante estos es tan severa que interfiere y causa un deterioro en el funcionamiento de la persona (Flores, 2011).

La mayoría de las fobias se agrupan en tres grandes temas: Temor de ser herido o dañado, temor de quedar atrapado o perder el control en un lugar angosto y el temor de ser agredido por algo inusual (André, 2006). Dentro de estos tipos hay cinco diferentes subtipos: Tipo animal, tipo ambiental (relacionados al entorno como alturas, obscuridad, fenómenos naturales, etc.), tipo sangre, heridas o procedimientos quirúrgicos, tipo situacional (volar en avión, ir a lugares cerrados o concurridos) y otros (fobias poco comunes como contraer una enfermedad, miedo a atragantarse, etc.) (Cía, 2007).

- ❑ **Trastorno por estrés agudo (TEA):** Muy parecido al Trastorno de Estrés Postraumático pero varía en el tiempo de aparición de los síntomas, pues el TEA aparece dentro de las primeras 4 semanas de ocurrido un hecho estresante o traumático y el TEPT se diagnostica si aparece después de un mes (Carbonell & Carvajal, 2004). El TEA se da en personas que han sido expuestas a un acontecimiento traumático provocándole temor, desesperanza u horror intenso, siendo los síntomas disociativos (alteración significativa sobre la percepción de uno mismo y del entorno) característicos de este trastorno, los cuales se dividen en: Numbing o



anestesia emocional (ausencia de respuestas emocionales), amnesia disociativa (olvido de una parte importante del trauma), desrealización (sensación de que el entorno es irreal), despersonalización (percepción distorsionada del cuerpo e identidad, sensación de estar fuera de sí mismo, incluso verse desde afuera) y reducción de la atención (Pallia, 2006).

Otro síntoma es la re-experimentación o evitación del trauma en forma de imagen, pensamiento, sueño, ilusiones, flashbacks y objetos o situaciones del mismo (Carbonell & Carvajal, 2004). Además de esto, hay un aumento de la activación (arousal), dificultad para dormir, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud motora y respuestas exageradas de sobresalto, sin poder utilizar los recursos personales para pedir ayuda o compartir su experiencia traumática, presentando un malestar y un deterioro en áreas importantes de la vida (American Psychiatric Association, 2001).

- ❑ **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT):** El trauma se define como la aparición de trastornos emocionales productos de la exposición a eventos de naturaleza grave o catastrófica, como una guerra, violencia (física, sexual, robos), secuestro, accidentes, enfermedad potencialmente terminal y estar en desastres naturales o provocados por el hombre, manifestándose en pesadillas, apatía, irritabilidad, trastornos del sueño y apetito (American Psychiatric Association, 2001).

Los síntomas de este trastorno son los mismos del TEA pero aparecen después de un mes de ocurrido el trauma, además se presentan: Actos autodestructivos (automutilaciones, suicidios), exposición compulsiva al trauma, sentimientos de inutilidad, vergüenza o desesperanza, sensación de haber sido dañado de forma permanente, pérdida del sistema de creencias, hostilidad, retraimiento social, sensación de amenaza constante y alteración de las características de la personalidad (Pallia, 2006). El TEPT se divide en agudo (la duración de los síntomas es menor de tres meses),



crónico (la duración es de tres meses o más) y de inicio demorado (si se manifiesta después de seis meses de ocurrido el hecho) (Carbonell & Carvajal, 2004).

Así como existen estos trastornos de ansiedad también hay trastornos de personalidad cuyos rasgos incluyen a la ansiedad, tales como la evitativa, la dependiente y la obsesiva-compulsiva, incluso se ha observado una comorbilidad casi del 90% entre el trastorno de ansiedad social y el trastorno evitativo de la personalidad (Abramowitz, 2007).

Muchos de los trastornos ansiosos suelen confundirse debido a que tienen como base la angustia, el miedo y la evitación, por lo que hacer una buena entrevista e historia clínica sobre la aparición de los síntomas, su duración y hacer un análisis funcional del problema ayudará a hacer un buen diagnóstico diferencial. Por ejemplo, en la depresión mayor también puede haber rumiaciones sobre temas displacenteros al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo, sin embargo en la depresión no hay una obsesión como tal sino que se le consideran como parte del humor depresivo (Cía, 2007).

Por otro lado el TEPT también puede confundirse con la distimia y depresión mayor por la presencia de anhedonia, insomnio, embotamiento afectivo, dificultad de concentración, aislamiento social o disminución de interés en las actividades, pero en el TEPT no hay un humor depresivo predominante o una lentitud en el pensamiento y actividades, aunque ambos trastornos se pueden dar de forma conjunta (Pérez-Rincón, González, Ramos & Jiménez, 2007).

Como puede observarse, la depresión y la ansiedad se relacionan de manera continua, incluso entre los distintos tipos hay una alta comorbilidad, haciendo más difícil el tratamiento y el diagnóstico, por lo que una evaluación bien aplicada puede aclarar con qué tipo de trastorno se va a trabajar y así dar un tratamiento



oportuno, aunque en muchas ocasiones la comorbilidad entre varios trastornos es común y se tiene que dar una intervención más completa.

Evaluación de la Ansiedad.

Según Goncalves y colaboradores (2003), dado que la ansiedad incluye componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos, la evaluación de la misma se debe hacer en tres tipos de canales:

- **Canal Cognitivo:** Este es un canal subjetivo, ya que depende del autorreporte de los pensamientos y emociones de la persona.
- **Canal Fisiológico:** Se basa en la medición de las respuestas del sistema nervioso autónomo que se dan ante la ansiedad como la presión sanguínea, frecuencia cardíaca, actividad electrodérmica, temperatura periférica, etc. Es de los canales de medición más exacto.
- **Canal Motor:** Se basa en la observación del comportamiento general de la persona.

Otros métodos de evaluación pueden ser las entrevistas, las pruebas psicológicas, los autorreportes, los cuestionarios, las listas de conductas y escalas de clasificación que se consideran como medidas indirectas por ser representaciones verbales de actividades relevantes que han ocurrido en otro momento o circunstancia (Solloa, 2009).

Dentro de los instrumentos o escalas de evaluación para la ansiedad esta la Escala de Hamilton (1959) que mide la intensidad de ésta en los últimos 3 días, también existe la Escala Breve de Ansiedad de Tyrer (1984) que mide la intensidad de la ansiedad, sobre todo los aspectos afectivos, cognitivos y somáticos del espectro, mientras que el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo



(Spielberger, Gorsuch & Luschene, 1970) evalúa dos conceptos diferentes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Así mismo existen escalas más específicas que evalúan sólo uno de los tipos de ansiedad, como por ejemplo la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (1987), la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann & Hill, 1989), la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático de Blake y colaboradores (1990) y la Escala de Angustia y Agorafobia de Bandelow (1995) que miden la gravedad de estos trastornos.

A pesar de que existen varios instrumentos como estos, aún no se ha probado la validez y la confiabilidad de todos en población mexicana. En la Tabla 3 se pueden observar los instrumentos más utilizados en la medición de la ansiedad y que sí han sido validados en México.

Tabla 3. Instrumentos para la evaluación de la ansiedad en México.

Nombre	Autores y Año	Objetivo	Breve Descripción
Cuestionario de Ansiedad Cognoscitivo-Somático.	Elizabeth Zannata Colín, 2001. Basado en Schwartz, Davidson y Goleman, 1978.	Evalúa las alteraciones del pensamiento que hay en situaciones percibidas como una amenaza.	Contiene 14 ítems, siete sobre ansiedad cognoscitiva y siete de ansiedad somática. Evalúa la concentración, la preocupación y los pensamientos que provocan temor.
Escala de Ansiedad.	Miguel Ángel Cañizales Mendoza de 1994.	Evalúa las respuestas de nerviosismo o agitación asociadas a un evento futuro.	Consta de 24 afirmaciones sobre aspectos: Cognoscitivos/afectivos (9) Psicosomáticos (7) Cognoscitivos (4) Físico-somático (4).
Escala de Preocupación-Emocionalidad.	Pablo Valderrama, Alfonso Fernández, Emilio Martínez y Humberto Zepeda, 1994. Basada en Morris y colaboradores, 1981.	Evalúa elementos cognoscitivos que suceden cuando la persona se encuentra ante alguna tensión y también mide la percepción fisiológica-afectiva implicada.	Consiste en nueve enunciados, cinco que miden emocionalidad y cuatro que miden preocupación.



Escala de síntomas de malestar psicológico (STR).	Jazmín Mora, Guillermina Natera y Patricia Andrade, 1994. Basada en Kellner y Sheffield, 1973.	Explora la presencia de rasgos psicopatológicos en la población clínica y síntomas somáticos, depresivos y ansiosos en la población general. Detecta los cambios en el estado clínico de un paciente.	Consta de 21 ítems sobre: Inadecuación Social (7) Somatización (7) Ansiedad (9) Depresión (4) De estos 17 son sobre Síntomas Psicológicos y 13 de Síntomas Físicos.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Estandarización de Rebeca Robles, Rubén Varela, Samuel Jurado y Francisco Páez, 2001.	Evalúa la severidad de los síntomas ansiosos y los diferencia de los de depresión. Puede utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como población normal.	Consta de 21 ítems sobre síntomas: Subjetivos (8) Neurofisiológicos (7) Autonómicos (3) De pánico (3).
Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI).	Samuel Jurado Cárdenas, 2002. Basado en Donnell y McNally, 1989 y Sandín, Chorot y McNally, 1996.	Evalúa la sensibilidad a la ansiedad, Considera que una baja o alta sensibilidad en los individuos puede tener diferentes consecuencias en la persona.	Consta de 16 ítems que se responden desde Nada en absoluto (0) a Muchísimo (4)
La Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD).	Guadalupe del Carmen Villegas Pérez, 2004. Basada en Zigmond y Snaith, 1983.	Evalúa la presencia y severidad de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes hospitalizados por enfermedades de diversa índole. No distingue entre los tipos de ansiedad o depresión.	Consta de 11 afirmaciones, seis sobre depresión y cinco de ansiedad. De depresión mide la anhedonia y de ansiedad mide el temor no fundamentado ante una situación en particular, la preocupación de que ocurra algún evento adverso y la incapacidad para quedarse relajado por unos minutos.

Se muestra de manera general las características de diversos instrumentos validados en México para la evaluación de la ansiedad, basado en Calleja (2011).

Puede observarse que todas estas herramientas se centran en diferentes aspectos de la ansiedad y que incluso hay escalas que la diferencian de la depresión, por lo que estos instrumentos y una entrevista a fondo nos pueden ser útiles para determinar el tratamiento que se dará y el nivel de gravedad con que la persona llega a solicitar atención psicológica, ya que como se describió, la ansiedad al igual que la depresión tiene muchas formas de manifestarse.



CAPÍTULO 2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN Y DE LA ANSIEDAD.

En los últimos años tanto la depresión como la ansiedad han ido aumentando y afectando a personas de todas las edades, de todas las clases sociales y de todas las nacionalidades, lo que ha convertido a estos dos trastornos en un tema de interés mundial.

La depresión representa la cuarta causa de discapacidad en el mundo pues actualmente afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre el 3.3% al 21.4%, por lo que la OMS prevé que para el 2020 se convertirá en la segunda causa de discapacidad, superada sólo por las enfermedades cardiovasculares y en el 2030 será la primera causa de discapacidad (OMS, 2012).

Las prevalencias observadas en E.U.A., Europa y Brasil muestran que más del 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en su vida (Kessler, Tat, Demler & Walters, 2005), mientras que en países como Colombia y Chile la situación es muy similar a la de México, en donde la depresión ya ocupa el primer lugar de discapacidad en las mujeres y el noveno en los hombres, esto considerando los años de vida saludables perdidos por este desorden mental (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007).

De acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006) el riesgo de padecer un trastorno depresivo a lo largo de la vida es de 10 a 25% en mujeres y de 5 a 12% en los hombres, donde el 75% de las personas que han padecido más de un episodio depresivo tendrán una recaída en los dos años siguientes a la recuperación.

Se estima que en México el 8.4% de la población ha sufrido alguna vez en la vida un episodio de depresión mayor con una media de edad de inicio de 24 años, sin embargo estudios en otros países sugieren que la edad de inicio de la depresión actualmente está disminuyendo (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, et al., 2009).



Por otro lado, si bien la depresión tiene una prevalencia anual de 4.8%, la prevalencia de la ansiedad es de 6.8% (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012), siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes a lo largo de la vida de la población mexicana, ya que alrededor del 11.6 % de la población ha padecido uno o más trastornos de este tipo en su vida, siguiéndole los trastornos afectivos con 11.1% (Medina-Mora, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2005).

En un estudio realizado por Berenzon, Alanís y Saavedra (2009) con 361 personas del D.F., el 9.2% de las mujeres y el 3% de los hombres presentaba o presentó episodios depresivos, mientras que el 16.3% de las mujeres y 9% de los hombres presentaban o presentaron alguna vez en su vida trastornos de tipo ansioso, es decir, en el D.F hay una mayor prevalencia de ansiedad que de depresión, sobre todo en las mujeres.

Si bien los trastornos afectivos y de ansiedad se presentan en una proporción de un hombre por cada dos mujeres, se ha observado que mientras en las mujeres sólo uno de cada tres casos es depresión severa, en los hombres la mitad de los casos refiere una sintomatología grave (Bello, Puentes, Medina-Mora & Lozano, 2005). En cuanto a la ansiedad, no hay diferencias en el nivel de severidad por género y por lo general se encuentran más casos de depresión severa que de ansiedad severa (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013).

Los trastornos de ansiedad son los que se observan en edades más tempranas, seguidos de los trastornos afectivos, siendo los jóvenes entre 18 y 29 años quienes presentan más riesgo de presentar estos trastornos que las generaciones posteriores (González, Gutiérrez, Stevens, Barraza, Porras & Carvalho, 2007). Igualmente en E.U. la prevalencia de depresión también es mayor en los jóvenes, presentándose en menor grado en los mayores de 65 años (Kessler, Tat, Demler & Walters, 2005).



De las personas que solicitaron atención psicológica durante el año 2012 (N=1,611) en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, de la Facultad de Psicología de la UNAM, el 65.75% presentaba como motivo de consulta síntomas de trastornos depresivos y ansiosos, de los cuales el 36.08% eran jóvenes entre 18 y 25 años de edad (Valencia, Rodríguez & Galván, 2013) lo que muestra una cifra reciente de la prevalencia actual de estos trastornos.

Aunado a lo anterior, los trastornos que producen mayor discapacidad en México son la depresión, la fobia social, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de pánico, pues comparando el promedio de los días laborales perdidos por enfermedades crónicas no mentales (6.9 días) es bastante menor a los días perdidos por depresión (25.5 días), agorafobia (18.6 días), ansiedad generalizada (9.5 días), trastorno de pánico (20 días) y TEPT (14.2 días), lo que muestra como el efecto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad es mayor que el de las enfermedades no psiquiátricas, por difícil que pudiera parecer (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007).

Sin embargo, a pesar de las cifras tan altas de prevalencia de depresión y ansiedad en el país, las personas que los padecen tardan alrededor de 4 a 20 años en solicitar un tratamiento, según el tipo de trastorno que presenten (Borges, Wang, Medina-Mora & Lara, 2007). Se calcula que el 26% de las personas con depresión y ansiedad no serán diagnosticadas y que a pesar de la elevada tasa de personas que contactan servicios de salud cerca del 30% nunca recibió la ayuda adecuada (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012).

Sólo el 16% de los que padecen un trastorno afectivo y el 3.6% de los casos de ansiedad solicitan ayuda el mismo año en el que inician sus síntomas, es decir, las personas con ansiedad solicitan en menor proporción atención especializada que los que padecen depresión (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Angermeyer, Borges, Bromet, et al., 2007). Esto puede deberse a que en las culturas hispanas a la ansiedad se le ve como una especie de “ataque de nervios” que se percibe como



aceptable desde el punto de vista social, sobre todo en las mujeres (Alonso, Buron, Bruffaerts & He, 2008).

Del 14% al 18% de la población que padece depresión y/o ansiedad clínicamente significativas, sólo el 7% o 9% acude a consulta y comúnmente acuden con un médico general (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano-Ruiz, 2004). Aunado a esto, sólo la mitad de los casos con trastorno mental reciben un tratamiento mínimo adecuado, lo que genera una mayor demanda de tratamientos especializados que de atención primaria, pues cuando las personas llegan a solicitar ayuda se trata ya de un trastorno severo (Borges, Medina-Mora, Wang & Lara, 2006), además es muy común que las personas no asistan el número mínimo de sesiones en el caso de la terapia farmacológica, mostrando un poco más de constancia en las terapias psicológicas (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007).

En México las personas con trastornos emocionales en primera instancia recurren a sus familiares o amigos (54%), en segundo lugar a algún sacerdote o guía espiritual (10%) y ya de manera menos frecuente o secundaria recurren al uso de servicios especializados (5%) (Borges, Wang, Medina-Mora & Lara, 2007).

En relación al uso de servicios especializados ante un malestar emocional, Berenzon, Alanís y Saavedra (2009) encontraron que el 52.5% de la población mexicana prefería realizar alguna práctica de autocuidado y el 28.2% usar alguna terapia alternativa antes que recurrir a un especialista, es decir, las personas prefieren usar la herbolaria, la sanación espiritual (sacerdotes), la automedicación, los deportes, yoga, caminatas, redes informales de apoyo como familia, amistad, vecinos, grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, medicina tradicional mexicana (hueseros, yerberos, curanderos, sobadores), las Flores de Bach, aromaterapia, practicas adivinatorias, acupuntura u homeopatía antes de ir con un especialista de la salud mental.



El uso de autocuidados y terapias alternativas es más frecuente en las mujeres que en los hombres, donde las personas que presentan síntomas, tanto de depresión como de ansiedad, mostraban más acciones encaminadas al autocuidado y al uso de servicios alternativos (72.9%) que los que no tenían dichos síntomas (47.6%) (Berenzon, Alanís & Saavedra 2009).

Considerando que actualmente existen tratamientos con efectividad comprobada para ambos trastornos, es muy probable pensar en la disminución del costo social de estos desórdenes y en que la población está mejor informada, sin embargo México en el 2007 ocupaba el séptimo lugar de 15 países de la OMS en prevalencia de trastornos mentales y estaba entre los países con menor proporción de personas tratadas ocupando el antepenúltimo lugar (Wang, Aguilar, Alonso, Angermeyer, Borges, et al., 2007).

Para contrarrestar la alta prevalencia de desórdenes mentales, el Gobierno del D.F aprobó la Ley de Salud Mental, donde se resalta la importancia de la prevención e intervención de estos y recalca el derecho que tienen todas las personas para ser atendidas, comprometiéndose a destinar fondos para realizar campañas de toma de consciencia sobre los diferentes trastornos (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2011). Sin embargo, también es tarea de los especialistas de la salud mental informarse sobre los tratamientos que dan mejores resultados, intervenciones validadas empíricamente, para así brindar un mejor servicio tanto en instituciones públicas como privadas, reduciendo así la prevalencia de los trastornos.



Comorbilidad.

La comorbilidad se define como el estado clínico donde cualquier enfermedad existe o surge durante la evolución de otra (Feinstein, 1970). La comorbilidad más frecuente es la que se da entre los trastornos depresivos y la ansiedad, pues las personas que experimentan un cuadro depresivo suelen manifestar síntomas adicionales de ansiedad, fobia, preocupaciones sobre su salud física, pensamientos obsesivos, irritabilidad y quejas por distintos malestares, cuya presencia parece tener un efecto negativo en cualquier tratamiento (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Aproximadamente el 23% de las personas con ansiedad presentan un diagnóstico comórbido de depresión mayor y del 25% al 60% cumplen criterios de trastornos de personalidad, sobre todo de personalidad evitativa y dependiente (San-Molina, 2010). En México, del 25% al 50% de los adolescentes con depresión tienen ansiedad y entre 10 y 15% de los jóvenes adultos depresivos presentan síntomas de ansiedad (Andrade, Cañas & Betancourt, 2008).

Algunos estudios estiman que entre el 56% al 73% de los individuos con trastorno de angustia tienen el antecedente de un trastorno depresivo mayor, en una tercera parte el inicio del trastorno de angustia fue anterior al inicio de la depresión, en particular la fobia social suele preceder a la depresión mayor en más del 50% de los casos (Cía, 2007).

Así como la ansiedad puede preceder un trastorno depresivo, aproximadamente entre el 50 y 60% de las personas deprimidas han padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su padecimiento, por lo que algunos autores han considerado difícil encontrar individuos con depresión sin ansiedad, pero es más común encontrar trastornos de ansiedad puros, es decir, sin depresión (Ceballos, 2010).

En la Figura 9 se muestra de manera gráfica un porcentaje aproximado de la comorbilidad entre la depresión mayor y diferentes trastornos de ansiedad.

Comorbilidad entre depresión mayor y diferentes trastornos de ansiedad.

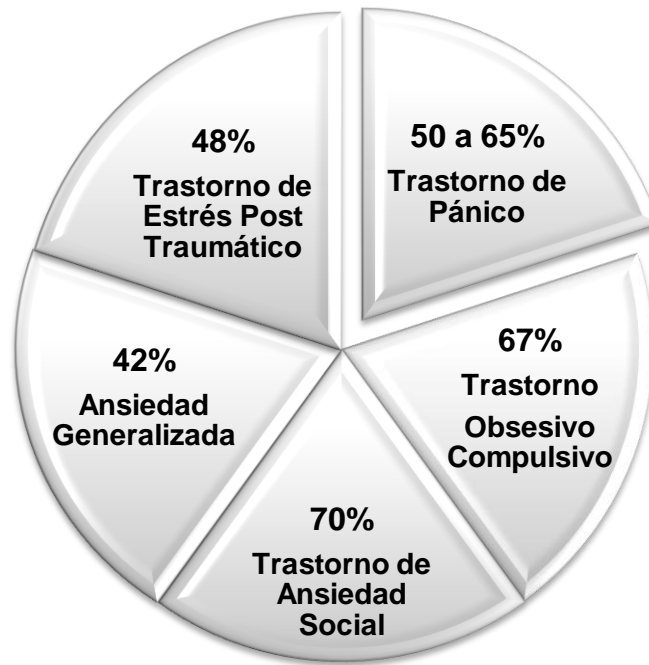


Figura 9. Se muestra un porcentaje aproximado de la comorbilidad entre la depresión mayor con diferentes tipos de trastornos de ansiedad, notándose un gran porcentaje de ocurrencia entre estos. Basado en Cía (2007).

Debido a la alta comorbilidad entre ansiedad y depresión hay quienes consideran que no existen por separado sino que se trata de un mismo trastorno, mientras que otros consideran los cuadros mixtos ansiosos-depresivos como una entidad nosológica totalmente diferente a la depresión y ansiedad (Chinchilla, 2008).

Se puede hablar principalmente de tres modelos que intentan explicar la relación entre ansiedad y depresión, que son:

- ❑ **Modelo Unitario:** Propone que los estados de ansiedad y depresión pueden considerarse como dos síntomas de un mismo trastorno afectivo



pero que van variando cuantitativamente en el tiempo, propuesta que se basa en estudios que demuestran cambios en el diagnóstico a lo largo del tiempo, la prevalencia de depresión en personas con ansiedad y en la disminución de la ansiedad al tomar antidepresivos, pudiendo ser la ansiedad un factor etiológico de la depresión ya que con frecuencia ésta la precede (Kendell, 1974).

- ❑ **Modelo Dualista:** Sostiene que la ansiedad y depresión son entidades independientes y distintas, ya que los pacientes ansiosos reportan más desajuste social que los deprimidos, son más sensibles a los comentarios críticos, sufren más con el estrés cotidiano, presentan rasgos de dependencia e inmadurez, además la edad de inicio es más precoz, presentando una sintomatología más prolongada que en la depresión (Shapira, Roth, Kerr & Guney, 1972).
- ❑ **Modelo Mixto Ansioso-Depresivo:** Propone la existencia de una mezcla de los dos síntomas, diferente tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria, diferenciado en su fenomenología y en su respuesta al tratamiento (Katon & Roy-Byrne, 1991). El DSM-IV y el CIE-10 incluyen en sus clasificaciones este tipo de trastorno mixto, donde el criterio de diagnóstico es que se presenten ambos síntomas de forma clínicamente significativa pero no llegan a reunir los criterios para diagnosticar un trastorno de ansiedad o trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2001; OMS, 1994). La controversia en torno a la formulación anterior es sobre cómo diferenciar la depresión-ansiosa de la depresión mayor con un trastorno de ansiedad comórbido (Cía, 2007).

Otra comorbilidad importante de estos trastornos es con la tendencia suicida, de hecho el 40% de las personas suicidas padecen un trastorno de ansiedad y 18.6% un trastorno depresivo, siendo estos dos trastornos los responsables del mayor riesgo, atribuible a trastornos mentales, para la ideación e intento suicida (Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro & Fleiz, 2009).



En México casi la mitad de los sujetos deprimidos han deseado morir y un tercio de ellos han pensado en la posibilidad del suicidio (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007), además se ha encontrado que hasta el 15% de las personas con depresión muere por suicidio y presentan más probabilidades de padecer una enfermedad crónica no mental que les provoque una muerte prematura (Borges, Orozco, Benjet & Medina-Mora, 2010).

La depresión y la ansiedad también son trastornos que preocupan por su relación con el abuso de sustancias, pues alrededor del 14% de las personas con depresión consumen alguna sustancia adictiva y en México el 32% de la población que consume sustancias adictivas presenta un trastorno afectivo (Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Angermeyer, Borges, Bromet, et al., 2007).

La depresión y ansiedad tienen una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, por ejemplo, el 70% de las personas con depresión presentan un trastorno límite de personalidad y casi el 90% de las personas ansiosas tienen un trastorno evitativo de la personalidad (Bello, Puentes, Medina-Mora & Lozano, 2005).

Aunado a todo lo anterior, la ansiedad y depresión generan un mayor número de problemas maritales, ocupacionales y académicos (Rojtenberg, 2006), pero además se ha encontrado que las personas con cualquiera de estos trastornos tienen mayores tasas de uso de servicios médicos (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012). Esto puede deberse a que la comorbilidad de la depresión y ansiedad se asocia con una mayor severidad sintomática, mayor cronicidad, un mayor deterioro psicosocial y mayores esfuerzos dirigidos hacia la búsqueda de atención especializada, por lo que la falta de su diagnóstico certero se asocia con un incremento en las tasas de hospitalizaciones psiquiátricas y un incremento en la tasa de intentos de suicidio (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).



La comorbilidad de estos trastornos, entre sí o con otros factores como el suicidio, el consumo de sustancias y diversas enfermedades médicas, es lo que hacen de estos trastornos un asunto para preocuparse pero sobre todo para actuar, pues en comparación con otras enfermedades médicas la presencia de la depresión y de la ansiedad en la población realmente es una epidemia, su aparición es muy frecuente en diversas circunstancias, pero como se ha mencionado hay ciertos grupos en los que el riesgo de padecerlos es mayor.

Grupos vulnerables.

La prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres por encima de los hombres es uno de los hallazgos más replicados en diferentes países, culturas y con diferentes instrumentos, por lo que se puede deducir que este es el grupo más vulnerable de padecerlos (Ceballos, 2010). Con respecto a esto, se ha encontrado que las diferencias de prevalencia por género surgen a partir de la adolescencia pues en la niñez los hombres tienen mayor probabilidad de deprimirse o de sufrir un trastorno de ansiedad que las mujeres, por lo que se plantea una teoría sobre el papel de las hormonas en estos trastornos (Masten, Caldwell-Colbert, Williams, Jerome, Mosby & Barrios, 2003).

Sin embargo también la parte ambiental es relevante ya que la depresión en la mujer incrementó tras la Segunda Guerra Mundial, donde las mujeres comienzan a trabajar y se incorporan en un mundo de competencia con los hombres, siendo además la responsable de la familia y del cuidado del hogar (Chinchilla, 2008).

Algunos autores consideran que las diferencias de prevalencia entre género se debe más a cuestiones de rol, pues las mujeres muestran más síntomas de depresión y ansiedad porque la expresión de sus emociones es permitida por la sociedad mientras que los hombres, a quienes se les penaliza la expresión abierta de sus emociones, son más vulnerables al consumo de drogas, alcohol o conductas antisociales (Rafful, Medina-Mora, Borges, Benjet & Orozco, 2012).



Por su parte Nezu y colaboradores (2006) consideran que las mujeres presentan una mayor reactividad biológica al estrés lo que las hace más vulnerables a la ansiedad, mientras que su tendencia a prestar mayor atención a las necesidades de los otros a costa de sí mismas las hace propensas a la depresión, así también la mayor prevalencia de mujeres con ansiedad puede ser otro factor que desencadene la depresión en ellas.

Más que una cuestión de género, lo que determina el riesgo de tener depresión o ansiedad depende de los estilos de afrontamiento de problemas que cada persona tiene, pues aquellos con déficits en habilidades de solución de problemas, independientemente de su género, tenderá a deprimirse o angustiarse (Seedat, Scott, Angermeyer & Berglund, 2009).

Por otro lado el embarazo, la menopausia, la menstruación y los problemas familiares son otros factores de riesgo para sufrir depresión en las mujeres, como en México, donde datos recientes informan de una prevalencia de 32.6% de mujeres con depresión post parto (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2007), mientras que el desempleo y los problemas financieros son potenciadores de depresión en los hombres, además de que las tasas de suicidio consumado en varones es más alta que en las mujeres, pero son más altas las tentativas de suicidio en ellas (Andrade, Caña. & Betancourt, 2008).

En particular en México entre las variables psicosociales asociadas a la depresión y ansiedad en las mujeres se encuentran ser la jefa de familia, dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y adquirir la responsabilidad del cuidado de un enfermo, mientras que en los hombres tener un nivel socioeconómico bajo, una mayor exposición a las dificultades de la pobreza, estar desempleado, el aislamiento social, tener problemas legales, tener experiencias de violencia, consumir sustancias adictivas y la migración son factores que desencadenan estos trastornos (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).



Sin embargo, independientemente del género, la forma en que las personas responden a la depresión o ansiedad condiciona de algún modo la severidad, duración y recurrencia del trastorno, por ejemplo la tendencia a pensar constantemente (o rumiar) sobre los síntomas, sus causas y sus consecuencias amplifican y prolongan el malestar (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009).

No sólo las mujeres son vulnerables a la depresión y ansiedad, también aquellos que padecen algún malestar físico son propensos a estos trastornos, pues los que sufren dolencias físicas graves muestran más probabilidad de padecerlos, tal es el caso de los pacientes con diabetes que tienen el doble de probabilidad de tener depresión o ansiedad, mientras que en las personas con obesidad y asma el riesgo aumenta a tres veces más y aquellos que sufren dolores crónicos hasta cinco veces más de presentar cualquiera de estos trastornos en comparación con aquellos que no tienen alguna enfermedad médica (González, Gutiérrez, Stevens, Barraza, Porras & Carvalho, 2007).

Por cada enfermo de cáncer o alergia se atiende a cuatro personas con algún trastorno mental y al menos una de cinco consultas que efectúa un médico general se realiza por o para un candidato de patología mental, independientemente del motivo concreto que lo haga acudir a la consulta, sin embargo muchas veces el conocimiento de un médico general sobre los síntomas de los trastornos mentales es escaso (Stern, Herman & Salavin, 2005).

Diversos estudios han demostrado que las personas con depresión tienen mayores tasas de uso de los servicios médicos y mayores costos asociados a este tema, particularmente entre la gente anciana, pero esta sobreutilización de los recursos de salubridad pudiera estar relacionada con el bajo diagnóstico certero de la ansiedad y depresión, que se suelen confundir con otras enfermedades físicas (Bello, Puentes, Medina-Mora & Lozano, 2005).



En cuanto al factor de la edad, diversos estudios muestran que la depresión y ansiedad surgen a principios de la edad adulta, alrededor de los 24 años, por lo que las personas jóvenes también son vulnerables a dichos trastornos (Andrade, Cañas & Betancourt, 2008), pues se encuentran más casos de ansiedad en jóvenes que en personas de mayor edad (Oblitas, 2010).

En México los jóvenes entre 18 y 29 años presentan más riesgo de tener estos trastornos que las generaciones posteriores (Medina-Mora, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2005), siendo una posible explicación los nuevos roles que adquieren las personas jóvenes en el mundo laboral, la búsqueda de una relación de pareja estable, la adquisición de diversas responsabilidades, además con la edad aumenta la probabilidad de exposición a situaciones estresantes (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano-Ruiz, 2004).

Las personas entre los 25 y los 44 años muestran mayor vulnerabilidad de padecer crisis de pánico, el trastorno de angustia tiene una edad de inicio de 21.4 años en promedio, la agorafobia inicia alrededor de los 19.6 años, el trastorno de ansiedad generalizada a los 25.7 años y trastorno de estrés postraumático inicia alrededor de los 19.7 años, en comparación con la fobia social y las fobias específicas que suelen iniciar en la niñez, alrededor de los 13.9 años y 9.7 años respectivamente (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Otro factor desencadenante de la depresión y ansiedad es el nivel socioeconómico, pues hay estudios donde se encuentran tasas más bajas de depresión en países de ingreso medio y bajo como México, la India, China y Sudáfrica mientras que en países de ingreso alto como Francia, Holanda, Nueva Zelanda y E.U se han encontrado tasas más elevadas de estos trastornos, diferencias que pueden deberse también a las diferencias culturales (Seedat, Scott, Angermeyer & Berglund, 2009), ya que frecuentemente un estatus económico bajo expone a las personas a más situaciones estresantes, presentan un menor nivel de educación o un menor acceso a servicios de salud mental



incrementando la vulnerabilidad a la ansiedad y depresión (Carbonell & Carvajal, 2004).

Otros factores de riesgo son los eventos traumáticos en la infancia tales como la pérdida de uno de los padres, la baja autoestima, el abuso escolar, sexual o físico, una pobre percepción del rol en la familia y el entorno social ya que la ausencia de apoyo social, de relaciones familiares cálidas o sanas propicia la aparición de la sintomatología (Marín, Juárez, Palacio, Muñiz, Escobar & Herrón, 2010).

Las relaciones parentales en particular juegan un papel importante en el desarrollo de trastornos depresivos y ansiosos, sobre todo con padres o familiares que han sufrido uno de estos trastornos, ya sea un factor genético o ambiental, estos padres suelen ser intrusivos, sobreprotectores, utilizan estrategias culpabilizadoras y ansiogénas para ejercer control sobre los hijos (Reitz, Dekovic, Meijer, 2006).

Se puede considerar que el aumento de los trastornos mentales en la actualidad tiene relación con el incremento de los factores estresantes de la sociedad, pues muchos investigadores concuerdan que la exposición a acontecimientos vitales estresantes puede constituir una importante relación entre el entorno social y el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Carbonell & Carvajal, 2004). Morán (2009) refiere que estos acontecimientos estresantes son principalmente experiencias que provocan sentimientos de humillación como la percepción de ataques hacia la autoestima, disminución de la jerarquía, atractivo o valor como persona, siendo experiencias que se perciben “sin escapatoria”.

Con respecto a los acontecimientos vitales, Kessler (1997) llega a cuatro conclusiones:

- ◆ Existe una asociación entre la exposición a acontecimientos vitales y el subsiguiente inicio de una depresión mayor o trastorno de ansiedad.



- ◆ Es más intensa la magnitud de dicha asociación cuando se tienen en cuenta rasgos específicos de personalidad.
- ◆ Cuanto más graves son los acontecimientos vitales más estrecha es la relación que existe con el trastorno mental.
- ◆ La mayoría de los depresivos vive una experiencia vital estresante previa al inicio de su depresión.

En México, entre estos factores estresantes se encontraría la violencia, la inseguridad y las crisis económicas, hallándose una proporción importante de población que ha sido expuesta a eventos violentos según su género, por ejemplo las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir abuso sexual, violencia física por parte de su pareja y acoso, mientras que los hombres por su parte sufren más asaltos con arma, accidentes de todo tipo, fueron testigos de muerte o lesiones hacia otros, sufrieron más secuestros y mataron accidentalmente a otro en mayor proporción que las mujeres (Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos, Zambrano & Fleiz, 2005). Un 2.3% de las mujeres y .5% de los hombres que presenciaron un hecho estresante desarrollaron estrés postraumático y alrededor de 20% de personas presentaron cuadros de depresión (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

De manera más específica, el 68% de la población mexicana que vive en el área urbana notificó haber estado expuesta al menos a un suceso estresante alguna vez en su vida, la mitad (33%) había experimentado tres o más de estos sucesos, 26.9% de las personas reportaba haber sufrido la pérdida de alguien cercano por muerte repentina, 24.6% había sido víctima de asalto con armas, 20% había sido testigo de violencia familiar, 18.3% fue víctima de violencia física severa por parte de sus padres o cuidadores en edades tempranas, 7.4% había sido golpeada por alguna persona ajena a los padres o parejas y 5.4% había experimentado abuso sexual (Medina-Mora, Borges, Lara, Ramos, Zambrano & Fleiz, 2005).



Como se puede observar la exposición a sucesos estresantes es algo muy frecuente en México y sí estos factores sociales están relacionados con la aparición de los trastornos ansiosos y depresivos, es de esperar que los altos niveles prevalencia de estos trastornos en el país sigan en aumento.

Si bien el sexo de la persona, la edad, un bajo nivel socioeconómico, un cambio económico rápido, diferentes enfermedades médicas y diversas situaciones vitales estresantes son factores que hacen más vulnerable a una persona para presentar un trastorno depresivo o ansioso, no siempre estos factores determinan que una persona los padecerá pues también hay factores que pueden proteger a la persona y que a pesar de estar dentro de uno de estos grupos vulnerables no presente un trastorno de este tipo. Entre estos factores de protección estarían las emociones positivas que le puedan transmitir una red de apoyo amplia, un carácter optimista, el sentido del humor, la flexibilidad cognitiva, la espiritualidad, el ejercicio, una personalidad altruista y la capacidad de superación de eventos negativos (Chinchilla, 2008).

Evolución y Pronóstico.

A pesar de los avances en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y de depresión, aún estos tienen una alta prevalencia y limitan de forma importante la calidad de vida de quienes lo padecen, donde el área más afectada es la vida social en general, siendo trastornos crónicos y duraderos, sobre todo cuando se dan de forma conjunta (Goncalves, González & Vázquez, 2003).

Aunque existen tratamientos muy efectivos, no siempre previenen el ajuste de la persona con los síntomas residuales o recaídas recurrentes en la vida cotidiana, siendo los factores asociados a las recaídas la gravedad de los síntomas previos, la naturaleza de la recaída a los 3 y 6 meses y la comorbilidad con otros desordenes o con la dependencia de sustancias (Trickett, 2009).



Cuando los trastornos se presentan en edades tempranas (antes de los 17 años) suelen ser más crónicos, de mayor duración y las personas tardan más en buscar un tratamiento, en promedio 13.6 años, mientras que aquellos que tienen un inicio tardío (después de los 17 años) tardan 2.3 años en buscar ayuda profesional (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz & Zambrano-Ruiz, 2004). Las personas que presentan depresión a edades tempranas tienen mayor probabilidad de que en la adultez desarrollen otros trastornos mentales, por ejemplo tienen casi cuatro veces más probabilidad de sufrir agorafobia, cinco veces más de padecer trastorno disocial, siete de sufrir algún trastorno negativista-desafiante y 18 veces más de desarrollar dependencia a las drogas (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007).

Tanto la depresión y la ansiedad llegan a producir una mayor discapacidad laboral por encima de otras enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades cardíacas o artritis (Lara, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007), pues con síntomas de depresión y ansiedad hay hasta 4 veces más de presentar discapacidades significativas (Ruz & Alvis, 2009).

Así mismo las personas con depresión tienen mayores probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, todas ellas condiciones médicas crónicas responsables de más del 60% de las muertes en el mundo (Romero, 2007), por lo que es de suma importancia el tratar estos trastornos que podrían mejorar la salud en general de las personas y prevenir la aparición de estas enfermedades.

Si bien aquellos que padecen depresión mayor tienen un gran riesgo de suicidio, de forma aislada este no es motivo suficiente para que se lleve a cabo, pues intervienen otros factores como un historial previo de intentos suicidas, la impulsividad, la agresividad, un trastorno bipolar, la comorbilidad con trastornos de personalidad, el abuso de sustancias y no recibir tratamiento alguno (Borges, Orozco, Benjet & Medina-Mora, 2010).



A pesar del gran impacto personal, social y económico que implican estos trastornos, la mayoría de los episodios no se diagnostican y no se tratan, es sorprendente como a pesar de solicitar atención la mayor parte de las personas no reciben un tratamiento adecuado (Wang, Demler & Kessler, 2002).

Junto con este factor, varios estudios han encontrado que la mayoría de las personas dejan el tratamiento y que la primera búsqueda de ayuda se realiza varios años después del inicio de los síntomas, a pesar de que las personas perciben al trastorno mental como más incapacitante que a una enfermedad física (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012).

En México menos del 20% de quienes padecen un trastorno afectivo busca ayuda, tardando hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado (Borges, Medina-Mora, Wang & Lara, 2006). Entre más graves son los síntomas hay una mayor probabilidad de solicitar tratamiento, pero si los síntomas aún hacen funcionales a las personas y si requieren tratamientos menos intensivos entonces las personas no buscan ayuda (González, Gutiérrez, Stevens, Barraza, Porras & Carvalho, 2007). Esto es un punto muy importante porque una detección e intervención temprana reducirían la severidad de la sintomatología actual de la sociedad y la frecuencia de episodios futuros, pues en definitiva las personas sin atenderse, con cualquiera de estos trastornos, agravan su situación.

Hay múltiples explicaciones sobre esta baja tasa de solicitud de ayuda en México, motivos como el estigma, los horarios poco flexibles, las largas listas de espera por una cita, el diferimiento de las consultas, el cuidado de los hijos, el desconocimiento del tratamiento y las dificultades para trasladarse al servicio es lo que las personas refieren como causa del porqué abandonan o no tomaban un tratamiento para su sintomatología (Berenzon, Saavedra & Alanis, 2009).

En el país hay una falta de coincidencia entre las necesidades de la población y el tipo de asistencia que se ofrece, además la falta de reconocimiento de este



trastorno hace más difícil su erradicación pues las personas que los padecen suelen definir y expresar sus necesidades en términos de problemas cotidianos, creyendo que lo único que necesitan es consejo, entendimiento o empatía, mientras la atención de los servicios psicológicos está dirigida al tratamiento de los síntomas detectados, sin dar cabida a la explicación de los tratamientos y de los beneficios que pueden traer estos en su recuperación (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012).

La falta de coincidencia entre la población sobre los trastornos mentales y su tratamiento dificulta que la población acuda y permanezca en los servicios, pues creen que lo único que van a hacer es hablar y hablar, cuando varios de los tratamientos requieren de su constancia y de su involucramiento en el cambio. Hay que analizar bien qué conceptos tienen las personas entorno a la depresión y ansiedad pues son factores que facilitan u obstaculizan su acceso a los servicios y su tratamiento, lo que va a influir no sólo en la prevalencia de los trastornos sino también en el pronóstico de las futuras generaciones acerca de los padecimientos psicológicos.



CAPÍTULO 3 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

Dado que la depresión y la ansiedad tienen múltiples facetas caracterizadas por un amplio número de síntomas que pueden o no estar presentes en cada individuo, hay que determinar qué tratamientos se adaptan mejor a las necesidades de cada persona.

Existen diversas intervenciones que han sido adaptadas con éxito para su empleo en diversas culturas y países, que pueden ser reproducidas con efectividad por personal que labora en distintos niveles de atención a la salud mental (Stern, Herman & Salavin, 2005), además la búsqueda de los tratamientos más efectivos ha dado lugar al movimiento de la intervención basada en la evidencia, donde se analizan los tratamientos para que los especialistas brinden un servicio sólo con técnicas validadas empíricamente y con los mejores resultados (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000).

Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual son las que mejores resultados han reportado, pues comparada con otras terapias psicológicas, disminuye la sintomatología en poco tiempo y en comparación con la terapia farmacológica se obtiene un menor número de recaídas y los efectos duran más a lo largo del tiempo después de tomada la terapia (Mustaca, 2004a).

Existen diversos estudios que demuestran la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la depresión y ansiedad (Echeburúa, De Corral & Salaberría, 2010), incluso de manera grupal, como lo muestra Lara, Navarro, Rubí y Mondragón (2003) que aplicaron una intervención psicoeducativa grupal para mujeres con elevada sintomatología depresiva que redujo los síntomas y produjo gran aceptación por parte de las participantes, además se ha demostrado que estas intervenciones psicoeducativas cognitivo-conductuales aportan beneficios a la población mexicana con diabetes y alta comorbilidad de depresión y ansiedad (Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005).



Incluso la intervención cognitivo-conductual puede ser impartida por personas que no tienen mucha experiencia con el enfoque, como lo demuestra un estudio que realizó Páez, Robles y Chávez (2002) donde un pasante de medicina impartió una intervención cognitivo-conductual en mujeres de Jalisco, obteniendo resultados significativos.

Por esto, a continuación se describe a detalle el objetivo de las intervenciones basadas en la evidencia, los beneficios que dan a los terapeutas y usuarios de servicios mentales, además se expone el enfoque cognitivo-conductual y las herramientas que han demostrado efectividad para el tratamiento de la depresión y ansiedad, que además se utilizaron para la presente propuesta del taller.

Intervención Basada en la Evidencia.

Desde años atrás el interés por la evaluación de los efectos de cualquier tratamiento psicológico ha generado el surgimiento de nuevas teorías y técnicas para el crecimiento continuo de la psicología, donde los especialistas han intentado demostrar la superioridad de diversas intervenciones psicológicas sobre los placebos, la no intervención y sobre otras intervenciones alternativas (Sánchez, Marín & López, 2011).

La necesidad de contar con criterios que faciliten la decisión de qué tratamiento es el más adecuado para su aplicación tiene sus antecedentes de otras disciplinas y en particular de la medicina de finales del siglo XIX, particularmente en Francia se abre el debate sobre qué elementos deben ser considerados al momento de intervenir (Stevens & Méndez, 2007).

El movimiento que surge de estas discusiones es conocido como la Medicina Basada en la Evidencia que pronto se propago a otras disciplinas de la salud como la enfermería, nutrición, psiquiatría, odontología y, por supuesto, la



psicología, que ya venía desarrollando sus propias teorías sobre el tema (Echeburúa, De Corral & Salaberría, 2010).

Este movimiento en Estados Unidos y Canadá surge ante la demanda social, política y económica que se vivía en ambos países a principios de los noventa, que exigía conocer qué terapias daban resultados ante un mercado de más de 400 terapias existentes en ese momento (Baban & Craciun, 2007). A partir de esto la División 12 de la APA se encargó de elaborar guías sobre intervenciones con evidencia de que funcionaban, creándose en 1993 el grupo de Trabajo sobre la Promoción y Difusión de los Tratamientos Psicológicos, que publica dos años después una lista de 25 terapias con apoyo empírico, que para el 2001 ya eran 108 terapias para adultos y 37 para niños (Echeburúa & Corral, 2001).

Aunque al principio la investigación sobre las intervenciones psicológicas estaba prácticamente restringida a la terapia conductual y la cognitiva-conductual, varios grupos de investigadores y asociaciones de psicología han generalizado este tipo de estudios para tratar de identificar los tratamientos con apoyo empírico con base a criterios rigurosos de validez (Hamilton & Dobson, 2001).

Este movimiento se ha difundido por medio de listas y publicaciones, impulsando la creación de manuales de procedimiento, así como la regulación del entrenamiento profesional, mostrando la superioridad de la terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual respecto de otros enfoques, donde el objetivo principal es la desaparición gradual de las escuelas de psicoterapia no validadas y un aumento progresivo de la calidad de los tratamientos (Mustaca, 2004a).

Los tratamientos con evidencia empírica se detallan con precisión, tienen una duración determinada previamente y se usan manuales de procedimiento para estandarizarlos, en los cuales se operacionaliza claramente el problema a tratar, midiendo la condición inicial y los resultados obtenidos después del tratamiento (Abarca, Chacón, Espinoza & Vera-Villarroel, 2005).



Chambless y Hollon (1998) establecieron tres categorías de tratamientos basados en la evidencia según diferentes criterios, los cuales se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Criterios y validez de los tratamientos con apoyo empírico.

Tratamientos bien establecidos.	Tratamientos probablemente eficaces.	Tratamientos experimentales o prometedores.
<p>1) Existencia de al menos dos experimentos con diseños intergrupo que muestren su eficacia en una o más de las siguientes formas:</p> <p>A) Superioridad al placebo u otro tratamiento.</p> <p>B) Equivalencia con un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados o...</p> <p>2.- Gran cantidad de experimentos con diseños de caso único. Deben demostrar eficacia con:</p> <p>A) Uso de un buen diseño experimental.</p> <p>B) Comparación de la intervención con otro tratamiento.</p> <p>3.- Los tratamientos deben estar descritos en manuales claros y comprensibles.</p> <p>4.- Deben especificarse las características de las muestras de pacientes que se usaron.</p> <p>5.- Los efectos del tratamiento deben mostrarse con un mínimo de dos investigadores o equipos independientes.</p>	<p>1.-Existencia de al menos dos experimentos que muestren que el tratamiento es superior al grupo control de lista de espera o...</p> <p>2.- Existencia de uno o más experimentos que cumplen los criterios de tratamientos bien establecidos que son el punto 1 ó 2, 3 y 4, pero no se cumple el criterio 5 o bien...</p> <p>3.- Existencia de una pequeña cantidad de experimentos de diseño de caso único que cumplen los criterios de tratamiento bien establecido.</p>	<p>El tratamiento no cumple los criterios metodológicos del grupo experimental, pero son prometedores.</p>

Se detallan los criterios para determinar si un tratamiento es válido empíricamente según el grupo de trabajo de Chambless y Hollon (1998).



Así mismo se han determinado tres criterios para establecer la calidad de los métodos para la atención de la salud conductual: Un tratamiento debe ser eficaz si obtiene resultados positivos en condiciones bien controladas (validez interna), debe ser efectivo, es decir, se puede generalizar a situaciones normales de tratamiento (validez externa) y es eficiente si logra el mismo beneficio con un costo menor que otras intervenciones alternativas (relación costo-beneficio) (Moriana & Martínez, 2011).

Dentro de este aspecto conviene diferenciar las definiciones de eficacia, efectividad y un tratamiento eficiente. La eficacia terapéutica hace referencia a los efectos de un determinado tratamiento y se asocia al logro de los objetivos terapéuticos en condiciones óptimas o ideales, abarcando la especificidad de los síntomas que se van a mejorar, la intensidad de la mejoría, el plazo en que comienzan los cambios, la duración de los beneficios a corto y largo plazo, los abandonos o costos de la terapia, así como los efectos secundarios, las interacciones con otros tratamientos así como el balance de las ventajas y desventajas de la terapia en relación con otros tratamientos (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000).

Por otro lado, la efectividad terapéutica se refiere al logro de los objetivos del tratamiento que se alcanzan en la práctica habitual, tomando en cuenta las diferencias con la aplicación en una situación ideal (Pascual, Frías & Monterde, 2004).

La eficiencia terapéutica hace alusión al logro de los objetivos clínicos al menor costo posible, justificando la inversión a nivel terapéutico como a nivel sanitario o social a partir de los resultados obtenidos, que no necesariamente tiene que ver con una disminución de costos sino con la maximización de los recursos disponibles (Stevens & Méndez 2007).



En el caso de la psicología, la intervención basada en la evidencia ha significado el desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento, capaces de responder de manera eficiente, eficaz y efectiva a los diversos problemas mentales que aquejan a las personas. Anteriormente la decisión ante el problema de qué terapia utilizar ante determinado trastorno casi siempre había estado mediada por el juicio del clínico, por la experiencia del experto y las preferencias de la persona en un determinado contexto social, por ello la Psicología Basada en la Evidencia busca aplicar, estudiar y difundir los tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a la validación científica, con trastornos bien definidos, en muestras clínicas claramente específicas (Ortiz & Vera-Villaruel, 2003).

La intervención basada en la evidencia facilita el respaldo de los tratamientos mediante la elaboración de documentos de recomendación, meta-análisis, revisiones sistemáticas de tratamientos concretos, las guías clínicas, modelos de la intervención y practica asistencial, pero a pesar del importante avance obtenido ha surgido cierta brecha entre lo que recomienda la investigación y la práctica cotidiana, donde se suele argumentar que la escasez de los recursos humanos y/o la falta de tiempo para la atención (número excesivo de pacientes atendidos, dificultad para priorizar sobre un tipo de patología, etc.) obstaculiza el uso de las técnicas validadas (Sánchez, Marín & López, 2011).

Sin hacer menos dichas razones, las dificultades de trasladar a la práctica clínica diaria los tratamientos probados en la investigación incluye una complicada mezcla de actitudes, competencias y variables relacionadas con el contexto del terapeuta clínico (Bedregal & Cornejo, 2005).

Los centros y servicios de salud mental tienen el compromiso de aplicar los tratamientos basados en las mejores evidencias disponibles, pero este método no se salva de generar cierta polémica sobre la supuesta pérdida de la individualización del tratamiento, sesgo en la selección de los estudios, no darle importancia a las habilidades del terapeuta, etc., pero es incuestionable que las



intervenciones deben pasar pruebas y controles para delimitar si son más eficaces que la no intervención o que otros tipos de intervención (Abarca, Chacón, Espinoza & Vera-Villaruel, 2005).

La divulgación de técnicas terapéuticas con eficacia comprobada en salud mental es un hecho que ha llevado al reconocimiento de que determinados tratamientos ayudan a los pacientes a recuperarse más rápido y a mantenerse en mejores condiciones psicológicas, familiares y sociales, por lo que es muy importante que los terapeutas incluyan, entre otras técnicas, psicoeducación para el manejo de síntomas, habilidades sociales, estrategias de integración, intervención familiar y terapia cognitiva (Moncada & Kühne, 2003).

Según Navarro (2011) algunas de las razones de los pacientes que dificultan la aplicación de la intervención basada en evidencia son:

- Mala adherencia al tratamiento.
- Escasa participación de las familias en el tratamiento.
- Falta de oportunidades sociales o laborales.
- Que no siempre los resultados son iguales a los obtenidos en la investigación.
- Que en la práctica diaria aparecen variables como la formación del profesional, la prioridad de una patología u otra, el apoyo social, accesibilidad al lugar del tratamiento con los horarios domésticos y asistenciales, etc.
- Bajo el modelo cognitivo-conductual, los pacientes y familiares pueden creer que el tratamiento va a implicar un aumento de sus responsabilidades, sobre todo en familias que están cansadas de cuidar de la persona con la sintomatología y en personas que creen que como “pacientes” no deben de cambiar sino ser “cuidados”.



- Muchos pacientes pueden tener expectativas negativas sobre los tratamientos psicológicos y carecen de información sobre la utilidad y la potencia terapéutica de un tratamiento sobre otros.

En cuanto a los posibles factores de los profesionales y de las instituciones que obstaculizan la aplicación de las intervenciones basadas en la evidencia se encuentra: El menospreció por parte de los profesionales sobre la utilidad de los efectos positivos de los tratamientos recomendados, que los servicios se orientan en la solución de problemas inmediatos en lugar de tratamientos que brinden herramientas a largo plazo, el trabajo en instituciones con un sistema rígido que puede obstaculizar la introducción de intervenciones más “novedosas”, chocando con los recursos humanos existentes o con los métodos y filosofía del servicio (Hamilton & Dobson, 2001).

El conocimiento que tienen los profesionales de la salud mental sobre las intervenciones basadas en la evidencia es un obstáculo que merece especial atención, pues es normal comprobar que en varios servicios de salud mental se aplican tratamientos que no tienen eficacia probada. Esta resistencia del profesional va más allá de la mera formación o docencia que se tenga, donde factores como la orientación hacia uno u otro modelo de intervención y los años que lleva aplicando una técnica repercuten en el aprendizaje de nuevos tratamientos eficaces, además de que la autoestima del profesional, las expectativas hacia los pacientes y tratamientos, el apego hacia una concepción o comprensión de los pacientes o los estilos de relación del profesional también juegan un papel en la aplicación de tratamientos validados empíricamente (Moriana & Martínez, 2011).

Por ello la implantación de nuevos tratamientos implica para el profesional un proceso de formación de nuevas técnicas pero también un proceso de construcción de un nuevo rol como terapeuta, con nuevas habilidades y por tanto



nuevas expectativas y estilos de interacción con los pacientes, que llevarán su tiempo (Echeburúa, Salaberría, De Corral & Polo-López, 2010).

Muchas veces se espera que los tratamientos basados en la evidencia describan en detalle pautas sesión por sesión, con muchos ejemplos de diálogos y formas de reaccionar ante eventuales problemas en el tratamiento, lo que algunos consideran que esto amenaza la independencia del terapeuta y promueve la mentalidad del “manual de cocina” o que los terapeutas realmente no usan los manuales en la práctica cotidiana, quedando limitado su uso a la investigación (Mustaca, 2004b). Ante este problema, la División 12 del APA se ha especializado en establecer las condiciones óptimas de la relación terapéutica, pudiendo en un futuro estandarizar normas de tratamiento personal para cada paciente y el trastorno particular en un manual (Abarca, Chacón, Espinoza & Vera-Villaruel, 2005).

Para solucionar estos obstáculos, los tratamientos basados en la evidencia pueden incluir estrategias para prevenir o solucionar las posibles barreras de los pacientes, en cuanto a los protocolos de tratamientos los terapeutas pueden adaptar la estructura recomendada para que encaje en las características del número de sesiones, contexto y características del centro o servicio (Pascual, Frías & Monterde, 2004). Otra alternativa de los terapeutas es reforzar los resultados a conseguir más allá de las evidencias, con un mejor seguimiento y control de pacientes (Navarro, 2011).

Intervenciones muy específicas pueden requerir una supervisión sobre aspectos como la selección de pacientes, resistencia de los profesionales o solución de dificultades en el diseño de las sesiones, esto para crear un contexto de formación de profesionales, para adaptar el tratamiento a los pacientes y corregir la metodología en general (Echeburúa & Corral, 2001).



Los profesionales de la salud mental podrían tomar la iniciativa para implantar programas basados en la evidencia con el apoyo de asociaciones, familiares de los pacientes, de las autoridades locales sanitarias y de bienestar social para disminuir la prevalencia de los trastornos mentales, seguir haciendo esfuerzos para determinar qué factores o elementos facilitan y dificultan la implantación de los tratamientos, igual que cuando se lanzan medicamentos nuevos, con toda una campaña de información para que los terapeutas apliquen las terapias validadas (Abarca, Chacón, Espinoza & Vera-Villarreal, 2005).

La ventaja de los tratamientos apoyados en la evidencia es que permiten establecer un soporte empírico a las intervenciones psicológicas, que a través de distintas instituciones gubernamentales y profesionales se está generalizando a toda la psicología aplicada, con beneficios invaluable a pesar de las numerosas críticas. En primer lugar, los terapeutas ya no tienen que buscar tanto las estrategias e información para los pacientes, ya que esto es simplificado por la difusión de los tratamientos, siempre y cuando se adecuen a cada paciente, además con el internet se puede buscar el trabajo original donde se pueden ver a detalle sus alcances y limitaciones (Bedregal & Cornejo, 2005).

En caso de haber varias estrategias de intervención se puede usar la que más acomode al terapeuta, con la seguridad de que es eficaz y en caso de que no sepa cómo realizarla se puede remitir a los especialistas en las técnicas ya probadas, además puede buscar cómo especializarse en dichas técnicas para abandonar las practicas obsoletas con la seguridad de que no son útiles (Baban & Craciun, 2007).

Para la investigación aplicada los profesionales tendrán a su disposición más y más información para orientar sus proyectos, sabiendo con qué tratamientos compararlos y qué criterios debe cumplir la intervención nueva para que sea más eficaz, además teniendo la descripción de la metodología se puede saber que



modificaciones se le harán, para ir mejorando los manuales de los tratamientos (Chambless & Ollendick, 2001).

Para seguir con la divulgación de estas estrategias validadas empíricamente, éstas se pueden incluir a los planes de estudio de las carreras de la salud mental para entrenar en procesos básicos y en métodos de investigación a los que serán los futuros profesionales, lo que permitiría aumentar las competencias de los psicólogos y regular la calidad de la práctica profesional (Labrador, Echeburúa & Becuña, 2000).

De manera particular, en la Tabla 5 se muestran los tratamientos con evidencia empírica para trastornos ansiosos y depresivos, sin embargo hallar una intervención con alta evidencia empírica para determinados problemas psicológicos no supone de inmediato la curación de la enfermedad, sino que se habla de una mejor estrategia disponible para tratar un trastorno particular y es posible que dicha cura sólo se obtenga con un estudio interdisciplinario.

Tabla 5. Tratamientos para la depresión y ansiedad con evidencia empírica.

Trastorno	Tratamiento con Apoyo Empírico
Ansiedad/ Trastorno de Pánico con Agorafobia.	Terapia cognitivo-conductual. Exposición.
Ansiedad Generalizada.	Relajación.
Trastorno de pánico.	Relajación. Terapia cognitivo-conductual.
Trastorno de Estrés Postraumático.	Exposición. Inoculación del estrés. Terapia cognitivo-conductual.
Depresión.	Psicoeducación. Terapia cognitivo-conductual.
Depresión mayor.	Terapia Cognitiva. Terapia Cognitiva conductual.

Se muestran las técnicas con evidencia bien establecida para diversos trastornos ansiosos y depresivos, basado en Mustaca (2004b).



Una de las implicaciones de este tipo de terapias es que se pueda tratar a las personas sin necesidad de medicamentos, algo que ya se ha demostrado en los trastornos de ansiedad como el TOC, la depresión, las disfunciones sexuales, entre otros desórdenes y si bien la mayoría de los tratamientos con evidencia son de corte cognitivo-conductual esto es debido a que fueron los primeros trabajos en incluirse a este movimiento, mientras que los otros enfoques parecen estar más enfocados en el proceso terapéutico y aun así hay estudios que avalan su eficacia, como las terapias interpersonales que tienen un mayor efecto para la depresión en poblaciones latinas o la terapia cognitiva que resulta efectiva para el continente europeo (Stevens & Méndez, 2007).

Terapia Cognitivo Conductual.

La terapia cognitivo conductual es uno de los tratamientos de primera elección para numerosos trastornos mentales ya que se fundamenta en el método científico, es decir, las técnicas que desarrolla y utiliza se validan mediante experimentos bien controlados (Robertson, 2010).

La terapia cognitivo conductual es una forma de tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen o causan el malestar asociado a los desórdenes mentales (Grant, Townend, Mulhern & Short, 2010), por lo que el terapeuta, a diferencia de otras terapias, se vale de diversas estrategias cognitivas y conductuales que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y de los pensamientos automáticos de las personas, enseñando diversas conductas adaptativas para confrontar los problemas (Olatunji & Hollon, 2010).

En general esta terapia es breve y en comparación con otras formas de tratamiento, la terapia cognitiva conductual es más directiva, está orientada hacia objetivos específicos, se centra en la modificación de cogniciones y conductas usando tareas para casa y la práctica repetida de habilidades, que ayudan a



proporcionar una nueva perspectiva a la persona (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

La relación cliente-terapeuta es muy importante ya que se busca que la persona sea completamente capaz y competente para hacerse cargo de su propia mejoría, pues se considera que instruir a la persona en el conocimiento sobre su propio trastorno, su origen y los factores que contribuyen a su mantenimiento es una parte importante en el tratamiento, por lo que su aplicación generalmente comienza por dar información sobre el trastorno, estableciendo compromisos para la implicación de la persona e informarle que será un sujeto activo en el proceso terapéutico (Solloa, 2009).

El terapeuta cognitivo cuenta con una variedad de técnicas para cambiar las conductas desadaptativas, considerando incluso al pensamiento como una conducta, con técnicas que se introducen en las primeras fases de la terapia, en especial de las depresiones graves, tales como el registro de la actividad, la planificación de actividades agradables y la asignación de tareas progresivas para casa (Grant, A. 2010).

Aunque el propósito inmediato de las técnicas conductuales es cambiar los síntomas conductuales, la meta última es el cambio de los pensamientos automáticos desadaptativos, que una vez identificados, tanto el terapeuta como la persona examinan y someten a prueba considerándolos como hipótesis que han de ser comprobadas con tareas, ejercicios en casa y en las sesiones (Davidson, 2007).

Habitualmente el tratamiento consta de 15 a 20 sesiones, en función de la gravedad de la sintomatología, donde la primera tarea es reformular el problema de la persona, ayudándole a verbalizar sus problemas globales y redefinirlos en componentes manejables, es decir, en síntomas específicos, generando un plan



de tratamiento para que así las personas puedan solucionar su problemática (Fullana, Fernández, Bulbena & Toro, 2011).

Algunas de las intervenciones conductuales más utilizadas según Vázquez y colaboradores (2000) son:

- 1.- Programación de actividades: Se planifican las actividades diarias en detalle con el terapeuta.
- 2.- Registro de actividades de dominio y placer: Las personas apuntan actividades que les resultan placenteras o que dominan con el fin de aumentar la sensación de control sobre su vida.
- 3.- Asignación de tareas graduales: realizarán aproximaciones sucesivas a un comportamiento deseado.
- 4.- Juego de roles conductuales: A través del modelado o ensayo conductual la persona adquiere diversas habilidades tanto sociales como de relajación, afrontamiento del estrés, etc.
- 5.- Pruebas de realidad: el terapeuta guía al paciente en pruebas de realidad (comprobar hipótesis, búsqueda de evidencias) que le permitan comprobar la falsedad de sus cogniciones.

En cuanto a las técnicas cognitivas, éstas se basan en la consideración de que el proceso de percepción (consciente o no) de los estímulos que generan ansiedad y depresión tienen un papel relevante en el origen y mantenimiento de los trastornos, por lo que se usan técnicas como el registro de pensamientos para trabajar con los pensamientos disfuncionales asociados a la situación problema (Grant, Townend, Mulhern & Short, 2010).



Otras técnicas empleadas para cambiar cogniciones negativas incluyen la disminución de temores catastróficos, se cambia la atribución de la responsabilidad mediante “técnicas de retribución”, se adquieren y practican respuestas racionales para pensamientos disfuncionales, además de identificar y modificar aquellas conductas disfuncionales que se repiten (Veale & Willson, 2007).

Todas las técnicas se pueden dar de manera grupal, que en un principio se hizo de esta forma a causa de la escasez de terapeutas, pero la terapia resultó ser tan eficaz como la individual (Moorey, 2007). Algunas de las ventajas que ofrece es que el individuo puede experimentar directamente los problemas, lo que le produce ideas y descubrimientos que no se le hubieran ocurrido de sólo hablar con el terapeuta ya que los demás miembros del grupo tienen problemas similares y le brindan soporte y opiniones útiles, además en el caso de la depresión se ayuda a que la persona recupere la esperanza de poder mejorar su situación, ver que sus conflictos se dan en otras personas, compartiendo sus experiencias con el grupo, donde el mismo entorno lo ayuda y cohesiona de cierta forma a mejorar, además le ayuda en el desarrollo de habilidades sociales aunque sea por una conducta imitativa (Caballo, 2008).

En el caso particular de la depresión y ansiedad, Nezu y colaboradores (2006) consideran que las metas de la terapia cognitivo-conductual son: disminuir el pensamiento disfuncional, optimizar la capacidad de solución de problemas, incrementar las habilidades de autocontrol, mejorar las tasas de reforzamiento positivo, aumentar las habilidades sociales/interpersonales, disminuir la ideación y los intentos activos de suicidio (en caso de que los haya), mejorar la calidad de vida, reducir la activación fisiológica y disminuir el deterioro funcional mediante habilidades de afrontamiento más adaptativas que la evitación y escape (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).



Dentro de la intervención basada en la evidencia, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser la más sólida de las terapias y si bien últimamente no ha habido progresos teóricos realmente significativos, se ha acumulado gran cantidad de datos fiables sobre su eficacia, desarrollándose versiones no sólo grupales sino también modalidades que aplican las nuevas tecnologías, con resultados muy positivos si no se deforman los fundamentos de la terapia (Roth & Fonagy, 2005).

Si bien la terapia cognitivo conductual empezó a utilizarse en el tratamiento de trastornos depresivos y ansiosos, como depresión unipolar, trastorno de pánico con o sin agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social, estrés postraumático, depresión infantil, trastorno obsesivo-trastornos de alimentación, etc., en los últimos años se ha extendido notablemente su uso y ha demostrado su eficacia en trastornos sexuales, adicciones, trastornos somáticos, enfermedades crónicas, en diferentes poblaciones (niños, adolescentes, adultos, adultos mayores) y ha sido más eficaz que los placebos, otras terapias psicológicas, incluso igual o más eficaz que la terapia farmacológica (excepto en el TDAH, trastornos psicóticos y bipolaridad) (Fullana, Fernández, Bulbena & Toro, 2011).

Para revisar más a detalle los tratamientos cognitivos conductuales con evidencia empírica para los diversos trastornos se puede consultar la Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces de Pérez y colaboradores (2003).

Técnicas cognitivo-conductuales.

A continuación se describen a detalle las técnicas cognitivas-conductuales que se utilizan tanto para la depresión como para la ansiedad, en el caso de la ansiedad también puede utilizarse la exposición, pero en este trabajo no se incluyó la técnica porque sólo se trabajo con ansiedad moderada y sin tener algún trastorno en específico, sin embargo la misma terapia grupal sirve como un medio para encarar los miedos de los participantes y practicar sus habilidades sociales.



Reestructuración Cognitiva.

La reestructuración cognitiva es un término general que abarca diversas estrategias cognitivas específicas, que si bien tienen diferencias entre sus planteamientos todas implican ayudar a la persona a identificar sus pensamientos desadaptativos y luego modificarlos, identificando las situaciones que operan como detonantes de los síntomas y los pensamientos automáticos negativos relacionados (Martin & Pear, 2008).

El supuesto en el que se basa esta técnica es que las personas interpretan y reaccionan ante los acontecimientos de acuerdo al significado percibido ante dicho suceso, es decir, las creencias, expectativas y actitudes que afectan la conducta ante la situación (Moorey, 2007).

Las estrategias de intervención que contribuyen a disminuir las cogniciones disfuncionales se basan en principios cognitivos reestructuradores, de ahí el nombre de la ésta técnica, que abarca estrategias como la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento instruccional de Meichenbaum, siendo la de Beck la más utilizada para la depresión, con resultados equiparables a los farmacológicos (Robertson, 2010).

La investigación apoya que las persona con ansiedad o depresión tienen una alta tendencia a evaluar todo de forma negativa, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos, lo cual tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión y ansiedad (Oblitas, 2010).

De forma general la Terapia de Conducta Racional Emocional de Albert Ellis, anteriormente llamada Terapia Racional Emotiva o TRE, relaciona la génesis de los trastornos con lo que él denomina creencias irracionales, que se caracterizan por ser absolutistas y dogmáticas (“debo de”, “tengo que”) y que generan emociones negativas que limitan las conductas (Ellis, 1993).

La forma en la se perpetúan estas creencias irracionales a lo largo del tiempo viene definida por el modelo ABC de Ellis (1997), que se observa en la Figura 10, que enseña cómo las situaciones cotidianas son estímulos que desencadenan los pensamientos irracionales y estos a su vez generan conductas desadaptativas.

Modelo ABC de Albert Ellis.

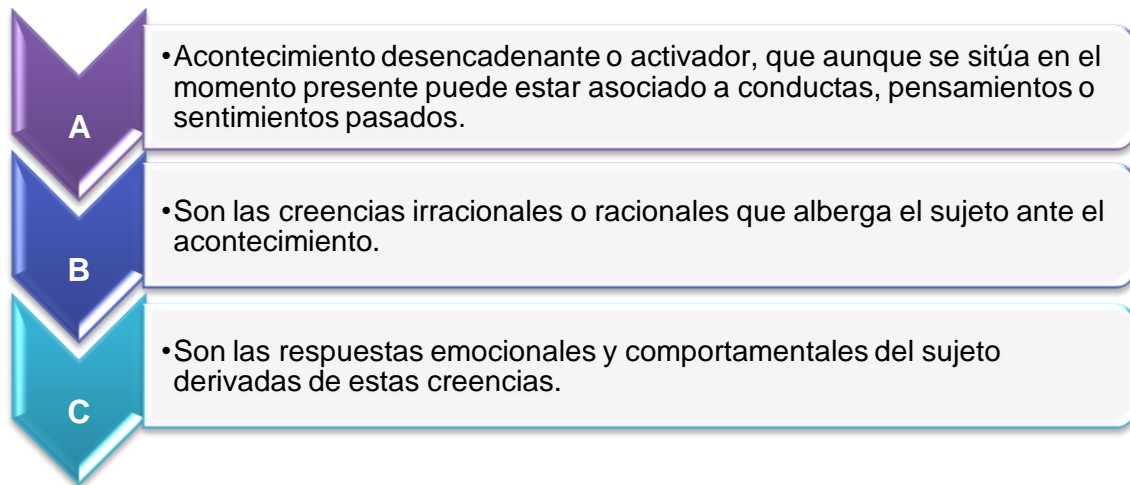


Figura 10. Se muestran los componentes del Modelo ABC planteado por Ellis (1997) sobre el mantenimiento de los pensamientos disfuncionales.

Bajo este modelo, la terapia consiste en enseñarles a las personas a contrarrestar las afirmaciones irracionales que surgen en el punto B, con afirmaciones más positivas y realistas, proceso que se lleva a cabo en tres fases: Primero se enseña a identificar los pensamientos perturbadores que se basan en creencias irracionales, utilizando autorregistros de situación, pensamientos, emociones y conductas; En segundo lugar, Ellis desafiaba enérgicamente a la persona, enfrentándose y argumentando en contra de las creencias irracionales básicas del discurso problemático y en tercer lugar, mediante modelado y tareas terapéuticas, se enseña a sustituir las afirmaciones irracionales por creencias racionales pero ahora por sí solos (Ellis, 1997).

Por otro lado, la Terapia Cognitiva de Aaron Beck se basa en el supuesto de que las personas con trastornos emocionales padecen un exceso de pensamientos



aberrantes, falaces o disfuncionales, lo cual genera o exagera sus problemas, por lo que la terapia se encamina a identificar y modificar las conceptualizaciones, distorsiones y falsas creencias que subyacen a estas cogniciones (Davidson, 2007), siendo una de las características distintivas de la terapia el empirismo colaborativo, donde el terapeuta y el paciente participan de manera conjunta (Chinchilla, 2008).

Aarón Beck (1976) define a la terapia como un procedimiento activo, directivo, estructurado, orientado hacia el problema y de tiempo limitado, cuyo proceso implica tres componentes generales:

- ❑ En primer lugar, se identifican los pensamientos disfuncionales y poco adaptativos que pueden estar causando emociones desagradables, habitualmente mediante imaginación o diversas preguntas. Se puede pedir a la persona que imagine la situación donde ha presentado malestar y que se enfoque en los pensamientos que esas imágenes le generan.
- ❑ En segundo lugar, se le pide a la persona que una vez identificados los pensamientos disfuncionales utilice métodos para contrarrestarlos, uno de estos es la comprobación de la realidad o poner a prueba la hipótesis, donde se busca que la persona se planteé esas distorsiones como teorías que hay que contrarrestar empíricamente con experimentos en casa.
- ❑ El tercer punto consiste en asignar tareas para que la persona realice por sí misma, que incorpora otras técnicas conductuales como el autorreforzamiento, activación conductual, etc.

De forma más específica, Sacco y Beck (1995) proponen seis pasos para llevar a cabo la terapia cognitiva, los cuales se dividen en 20 sesiones con determinados objetivos, los cuales se muestran en la Figura 11.

Sesiones de la Terapia Cognitiva de Beck.



Figura 11. Se muestra de manera general las sesiones y objetivos de la terapia cognitiva propuesta por Sacco y Beck (1995).

A diferencia de Beck, Ellis solía utilizar un método más polémico al discutir con la persona los pensamientos irracionales, enfocándose en cuestionar a las personas de manera agresiva, mientras Beck daba un trato más amable, dejando tareas que pusieran a prueba dichas creencias (Martin & Pear, 2008).

Ambas terapias han demostrado ser tan efectivas como la terapia farmacológica para la depresión y ansiedad, aunque un poco menos efectivas que la terapia conductual (Baban & Craciun, 2007).



Autorreforzamiento.

Dentro del enfoque conductual se sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido, relacionado con las interacciones negativas entre la persona y su entorno, tales como relaciones sociales negativas o una baja tasa de refuerzo, supuesto que surge de diversos trabajos como los de Lewinsohn y colaboradores (1979), Seligman (1975) y Rehm y sus colaboradores (1981).

Esta técnica genera un cambio conductual tan amplio como cualquier tratamiento completo y consiste básicamente en aumentar el comportamiento gratificante y productivo de la persona, combinando la planeación de recompensas y actividades placenteras con el fin de aumentar conductas adaptativas (Grant, Townend, Mulhern & Short, 2010). El autorreforzamiento se relaciona estrechamente con una alta autoestima y así mismo las personas con depresión suelen tener niveles bajos de autorreforzamiento (Oblitas, 2010).

Si el autorreforzamiento se da sin contingencia alguna es imposible que se logre con éxito reducir un comportamiento perturbado o aumentar la tasa de resultados positivos, por lo que los procedimientos deben enseñar a la persona a establecer reforzadores sólo si cumple con una tarea determinada (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001).

De acuerdo con Seligman (1975) la depresión es consecuencia del fracaso del individuo en el control de los reforzadores externos, sin alcanzar un nexo entre las respuestas adaptativas y el alivio de estímulos aversivos, dando como resultado la ausencia de respuestas adaptativas o si la persona llega a producirlas éstas no son reforzadas por el exterior y la persona se siente incapaz de influir o modificar esta situación, sintiéndose inseguro y desesperanzado. El trabajo de Seligman muestra el papel fundamental del reforzamiento del medio o proveniente de la misma persona y como éste debe aumentarse para disminuir la depresión o indefensión aprendida.



Por otro lado, los trabajos de Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn, Muñoz, Youngren & Zeiss, 1986) también se enfocaron en el papel de la disminución del refuerzo positivo y la depresión, argumentando que el refuerzo positivo que una persona consigue está en función de tres factores: El número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona, el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar y el conjunto de habilidades que posee la persona (por ejemplo, habilidades sociales) para provocar el refuerzo del entorno para sus conductas. Estas teorías sirvieron para desarrollar una estrategia de tratamiento centrada en aumentar la tasa de refuerzo en tres áreas: actividades agradables, actividades interpersonales y pensamientos saludables (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

Por su parte, el modelo de autocontrol de Rehm (Rehm, Kornblith, O'Hara, Lamparski, Romano & Volkin, 1981) señala que la depresión surge como un déficit en el proceso de auto-observación, en el cual se priorizan los eventos negativos en vez de los positivos, mostrando escasa capacidad para evaluar las conductas, con un uso excesivo del autocastigo frente a la autorecompensa, por ello el entrenamiento que se propone hace énfasis en la toma de decisiones, el autoreforzamiento, el manejo de contingencias y el rendimiento conductual.

Rehm (1977) desarrolló un programa de tratamiento basado en su teoría del autocontrol, que consta de 6 a 12 sesiones las cuales están divididas en tres partes, donde el eje central es el desarrollo de una auto-observación y autoevaluación más adaptativa y mejores estrategias de autoreforzamiento. Dichas etapas y objetivos se muestran de forma general en la Figura 12.

Programa de Autocontrol de Rehm.

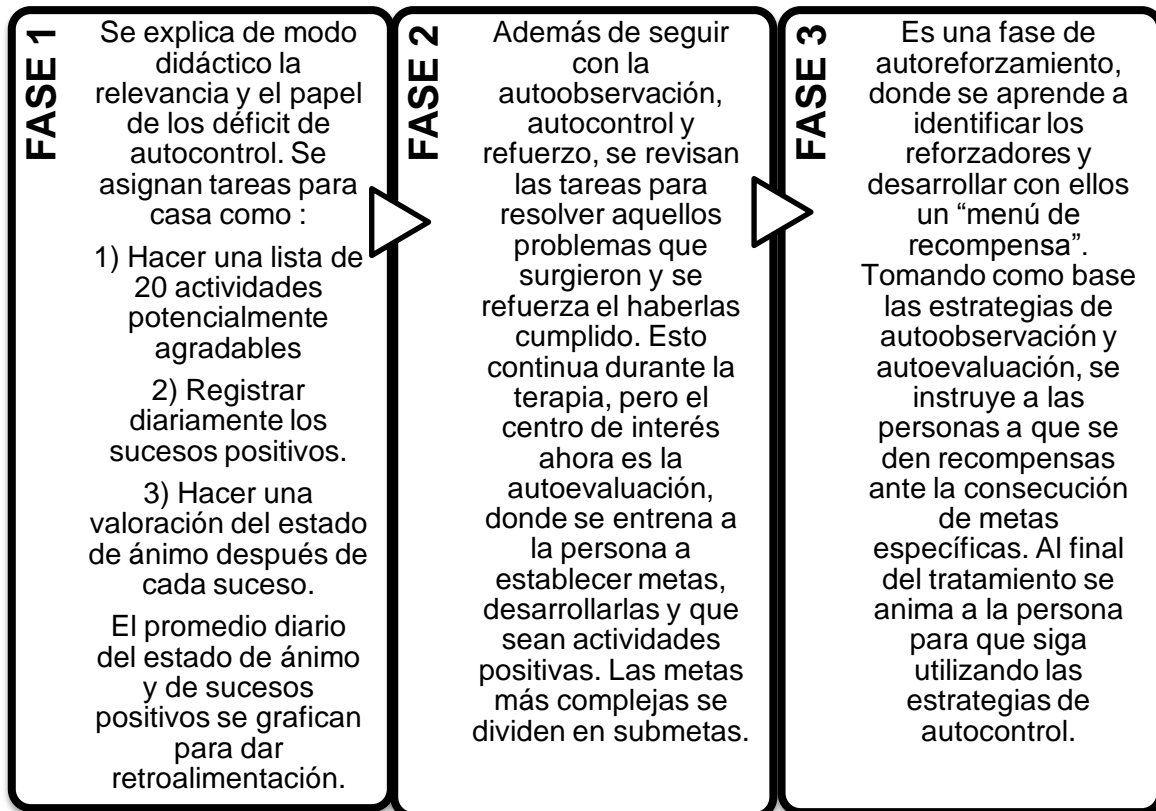


Figura 12. Se muestra de manera general las etapas y objetivos del tratamiento basado en la teoría de Autocontrol de Rehm (1977).

Cabe agregar que el autoreforzamiento puede ser manifiesto o encubierto, es decir, una persona podría recompensarse con el pensamiento de los efectos positivos a largo plazo de su conducta, con autoverbalizaciones positivas, con una lista de virtudes, cualidades o características positivas que tiene (Caballo, 2008).

Tanto el reforzamiento manifiesto como el encubierto pueden emplearse como técnicas de autocontrol para mejorar la adherencia al tratamiento, aumentar la generalización de conductas e incrementar la capacidad para mantener el cambio de conducta después de la terapia, sobre todo cuando las recompensas de su cambio conductual no son inmediatas (Veale & Willson, 2007).



El autorreforzamiento también incluye a la activación conductual, que es la planificación gradual de actividades y de tareas, así como su evaluación, ya que las personas con depresión muestran una elevada dificultad para realizar sus actividades cotidianas y planificar actividades gratificantes (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001). En este sentido fomentar actividades sociales o placenteras permiten a la persona desviar su foco de atención problemático al menos por un tiempo determinado, lo que aumenta la identificación de características positivas de cada momento e incrementa el tiempo de exposición a las mismas, así mismo se incluyen autocuidados para enriquecer el entorno de la persona y mantener hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio físico, higiene del sueño, etc.) (Oblitas, 2010).

Relajación.

Las primeras publicaciones sobre la relajación fueron las de Jacobson (1929) y de Schultz (1932) respectivamente, pero existen otras técnicas más recientes basadas en la retroalimentación biológica, siendo frecuentemente usadas como parte de otras técnicas cognitivas conductuales como la desensibilización sistemática, cuyo objetivo se centra en la disminución del estrés y la ansiedad (Caballo, 2008).

Cada técnica de relajación pretende facilitar el aprendizaje de un patrón de respuesta biológica, por ejemplo, en la técnica de Jacobson el principal mecanismo de aprendizaje es la discriminación perceptiva de los niveles de tensión en cada grupo muscular a través de ejercicios de tensión-distensión, en el caso de la relajación autógena de Schultz el mecanismo central está relacionado con la representación mental de las consecuencias motoras (como calor y peso) de la respuesta de relajación; las técnicas de relajación basadas en el entrenamiento de patrones respiratorios, principalmente abdominales, buscan incrementar el control parasimpático en el funcionamiento cardiovascular mientras el biofeedback se basa más en el condicionamiento operante, donde una señal induce a la persona a disminuir la activación fisiológica (Zepeda, 2008).



En cualquiera de estas técnicas se cree que una vez emitida o evocada la respuesta de relajación se puede condicionar a estímulos neutrales del ambiente o puede contracondicionar estímulos evocadores de ansiedad (Ceballos, 2010).

El entrenamiento en relajación pretende disminuir la activación fisiológica en situaciones que provocan ansiedad, donde primero se enseña al paciente a identificar las señales y orígenes de la activación fisiológica y después se le explica cómo realizar la relajación progresiva u otras técnicas de esta naturaleza (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

El entrenamiento en relajación reduce los síntomas de angustia tanto a corto como a largo plazo y además facilita la recuperación de cogniciones positivas que ayuda a otras intervenciones de la terapia cognitivo-conductual como la reestructuración (Cía, 2007). Por ello, ésta herramienta se suele combinar con técnicas de exposición al tratar los trastornos de ansiedad, comúnmente en TOC, agorafobia y fobias específicas, donde la persona enfrenta los estímulos y situaciones que le producen pensamientos catastróficos, negativos o de fracaso, cambiando las conductas de escape o evitación por la relajación y respiración para así enfrentar las situaciones aversivas (Goncalves, González & Vázquez, 2003).

A continuación se describen de forma breve las técnicas de relajación más utilizadas:

- **Relajación Progresiva de Jacobson:** Busca enseñar a la persona a discriminar entre tensión y relajación muscular, dividiendo el cuerpo en distintos grupos musculares, que se van a trabajar uno por uno, los cuales suelen ser: Manos y brazos, frente, ojos y nariz, boca y mandíbulas, cuello, hombros, pecho y espalda, estómago, piernas y muslos, pantorrillas y por último los pies. Primero se le enseña a la persona a tensar fuertemente los músculos de cada grupo y después a relajarlos ante la indicación del terapeuta, sintiendo la diferencia de las sensaciones de tensión y



distensión, con repeticiones de cinco o siete segundos de tensión y 30 a 40 segundos de relajación, esto se combina con ejercicios de respiración diafragmática y al terminar de trabajar todos los músculos se enseña a la persona a permanecer completamente relajada (Jacobson, 1929).

- **Relajación Pasiva:** Es muy parecida a la relajación progresiva con la única diferencia de que no se tensan los grupos de músculos anteriormente mencionados, sólo se relajan, esto es porque algunas personas encuentran difícil relajarse después de haber tensado los músculos, además ésta técnica se recomienda en personas con algún padecimiento médico donde no deben tensar los músculos, pues en estos casos la relajación progresiva estaría contraindicada. El procedimiento es lo mismo, primero se enseña a relajar las manos, brazos, pasando por rostro, cuello, tronco, hasta los pies, igualmente haciendo énfasis en relajar los músculos, en sentirlos pesados y cálidos, junto con una respiración diafragmática, lenta y prolongada (Cautela & Groden, 1985).

- **La Relajación Autógena de Schultz:** Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en la persona estados de relajación a través de autosugestiones sobre: 1) Sensaciones de pesadez y calor en las extremidades; 2) Regulación de los latidos del corazón; 3) Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo y 4) Concentración pasiva en la respiración. La técnica debe de practicarse tantas veces hasta que la persona llegue a relajarse de forma automática, los músculos con los que se trabaja son sólo las extremidades y el abdomen, igualmente se pone atención en mantener una respiración lenta y profunda, siendo una técnica de relajación que utiliza mucho la sugestión, sin embargo a la larga es la persona la que va a interiorizar cómo autorelajarse (Schultz, 1932).



- **Técnica de relajación de Benson:** También llamada respuesta de relajación, es una adaptación de las técnicas de meditación en la cual se utiliza un “mantra” o palabra que induce a los estados de meditación profunda, ya que según Benson cualquier palabra se puede utilizar para iniciar los cambios fisiológicos, donde dicha palabra puede ser “Relax” “Relájate”, “Paz”, “Uno”, etc. Con la que la persona se sienta cómoda se le pide que cierre los ojos, relaje los músculos, respire profundamente y cuando exhala debe decir el mantra escogido, repitiendo todo esto durante 20 minutos aproximadamente y el mantra principalmente ayuda a que la persona se concentre en la respiración lenta y pausada (Benson, 1975).

La importancia de todas estas técnicas de relajación no reside en ellas mismas sino en la aplicación que se haga de ellas, no son fines en sí mismas sino medios para alcanzar una serie de objetivos como dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones cotidianas que le están produciendo ansiedad o tensión (Gelabert, 2007).

Al aplicar cualquiera de las técnicas de relajación se debe de tener en cuenta el problema de la persona, ya que sería un esfuerzo inútil si no se está seguro de que es una habilidad indispensable para la mejora o disminución de la sintomatología, así también se debe de comunicar a la persona por qué se está aplicando, es decir, que la técnica tenga sentido para la persona, ya que si no percibe una mejora en corto tiempo puede perder la motivación, que es fundamental para practicarla, por lo que es muy importante que el terapeuta dé la información suficiente, entendible y que remarque la constancia para que funcione (Heinze & Camacho, 2010).

Es importante tener un buen ambiente físico al llevar a cabo la técnica de relajación, que sea un lugar un poco aislado del sonido, con temperatura regular, con luz tenue, buscando que la persona se sienta cómoda, sin ser necesario que se acueste (Oblitas, 2010). La voz del terapeuta también es importante, con el



tono y la intensidad adecuada, un poco baja, pausada y en función de la técnica que se aplica, pues en el caso de la relajación autógena se hace con una voz más pausada que con la relajación progresiva, por ello es necesario identificar cuál es la técnica adecuada para el problema de la persona y a qué elementos se necesita poner énfasis (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008).

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Las relaciones sociales significativas de las personas con depresión y ansiedad llegan a verse afectadas de manera grave por las conductas de aislamiento y evitación que son comunes en ambos trastornos, lo que no sólo disminuye la calidad de vida de la persona sino también pueden entorpecer el tratamiento de la sintomatología en general (Trickett, 2009).

Esta técnica surge en un principio para mejorar la expresividad de las personas, tales como la expresión verbal, la expresión facial, el empleo deliberado de la primera persona al hablar, el recibir cumplidos, expresar desacuerdo, entre otras habilidades (Grijalvo & Pellejero, 2008).

Habilidad social es un término que se refiere al conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal que permite expresar las actitudes, sentimientos, deseos, opiniones y derechos de la persona, de un modo adecuado a la situación y sin pasar por encima de los derechos de los demás, que por lo general ayuda a solucionar los problemas inmediatos y minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2007).

La habilidad social debe considerarse dentro del marco cultural y el sistema de creencias de cada persona, dependiendo de factores como la edad, sexo, la clase social y la educación, ya que una conducta es asertiva en la medida en la que ayuda a alcanzar los objetivos de la persona, pero aunque puede ser efectiva en una situación o para una persona puede ser inapropiada en otras situaciones y



para otras personas, el terapeuta nunca va a obligar a alguien a actuar como se supone “debería” hacerlo y una conducta socialmente efectiva no es dañina, la persona debe tener un total libre albedrío (Van-der Hofstadt, 2005)

Las teorías conductuales de la depresión postulan que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta puede conducir a la depresión, pero que la obtención de dichos refuerzos positivos está determinada, en parte, por la destreza del individuo para aumentar la disponibilidad de reforzadores y la obtención de los mismos, es decir, la depresión es debida a la ausencia de habilidades sociales necesarias para obtener el máximo refuerzo positivo y el mínimo castigo (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

Lewinsohn (1975) sostenía que la depresión a menudo surge a causa de la ausencia de habilidades sociales, ya que se tiene una tendencia a ser menos asertivo, a tener expresiones faciales negativas, un contacto visual pobre y a mostrar menos actividad en las interacciones de grupo. Por esto, varios estudios apoyan la idea de incluir algún elemento de habilidades sociales en el tratamiento de la depresión, así como entrenamiento en modificación de pensamientos negativos y el ensayo conductual en la reducción de la ansiedad interpersonal, pues un entrenamiento en habilidades sociales al aumentar la participación aumentaría la cantidad de reforzamiento contingente a la conducta de la persona y una mayor aceptación por parte del entorno (Güell, 2006).

En lo referente a la ansiedad, se ha encontrado que existe una relación entre ésta y el comportamiento socialmente hábil, ya que en las intervenciones con componentes de entrenamiento social no sólo se obtiene una mejoría de estas habilidades sino que de forma indirecta parecen facilitarse importantes reducciones de la ansiedad y sus manifestaciones (Antona, 2009).



El entrenamiento en habilidades sociales se podría definir como una forma sistemática de enseñar a las personas estrategias y habilidades interpersonales con la intención de mejorar su competencia social en situaciones específicas, concentrándose en el aprendizaje de un nuevo repertorio de conductas (Roca, 2007).

De acuerdo con Caballo (2007; Caballo, 2008) el proceso de entrenamiento en habilidades sociales implica cuatro elementos principalmente:

- ❖ **El desarrollo de un sistema de creencias** que mantenga un respeto por los propios derechos personales y de los demás: Principalmente se le enseña a la persona a que reconozca que tiene derecho a expresarse, a estar en desacuerdo, a decir lo que siente o piensa sin sentirse juzgado, pero así mismo, los demás tienen estos derechos que debe de respetar.
- ❖ **La distinción entre las conductas asertivas, no asertivas y agresivas:** Se pueden planificar una serie de ejercicios para que el individuo entienda las diferencias entre estos tres comportamientos, dejando claro que una conducta asertiva es más adecuada y reforzante que las otras dos, pues la persona pasiva suele guardarse sus opiniones, dejando que los demás pasen sobre de él, mientras la persona agresiva pasa sobre el derecho de los otros, al final ambas conductas no son adaptativas a largo plazo y genera relaciones sociales poco sanas.
- ❖ **La reestructuración cognitiva en situaciones concretas:** Usualmente se usa para enseñar a las personas cómo es que las palabras que se dicen a sí mismos pueden influir en sus sentimientos y conducta en ciertas situaciones sociales, pudiendo ser un obstáculo para su desenvolvimiento, pero que pueden cambiarse por otras que sean útiles y más realistas.
- ❖ **El ensayo conductual de las respuestas asertivas:** Se busca ensayar conductas alternativas y más adaptativas a las que el sujeto suele dar,



tomando en cuenta los puntos anteriores, simulando escenas en las sesiones para ver cómo actúa la persona en las situaciones problemas, donde el terapeuta da retroalimentación de lo que hace y sobre diferentes componentes de su conducta (Mirada, tono de voz, postura, entonación, gestos, fluidez verbal, etc.), recordándole la relajación y reestructuración como habilidades que le ayuden a ser más apto socialmente, ensayando hasta que la persona se sienta segura de su actuación. Entre las técnicas que se utilizan para este objetivo están el modelado, las autoinstrucciones, el reforzamiento y las tareas para casa.

El procedimiento se suele iniciar identificando las áreas específicas en las que la persona tiene dificultades sociales, ya sea con una entrevista, autorregistros, observaciones directas, etc., para delimitar el área problema y determinar el tratamiento específico (Güell, 2006). En esta parte se busca identificar qué lleva a la persona a presentar un déficit en sus habilidades sociales (ansiedad, cogniciones desadaptativas, discriminación errónea, etc.), informándole cómo es esta técnica y cómo va a ayudarla con sus problemas para así motivarla, que es fundamental para que la practique (Ceballos, 2010).

Una vez que la persona y el terapeuta han seleccionado la situación problema y se analizan las conductas alternativas adaptativas, se practican las habilidades en las sesiones y se dejan tareas para casa, discutiendo sobre los resultados de las nuevas conductas (Grijalvo & Pellejero, 2008).

Aunque los procedimientos del entrenamiento asertivo se llevaron inicialmente de forma individual, se ha aplicado también con éxito en grupos. El grupo ofrece una situación social ya establecida en la que los participantes pueden practicar el entrenamiento entre ellos, sobre todo durante los ensayos conductuales (Antona, 2009).



Entre los trastornos en los que frecuentemente se ha empleado esta técnica son: Ansiedad social, depresión, esquizofrenia, problemas de pareja, adicciones, TOC, agorafobia, agresividad, aislamiento social, fobia social, retraso mental, entre otros desórdenes donde la incompetencia social predispone, mantiene o aumenta el problema de la persona (Caballo, 2008).

Entrenamiento en Solución de Problemas.

La solución de problemas es un proceso metacognitivo por el que las personas comprenden la naturaleza de los mismos y dirigen sus esfuerzos a su modificación o hacia las reacciones que le provoca (Nezu, Nezu & Perri, 1989). Los problemas se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o futuras) que exigen respuesta para el funcionamiento de la persona pero que no la reciben de forma eficaz debido a la presencia de distintos obstáculos, como la ambigüedad de la situación, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de habilidades o la novedad de la situación para la persona (Caballo, 2008).

En general, los problemas surgen de una discrepancia entre las exigencias del medio y los objetivos deseados por la persona, pero un problema no surge del ambiente o de la persona en si misma sino de la relación ambiente-persona, donde se busca una solución eficaz, que se refiere no sólo al logro de los objetivos planteados sino también a la maximización de consecuencias positivas y la minimización de las consecuencias negativas futuras (D'Zurilla, 1986).

Los déficits en la capacidad de solución de problemas para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad depresogéno y ansiogéno, incluso se ha encontrado que una orientación negativa del problema, es decir, ver los problemas sin solución, dudando de la capacidad de resolverlos, sentir frustración y molestia al enfrentarlos, se relaciona altamente con ambos síntomas (Moorey, 2007).



Así mismo las habilidades de solución de problemas como comprender el porqué de una situación, fijarse metas realistas, generar opciones, tomar decisiones y valorar el resultado de un plan de solución son factores que se relacionan de manera significativa con la depresión y ansiedad (Davidson, 2007).

Nezu y sus colaboradores (Nezu, Nezu & Perri, 1989) desarrollaron una hipótesis donde plantean que la capacidad de solucionar problemas eficazmente es un amortiguador de los efectos de las experiencias negativas, es decir, las personas con déficits en sus habilidades de solución de problemas tendrán mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo.

Por todo esto, el modelo postula que las habilidades de solución de problemas constituyen determinantes significativos de la competencia social, siendo un componente clave en el ajuste psicológico general de la persona (Grant, 2010).

Se puede decir que hay dos razones por las que las personas tienen déficits en la solución de problemas: La persona puede no haber aprendido las habilidades necesarias de solución o el individuo puede haber adquirido las habilidades pero no es capaz de manifestar eficazmente la solución de problemas en una situación determinada por emociones negativas (por ejemplo, ansiedad y depresión) que inhiben la ejecución de algunas o de todas las variadas operaciones de la solución de problemas (Caballo, 2008).

La terapia de solución de problemas busca aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar con las situaciones estresantes, que implica cambiar los pensamientos que afectan de manera negativa la orientación del problema, es decir, la visión general del problema, y cambiar la autoevaluación de las habilidades propias para resolverlos, que son las creencias acerca de la razón por la cual se presenta un problema, las atribuciones sobre quién es el responsable de que ocurra, las creencias de autoeficiencia, etc. (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).



Esta terapia ayuda a fijar metas realistas cuando las personas afrontan circunstancias estresantes, ayuda a identificar las situaciones anteriores y actuales que constituyen los antecedentes de su reacción emocional negativa, minimizar el grado en que esa respuesta emocional impacta de forma negativa sobre sus intentos futuros de afrontamiento y aumentar la eficacia de dichos intentos para evitar perturbaciones psicológicas como la ansiedad y depresión (Grant, Townend, Mulhern & Short, 2010)

D’Zurilla y Goldfried (1971) desarrollaron seis pasos generales para llevar a cabo la terapia de la solución de problemas y así enseñar a las personas a resolver satisfactoriamente sus dificultades personales mediante razonamiento lógico:

- 1) **Orientación del problema:** Se anima a las personas a reconocer los problemas y que es posible enfrentarlos actuando de forma sistemática en lugar de hacerlo impulsivamente, además de reformular el concepto que tengan de problemas “sin solución” como algo que se puede manejar, cambiando las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales inmediatas de la persona cuando se enfrenta a los problemas, que incluye identificar los problemas cuando ocurren y adoptar la perspectiva filosófica de que los problemas son normales, aumentando sus expectativas sobre su capacidad para realizar satisfactoriamente actividades de solución (la autoeficacia percibida) e inhibir la tendencia a llevar a cabo hábitos de respuesta automáticos y desadaptativos. Este componente es diferente a los demás en el sentido de que implica un proceso motivacional, mientras los otros se refieren a capacidades y habilidades para resolver problemas.
- 2) **Definición del problema:** Se busca especificar la historia y variables del problema para así entender qué factores son los que le molestan a la persona y saber cómo se pueden manejar, en lugar de hablar en términos ambiguos que son difíciles de medir o verificar al intentar solucionarlo.



El clarificar y comprender la naturaleza del problema incluye la revaloración del problema en términos de su bienestar y factor de cambio, también se refiere a la búsqueda de información y de los hechos disponibles sobre el problema, la descripción de estos hechos en términos claros y sin ambigüedades, diferenciando los hechos objetivos de las inferencias o suposiciones, identificando los factores y circunstancias que hacen de la situación un problema.

Para esto el terapeuta y la persona se hacen preguntas utilizando las cinco "W" del problema: Qué (What), Quién (Who), Dónde (Where), Cuándo (When) y Porqué (Why). Con toda la información recabada se establecen los objetivos, de manera específica y realista, así como los sub-objetivos, que pueden estar centrados en el problema o en la emoción que le produce dicha situación.

- 3) **Generación de Alternativas:** En este paso se hace una lluvia de ideas para proponer diferentes soluciones al problema, donde la persona debe pensar en todas las ideas que se le vengan a la mente, sin detenerse a pensar si son factibles o no, para que estén disponibles tantas como sean posibles y llevar al máximo la posibilidad de que la mejor solución se encuentre, por ello se enseñan los tres principios para el torbellino de ideas: El *principio de cantidad* que se refiere a que en cuanto más ideas se tengan, más alta es la probabilidad de que se encuentren opciones viables; El *principio de aplazamiento* del juicio sugiere que la cantidad de opciones puede ampliarse si se elimina el juicio de la calidad o eficacia de las sugerencias y el *principio de variedad* es que entre más amplio es el rango de opciones se encontrarán más soluciones posibles.

- 4) **Toma de Decisiones:** En este paso se examinan cuidadosamente las alternativas, eliminando aquellas que son poco viables, considerando las consecuencias a largo y a corto plazo, así también los pros y los contras y



una vez que se han analizado las opciones se elige la alternativa que parezca más óptima y con más probabilidad de éxito. Este paso incluye evaluar y juzgar (comparar) las opciones disponibles de acuerdo al problema para así seleccionar las mejores que serán llevadas a cabo en la situación real, pues se enseña a los individuos a estimar la probabilidad de que una alternativa sea realmente eficaz y la probabilidad de que la persona sea capaz de llevarla a cabo.

- 5) **Implementación o puesta en práctica:** Básicamente las personas diseñan un plan de acción para llevar a cabo la opción elegida, pensando en las habilidades con las que cuenta para realizarla o si necesita adquirir nuevas habilidades tales como la relajación, habilidades sociales, etc.
- 6) **Verificación:** Cuando el plan se pone en marcha, se le pide a las personas establecer un seguimiento del progreso para asegurarse que se alcanza la solución, si no se logra entonces la secuencia de solución de problemas debe iniciarse e intentarlo con otra alternativa, por ello las habilidades de autoobservación y evaluación del resultado real son necesarias para este paso y la enseñanza del uso de autorregistros y evaluaciones conductuales son básicas para realizarlas. Si la persona logra su objetivo puede autorreforzarse, si no lo alcanza entonces se le anima a analizar qué pudo haber fallado y revisar el proceso de solución antes de dejarse llevar por sus distorsiones cognitivas.

En el caso particular de la depresión y ansiedad, la terapia de solución de problemas busca ayudar a los individuos a minimizar el grado en el que los síntomas afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros de la persona, aumentar la eficacia de sus esfuerzos enseñándoles habilidades que les permitan abordar de modo más eficaz los problemas con el fin de evitar episodios depresivos o ansiosos (Chinchilla, 2008).



Estos pasos no se basan en el proceso natural de solución de problemas, sino que se basan en la hipótesis de que las personas, debido a sus capacidades cognitivas y a las demandas de la sociedad, son activos solucionadores de problemas y que el ajuste psicológico se relaciona con dicha habilidad (Oblitas, 2010).

El terapeuta no sólo va a explicar los pasos anteriormente descritos, sino que también va a modelarlos, cuidándose de no presentar el enfoque como algo frío y muy técnico, sino al contrario, motivar a las personas para que lo lleven a cabo ante diversas situaciones de su día a día (Caballo, 2008).

Este entrenamiento se ha usado en pacientes hospitalizados en psiquiátricos, en personas con adicciones, depresión, estrés, ansiedad, problemas maritales y agresividad, obteniendo resultados positivos, incluso se reduce la ideación suicida pues aumenta la capacidad para percibir e identificar las opciones alternativas al suicidio, disminuyendo la probabilidad de que lo hagan (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Uso de los Manuales en la Psicología.

Después de describir las técnicas utilizadas comúnmente en el tratamiento de la depresión y ansiedad, se puede observar que hay una gran diversidad para alcanzar determinados objetivos ante estos trastornos, sin embargo no todas las técnicas se han manualizado o validado en determinadas poblaciones o en situaciones no ideales.

Desde el movimiento de las intervenciones basadas en la evidencia el uso de los manuales empezó a ser mayor dentro del área de la salud ya que anteriormente los manuales de procedimientos se utilizaban sólo dentro del área laboral, pero a partir de la búsqueda de la difusión de las estrategias terapéuticas se empiezan a publicar una diversidad de manuales desde diversas corrientes, siendo la



diferencia entre dichas propuestas la validez estadística y empírica de su uso (Abarca, Chacón, Espinoza & Vera-Villarroel, 2005).

La intervención basada en la evidencia lo que busca es que los procedimientos terapéuticos queden manualizados y estandarizados en forma de guías, protocolos o manuales para que cualquier profesional pueda utilizarlos con pequeñas modificaciones, ya sea en el ámbito clínico, educativo o de intervención social, sometiendo esos procedimientos a comprobación empírica y adaptándolos a diferentes ámbitos, poblaciones, servicios o modalidades, para así dar un mejor servicio a las personas (Ortiz & Vera-Villarroel, 2003).

En este punto cabe definir a las guías o manuales como pronunciamientos, declaraciones e informes que sugieren o recomiendan determinadas formas de intervención y comportamientos específicos para el profesional ante determinadas situaciones, siendo un apoyo no una obligación o mandato de actuación, pues a diferencia de los estándares profesionales, las guías son flexibles y permiten escoger una actuación efectiva adaptable a las diferencias personales o ambientales, aunque en ocasiones no es aplicable a todas las situaciones (Moriana & Martínez, 2011).

Para el APA (2002) las guías prácticas son recomendaciones dirigidas a los profesionales, que trata sobre su conducta ante diversos problemas, áreas o ámbitos específicos de intervención, incluyendo recomendaciones sobre tratamientos o procedimientos específicos, buscando informar y educar a los profesionales de la salud sobre cuáles son las técnicas y tratamientos disponibles más efectivos.

Aarón Beck forma parte del primer grupo de terapeutas que se dedicaron a sistematizar los tratamientos específicos para diversas patologías, pero más allá de las diferencias que existen entre los distintos abordajes de cada trastorno siempre existirá como objetivo común y primordial la construcción de una



intervención eficaz para las personas que solicitan ayuda psicológica (López, Rondón, Cellerino & Alfano, 2005).

Como ejemplo de la sistematización de los tratamientos en Argentina, López y colaboradores (2005) propusieron algunas guías esquematizadas para trastornos de la personalidad desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros, sin embargo refieren que para los trastornos de personalidad aún no hay muchos protocolos tan específicos, por lo que los tratamientos comúnmente se basan en conceptualizaciones de caso sustentadas teóricamente, que después determinan los objetivos y las intervenciones a realizar, algo que sucede comúnmente en la práctica diría de cualquier país, incluyendo a México, cuando en realidad las guías esquematizadas se podrían tener a la vista durante las sesiones a fin de conceptualizar los casos y guiar más fácilmente las intervenciones desde la corriente psicológica de cada terapeuta.

Otro autor que en la actualidad ha publicado varios manuales bajo el enfoque cognitivo-conductual es Vicente Caballo, de España, siendo uno de estos manuales el que realizó para el tratamiento de diversos trastornos de niños y adolescentes (Caballo, 2002) tales como el trastorno disocial, la agresividad, la enuresis, los trastornos de aprendizaje, de comunicación, etc., donde describe las características clínicas de cada uno y las formas de intervención conductuales o cognitivo-conductuales, incluyendo además programas paso a paso.

Este mismo autor publicó en el 2008 el Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta (Caballo, 2008), donde compila una serie de tratamientos para diversos trastornos, describiendo a detalle sus fundamentos teóricos y sus pasos, además este mismo autor cuenta con un manual exclusivo de entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2007)

En España también Enrique Echeburúa y Paz de Corral (2006) proponen un Manual de Violencia Familiar donde incluyen un plan de tratamiento para



agresores y personas víctimas de agresividad, desde un enfoque conductual. Otra muestra de la manualización en España, es la Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad (Goncalves, González & Vázquez, 2003) donde muestran conceptos básicos sobre estos trastornos, la forma de diagnosticarlos pero van más enfocados hacia la atención primaria y a los médicos generales, sin explicar a detalle las técnicas sugeridas.

Un manual que no se puede dejar de lado es el propuesto por Muñoz, Aguilar-Gaxiola y Gúzman (1995), que es el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión, donde se muestra mucho más a detalle las técnicas para el tratamiento de la depresión, tanto de forma individual o en grupo, incluyendo sugerencias de cómo llevar a cabo las sesiones. Este manual consta de ocho sesiones que se centran en aumentar el nivel de actividades de la persona, enseñarle habilidades sociales y cambiar la forma de pensar de los participantes (reestructuración cognitiva), pues los autores consideran que al trabajar una de estas áreas se puede tener un mayor control de las emociones.

Así como existen manuales para los terapeutas también se han creado manuales para los pacientes o participantes de los tratamientos, como es el Manual para el Control de Enojo en Clientes Con Problemas de Abuso de Sustancias y Trastornos de Salud Mental (Reilly, Shopshire, Durazzo & Campell, 2006) con una duración de 12 semanas, que incluye un resumen de los conceptos relevantes para la persona (Psicoeducación), hojas de ejercicios, tareas y espacios para anotaciones de lo que se vea en la intervención. Esta estrategia incluye los temas de detección de estímulos que evocan el enojo, psicoeducación, reestructuración cognitiva, asertividad y solución de problemas.

Pero en México la manualización también se lleva a cabo, un ejemplo son las guías clínicas distribuidas por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, que son una serie de recomendaciones sobre la detección y diagnóstico



diferencial de diversos trastornos, como la Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad (Heinze & Camacho, 2010) donde se incluyen algunas recomendaciones para elaborar el plan terapéutico, pero no hay una parte donde se expliquen las técnicas a utilizar detalladamente. Así mismo se publicó una Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes (Cárdenas, Feria, Palacios, De la Peña, 2010) pero no incluye las estrategias terapéuticas y son de un corte menos psicológico y más psiquiátrico.

Los manuales no sólo se limitan a los terapeutas o usuarios de los tratamientos, también pueden dirigirse a los estudiantes de psicología como lo demuestra el estudio de Vargas, Ibáñez y Landa (2011), donde plantean un Manual para el Comportamiento Social de Psicoterapeutas que aplicaron a estudiantes de psicología. Este manual tenía como objetivo desarrollar habilidades sociales en los futuros psicólogos para un mejor desempeño en la relación terapeuta-consultante, comparando la propuesta con el entrenamiento tradicional de los alumnos, obteniendo resultados estadísticamente positivos aunque faltó observar estas habilidades en escenarios reales.

Si bien estos son algunos ejemplos de los manuales en el ámbito psicológico, los manuales producidos en México son mínimos en comparación con la producción de otros países como España o E.U., aunado a esto, su uso y divulgación es mucho menor, cuando se deberían de difundir entre la comunidad de la salud mental para mejorar el servicio que se brinda ante los diversos trastornos mentales, pero si estos no se divulgan no es de asombrar que la brecha entre la investigación basada en la evidencia y la práctica clínica diaria sea grande (Navarro, 2011).

A pesar del crecimiento del movimiento de la intervención basada en la evidencia, la adherencia a las guías clínicas es en general muy baja, siendo consistentes los estudios a nivel internacional que informan de importantes deficiencias en la adecuación de los tratamientos en salud mental (Wang, Demler, & Kessler, 2002).



Si bien en la actualidad existen libros de cabecera que guían el tratamiento, todavía no hay un alto grado de esquematización de las diferentes intervenciones, pues para ello sería necesario lograr un alto acuerdo de las metas y objetivos terapéuticos ante cada tipo de trastorno, así como enfocar las estrategias de modo tripartito: áreas cognitiva, conductual y afectiva, para así tener una verdadera intervención completa (López, Rondón, Cellerino & Alfano, 2005).

No basta con proponer de forma detallada una intervención, sino que las estrategias que se plasmen en los manuales tengan un sustento empírico para ser utilizadas, lo cual sólo se logrará a raíz de una serie de estudios donde se obtenga su efecto por encima de otros tratamientos o la no intervención (Navarro, 2011).

La elaboración de estos manuales también puede ayudar a entrenar a los estudiantes de la salud mental para que desde la carrera se acerquen a las técnicas empíricamente validadas y así mejorar la práctica del psicólogo, con personas que desde la carrera sepan de cómo validar empíricamente los tratamientos, pues si bien existen grandes avances en las terapias psicológicas estos avances no se reflejan en la práctica clínica diaria ni en los contenidos formativos de los programas de psicología clínica (Echeburúa, Salaberría, De Corral & Polo-López, 2010).

Los manuales también pueden ayudar a definir bien cuando un profesional está haciendo una mala *praxis*, pues los manuales son precisamente para evitar la aplicación de tratamientos poco eficaces o la mala aplicación de los tratamientos validados (Echeburúa & Corral, 2001).

Los manuales podrían ser el puente para unir los tratamientos validados empíricamente y la práctica clínica diaria, pues permitiría un fácil acceso a dichas intervenciones, además ayuda a su validación en la práctica diaria, con todas las variables a las que se tiene que enfrentar un psicólogo clínico, pero es tarea de los



mismos psicólogos que esta situación cambie para que se pueda dar una mejor intervención.

Hay que remarcar que dar terapia psicológica no es sólo una mera aplicación de técnicas, sino que se requieren de habilidades para establecer una relación con la persona para aliviar el sufrimiento, necesitando de habilidades para obtener información, ordenarla y devolvérsela al paciente, información que le permita comprender las causas y el mantenimiento de su malestar (lo que es el análisis funcional), sólo con esto se puede pasar a la aplicación de técnicas que conduzcan a la modificación del comportamiento, de las cogniciones y de las emociones (Echeburúa, De Corral & Salaberría, 2010).

Se tiene que recordar que no necesariamente actúa mejor el psicólogo clínico que más teoría sabe o más experiencia acumula, además la existencia de tratamientos ya validados empíricamente no invalida el ajuste de los procedimientos a las características de cada paciente, de hecho el movimiento de la intervención basada en la evidencia hace un esfuerzo por asignar tratamientos distintos a tipos de pacientes específicos, para mejorar así el servicio que se brinda a cada paciente (Moriana & Martínez, 2011).



MÉTODO.

Planteamiento del Problema y Justificación.

Los estados depresivos y ansiosos son de los más importantes debido a su prevalencia y al malestar que provocan en quienes los padecen, ya sea de manera individual o comórbida, ambos síntomas se han reconocidos como potencialmente crónicos, incapacitantes y con serias repercusiones individuales a nivel somático, psíquico, familiar y social (Rojtenberg, 2007), siendo los jóvenes entre 18 y 29 años los más vulnerables de manifestarlos (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012).

Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población siguiéndole con poca diferencia los trastornos afectivos, en especial la depresión mayor (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara & Berglund, 2007). A pesar de esto, México en el 2007 ocupaba el séptimo lugar en prevalencia de trastornos mentales y era de los países con menor proporción de personas tratadas (Wang, Aguilar, Alonso, Angermeyer, Borges, et al., 2007) y cualquiera que sea el motivo de este hecho, es evidente la necesidad de un tratamiento oportuno y centros de salud mental (sobre todo públicos) que satisfagan la alta demanda de dichos trastornos, pues debido al gran número de personas que acuden, a la falta de personal capacitado y a la falta de espacio no siempre se les puede dar la atención pertinente.

La terapia cognitivo-conductual es la que demuestra resultados estadísticamente positivos en corto plazo, brindando herramientas que favorecen la disminución de los síntomas y la probabilidad de recaídas (Cía, 2007), sin embargo dichas técnicas cognitivo-conductuales ya comprobadas no se han plasmado o divulgado en manuales validados en México, los cuales pueden servir como guías para los diversos centros que ofrecen atención psicológica.

Si diferentes empresas cuentan con los manuales de sus procedimientos ¿Por qué la psicología no? Nada ha demostrado ser más eficaz que la aplicación de



métodos terapéuticos científicamente validados, pero no hay una documentación detallada que describa una a una las sesiones de las diferentes intervenciones (López, Rondon, Cellerino & Alfano, 2005). Como profesionales de la salud mental correspondería aumentar la manualización de los tratamientos existentes o hacer nuevas propuestas, ya que sirven de respaldo para las diferentes instituciones mentales.

Además la experiencia de cada terapeuta documentada adecuadamente no sólo enriquece las técnicas del campo y a la institución donde se labora, sino que también ofrece una base para que la organización pueda seguir creciendo y desarrollándose, permitiendo al personal adecuarse a sus tareas y brindar un mejor servicio.

Por ello el presente trabajo propone una herramienta que ayude no sólo a los pacientes sino también a los terapeutas, mejorando la calidad de vida de los consultantes y la calidad del servicio que se les brinda. La propuesta es un taller fundamentalmente psicoeducativo para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa a través de herramientas cognitivo-conductuales como el autorreforzamiento, la reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas y relajación. Con el piloteo del mismo se planeó validar empíricamente el manual de la intervención, el cual se planteó como una guía para los terapeutas interesados que debe adaptarse a las necesidades particulares de los pacientes, además puede servir como material para la capacitación de un mayor número de psicólogos enfocados en estos trastornos y así disminuir la prevalencia de los mismos.



Objetivos.

Objetivo General.

Desarrollar y pilotear un taller psicoeducativo breve para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa de jóvenes adultos a través de técnicas cognitivo-conductuales.

Objetivos Específicos.

- Desarrollar un programa de intervención cognitivo-conductual suficientemente detallado y esquematizado para que se aplique de manera continua en alguna institución de salud mental.
- Describir las características sociodemográficas de los usuarios potenciales de esta propuesta de intervención.
- Determinar si existen diferencias significativas en los puntajes de depresión y ansiedad de los asistentes después del taller para validar la intervención.
- Desarrollar material de apoyo psicoeducativo para pacientes ansiosos y depresivos.
- Brindar un material esquematizado que pueda utilizarse para entrenar a terapeutas cognitivo-conductuales.

Pregunta de investigación.

¿El taller para el manejo de la depresión y ansiedad en jóvenes adultos es una intervención empíricamente validada que ayudó a disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa de los asistentes?

Hipótesis.

Hi: Existen diferencias significativas en los niveles de depresión y ansiedad inicial, a la mitad y al terminar el taller en los jóvenes participantes.

Ho: No existen diferencias significativas en los niveles de depresión y ansiedad que presentan los jóvenes después de tomar el taller.



Variables.

Variable Dependiente 1: Depresión.

Definición conceptual: Una alteración específica del estado de ánimo referido como tristeza, apatía, un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autoreproches, autoinculpación, autocastigo, trastornos vegetativos (anorexia, insomnio, disminución del libido) y cambios en el nivel de actividad (retardo o agitación) (Beck, 1976).

Definición Operacional: Puntuación obtenida a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Variable Dependiente 2: Ansiedad

Definición Conceptual: Miedo exagerado e irracional, acompañado de manifestaciones somáticas, habitualmente relacionadas más con un “daño” mental que físico, donde la persona confunde lo que es posible con lo que es probable (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Definición Operacional: Puntuación obtenida a través del Inventario de Ansiedad de Beck (BDI).

Variable Independiente: Taller para el manejo de la depresión y ansiedad.

Definición Conceptual: La terapia cognitivo conductual incluye una variedad de intervenciones basadas en los modelos de aprendizaje y en conceptos de las teorías conductuales tradicionales como el refuerzo, castigo, extinción, modelado o imitación (Martin & Pear, 2007). El foco principal de la terapia está orientado hacia el hacer o dejar de hacer ciertos actos que producen la sintomatología, incluyendo como conducta a los procesos mentales (Caballo, 2008). Es una terapia orientada más a la acción, hacia el presente, poniendo énfasis en la cuantificación de los progresos obtenidos, fomentando la independencia del paciente (Cía, 2007).



Definición Operacional: Las técnicas propias de la terapia cognitivo conductual que formaron parte del tratamiento: psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación autógena, autorreforzamiento, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en solución de problemas, así como las dinámicas de apoyo descritas en el manual.

Diseño.

Cuasi-experimental intrasujetos, de pre-test post-test, de un sólo grupo, es decir, a un mismo grupo se le aplicaron dos pruebas antes de iniciar el taller, se llevaron a cabo cinco sesiones (la mitad de las sesiones), se evaluaron de nuevo, se realizaron las 5 sesiones restantes y se les volvió a evaluar.

Muestra.

El piloteo del taller se realizó con una muestra no probabilista por cuota. Participaron 6 sujetos, 2 hombres y 4 mujeres, entre 21 y 30 años, que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM, a solicitar atención psicológica por sintomatología depresiva y ansiosa. Los participantes realizaron el procedimiento de ingreso normal al centro, el cual incluye una preconsulta, una historia clínica y contestaron el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck. No se incluyeron pacientes con depresión o ansiedad severa que los hiciera candidatos a servicio psiquiátrico o con un trastorno específico más grave (fobia social, trastorno de estrés post traumático, agorafobia, bipolaridad, etc.).

Escenario.

Las sesiones del taller se llevaron a cabo en una cámara de Gesell del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM, de alrededor de 10 metros por 10 metros con buena ventilación, iluminación, sillas para los participantes y un pizarrón. El horario fue los días martes de 8 a 10 am., durante 10 semanas.



Material.

Dependió de cada sesión, en general se necesitaron materiales variados como plumones de colores, plumas, lápices, hojas blancas, papel rotafolio o cartulinas, revistas, periódicos, música relajante, reproductor de CD o computadora con bocinas, un pizarrón, folletos informativos de cada tema y plumones para pizarrón blanco o gises. Para más detalle véase el manual del taller en el Anexo 1.

Instrumentos.

Inventario de Depresión de Beck: Distingue los diferentes subtipos de depresión y la diferencia de la ansiedad, dividiéndola en tres factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998). La versión en México cumple con la confiabilidad, validez de contenido, de criterio y de constructo, formada de 21 reactivos con cuatro opciones de respuestas, formato lápiz y papel, que puede ser auto-administrada individual o grupalmente. Al sujeto se le pide que elija la respuesta más cercana a lo experimentado durante las dos últimas semanas, se hace una suma total de las respuestas, interpretando el resultado a través de los siguientes rangos de calificación: Depresión Mínima (0-9 pts.), Depresión Leve (10-19 pts.), Depresión Moderada (17-29 pts.) y Depresión Severa (30-63 pts.).

Inventario de Ansiedad de Beck. Evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y la diferencia de los síntomas de depresión, de formato lápiz y papel, puede ser autoadministrada y aplicada de manera individual o en grupo, cuya versión mexicana es una escala válida y confiable (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta: Poco/nada, más o menos, moderadamente y severamente. La suma total de las respuestas sirve para interpretar el resultado a través de los siguientes rangos de calificación: Ansiedad Mínima (0-5 pts.), Ansiedad Leve (6-15 pts.), Ansiedad Modera (16-30 pts.) y Ansiedad Severa (31-63 pts.).



Procedimiento.

De acuerdo a la investigación bibliográfica realizada para identificar intervenciones basadas en evidencia se eligieron diferentes técnicas cognitivo-conductuales para llevar a cabo el taller para el manejo de la depresión y ansiedad, aunado a esto se estudiaron diferentes casos de pacientes que solicitaron atención en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, que referían como motivo de consulta síntomas de depresión y ansiedad. Todos habían realizado el proceso de admisión al centro que constaba de una preconsulta, que es una entrevista inicial para conocer el motivo de consulta, una historia clínica y una evaluación con el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, elementos que se estudiaron para decidir las técnicas del taller.

De los expedientes que estaban en espera se analizaron cuáles podrían ser candidatos al taller y se escogieron a 15 personas, desechando los candidatos a psiquiatría o a tratamiento individual, esto en base a la gravedad de sus síntomas según los instrumentos aplicados en el proceso de admisión (Inventario de Depresión e Inventario de Ansiedad de Beck), así como también a lo reportado y observado en la preconsulta e historia clínica.

A los participantes se les contacto vía telefónica y por correo electrónico para informarles su asignación al taller, los horarios establecidos y confirmar su participación, pero sólo accedieron y se pudieron localizar a 10 de ellos. Una vez acordada la fecha de inicio sólo 7 personas asistieron a la primera sesión y una de las participantes ya no pudo asistir debido a problemas con el horario quedando sólo 6 participantes. El consentimiento informado y las reglas del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” se firman desde que empieza el proceso de admisión al centro.

El taller constó de 10 sesiones semanales, de 2 horas cada una, las cuales se detallan en el Anexo 1 que es el manual del mismo y en la Tabla 6 se muestra la carta descriptiva general de la propuesta. Toda sesión se inició estableciendo el



rapport y dando la retroalimentación de las tareas terapéuticas asignadas, brindándoles material informativo de todas las técnicas. A los participantes se les evaluó antes, a la mitad (antes de la sexta sesión) y al finalizar el taller con el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck, además se les realizó una encuesta sobre sugerencias para mejorar la intervención que se les brindó.

Tabla 6. Carta descriptiva general de las sesiones del taller.

Nombre: Taller para el manejo de la Depresión y Ansiedad		No. de sesiones: 10
Perfil de los Participantes: Mujeres y hombres entre 21 y 30 años que hayan solicitado atención psicológica y presenten sintomatología depresiva y ansiosa.		No. de Participantes: 6
		Lugar: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.
Objetivo general: Brindar a las participantes los conocimientos y habilidades necesarias para disminuir sus síntomas depresivos y ansiosos (pensamientos negativos, déficit de autorreforzamiento, déficit en habilidades sociales, falta de relajación) para tener una vida más sana.		
SESIONES	NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO GENERAL
SESIÓN NO. 1	Presentación	Establecer un buen rapport con los participantes y fomentar la integración del grupo. Que conozcan más sobre la depresión y sus síntomas.
SESIÓN NO. 2	Reestructuración Cognitiva	Que identifiquen los pensamientos irracionales que afectan el estado de ánimo y la conducta, para así cambiarlos por otros más adaptativos.
SESIÓN NO. 3	Reestructuración Cognitiva (Continuación)	Practicar y fortalecer el cambio de pensamientos irracionales a través de un trabajo individual.
SESIÓN NO. 4	Autorreforzamiento	Que los participantes retomen o inicien actividades placenteras para aprender a autoreforzarse. Comprender la relación entre inactividad y depresión.
SESIÓN NO. 5	Contacto Con Uno Mismo	Aprender a autovalorarse cambiando la relación con ellos mismos para después relacionarse con los demás de manera más sana.
SESIÓN NO. 6	Relajación	Aprender a usar la técnica de relajación autógena de Schultz para disminuir sus síntomas ansiosos. Uso de la técnica de la silla vacía para el trabajo de las disonancias cognoscitivas.
SESIÓN NO. 7	Comunicación Asertiva	Incrementar el repertorio de habilidades sociales con el objetivo de desarrollar una comunicación asertiva.
SESIÓN NO. 8	Entrenamiento En Solución De Problemas	Aprender a resolver las problemáticas de forma sistemática para fomentar la toma de decisiones.



SESIÓN NO. 9	Establecimiento De Metas A Corto Y Largo Plazo	Establecer metas a corto y largo plazo, conociendo los miedos que obstaculizan su logro y los recursos con los que cuentan para alcanzarlos.
SESIÓN NO. 10	Generalización y Revisión de las Técnicas Aprendidas. Cierre Del Taller.	Aclarar dudas y dificultades del uso en su vida cotidiana de las técnicas de afrontamiento vistas en el taller. Agradecer la asistencia y esfuerzo durante las sesiones a los asistentes.

Se muestra de manera breve los temas y objetivos establecidos para cada sesión del taller.

Análisis Estadístico.

Se llevó a cabo por medio de la prueba de rangos de Wilcoxon con el programa SPSS versión 15.0 para observar las diferencias entre las tres evaluaciones (Antes-Mitad, Mitad-Final y Antes-Final) y determinar si el taller disminuyó la sintomatología depresiva y ansiosa de los asistentes. El nivel de significancia para el análisis fue establecido a priori en $p=.05$ y fue una prueba a una cola o unidireccional.



RESULTADOS.

Datos socio-demográficos de la muestra.

La edad de los seis participantes osciló entre los 21 y 30 años, teniendo una media de 26.5 años, con dos participantes del sexo masculino y cuatro del sexo femenino, todos solteros. En cuanto a la escolaridad, todos los participantes se encontraban en la licenciatura pero no todos habían concluido su carrera. Puede observarse en la Tabla 7 que la mitad de los participantes tenía una mala relación familiar, esto se determinó con base en la historia clínica que se les realizó como parte del proceso de admisión al centro de servicios psicológicos.

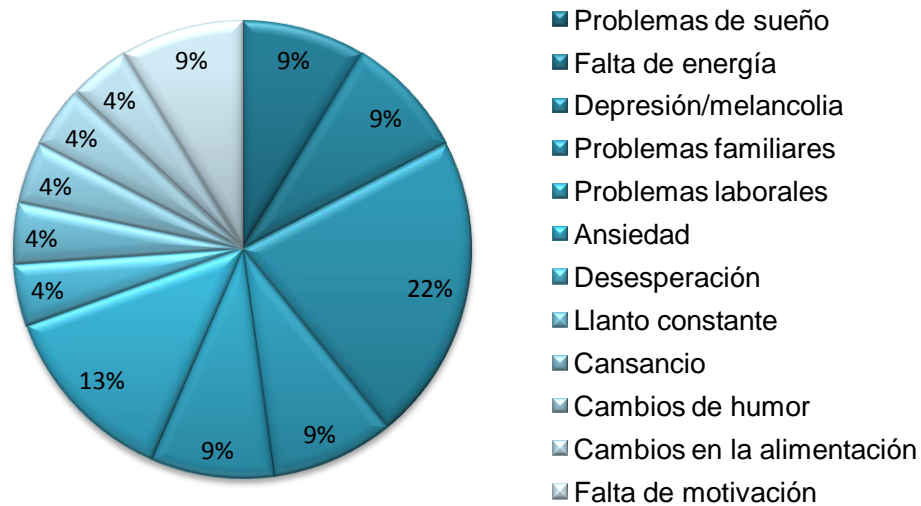
Tabla 7. Datos socio-demográficos de la muestra.

SUJETO	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	RELACIÓN FAMILIAR
1	Femenino	27	Licenciatura en curso	Soltera	Mala
2	Masculino	30	Licenciatura terminada	Soltero	Regular
3	Femenino	27	Licenciatura terminada	Soltera	Regular
4	Femenino	26	Licenciatura terminada	Soltera	Mala
5	Femenino	21	Licenciatura en curso	Soltera	Mala
6	Masculino	27	Licenciatura terminada	Soltero	Regular

Se muestran las características generales de los participantes del taller, observándose más participantes mujeres, con licenciatura y con una mala o regular relación familiar.

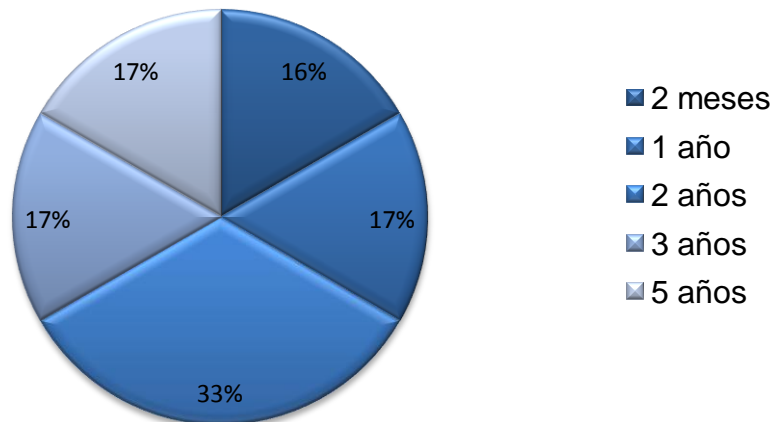
En cuanto a los síntomas por los que los participantes se decidieron a pedir ayuda psicológica, se puede observar en la Gráfica 1 que los consultantes referían los síntomas característicos de depresión y ansiedad, así también en la Gráfica 2 se observa el tiempo de inicio de dicha sintomatología antes de solicitar el tratamiento, que va desde los dos meses hasta pacientes que tenían cinco años presentando los síntomas sin pedir ayuda.

Gráfica 1. Síntomas motivos de consulta en la muestra.



Se muestran los motivos por los cuales los participantes solicitaron atención psicológica, donde referían depresión o melancolía como principal motivo.

Gráfica 2. Duración de la sintomatología en la muestra antes de solicitar tratamiento.



Se muestra el tiempo de duración de los síntomas en los participantes antes de pedir atención psicológica. La tercera parte de la muestra tardó 2 años en solicitar atención.



Como se mencionó anteriormente, se midieron los niveles de depresión y ansiedad al inicio, a la mitad y al final del tratamiento con el Inventario de Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck. Al inicio, la muestra tenía una media de ansiedad de 17.4 puntos, que en la escala de Beck correspondería a un nivel moderado de ansiedad, a la mitad del tratamiento el promedio del puntaje era de 9.6, es decir, un nivel leve de ansiedad y al finalizar el taller la media fue de 7.1 puntos que igualmente corresponde a un nivel leve de ansiedad (ver Tabla 8), lo que muestra que hay una gran diferencia entre los niveles de ansiedad iniciales con el puntaje medio y final.

En cuanto a la desviación estándar de los puntajes de ansiedad dentro de la muestra, es decir, la variación de ansiedad entre un participante y otro, antes del taller era de 10.1 puntos, a la mitad del tratamiento era de 5 puntos y después del taller era de 2.9 puntos, lo cual muestra cómo es que al principio los niveles de ansiedad entre los participantes era variado pero con el tratamiento la muestra se fue volviendo más homogénea y al finalizar todos presentaban niveles bajos de ansiedad.

Tabla 8. Media y desviación estándar del puntaje de depresión y ansiedad.

	ANTES	MITAD	DESPUÉS
DEPRESIÓN	$\bar{X}= 21.3$ $s= 9.4$	$\bar{X}= 10.3$ $s= 4.4$	$\bar{X}= 5.3$ $s= 2.9$
ANSIEDAD	$\bar{X}= 17.4$ $s=10.1$	$\bar{X}= 9.6$ $s=5$	$\bar{X}= 7.1$ $s= 2.9$

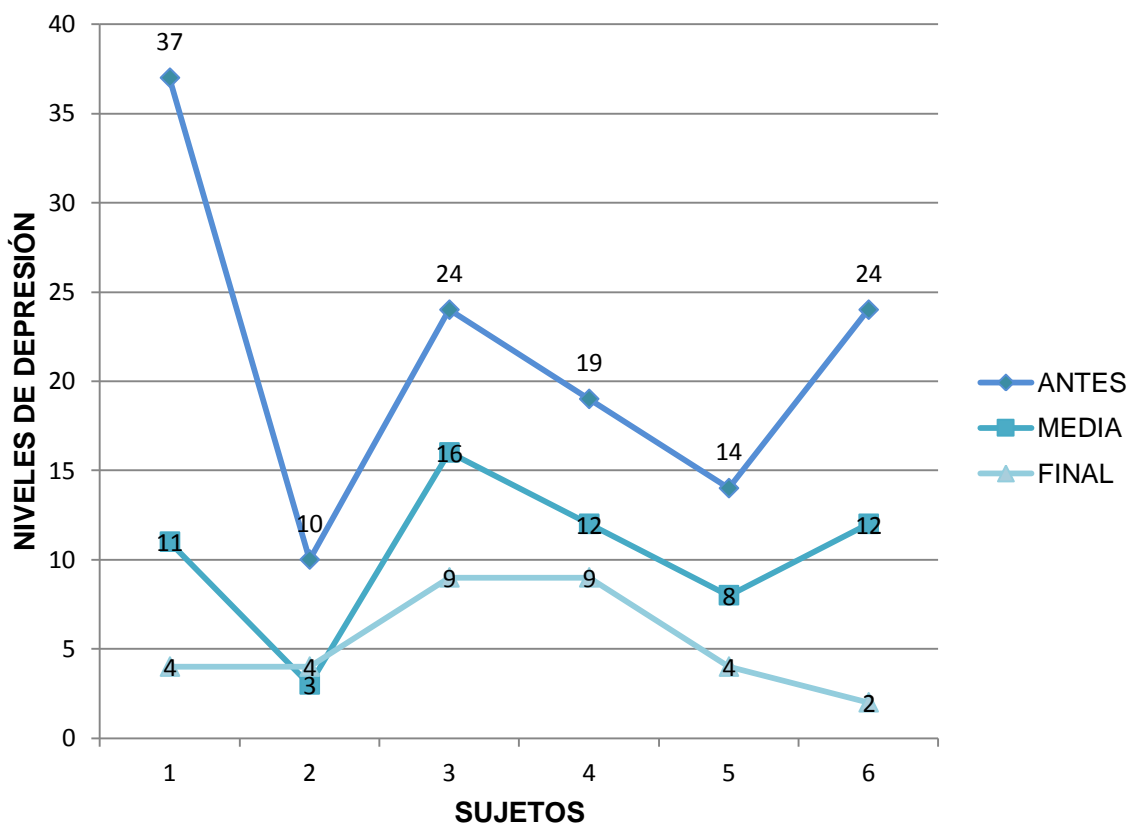
Se muestran los estadísticos de los puntajes de depresión y ansiedad en los participantes antes, a la mitad y al final de la intervención, notándose una gran diferencia entre éstos.

En cuanto a la sintomatología depresiva, se puede observar igualmente en la Tabla 8 que antes del taller el grupo presentaba una media de 21.3 puntos, correspondiente a un nivel moderado de depresión, a la mitad presentaba 10.3 puntos que equivale a un nivel leve, mientras que al final el promedio del puntaje de depresión fue de 5.3 puntos que corresponde a un nivel mínimo, mostrando

que la intervención disminuyó considerablemente los síntomas depresivos en los pacientes.

En lo referente a la distribución del puntaje en el Inventario de Depresión de Beck, antes del taller se tenían diferencias de 9.4 puntos entre los sujetos, a la mitad era de 4.4 puntos, mientras que al término fue de 2.9 puntos, que muestran que los puntajes de depresión, al igual que los niveles de ansiedad, se volvieron no sólo más bajos sino que también el grupo se volvió más homogéneo comparado con los puntajes que tenían los participantes antes de la intervención. En la Gráfica 3 se muestra de manera más clara la comparación de dichos puntajes.

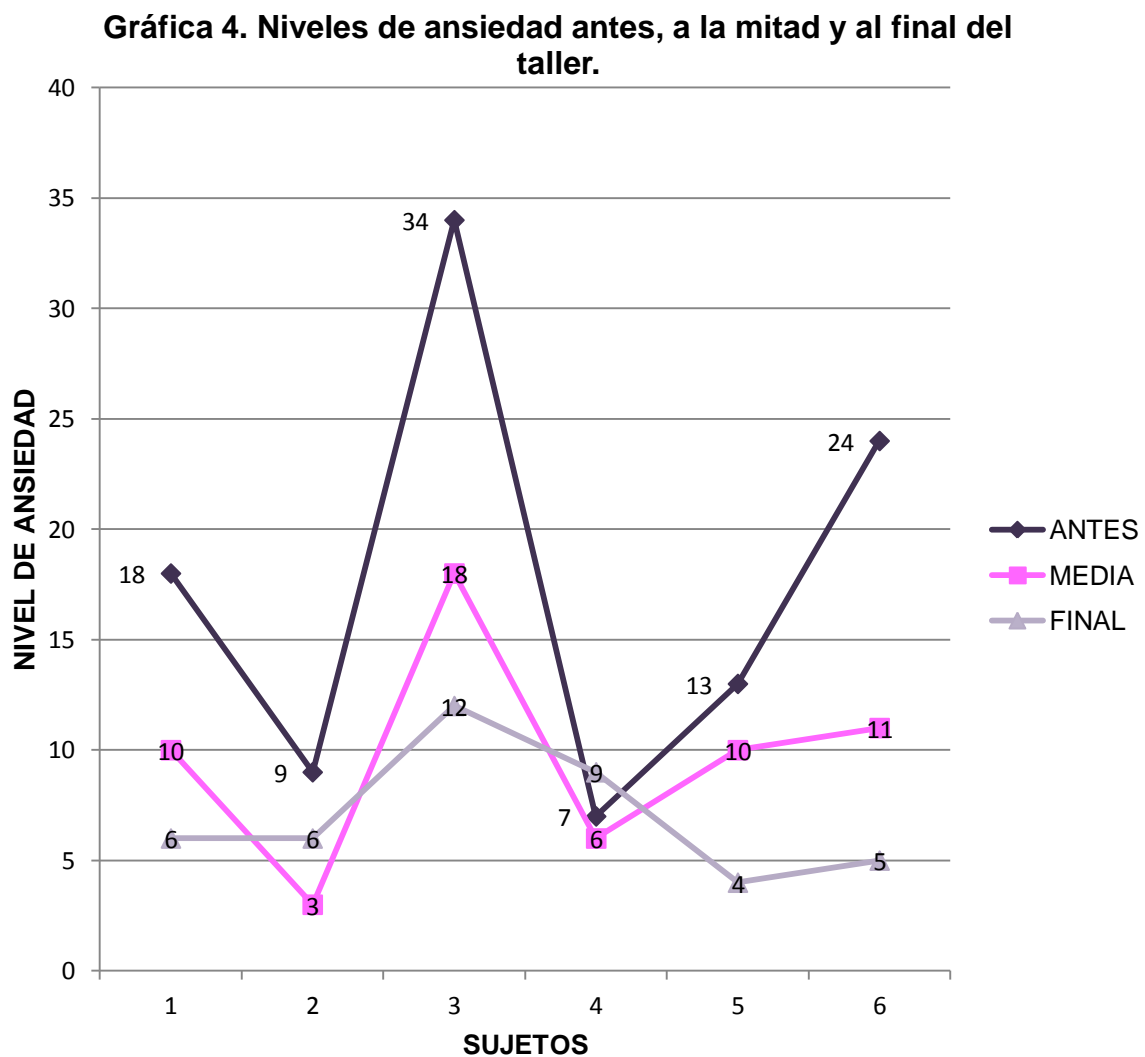
Gráfica 3. Niveles de depresión antes, a la mitad y al final del tratamiento.



Se muestra la comparación gráfica de los puntajes obtenidos a través del Inventario de Depresión de Beck antes, a la mitad y al final de la intervención (línea azul clara) que muestra una disminución considerable.

Ya en la Tabla 8 se observaban diferencias en el promedio de la depresión pero en la Gráfica 3 se observan más claramente, incluso se puede apreciar que algunos participantes disminuyeron considerablemente sus niveles de depresión con sólo las primeras 5 sesiones.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, la Gráfica 4 muestra los puntajes obtenidos con el Inventario de Ansiedad de Beck antes de la intervención, a la mitad y al final del taller.



Se observan las diferencias obtenidas en los puntajes obtenidos con el Inventario de Ansiedad de Beck, donde se observan grandes diferencias en la mayoría de los participantes.



Se puede observar en la Gráfica 4 que la mayoría de los participantes disminuyeron sus síntomas ansiosos iniciales, aunque las personas 2 y 4 los aumentaron, probablemente debido al cierre del taller o a sus propias actividades, pero aún así entraban en el rango de ansiedad mínima.

Análisis con la prueba de Wilcoxon.

Para saber si estas diferencias en los puntajes realmente eran significativas y que la intervención era una opción válida se realizaron tres comparaciones con la prueba de Wilcoxon, cuyos resultados se pueden observar en la Tabla 9.

Tabla 9. Estadísticos obtenidos con la prueba de Wilcoxon para los niveles de depresión.

Estadísticos obtenidos.	Antes-Mitad	Mitad-Final	Antes-Final
	$T_0=0$ $T_C=2$ $\alpha= .027$	$T_0=1$ $T_C=2$ $\alpha= .046$	$T_0=0$ $T_C=2$ $\alpha= .027$

Se muestra la comparación de los estadísticos obtenidos con la prueba de Wilcoxon, donde las tres comparaciones resultaron en diferencias significativas.

Se puede observar que todas las alfas obtenidas son menores de .05, además las T observadas son menores que las T críticas, por lo que se puede concluir que las diferencias son significativas, a pesar de que en la Gráfica 3 se observa que un sujeto aumentó un punto de la mitad al final del taller, aún representaba un nivel mínimo de depresión. Los resultados con la prueba de Wilcoxon son la prueba fehaciente de que el taller es una buena propuesta, validada para el tratamiento de la depresión.

Para la ansiedad igualmente se usó la prueba de Wilcoxon para determinar si las diferencias en los puntajes representaban cambios significativos, cuyos resultados se pueden observar en la Tabla 10.



Tabla 10. Estadísticos obtenidos con la prueba de Wilcoxon para los niveles de ansiedad.

	Antes-Mitad	Mitad-Final	Antes-Final
Estadísticos obtenidos.	$T_0=0$ $T_C=2$ $\alpha= .028$	$T_0=3$ $T_C=2$ $\alpha= .111$ *No significativo	$T_0=1$ $T_C=2$ $\alpha= .046$

Se observa las comparaciones obtenidas con la prueba de Wilcoxon, donde las diferencias antes y a la mitad, así como antes y final resultaron significativas, no así las diferencias de ansiedad de la mitad al final del taller.

Como se puede notar, si bien las diferencias entre los puntajes antes y a la mitad del tratamiento así como antes y al final del taller fueron significativas, el estadístico de la comparación de la mitad al final del taller no resultó significativo, lo que implicaría que las últimas cinco sesiones deben revisarse y corregirse para que disminuyan de manera significativa los puntajes ya que sólo las primeras cinco sesiones ayudaron a disminuir la ansiedad de los participantes.

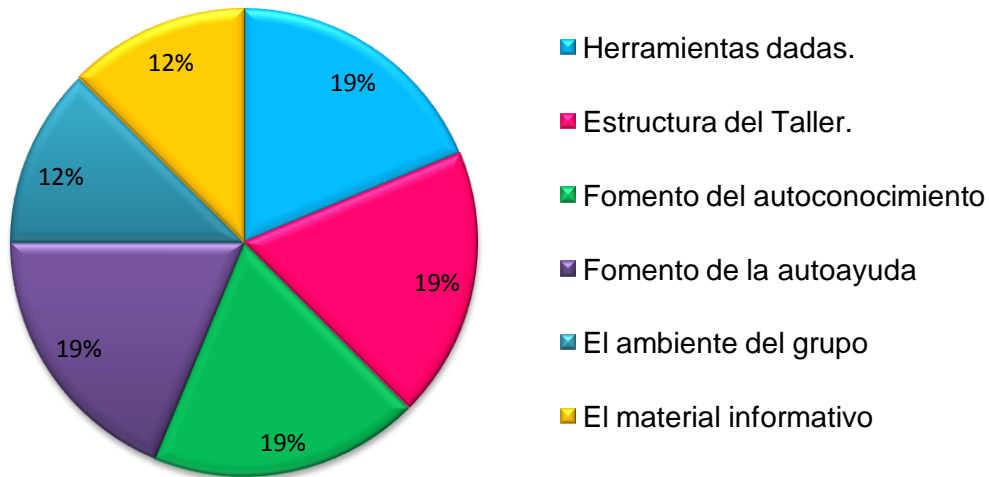
En general estos resultados nos demuestran que el taller resulta ser una propuesta efectiva para la depresión y la ansiedad en jóvenes mexicanos, aunque con base en los resultados y las comparaciones encontradas se podrían hacer algunas modificaciones y sugerencias al momento de llevarlo a cabo, como por ejemplo poner más énfasis en las técnicas de relajación para disminuir los síntomas ansiosos, practicarlos más allá de una sola sesión y analizar las últimas cinco sesiones, ya que fueron las que menos cambios produjeron en lo que respecta a la ansiedad, pudiendo agregar otras técnicas como la exposición paulatina (en los casos necesarios), el manejo de los pensamientos que producen ansiedad y la enseñanza de otras técnicas de relajación, que incluso se podrían enseñar desde la primera sesión.

Satisfacción Social del Taller.

Ya que una intervención no sólo es funcional con base en los resultados cuantitativos sino también a los cualitativos, a los participantes al final de la intervención se les entregó un cuestionario para que se hiciera una retroalimentación del taller y corregir aspectos que tal vez no fueron de utilidad, además sus comentarios ayudaron a determinar la utilidad real del taller en la vida cotidiana de los participantes.

El cuestionario constó de ocho preguntas abiertas que se pueden observar en el Anexo 12. A la primera pregunta de “¿Qué fue lo que más te gusto del taller?” Las respuestas hicieron énfasis sobre todo en el ambiente del grupo (19%) y las herramientas que se les brindaron (19%). En la Gráfica 5 se muestra a grandes rasgos las respuestas, pero cabe destacar que un participante no contesto el cuestionario debido a que tenía que irse a su trabajo y no podía quedarse más tiempo.

Gráfica 5 ¿Qué fue lo que más te gusto del taller?

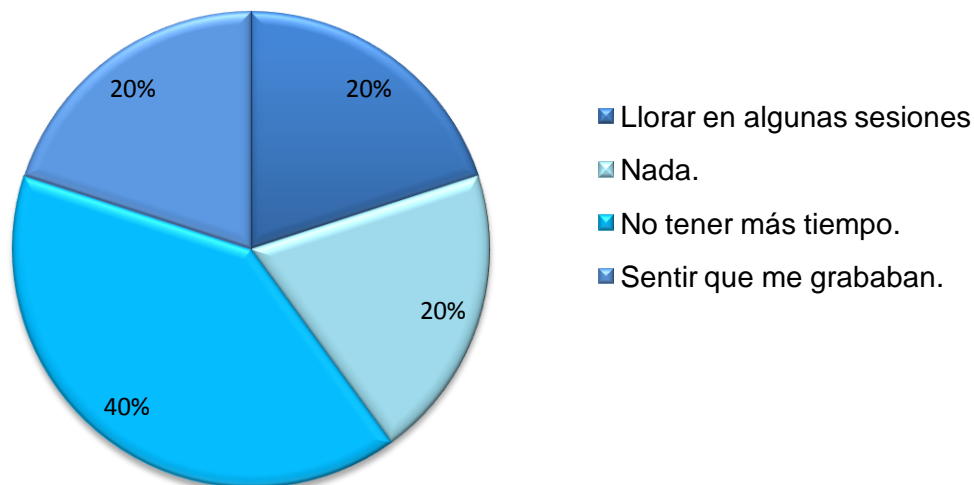


Se muestra la proporción de las respuestas sobre qué fue lo que más les gustó a los participantes del taller, donde resaltan las habilidades o herramientas dadas.

En cuanto a la segunda pregunta “¿Qué fue lo que NO te gustó del taller? Encontramos respuestas diversas, que en general no fueron dirigidas al contenido del taller como tal sino al tiempo de duración del mismo, ya que el 40% de los participantes deseaban que durara más por las actividades que se realizaban y que muchas veces tenían que hacerse de prisa por la disponibilidad del espacio en el centro de servicios psicológicos.

En la Gráfica 6 se muestran las respuestas de la pregunta seis y estos son puntos muy importantes para futuras planeaciones del taller, por ejemplo a una de las participantes no le agradaba la idea de que se le pudiera grabar para fines del centro de servicios psicológicos (que es un punto que se toca en la ficha de admisión), aún cuando nunca se le grabó.

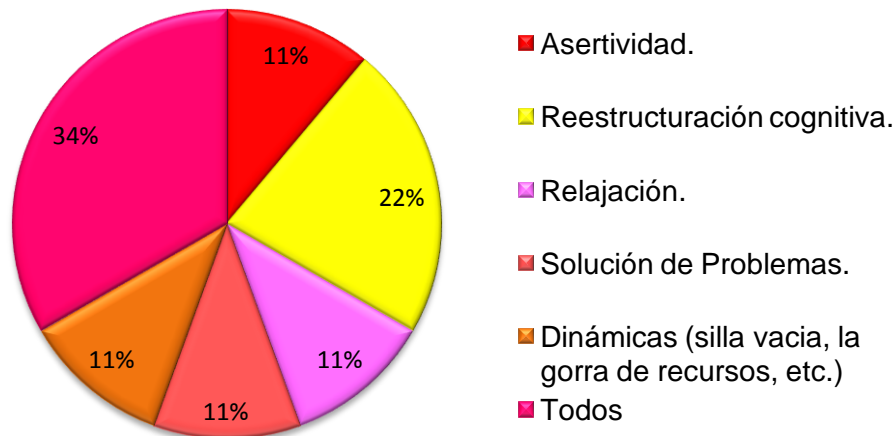
Gráfica 6 ¿Qué fue lo que no te gusto del taller?



Se muestra de manera gráfica qué fue lo que no les gustó a los participantes del taller, donde el porcentaje mayor (40%) refirió que le gustaría que hubiese durado más.

En la pregunta 3 “¿Cuál de las actividades/recursos/materiales del taller te fue más útil?” El 34% de los miembros del taller consideraron que todo les fue útil mientras que el 22% de los participantes resalto en particular la reestructuración cognitiva como la herramienta más útil. En la Gráfica 7 se muestran a detalle las herramientas que los participantes mencionaron del taller.

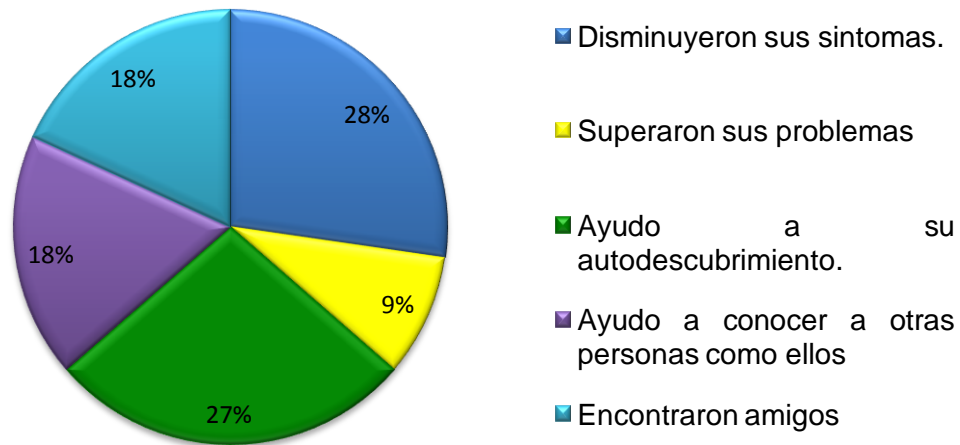
Gráfica 7 ¿Cuál de las actividades/recursos/ materiales del taller te fue más útil?



Se muestran las herramientas o recursos del taller que los participantes resaltaron de todas las que se les brindaron, donde destaca la reestructuración cognitiva.

En cuanto a la pregunta “¿Cuál de las actividades/recursos/materiales del taller consideras que NO te fue útil?” El 100% de los participantes opinaron que ninguna herramienta les fue inútil. En la pregunta 5 se les cuestionó “¿Se cumplieron tus expectativas que tenías sobre el taller? ¿Por qué?” a lo que todos respondieron que sí, aunque cada uno dio respuestas distintas, incluso un participante menciona que aunque se cumplieron sus expectativas, el taller le había dejado otros “Rubros de interés y de trabajo” para abordar más adelante. En general el 28% de los participantes resaltó la disminución de su sintomatología, el 27% refiere que el taller ayudó en su autodescubrimiento y el 18% mencionó encontrar personas en el grupo que los apoyaron y aceptaron, llegando a considerar a los miembros del grupo como amigos, todo esto se observa en la Gráfica 8.

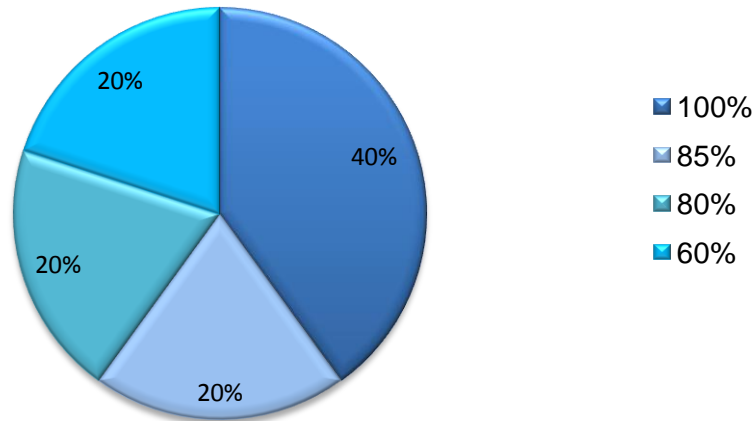
Gráfica 8. Motivos por los que el taller cumplió sus expectativas.



Se muestra de manera gráfica la proporción de las respuestas sobre los motivos que ayudaron al cumplimiento de las expectativas de los participantes, donde el porcentaje mayor (28%) refiere precisamente la disminución de sus síntomas.

En la pregunta 6 se les pidió que del 0 (nada) al 100% (bastante) mencionarán ¿Qué tanto consideran que les ayudó el taller a disminuir la sintomatología de su motivo de consulta? El 40% refirió un 100% de mejoría, en sus palabras refieren que lograron “Entenderse”, “manejar sus emociones”, “amarse a sí mismo”, “darles las herramientas para mejorar por sí mismos”, etc., en la Gráfica 8 puede verse el porcentaje que ellos creen que disminuyó su sintomatología inicial con ayuda del taller.

Gráfica 8 Del 0 (nada) al 100% (bastante) ¿Qué tanto te ayudó el taller a disminuir los síntomas de tu motivo de consulta?



Se muestra el porcentaje que los participantes consideran que mejoraron, donde casi la mitad refiere una disminución del 100% y la mejoría mínima fue del 60%.

La séptima pregunta era “¿Qué aspecto/tema te hubiera gustado que se abordara o se extendiera más en el taller?” esto para saber qué temas podrían modificarse o incluirse, donde sólo una participante mencionó que se podría extender el tema de asertividad y otra pidió se agregará la meditación como forma de relajación.

Cómo última pregunta se les pidieron sugerencias para mejorar el taller, uno de los participantes sugirió más horas para desarrollar los temas y más actividades de interacción o de retroalimentación, puntos que se pueden tomar en cuenta pero recordando que la modalidad del taller es breve, sobre todo en el caso del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” donde la demanda de pacientes es alta y el espacio es reducido.

Cabe resaltar que el funcionamiento del taller no depende sólo del terapeuta que lo dirige, sino de la relación que se forme dentro del grupo, donde el papel del terapeuta es facilitar la sana expresión de las emociones, brindar un espacio de confianza y seguridad, para que las personas puedan aprender las herramientas cognitivo conductuales que les ayudarán a disminuir su sintomatología depresiva y ansiosa.



Para más detalle sobre las respuestas dadas por los participantes en la Tabla 11 se muestran algunos comentarios relevantes dados por los participantes.

Tabla 11. Algunos comentarios relevantes de los participantes.

Pregunta	Respuestas
¿Qué fue lo que más te gusto del taller?	“La experiencia de una terapia grupal” “Se nos dio la oportunidad de descubrir por nosotros mismos todos y cada una de las cosas que nos llevaron a la depresión y cómo salir de ella” “Descubrirme, amarme, tomarme como una aliada, el material, hablar y aprender a escuchar...” “El poder confiar en las personas y compartir situaciones”
¿Qué fue lo que no te gustó del taller?	“Llorar en un principio” “Sentir que me grababan” “Tal vez un poco más de tiempo estaría increíble”
¿Cuál de las actividades/recursos/materiales del taller te fue más útil?	“Creo que todos los recursos me han sido de gran utilidad hasta ahora, dependiendo de la circunstancia o el momento por el que esté pasando, las que realizó con más frecuencia es la respiración y el cambio de pensamientos” “La pirámide de solución de problemas y el ejercicio de la silla vacía” “Asertividad y distorsiones cognitivas”
¿Cuál de las actividades/recursos/materiales del taller consideras que no te fue útil?	“Ninguna, todas me han ayudado” “Ninguna, todas tuvieron su objetivo y lo cumplieron”
¿Se cumplieron las expectativas que tenías sobre el taller?	“Sí, porque pensé que no servía, que estaba loca y me di cuenta de que existen personas que estaban en la misma situación”. “Si, me ayudo a sentirme mejor, me dejo muchísimo” “Fue más que eso, además de ayudarme a transformar mi estado de ánimo me regalo la amistad de valiosas personas”



<p>Del 0 (nada) al 100% (bastante) dínos ¿Qué tanto consideras que te ayudo el taller a disminuir los síntomas de tu motivo de consulta?</p>	<p>“Mucho, pues ahora puedo controlar mis emociones, un 80%, el 20% restante es trabajo de día a día”</p> <p>“100% me dio las herramientas para hacerlo por mí misma”</p> <p>“Fue un gran apoyo...considero un 60% en cambiar mi entendimiento”</p>
<p>¿Qué aspecto/tema te hubiera gustado que se abordara o se extendiera más en el taller?</p>	<p>“Posiblemente el trabajo personal, rascar un poco más en cada uno”</p> <p>“Considero que todos los temas tuvieron su tiempo exacto, ya que la reflexión yo la lleve a cabo de forma personal”</p> <p>“Asertividad”</p>
<p>Sugerencias sobre el taller o para los terapeutas.</p>	<p>“Más horas, puntos a desarrollar con más espacio, ir directo a los puntos de trabajo, delimitar tiempos, más actividades de interacción o retroalimentación...”</p> <p>“El taller fue más que adecuado, aunque no fue lo que yo imaginaba al venir por primera vez, es de mucha ayuda poder compartir con quien pasa por lo mismo”</p> <p>“Es estupendo el taller...es una gran ayuda para mucha gente que está deprimida”</p>

Se muestra de forma general algunas de las respuestas dadas por los participantes, donde refieren que la experiencia de la terapia grupal les ayudo a su autoconocimiento y a la disminución de sus síntomas.

Como se puede observar, el taller recibió comentarios positivos, sugerencias, pero sobre todo los pacientes hacen referencia a su autodescubrimiento, a su cambio conductual y cognitivo que los llevo a la solución de sus problemas y la disminución de sus síntomas, junto con el ambiente de confianza que les ayudo a lograr los objetivos propuestos, mostrando que si bien la intervención disminuyó cuantitativamente los síntomas, también se obtuvieron resultados positivos cualitativamente hablando.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Esta intervención tuvo por objetivo no sólo disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa de los asistentes sino también buscó generar una herramienta validada y esquematizada que se pudiera aplicar de manera continua en los centros de salud mental de consulta externa, para así disminuir la alta demanda y al mismo tiempo brindar un mejor servicio.

En primer lugar la muestra ratificó lo mencionado en diversos estudios sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en las mujeres (Benjet, et al., 2009; Berenzon, et al., 2013; Lara, 2007; Rafful, et al., 2012; Seedat, et al., 2009), pues si bien la muestra era pequeña, hubo más participantes del sexo femenino que del masculino, aunado a esto, una participante tenía un tumor que muestra como ambos desórdenes se dan en comorbilidad con enfermedades crónicas no mentales (Medina-Mora, et al., 2007; González, et al., 2007; Stern, et al., 2005).

Como lo mencionan Marín (2010) y Reitz (2006), la relación familiar parece ser una factor relacionado tanto a la depresión como a la ansiedad, pues 3 de 6 participantes refería en su historia clínica una mala relación familiar y los otros 3 una relación regular, por lo que un tratamiento preventivo debe de involucrar a la familia para que la misma sea un modelo sano a seguir.

Con relación al tiempo en que tardaron en pedir atención especializada, la muestra tardó en promedio 2 años a pesar de tener síntomas como falta de energía, llanto, cansancio, etc., que les ocasionaban problemas laborales, familiares y escolares, incluso un participante tardó 5 años en pedir ayuda, lo que se relaciona con lo mencionado por diversos autores (Borges, et al., 2007; Wang, et al., 2007; Borges, et al., 2006; Berenzon, et al., 2009) acerca de la baja tendencia por parte de la población para pedir atención psicológica, ya sea por el desconocimiento de los trastornos, por miedo a la estigmatización o porque recurrieron a otros métodos de afrontamiento, esto es un tema que debe trabajarse para que realmente haya un cambio en la prevalencia y daño que ocasionan estos desórdenes.



Como lo planteaban diversos autores (Cía, 2007; Ceballo, 2010; Moreno & Martín, 2008; Mustaca, 2004b; Riveros, et al., 2005) las estrategias cognitivo-conductuales que se utilizaron resultaron efectivas para el tratamiento de la depresión y ansiedad, que si bien se han validado individualmente, el haberlas unido en este taller dio resultados favorables, incluso con cinco sesiones se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, pues de un puntaje de depresión de 21.3 puntos y ansiedad de 17.4 puntos en los inventarios de Beck se concluyó el taller con un puntaje de 7.1 y 5.3 respectivamente. Como las diferencias fueron significativas se rechaza la hipótesis nula inicial y se concluye que este taller para el manejo de la depresión y ansiedad en jóvenes adultos es una herramienta válida y efectiva para la población mexicana con ambos trastornos.

Las mediciones a la mitad de la intervención se realizaron con el fin de tener un conocimiento mayor sobre los efectos del tratamiento, el hecho de que una de las diferencias no resultó significativa (la de la comparación entre los puntajes de ansiedad media-final del taller) muestra que hay que analizar y cambiar las últimas cinco sesiones que no produjeron cambios significativos en este aspecto, pero aún así el nivel de ansiedad con el que terminaron los asistentes fue leve y manejable en comparación con el nivel que presentaban antes del mismo.

Con respecto a este aspecto, cabe agregar que el taller en un principio se había planeado para personas únicamente con depresión, pero debido a la prevalencia de síntomas ansiosos en la muestra se agregó un módulo sobre relajación y ansiedad, pues las herramientas cognitivo-conductuales de las otras sesiones también son útiles para el manejo de esta sintomatología (André, 2006; Caballo, 2008; Cía, 2007; Chinchilla, 2008; Zepeda, 2008).

Por otro lado, la satisfacción social fue un aspecto que se tomó en cuenta ya que como lo mencionan diversos autores (Mustaca, 2004a; Echeburúa, et al., 2010; Moriana & Martínez, 2011) la efectividad de un tratamiento no sólo está dada por los resultados cuantitativos sino también por los cambios cualitativos, es decir, los resultados observados por los participantes. En este caso, la tercera parte de los



participantes mencionaron que el taller les ayudo en la disminución de sus síntomas, la otra tercera parte en su autoconocimiento, pero todos reportaban que se habían cumplido sus expectativas, que habían adquirido las herramientas para manejar sus síntomas y solucionaron los problemas que los llevó a terapia, donde la reestructuración cognitiva fue la herramienta que más mencionaron para alcanzar sus objetivos.

Aunado a estos comentarios, los participantes mencionaban que la terapia les sirvió porque conocieron personas que pasaban por lo mismo, incluso habían encontrado a personas que consideraban amigos, algo que influye mucho en la adherencia terapéutica y en el desarrollo del taller, pues como lo menciona Moriana (2011) no sólo basta con aplicar las herramientas, sino también formar una alianza terapéutica para el beneficio de los participantes, de confianza y de respeto que ayude a la persona a cambiar sus conductas desadaptativas.

En general, al principio todos los participantes eran introvertidos, no hablaban mucho, pero con el paso de las sesiones, actividades y reflexiones fueron volviéndose más participativos, activos, incluso alegres y todos se iban juntos a pagar y convivían antes de las sesiones. Esto pudo haber sido resultado de las diversas dinámicas que se usaban en cada sesión, que permitían la adherencia con el grupo y así mismo facilitaban la práctica de sus habilidades sociales y la expresión sana de sus emociones.

En conclusión se puede observar que el taller fue válido estadísticamente y cumple con los objetivos planteados al principio, que eran disminuir los síntomas depresivos y ansiosos de los jóvenes que asistieron, ofreciendo las herramientas para resolver sus problemas de manera más adaptativa.

Por último, si bien el manual de esta intervención se planteó lo más claro posible para que los terapeutas, incluso con poca experiencia, puedan llevarlo a cabo en diferentes escenarios, se remarca que no debe usarse como una receta de cocina ya que como menciona Mustaca (2004), Navarro (2011), Stevens y Méndez (2007), el tratamiento debe de ser flexible a las necesidades de los usuarios, para



así realmente brindarles un servicio de calidad y disminuir la prevalencia de estos trastornos.

Limitaciones y Sugerencias.

En la muestra el nivel educativo de todos era de licenciatura, por lo que se sugiere que el taller debe probarse con población de menor nivel educativo, al replicarlo algunos conceptos deben de adaptarse para que los participantes los entiendan fácilmente en caso de que no tengan ese nivel académico.

Otro punto importante es que el grupo piloto presentaba una sintomatología mayormente depresiva, teniendo sólo una sesión en específico para la ansiedad, lo que explica porqué las últimas 5 sesiones no produjeron cambios significativos en la misma, pero en el futuro se podrían incluir modificaciones en las sesiones con otras técnicas e información sobre ansiedad, dependiendo de cada caso, ya que como se mencionó en la teoría y se observó en la muestra, es muy frecuente que ambos trastornos se den de forma conjunta.

En la muestra sólo se midió la ansiedad y la depresión por medio del Inventario de Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck, sin embargo para darle una mayor validez al taller y tener un mayor conocimiento sobre la reducción de diversos aspectos de ambos trastornos se podría evaluar a los participantes con otros instrumentos y además buscar una manera de evaluarlos en cada sesión, ya sea con los registros, con observación conductual, autoreportes, etc.

Una de las sugerencias dadas por los participantes fue agregar la meditación, algo que podría considerarse en futuras réplicas y observar si esta herramienta hace realmente una diferencia significativa por encima de la relajación de Schultz, Jacobson, Benson o la relajación pasiva.

Se recomienda de igual forma más trabajo individual, generando un espacio para que cada participante hable y se le retroalimente, considerando las características



del trabajo grupal, tomar en cuenta que en ocasiones los usuarios quieren participar o hablar más que otros, por lo que el terapeuta debe estar pendiente de este aspecto y tal vez dedicar un tiempo en cada sesión para encontrar el equilibrio entre la participación individual y el desarrollo del grupo.

Si bien esta propuesta se plantea para pacientes deprimidos con síntomas ansiosos, la estructura del taller puede ser la base para generar propuestas enfocadas en otros trastornos más específicos como TOC, Agorafobia, TEPT, distimia, etc., modificando las sesiones necesarias para generar manuales dirigidos a los participantes o para estudiantes de psicología. El objetivo es generar suficiente material empírico que ayude tanto a los terapeutas como a los pacientes, mejorando el servicio de salud mental brindado en los distintos niveles de atención mental, algo que nos corresponde a todos los interesados en el área de la psicología clínica.



REFERENCIAS.

- Abarca, O., Chacón, A., Espinoza, F. & Vera-Villaruel, P.E. (2005). Placebo y Psicología Clínica: aspectos conceptuales, teóricos e implicaciones. *Terapia Psicológica*, 23, 103-109.
- Abramowitz, J. (2007). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. México: Manual Moderno.
- Ajuriaguerra, J. (1992). *Manual de psicopatología del niño*. España: Editorial Masson.
- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R. & He, Y. (2008). World Mental Health Consortium. Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatry Scand*, 118(4), 305-314.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales*. Washington DC: Manual Moderno.
- American Psychological Association (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- Andrade, P., Cañas, J. & Betancourt, D. (2008). *Investigaciones Psicosociales en adolescentes*. México: UNICACK.
- André, C. (2006) *Psicología del Miedo: Temores, Angustias y Fobias*. España: Editorial Kairos.
- Antona, C. (2009). *Fobia Social: Evaluación y tratamiento*. México: Editorial Trillas.



- Baban, A. & Craciun, C. (2007). Changing health-risk behaviors: a review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 7(1), 45-67.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. & Guillamón, M. (2008). *Higiene y Prevención de la Ansiedad*. España: Ediciones Díaz Santos.
- Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia, II: The Panic and Agoraphobia Scale. *Internal Clinic Psychopharmacology*, 10, 73-81.
- Baxter, A., Scott, M., Vos, T. & Whiteford, H. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43, 897-910.
- Bedregal, P. & Cornejo, C. (2005). El movimiento de la medicina basada en la evidencia: Alcances conceptuales y teóricos. *Revista Médica de Chile*, 133, 977-982.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities.
- Bello M. (2011). Tú eres todo para mí. En Ma. Ferreyro (Eds.). *Gotitas de Psicodrama* (pp. 7). México: EMPS Escuela Mexicana de Psicodrama y sociometría.
- Bello, M., Puentes, R., Medina-Mora, M. & Lozano, R., (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*, 47, 3-11.



- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz, C. & Zambrano-Ruiz, J. (2004). Depresión con inicio temprano, prevalencia curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública*, 46, 417-424.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32, (2), 155-164.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. Londres: Collins & Sons.
- Berenzon, S., Alanís, S. & Saavedra, N., (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en la población mexicana en trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32, (2), 107-116.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, (1), 74-81.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D. & Keane, T. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *BehaviorTherapist*, 13, 187-188.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Wang, P.S. & Lara, C. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal Psychiatry*, 163(8), 1371-1378.
- Borges, G., Wang, P.S., Medina-Mora, M.E. & Lara, C., (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American Journal Public Health*, 97(9), 1638-1643.



- Borges, G., Medina-Mora, M., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32 (5), 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, R. & Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52 (4) 292-304.
- Caballo, V. & Simón, M. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos específicos*. España: Ediciones Pirámide
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Editorial Siglo XXI.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México, 1984-2005*. UNAM: México
- Carbonell, C. & Carvajal, C. (2004). El trastorno por estrés postraumático: Una consecuencia de los asaltos. *Revista médica de Chile*, 132 (7), 839-844.
- Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. En S., Berenzon, J., Del Bosque, J., Alfaro & Medina-Mora, M.E (Eds.) *Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Cautela, J. R. & Groden, J. (1985). *Técnicas de Relajación*. Barcelona: Martínez Roca.



- Ceballos, R. (2010). *Ansiedad y Depresión: Guía práctica*. España: Formación Alcalá.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. España: Médica Panamericana.
- Cía, A., (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Davidson, K (2007). *Cognitive therapy for personality disorders: A guide for clinicians*. Inglaterra: Routledge.
- D’Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D’Zurilla, T. (1986). *Problem-solving Therapy: a social competence approach to clinical intervention*. Nueva York: Springer Verlag.
- Endicott, J. & Spitzer, R. L (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.



- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2006). *Manual de Violencia Familiar*. España: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., De Corral, P. & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15 (2), 85-99.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247-257.
- Ellis, A. (1993). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational-emotive behavior therapy (REBT) *The Behavior Therapist*, 16, 257-268.
- Ellis, A. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy*. Nueva York: Springer.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases* 23 (7), 455–68.
- Flores, M. & Diaz-Loving, R. (2002). Componentes de la conducta asertiva. *Asertividad. Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales* (74-95) México: Porrúa.
- Flores, C. (2011). *Fobias: descripción, origen y características*. Tesis no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Friedman, E. & Thase, M. (1995). Trastornos del estado del ánimo. En V., Caballo, G., Buela & J. Carrobles (Eds.) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 619-681) Madrid: Siglo XXI.



Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A. & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, (en prensa). Recuperado en [http://img3.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0025-7753\(11\)00287-9.pdf](http://img3.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0025-7753(11)00287-9.pdf)

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2011). *Ley de Salud Mental del Distrito Federal*. Recuperado el 5 de Abril del 2013 en www.salud.gob.mx/unidades/cdi/.../SaludMentalMexico.pdf

Gelabert, I. (2007). *Estrés y ansiedad: tratamientos científicos y naturales*. España: Vida Sana.

Goncalves, F., González, V. & Vázquez, J. (2003). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. España: Editorial IM&C.

González, E., Gutiérrez, C., Stevens, G., Barraza, M., Porras, R. & Carvalho, N., (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública*, 49(Supl.1), S37-S52.

Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R. & Hill, C. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. *Archive Gen. Psychiatry*, 46, 1006-1016.

Grant, A. (2010). *Cognitive Behavioural Interventions for Mental Health Practitioners*. EUA: Learning Matters Ltd.

Grant, A., Townend, M., Mulhern, R. & Short, N. (2010). *Cognitive behavioural therapy in mental health care*. Londres: Sage Publications Ltd.



Grijalvo, F. & Pellejero, J.M. (2008). *Entrenamiento en habilidades sociales*. España: Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

Güell, M. (2006) *¿Por qué he dicho Blanco si quería decir negro? Técnicas asertivas para el profesorado y formadores*. España: Graó.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal Medical Psychiatry*, 32, 50-55.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

Hamilton, K. & Dobson, K. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.

Heinze, G. & Camacho, P.V. (2010). Guía clínica para el Manejo de Ansiedad. S., Berenzon, J., Del Bosque, J., Alfaro, & ME. Medina-Mora (Eds.) *Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría

Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Express.

Jacobson, N. S., Martell, C. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.



Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperana, V & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, *Salud mental*, 21 (3), 26-31.

Keegan, E. (2007). La ansiedad generalizada como fenómeno: Criterios diagnósticos y concepción psicopatológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (1), 49-55.

Katon, W. & Roy-Byrne, P.P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal Abnormal Psychology*, 100(3), 337-45.

Kendell, R. (1974) The stability of psychiatric diagnoses. *British Journal Psychiatry*, 124, 352-360.

Kessler, R.C. (1997). The effects of a stressful life events on depresión. *Annuary Review Psychology*, 48, 191-214.

Kessler, R., Tat, W., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archive General Psychiatry*, 61, 617-627.

Labrador, F., Echeburúa, E. & Becuña, E. (2000). *Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos. Hacia una Nueva Psicología Clínica*. Madrid: Dykinson

Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges, G. & Zambrano, J. (2007). Costo social de los Desórdenes Mentales: Pérdida de días hábiles, resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.



- Lara, M., Navarro, C., Rubí, N. & Mondragón, L. (2003). Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *American Journal Orthopsychiatry*, 73(1), 35-43.
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva-conductual*. España: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M., Hersen, R.M., Eisler & P.M., Miller (Eds.). *Progress in behavior modification* (pp. 19-65). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., Youngren, M.A. & Grosscup, S.J. (1979). Reinforcement and depression. En R.A. Depué (Eds.). *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 291-315). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., Muñoz, R.F., Youngren, M.A. & Zeiss, A.M. (1978/1986). *Control your depression*. New Jersey: Prentice Hall.
- Liebowitz, M.P. (1987). Social phobia. *Moder Problems Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- López, A., Rondón, J., Cellerino, C. & Alfano S. (2005). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros. *Ciencia psicológica*, 4 (1), 129-147 pp.
- Masten, W.A., Caldwell-Colbert, V., Williams, W., Jerome, C., Mosby, J. & Barrios, H. (2003). Gender differences in depressive syntoms among mexican adolescents. *Anales de Psicología*, 1, 91-95.
- Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas,



- L., Pinilla, L., Villa-Roel, D., Villegas, J., Arango, L. & Restrepo, A. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociado a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17 (1), 59-68.
- Martin, G. & Pear, J., (2008). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. España: Editorial Pearson, Prentice Hall.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. & Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública*, 47, (1), 8-22.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco J., Fleiz, C., Rojas, E., Villatoro, J. & Zambrano, J. (2005). Estudio de los trastornos mentales en México: Resultados de la encuesta mundial de salud mental. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, 79-89.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal Psychiatry*, 190, 521-528.
- Moncada, H. & Kühne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*. 21, (2), 193-201.
- Moran, C. (2009). *Estrés, burnout y mobbing: recursos, estrategias y afrontamiento*. España: Amaru.
- Moreno, P. & Martín, J. (2008). *Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia: manual para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.



- Moriana, J. & Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (2), 81-100.
- Moorey, S. (2007). Cognitive therapy. En W., Dryden (Eds.) *Dryden's handbook of individual therapy*. Londres: Sage Publications Ltd.
- Muñoz, R., Aguilar-Gaxiola, S. & Guzmán, J. (1995). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*. Recuperado el 23 de marzo del 2013 de: www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2005/MR1198.5.pdf
- Mustaca, A. (2004a). El ocaso de las escuelas de psicoterapias. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, (2), 105-118.
- Mustaca, A. (2004b). Tratamientos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (1), 11-20.
- Navarro, D. (2011). Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave: Problemas, soluciones y metaperspectiva. *Clínica Contemporánea*, 2, (3), 229-247.
- Nezu, A., Nezu, C. & Perri, M. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivos-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.



- Oblitas, L., (2010). Capítulo 7 Ansiedad y salud. En J.T Pérez Bonilla & R. Zendejas (Eds.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 165-210). México: Editorial Cengage Learning.
- Olatunji, B. & Hollon, S. (2010). Preface: the current status of cognitive behavioral therapy for psychiatric disorders. *Psychiatric Clinic North American*, 33, 13-19.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades: Descripciones y pautas clínicas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado el 30 de Octubre del 2012 en www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). *La Depresión*. Recuperado el 30 de Octubre del 2012 en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html
- Ortiz, J. & Vera-Villarreal, P. (2003). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 21, 61-66.
- Páez, F., Robles R. & Chávez, J. (2002). *Eficacia de una intervención psicológica impartida por un pasante de medicina para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres rurales del estado de Jalisco*. Trabajo de investigación presentado en el Encuentro Nacional de Investigadores. Veracruz, México: Secretaria de Salud.



- Pallia, R. (2006). Aspectos neurobiológicos del trastorno por estrés postraumático. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, 84, 389-401.
- Pascual, J., Frías, M. & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández, C. & Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, II y III*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Rincón, E., González, C., Ramos, L. & Jiménez, J. (2007). Trastorno por estrés postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito. *Salud Mental*, 30, (6), 43-48.
- Rafful, C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Benjet, C. & Orozco, R., (2012). Depression, gender and the treatment gap in México, *Journal Affective Disorders*, 138, (35), 1-11.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P., Kornblith, S. J., O'Hara, M. W., Lamparski, D., Romano, J. & Volkin, J. (1981). An evaluation of major components of a self-control therapy program for depression. *Behavior Modification*, 5, 459-489.
- Reilly, P., Shopshire, M., Durazzo, T. & Campell, T. (2006). *Manual para el Control de Enojo en Clientes Con Problemas de Abuso de Sustancias y Trastornos de Salud Mental*. Rockville. USA: Centro para el tratamiento del abuso de sustancias, administración de servicios para el abuso de sustancias y la salud mental.



- Reitz, E., Dekovic, M. & Meijer, A.M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing problema behavior in early adolescence: Child behavior as moderator and predictor. *Journal of adolescence*, 29, 419-436.
- Rivera, M. & Andrade, P. (2008). Conductas Autodestructivas e Intento suicida en Adolescentes. En Andrade, P., Cañas, J. & Betancourt (Comp.) *Investigaciones Psicosociales en adolescentes* (89-110). México: UNICACK.
- Riveros, A. Cortázar-Palapa, J., Alcázar, F. & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Journal Clinical Health Psychology*, 5, 445-462.
- Robertson, D. (2010). *The Philosophy of Cognitive-behavioural Therapy (CBT): Stoic Philosophy As Rational and Cognitive Psychotherapy*. E.U.A: Karnac.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217 pp.
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. España: Editorial ABCDE
- Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones, bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas*. Buenos Aires: Polemos.
- Romero, C.E. (2007). Depresión y Enfermedades Cardiovasculares. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 22 (2), 92-109.



- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Ruz, A. & Alvis, L. (2009). *Enfermedades crónico degenerativas y trastornos del estado del ánimo*. México: Lunbeck, Quinta de Agua Ediciones.
- Sacco, W.P. & Beck, A.T. (1995). Cognitive theory and therapy. En E.E. Beckham y W.R. Leber (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 329-351). Nueva York: Guilford.
- Sánchez, J., Marín, F. & López, J. (2011). Meta-análisis e Intervención Psicosocial Basada en la evidencia. *Intervención Psicosocial*, 20 (2), 95-107.
- San-Molina, L. (2010). *Depresión: ¿Qué es? Frecuencia y sus causas, síntomas, diagnóstico y tipos de depresión, alivio y tratamiento*. España: Amat.
- Schultz, J.H. (1932) *Das Autogene Training Konzentrative Selbstentspannung*. Leipzig: Thieme.
- Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C. & Berglund, P. (2009) Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archive General Psychiatry*, 66(7), 785-795.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Shapira, K., Roth, M., Kerr, T. & Guney, C. (1972) The prognosis of affective disorders: the differentiation of anxiety states from depressive illness. *British Journal Psychiatry*, 121 (561), 173-181.



- Solloa, L. (2009). *Los trastornos psicológicos en el niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Spielberg, C., Gorsuch, R., Leshene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.
- Stern, R.A. (1997). *Visual Analogue Mood Scales: Professional manual*. Odesa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Stern, T.A., Herman, J.B. & Salavin, P.L (2005). *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía Práctica*. E.U: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Stevens, K. & Méndez, D. (2007). Nuevas herramientas para la psicología clínica: Las terapias basadas en la evidencia. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1, (3), 174-371.
- Suárez, M. (2009). *La depresión en la vida diaria: guía práctica destinada al médico general para su detección, diagnóstico y tratamiento*. Argentina: Editorial Polemos
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión*. España: Editorial Hispano Europea.
- Tyrer, P., Owen, R.T & Cicchetti, V. (1984) The brief scale for anxiety: A subdivisión of the comprehensive psychopathological rating scale. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 47, 970-975.
- Uriarte, V. (2010). *Manual clínico de los antidepresivos*. México: Editorial Alfíl.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. España: Masson.



- Van-der Hofstadt, C. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Valencia, A., Rodríguez, M. & Galván, C (2013). Functional Behavioral Analysis as Strategy for the Study and Depresión. *7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*.
- Vargas, J.L., Ibáñez, E. & Landa, P., (2011). Estudio comparativo de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala, UNAM, 14, (3), 117-129*.
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Salud Mental, 8, (3), 417-449*.
- Veale, D. & Willson, R. (2007) *Manage your mood – How to use behavioural activation techniques to overcome depression*. London: Robinson.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García, C. & Gallo, J., (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental, 35, (1), 3-12*.
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health, 92,92–98*.
- Wang, P., Aguilar-Gaxiola, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J., Karam, E., Kessler, R., Kovess, V., Lane, M., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S., Wells, J., (2007). Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *The Lancet: 370, (9590), 841-850*.



Zepeda, A. (2008). *Trastorno de ansiedad: Una mañana sin angustias*. México: Visto Bueno.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



ANEXOS



Anexo 1

Manual de Taller.

Llevar a cabo el taller en un ambiente cordial, estableciendo el rapport y las reglas desde la primera sesión, ya que varios participantes no desean una terapia grupal o temen que se les obligue a hablar de situaciones difíciles frente a gente extraña. El tiempo de las actividades que se propone para cada sesión es una estimación y se puede variar dependiendo de las necesidades de cada grupo, sobre todo en lo que se refiere a la reflexión grupal de las actividades planteadas, lo importante es que todos los participantes del taller tengan la oportunidad de platicar su experiencia. Se recomienda tener las sillas o asientos dispuestos en forma circular para que se escuchen mejor los participantes y se tenga una mejor visión.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°1: PRESENTACIÓN.				
Objetivo: Establecer un buen rapport con los participantes y fomentar la integración del grupo. Conocer más sobre la depresión y sus síntomas.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN.
Presentación de los terapeutas.	Establecer un buen rapport.	Presentación de los terapeutas. Comunicar el horario, número y costo de las sesiones.	Ninguno.	5 min.
Presentación de los participantes.	Establecer lazos de confianza entre los participantes.	Los participantes forman pares o tríos y se presentan entre sí para posteriormente presentarse frente al grupo.	Gafetes (opcional).	15 Min.
Normas y estructura del taller.	Evitar el abandono del tratamiento y fomentar el respeto dentro del grupo.	Describir y explicar la importancia de cada una de las "Normas del Taller" (ver Anexo 2)	Plumones/Gises. Pizarrón.	20 Min.
Sesión de Preguntas.	Aclarar dudas e involucrar a los participantes en el taller.	Responder las dudas de los participantes y preguntar si desean agregar alguna regla.	Ninguno.	10 Min.
Explicación breve sobre la depresión y su tratamiento.	Brindar información y despejar miedos sobre la depresión y su tratamiento.	Hablar sobre la definición de depresión, sus tipos, incidencia en México y sus tratamientos.	Pizarrón. Plumones/gises.	40 Min.
Sesión de Preguntas.	Despejar dudas sobre el tema.	Responder las dudas de los participantes sobre la depresión.	Ninguno.	10 Min.



Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Familiarizarlos con el uso del registro ABC (ver Anexo 3) y de la Bitácora de Bienestar (Anexo 4).	Dar a los participantes el registro ABC y la Bitácora de Bienestar para llenar durante la semana, explicando la importancia de realizarlos. Dar un ejemplo del relleno.	Formatos de los registros ABCDE (Anexo 3). Bitácora de Bienestar (Anexo 4).	10 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno.	5 min.

En esta primera sesión el objetivo primordial del terapeuta es crear un vínculo de confianza entre los participantes y los psicólogos, para que desde esta primera sesión se forme la unión dentro del grupo y no abandonen el tratamiento, ya que la primera impresión es lo más importante para que ellos tomen la decisión de continuar en el taller. Se busca dar la información suficiente para que los participantes que no quieran un tratamiento grupal o con el enfoque del taller busquen una alternativa más adecuada a sus necesidades.

Los primeros cinco minutos es el tiempo de tolerancia que se da para que se integren todos los participantes registrados y si llegan otros durante la presentación de tríos y pares, se les integra a dichos equipos. La presentación por tríos o pares sirve para que sea mucho más fácil presentarse después ante el grupo y además para que se conozcan los participantes de manera más cercana, ver qué tienen en común, compartan sus miedos y expectativas sobre el tratamiento. La presentación grupal posterior no es solamente sobre uno mismo sino también sobre la persona con la que platicaron para que los participantes se sientan escuchados y parte del grupo.

Posteriormente con la explicación detallada de las Normas del Taller (Anexo 2), el se busca que los asistentes valoren el taller como su espacio, que hay respeto, confianza y confidencialidad pero que asimismo se espera de ellos cooperación y cumplimiento de las actividades y sesiones, ya que de no cumplir con estas reglas no pueden participar en el taller por respeto a los demás asistentes. Al preguntar si desean agregar alguna otra regla, se les involucra más en el establecimiento de



las normas y los hace comprometerse con ellas, puesto que van a estar presentes durante todo el taller.

La exposición sobre qué es la depresión, los tipos de ésta y la incidencia en México, puede hacerse de manera breve pero con la información necesaria para los participantes. Se busca que no sea una exposición teórica tediosa con términos difíciles de entender, sino que se debata con los participantes qué entienden ellos por depresión, qué tratamientos conocen, qué saben de la terapia grupal y qué esperan del taller, esto para ampliar su información y empezar a corregir esas distorsiones cognitivas que puedan traer con respecto a estos temas.

A lo largo de las sesiones se dejan tareas terapéuticas para llevar a la práctica lo visto en las sesiones, son oportunidades de autoconocimiento y son importantes ya que el cambio emocional, conductual y de pensamientos depende no sólo de lo que se haga dentro del taller sino también de lo que hagan fuera del mismo, si los participantes no practican difícilmente se adquirirán las habilidades que les ayude a mejorar. La primera tarea es un acercamiento al registro ABCDE (Situación-Pensamiento-Emoción-Nuevo Pensamiento-Nueva Emoción), explicando que sólo por esta sesión van a llenar los espacios ABC (Situación-Pensamiento-Emoción) para determinar qué situaciones y pensamientos pueden estarles generando emociones negativas, dando un ejemplo donde se aprecien los puntos necesarios a detallar en cada apartado (situación problemática, pensamientos y emociones que les generó dicha situación).

La Bitácora de Bienestar (Anexo 4) busca desenfocar la atención de los participantes hacia las situaciones negativas (muy común entre las personas con depresión y ansiedad) y centrar su atención en las cosas buenas de su día a día, ya sean cosas mínimas o grandes pero que los participantes hayan disfrutado realmente, buscando que se vuelva un hábito. Se termina siempre las sesiones agradeciendo la asistencia, animándolos a practicar lo visto e invitándolos a continuar la siguiente semana.



CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°2: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.				
Objetivo: Identificar los pensamientos irracionales que afectan su estado de ánimo y su conducta, para así cambiarlos por otros más adaptativos y sanos.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN.
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas.	Ninguno.	5 min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Expresar las dificultades de la semana y revisar la realización de la tarea terapéutica de los participantes.	Formar parejas para compartir las experiencias al realizar la tarea y posteriormente hacerlo frente el grupo (quienes así lo deseen). Que identifiquen similitudes y diferencias con los demás miembros.	Ninguno.	15 Min.
Ejercicio “Percepción de Cualidades Positivas”.	Que los participantes empiecen a identificar sus características positivas y a su vez sean reforzados por los demás miembros del grupo.	Los participantes escriben tres cualidades positivas que tengan y después hablan con alguien del grupo. Posteriormente esa persona escribe tres cosas positivas que observe del otro y se las entrega.	Hojas y cinta adherible o Post It. Plumás.	20 Min.
Retroalimentación Grupal.	Entender la importancia de apreciar sus cualidades positivas y cómo les sirve esto en la vida cotidiana.	Compartir con el grupo cómo se sintieron, qué pensaban durante el ejercicio y qué aprendieron para la vida diaria.	Ninguno.	10 min.
Exposición teórica breve sobre la relación de los pensamientos y sentimientos.	Enseñar a los participantes cómo el pensamiento es un factor importante ante las situaciones cotidianas y cómo el cambio de este puede cambiar sus emociones y conductas.	Hablar de la relación entre pensamientos y sentimientos. Dar ejemplos y utilizar sus tareas o experiencias previas para explicar el cuadro ABC.	Pizarrón y Plumones	15 Min.
Exposición teórica sobre las Distorsiones	Enseñar a los pacientes a identificar sus	Se explica cada una de las distorsiones	Folleto de Distorsiones Cognitivas	45 Min.



Cognitivas.	distorsiones cognitivas para que puedan cambiarlas.	cognitivas (Anexo 5) y los pacientes tienen que dar un ejemplo de éstas.	(Anexo 5)	
Entrega de material y tarea terapéutica	Empezar el registro de pensamientos ABCDE para identificar sus pensamientos en las situaciones problemáticas.	Dar el registro ABCDE que deben llenar en el transcurso de la semana, identificando su tipo de distorsión cognitiva. Explicar la importancia de la tarea y dar un ejemplo de su elaboración.	Formatos de Registro ABCDE y Registro de Bienestar (se continuará con este registro).	5 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno	5 min.

Esta segunda sesión tiene por objetivo empezar la psicoeducación sobre el cambio de pensamientos o reestructuración cognitiva. Como primer paso se hace un resumen muy breve y puntual sobre la sesión pasada para dar tiempo de llegar a los participantes, además permite recordar los puntos clave sobre la depresión.

Se revisa el registro ABC y la Bitácora de Bienestar por parejas para que se retroalimenten y empiecen a ser sus propios terapeutas, encontrando los puntos que les costó trabajo escribir y si fue fácil encontrar cosas positivas en su día a día. Se añade una actividad sobre las cualidades positivas, ya que se busca que el taller sea dinámico y que por medio de actividades los participantes se vinculen y convivan más.

La actividad de la sesión consiste en que los participantes escriban en una hoja o en un hoja autoadherible (Post-it) tres cualidades positivas que creen tener y se las pegan en el pecho. Posteriormente eligen a un miembro del grupo (de preferencia alguien con quien no hayan convivido) con el cual platicuen alrededor de 10 minutos sobre lo que deseen, puede ser sobre sus gustos, sobre sus actividades, las cualidades que escribieron, etc. Al terminar el tiempo, el



participante escribe tres cualidades positivas que notó en el otro mientras hablaban y se las entrega.

Una vez que todas las parejas terminen, se prosigue con una reflexión grupal sobre cómo se sintieron, si les fue fácil o difícil escribir sus cualidades positivas o las de la otra persona, cómo se sintieron al hablar con el otro, qué pensaban de sí mismos y si descubrieron algo de ellos que les sirva para su vida cotidiana.

Posteriormente se comienza la psicoeducación sobre la relación que hay entre pensamientos y sentimientos (que es la introducción para la reestructuración cognitiva), la idea a transmitir es que, por muy difícil que pueda parecer, los pensamientos y sentimientos negativos se pueden cambiar por pensamientos más sanos y realistas. Se hace énfasis en que los pensamientos sólo son hipótesis que necesitan ser verificados con hechos reales, ya que ideas como “Nunca he hecho nada en la vida”, “Siempre fracaso” o “No sirvo para nada” no tienen un fundamento real, no tienen una evidencia, tratando de ayudarles a generar ideas más reales sobre sí mismos y sobre las situaciones de su vida. Se explica cómo al cambiar los pensamientos se pueden modificar las emociones y con ello actuar de manera diferente, más asertivamente.

Para esto se explica el modelo cognitivo conductual que se muestra en la Figura 1, que es el enfoque principal que maneja el taller.

Posteriormente, para explicar el cuadro ABCDE (Anexo 3) se dan ejemplos como el de la Figura 2, junto con un par de ejemplos que aporten los participantes sobre alguna experiencia pasada o del registro que elaboraron en la primera semana y que quieran reestructurar con la ayuda de los otros miembros del grupo. En los ejemplos lo que se recalca es el hecho de que la situación sigue siendo la misma, lo que cambia es lo que se piensan de la situación o de las personas, lo que ayuda a tener pensamientos y emociones más adaptativas para afrontar dichas experiencias.

Modelo Cognitivo Conductual.

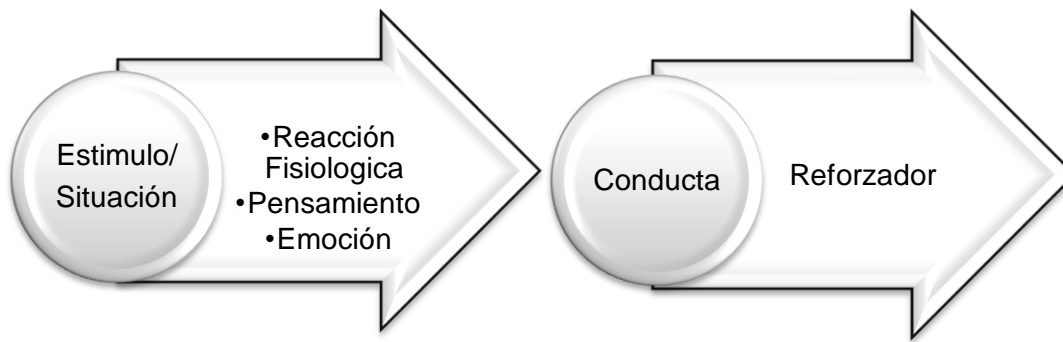


Figura 1. Se muestra la relación entre los estímulos, reacción fisiológica, pensamiento y emoción, que llevan a una conducta (adaptativa o no) que es reforzada.

Ejemplo del Registro ABCDE.

"Supongamos que un padre recibe la carta de su hijo que lleva años sin comunicarse con él. En la tabla podemos observar dos maneras diferentes de reaccionar ante esta carta y cómo es que la forma en la que piensa el padre modifica la forma en la que se siente ante este hecho".

A SITUACIÓN	B PENSAMIENTO	C EMOCIÓN	D PENSAMIENTO ALTERNO	E EMOCIÓN
• Carta de su hijo.	• Es un mal hijo. • "No le importamos"	• Enojo	• "Es una alivio esta carta, es bueno saber que esta bien"	• Tranquilidad

Figura 2. Se muestra un ejemplo del cuadro que se puede colocar en el pizarrón para enseñar el uso del cuadro ABCDE y así modificar los pensamientos desadaptativos.

En el ejemplo de la Figura 2 el padre podría elegir enojarse y seguir así o cambiar su forma de pensar para posteriormente comunicarse de manera más asertiva con su hijo, recalcando que nuestros pensamientos sólo son hipótesis que van a comprobarse posteriormente con hechos. En esta explicación sólo se pide un par de ejemplos más para poder continuar con el tema de los tipos de distorsiones cognitivas del folleto del Anexo 5.



El terapeuta lee y explica cada una de las distorsiones, da un ejemplo e invita a que algún miembro del taller a dar su propio ejemplo de una situación donde haya tenido ese tipo de distorsión, pero a su vez tiene que proponer un pensamiento alternativo sano para continuar con la explicación de la siguiente distorsión del folleto.

Si no se termina de explicar todas las distorsiones del folleto se continúa en la siguiente sesión, dejando como tarea terapéutica el llenado del registro ABCDE, para que los participantes practiquen lo visto en la sesión, identificando sus propias distorsiones cognitivas e intentando modificarlas. Así mismo deben seguir con el registro de su Bitácora de Bienestar para que se formen el hábito de ver las cosas positivas de su vida.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°3: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (CONTINUACIÓN).				
Objetivo: Practicar y fortalecer el cambio de pensamientos irracionales por pensamientos funcionales a través de un trabajo individual.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN.
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas.	Ninguno.	5 min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Que los participantes expresen qué dificultades tuvieron en el cambio de cogniciones y si les resulta más fácil encontrar cosas positivas en su día a día.	Formar parejas para compartir las tareas y posteriormente hacerlo frente el grupo (quienes así lo deseen). Identificar similitudes y diferencias con los demás miembros.	Ninguno.	15 Min.
Dinámica la “Isla Desierta”.	Identificar las habilidades de cada miembro del grupo, así como su valor dentro del mismo.	Imaginar estar en una isla desierta, en la cual los participantes van a asignar tareas a cada uno de los miembros del taller para convivir en la isla, incluyendo la tarea de ellos mismos. Escribir su propuesta.	Hojas. Plumas.	15 Min.



Retroalimentación Grupal.	Entender la importancia de apreciar sus habilidades, la de los demás y cómo les sirve esto en la vida cotidiana.	Los participantes comparan las tareas que asignaron los miembros del grupo y a ellos. Posteriormente los que deseen pueden expresar cómo se sintieron, qué pensaban durante el ejercicio y qué se llevan para la vida diaria.	Ninguno.	20 min.
Exposición teórica sobre los tipos de Distorsiones Cognitivas (continuación).	Enseñar a los pacientes a identificar los diferentes tipos de distorsiones cognitivas. Empezar el cambio de pensamientos de forma individual.	Continuar con el tema de las distorsiones cognitivas y que los pacientes traten de ejemplificarlas. En caso de terminar el tema, se pide a cada participante que dé un ejemplo de una situación y entre todo el grupo se identifican las distorsiones y se llene el cuadro ABCDE	Folleto de Distorsiones Cognitivas (Anexo 5). Pizarrón. Plumones/ Gises.	50 Min.
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Seguir con el registro ABCDE, tratando de identificar las distorsiones cognitivas presentes. Seguir con el registro de bienestar.	Dar a los participantes el registro ABCD y que lo llenen en el transcurso de la semana. Explicarles la importancia de realizar la tarea y el objetivo de ésta.	Formatos de Registro ABCDE y Registro de Bienestar	10 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno	5 min.

La tercera sesión es primordialmente una continuación sobre el cambio de pensamientos, ya que esta es la base para que empiecen su cambio conductual. Como en las sesiones anteriores se busca primero realizar alguna dinámica que



ayude a los participantes a descubrir sus cualidades positivas y herramientas para solucionar sus problemas.

La actividad de esta sesión consiste en que todo el grupo imagine estar en una isla desierta donde sólo están los participantes del taller (la isla puede tener las cualidades que ellos deseen) y que van a pasar ahí un largo tiempo antes de que alguien los pueda salvar, la tarea es pensar qué actividad le asignarían a cada uno en esa isla y que actividad o papel desempeñaría la misma persona, por ejemplo puede ser el cazador, el que vigile la seguridad, el que recolecte comida porque sabe de plantas, la que tranquilice a los demás en situaciones de crisis, todo lo que se les ocurra.

Esta actividad busca no sólo fortalecer la integración del grupo sino también que las habilidades y cualidades de cada uno sean reconocidas por la misma persona y el resto del grupo, ya que cada participante escucha de los demás para qué son hábiles en esa isla imaginaria, así como su importancia dentro del grupo. Cuando termine la actividad y se hace la reflexión grupal sobre lo que sintieron y pensaron, el terapeuta recalca las cualidades que se repitieron de los participantes y los hará reflexionar sobre lo que aprendieron con la actividad acerca de ellos mismos.

Se continúa con la exposición del folleto de las Distorsiones Cognitivas, ya que es muy importante que los participantes ejemplifiquen cada distorsión para que reflexionen sobre los juicios que hacen automáticamente, que no ayudan a solucionar los problemas y aumentan sus sentimientos negativos y conductas desadaptativas. En caso de terminar con los tipos de distorsiones, se comienza con la reestructuración cognitiva individual, en donde se busca que el mayor número de participantes dé un ejemplo de una situación de sus registros o del pasado que quiera compartir y que todo el grupo colabore en el llenado del cuadro ABCDE en el pizarrón para cambiar los pensamientos negativos automáticos presentes. La persona dice la situación a detalle (A), qué sintió (C) y en qué estaba pensando mientras sucedía, ya sea acerca de sí mismo o de los demás (B).

El terapeuta le pide al participante los pensamientos alternativos que se le ocurren al pensamiento original que tuvo, así también le pide qué emoción sentiría de haber pensado así. En caso de que el participante dé sólo una idea alternativa y/o no se le ocurra alguna, el grupo puede sugerir otros pensamientos alternativos a la situación. Se espera que cada uno de los participantes dé un ejemplo, dándole 10 minutos aproximadamente a cada persona, pero en caso de que se acabe el tiempo se continúa en la siguiente sesión. Para ejemplificar este ejercicio puede verse la Figura 3.

Ejemplo de la reestructuración cognitiva en grupo.

A SITUACIÓN	B PENSAMIENTO	C EMOCIÓN	D PENSAMIENTO ALTERNO	E EMOCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Su novia no contesto sus mensajes. 	<ul style="list-style-type: none"> • "No me quiere, de seguro me engaña con alguien más" 	<ul style="list-style-type: none"> • Enojo • Tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué otra explicación se te ocurre? • No tenía credito. • No tenía señal. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué sentirías si pensaras así? • Indiferencia • Preocupación por la persona.

Figura 3. Se muestra un ejemplo de cómo se plantearía la reestructuración en el pizarrón, cómo se llenarían las columnas y cómo dirigir algunas preguntas a la persona y al grupo.

En cuanto a la tarea de esta sesión, se continúa con la Bitácora de Bienestar y la práctica del cambio de pensamientos, recalcando que esa tarea es la oportunidad para poner en acción la reestructuración cognitiva, que es una habilidad que debe de practicarse tantas veces como sea necesario.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°4: AUTOREFORZAMIENTO.				
Objetivo: Que los participantes retomen o inicien actividades placenteras para aprender a auto reforzarse. Comprender la relación entre inactividad y depresión.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACION
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas.	Ninguno.	5 min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Que los participantes expresen sus dificultades con el cambio de	Formar parejas para compartir sus tareas y después compartir sus	Ninguno.	15 Min.



	cogniciones y si les es más fácil encontrar cosas positivas en su día a día.	experiencias frente el grupo. Identificar similitudes y diferencias con los demás miembros.		
Ronda de experiencias con el cuadro ABCDE.	Continuar ayudando con el modelado de la reestructuración cognitiva de cada participante.	Las personas que no participaron en la sesión pasada comparten una situación para identificar las distorsiones cognitivas y modificar su pensamiento.	Pizarrón y Plumones.	55 Min.
Explicar la relación entre inactividad y depresión.	Fomentar en los participantes el autorreforzamiento y la activación conductual.	Explicar la forma en que la inactividad y falta de actividades placenteras pueden mantener o iniciar los síntomas de depresión. Entender que el reforzamiento depende de uno mismo primordialmente.	Pizarrón y Plumones.	15 min.
Lista de Reforzadores.	Que los participantes elaboren una lista de reforzadores para prevenir o contrarrestar sus síntomas depresivos.	Los participantes escriben una lista de cosas que les gustaba hacer o que disfrutaban y ya no realizan, reflexionar sobre qué pretextos se ponen o qué les impide llevarlos a cabo.	Hojas Plumas.	15 min.
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Seguir con el registro ABCDE y la Bitácora de de Bienestar. Empezar con el autorreforzamiento.	Dar el registro ABCD y Bitácora de Bienestar. Los participantes se comprometen a elegir 2 o 3 actividades de su lista que puedan realizar esta semana.	Formatos de Registro ABCDE. Bitácora de Bienestar.	10 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno.	5 min.



En esta cuarta sesión se inicia revisando las tareas sobre cambio de pensamientos y la Bitácora de Bienestar por parejas y en grupo.

Posteriormente se continúa con el modelamiento en reestructuración cognitiva si aún faltan personas, anotando el cuadro ABCDE en el pizarrón, animando a las personas que no participaron a compartir alguna situación de sus registros para que primero intente generar pensamientos alternativos a la situación y posteriormente el grupo colabore a generar más ideas. Se pone énfasis en que a veces la situación o las personas que nos generan un malestar no se pueden controlar, pero la forma en la que vemos esas situaciones y cómo eso nos afecta en otros aspectos puede modificarse, el objetivo es cambiar los pensamientos negativos automáticos que no ayudan a enfrentar la situación de manera sana.

No es necesario que todos den un ejemplo ya que a algunos participantes les puede resultar difícil hablar ante el grupo, el objetivo no es presionarlos sino animarlos a que lo intenten en su hogar y a lo largo de su día a día. Sin embargo, entre más participen más ejemplos de reestructuración cognitiva se darán, permitiendo que quede más clara dicha técnica.

Se continúa con un tema básico en el tratamiento de la depresión, que pretende aumentar la actividad y los reforzadores de las personas, ya que el aplanamiento conductual y la falta de actividades placenteras contribuyen al inicio y al mantenimiento de los síntomas depresivos. Se explica de forma breve la relación de estos aspectos, cómo es que las cosas que disfrutaban hacer les costará trabajo retomarlas y que podrían no disfrutarlas del todo, pero que se obliguen a realizarlas para que con el tiempo la falta de energía y aplanamiento disminuya.

Se les puede presentar la Figura 4 para explicar mejor lo dicho anteriormente y se recalca al grupo que comúnmente se suele esperar el reforzamiento del exterior, cuando lo que se pretende es que dejen de depender de otras personas para sentirse bien, tomando la iniciativa de realizar actividades placenteras, incluso ellos solos, para dejar su felicidad en sus manos y no en la de los otros.

Posteriormente se realiza una reflexión sobre las cosas que les gusta hacer a cada uno y que no se dan tiempo para realizarlas (puede ser desde cosas simples como caminar en el parque, comer algo de su agrado, escuchar música, ir al cine, patinar, tocar un instrumento, etc.) o cosas que les gustaría hacer y no se animan a iniciarlas.

Relación de la depresión y la inactividad conductual.

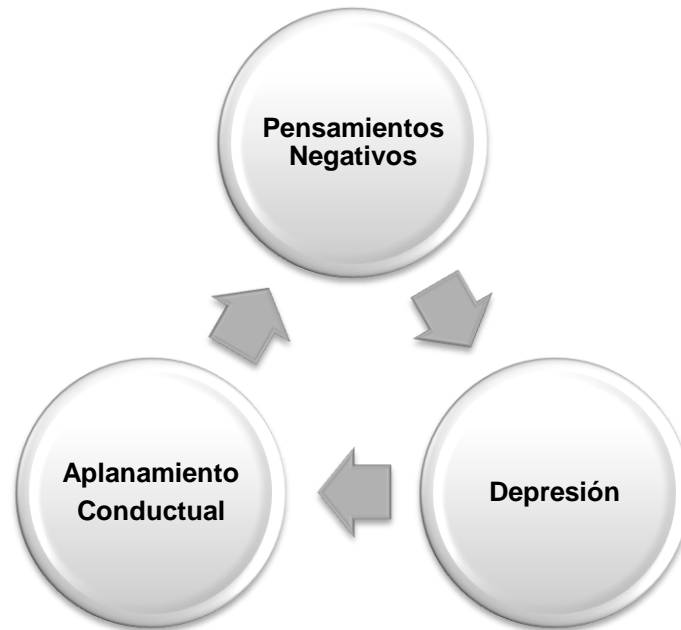


Figura 4. Se muestra un modelo para explicar fácilmente a los participantes la relación entre la inactividad conductual y la sintomatología depresiva.

Los participantes deben reflexionar en qué les impide llevar a cabo las cosas que disfrutaban y realizar una lista con un mínimo de 5 actividades placenteras (lista de reforzamiento), comprometiéndose a realizar una o dos actividades de dicha lista durante la semana (si la actividad lo permite pueden realizarla a diario).

Si aún hay tiempo disponible cada persona puede compartir su lista, así como las actividades que piensa realizar en esa semana, sin dejar de lado la práctica del cambio de pensamientos y reestructuración cognitiva.



CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°5: CONTACTO CON UNO MISMO.

Objetivo: Aprender a autovalorarse cambiando la relación con uno mismo para después relacionarse de manera más sana con los demás.

ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas.	Ninguno.	5 Min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Reforzar sus logros verbalmente por realizar sus tareas sobre el cambio de cogniciones y reforzamiento.	Compartir al grupo sus experiencias de autorreforzamiento, qué hicieron de su lista, su Bitácora de Bienestar y su registro ABCDE con su cambio de cogniciones.	Ninguno.	20 Min.
Actividad “Paseo por el Bosque”.	Que los participantes descubran más de sus cualidades positivas y mejoren su autoestima.	Los participantes dibujan un árbol escribiendo en las raíces sus cualidades positivas, en las ramas las cosas buenas que hacen y sus triunfos en el tronco. Hablar ante el grupo como si fueran su árbol (en primera persona) y después cada participante o el grupo le releerá lo que escribió, para que el participante escuche de nuevo sus cualidades.	Plumones. Colores. Papel Rotafolio. Cartulinas. Cinta Adhesiva.	50 Min.
Relación del autoconcepto y las relaciones sociales.	Aprender la importancia de la autovaloración para el establecimiento de relaciones afectivas sanas.	Explicar cómo el bajo autoconcepto influye en la depresión y en el establecimiento de relaciones afectivas dañinas. Recalcar la importancia del amor propio como la base de relaciones afectivas sanas.	Pizarrón. Plumones.	10 Min.
Lectura “Tú lo eres todo para mí” (Bello, 2011)	Modificar los pensamientos negativos de los participantes sobre sus relaciones.	Lectura y breve explicación de “Tú lo eres todo para mí”.	Lectura “Tú lo eres todo para mí” (Bello, 2011) del Anexo 6.	5 Min.



Retroalimentación Grupal.	Que los participantes se den cuenta de su forma de relacionarse para aprender a amarse a sí mismos y no fomentar relaciones codependientes.	Ronda de opiniones sobre la actividad y lectura, qué aprendieron, qué se llevan de las actividades, cómo se sintieron, etc.	Ninguno.	20 Min.
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Seguir con el registro ABCDE, Bitácora de Bienestar, el reforzamiento para que se vuelvan un hábito. Aprender a relacionarse con sí mismos a través de la exploración de ideas y miedos que impiden tener relaciones sanas para así cambiarlos y/o afrontarlos.	Registro ABCD y Bitácora de Bienestar. Seguir con el autorreforzamiento. Elaborar una carta a mano donde expresen sus temores al establecer una relación de pareja y otra como respuesta, dirigida a ellos mismos para calmar esos temores.	Registro ABCD. Bitácora de Bienestar. Hojas de color para sus cartas.	5 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno.	5 min.

En esta quinta sesión se busca hacer un trabajo de reflexión sobre las relaciones de pareja y la codependencia, ya que debido a los síntomas depresivos y a la baja autoestima estas personas suelen relacionarse de manera dependiente con sus parejas, por lo que esta sesión sirve para aquellos que tienen o tuvieron problemas en sus relaciones sentimentales o cómo un tratamiento preventivo a la codependencia.

Se inicia la sesión revisando las tareas para reforzar verbalmente a quienes practicaron sus habilidades durante la semana, sobre todo haciendo énfasis en el autorreforzamiento y las tareas placenteras que iniciaron o retomaron. Debe



animarse a los pacientes que no se autoreforzaron en la semana a hacerlo ya que es importante para romper el ciclo de la depresión.

Se realiza una dinámica con la que se pretende descubrir las cualidades positivas de los participantes, para que sepan expresarlas de forma adecuada, que sean capaces de autovalorarse dándose cuenta de las dificultades que tienen para reconocer dichas cualidades potenciando así una mayor autoestima.

Se proporciona el material a cada miembro del grupo (papel rotafolio o cartulinas y plumones) y se les pide que dibujen un árbol, con sus raíces, ramas y frutos, en las raíces deben escribir las cualidades positivas que cada uno cree tener, en las ramas las cosas positivas que hacen día a día y en sus frutos los éxitos o triunfos que han tenido en su vida.

Una vez que todos han terminado su árbol se forma un círculo donde cada persona se pone su árbol en el pecho de forma que los demás puedan verlo, diciendo lo que escribió en primera persona, es decir, como si fuera su árbol, por ejemplo: “Yo, soy un árbol que en sus raíces tiene...que ha tenido éxitos como...etc.”.

Una vez que todos han hablado como sus árboles, dan “un paseo” por el espacio y leen cada uno de los árboles de los otros participantes en voz alta de esta manera: “Andrea, eres un árbol que en tus ramas tienes...has logrado...” tratando de ver a los ojos a la persona cuando se lo dicen y escuchando atentamente cuando les lean sus propias cualidades. Esta parte de la dinámica puede hacerse de forma grupal, es decir, que en lugar de que se formen parejas en donde cada quien lee el árbol del otro y luego se prosigue con el de otro, el grupo completo puede leer en forma conjunta el árbol de un miembro y después seguir con el de otro miembro.

Después de la actividad se les pide a los participantes que reflexionen sobre cómo se sintieron al escribir su árbol y al escuchar a los otros miembros del grupo leerles sus cualidades, se les explica cuáles eran los objetivos de la actividad y cómo muchas veces no se ven los éxitos o recursos con los que contamos, ya que



si ellos no aprecian sus éxitos entonces ¿Quién lo hará? Si ellos no empiezan a valorarse los demás tampoco verán sus cualidades, siendo más vulnerables a buscar relaciones sentimentales dependientes. El árbol que dibujaron representa en cierta forma su autoestima, la cual deberán de cuidar, alimentar a través del autorreforzamiento, no dejando que nadie lo maltrate ni cuidando el “árbol” de otro por encima al de ellos.

Se puede hablar brevemente sobre la dependencia emocional, el concepto de “amor” que inculca la sociedad y el miedo a la soledad, donde se busca constantemente la aprobación de los que nos rodean por encima de la autovaloración.

Se prosigue con la lectura del Anexo 6 “Tú lo eres todo para mí” (Bello, 2011) pidiendo a los participantes que cierren los ojos mientras la escuchan. Al terminar la lectura se prosigue con una ronda de opiniones sobre qué aprendieron, cómo se sintieron con las actividades hechas, qué piensan de la lectura, qué aprendieron para su vida diaria, cómo quieren relacionarse con ellos mismos y con los demás de ahora en adelante, etc.

La tarea terapéutica de esta sesión tiene como objetivo encarar a las personas con sus distorsiones cognitivas ante las relaciones personales para que las cambien por pensamientos más adaptativos. La tarea consiste en escribir una carta de parte de su lado que teme a las relaciones sentimentales o que busca relaciones destructivas, dirigida a la parte que busca relaciones sanas.

El lado temeroso debe explicar: ¿De dónde viene? ¿Porqué esta aquí? ¿Qué sucesos provocan esas creencias o conductas temerosas? ¿Ha estado eligiendo personas que apoyen sus creencias de que el amor no es para ella/él? ¿Qué hace para evitar relaciones sanas? ¿Qué necesita para amar tranquilamente? Posteriormente la misma persona debe escribir la respuesta para esa carta, donde piense ¿Qué se diría para calmar esos temores? ¿Realmente tiene pruebas de que esos temores son justificados? Debe tratar de convencer a su parte temerosa



de que merece ser amado/a, justificando su respuesta con sus cualidades y éxitos descubiertos con la actividad de esta sesión.

Además de esta carta los participantes van a continuar con la práctica del autorreforzamiento, la Bitácora de Bienestar y el cambio de pensamientos, para darles retroalimentación de cómo lo han realizado y a su vez puedan fortalecer las habilidades que se han visto en las sesiones.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°6: RELAJACIÓN.				
Objetivo: Aprender a utilizar la técnica de relajación autógena de Schultz para disminuir sus síntomas ansiosos y aprender la técnica de la silla vacía para trabajar ciertas disonancias cognitivas.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas.	Ninguno.	5 Min.
Segunda Evaluación	Evaluar a los participantes para determinar sus avances y los posibles aspectos a retomar.	Contestar el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck según se hayan sentido las últimas 2 semanas.	Inventario de Depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck. Plumas/ lápices.	10 Min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Reforzar verbalmente sus logros por realizar las tareas sobre el cambio de cogniciones y el autorreforzamiento.	Los que lo deseen pueden compartir con el grupo sus cartas, qué descubrieron y si han seguido el cambio de pensamientos, autorreforzamiento y la Bitácora de Bienestar.	Ninguno.	20 Min.
Técnica de la silla vacía.	Aclarar sentimientos, actitudes o creencias sobre alguna situación, reconciliando sus disonancias cognoscitivas. Aclarar la relación con otras personas, con un aspecto que no les guste de sí o con una situación pasada o presente.	Los participantes se van a sentar delante de una silla vacía y se les anima a iniciar un diálogo, expresando sus pensamientos y sentimientos sobre una persona con la que tienen un conflicto. Después se cambian de silla para que respondan como	Sillas (el doble del número de participantes).	20 Min.



		respondería la persona que creen está ahí sentada.		
Retroalimentación Grupal.	Fomentar el autoconocimiento a través del contacto con sus emociones y pensamientos.	Cada participante habla de su experiencia, de qué se dio cuenta, cómo se sintió, qué se llevan o qué aprendieron que les pueda servir en la vida cotidiana.	Ninguno	20 Min.
Explicar brevemente la correlación entre ansiedad y depresión.	Aprender la relación entre la ansiedad y depresión así como las formas de control de la ansiedad.	Explicar la relación ansiedad-depresión, cómo se mantienen una a la otra, sus síntomas y la técnica de relajación.	Pizarrón. Plumones/ Gises.	10 Min.
Entrenamiento en relajación autógena de Schultz.	Aprender la técnica de relajación autógena como estrategia para prevenir o disminuir los niveles de ansiedad.	Se instruye a los participantes a respirar de manera diafragmática y posteriormente se comienza la instrucción en relajación autógena (Anexo 7)	Ninguno.	25 Min.
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Continuar con la práctica de los temas vistos así como fomentar el uso de la relajación y de la técnica de la silla vacía en casa si la consideran necesaria.	Realizar las tareas de autorreforzamiento, cambio de cogniciones y Bitácora de Bienestar pero sin hojas de registro. Practicar la relajación por lo menos 2 veces al día siguiendo las recomendaciones. La silla vacía la usarán en casa si así lo quieren.	Entregar hoja "Recomendaciones de relajación" (Anexo 8).	5 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno.	5 min.

En esta sexta sesión se realiza una segunda evaluación para determinar los avances que han tenido los participantes a la mitad del taller. Una vez que han



terminado la evaluación se comienza con la revisión de las tareas terapéuticas, donde las personas que así lo deseen comparten lo que aprendieron con las cartas que escribieron hacia ellos mismos, así como con sus Bitácoras de Bienestar y sus registros del cuadro ABCDE.

En esta sesión se llevará a cabo una dinámica de la corriente Gestalt que es la silla vacía, pero que en este caso se utiliza más como un medio para trabajar con las disonancias cognitivas de los participantes y así poder cerrar ciclos con personas, situaciones o aspectos de la misma persona con las que se tienen conflicto o les es perturbadora, cambiando la forma en la que se les percibe. Las sillas se acomodan por pares, una delante de la otra, tratando de dejar suficiente espacio entre los pares de sillas para que el diálogo de un participante no moleste al de los demás.

Los participantes se sientan delante de una silla vacía dónde se les anima a simular un diálogo con una persona con la cual tuvieron o tienen un conflicto y no terminaron bien, pueden hablar en voz baja y si les da pena pueden hablar mentalmente. Se les da un tiempo para que dialoguen y cuando hayan pasado unos 10 minutos se les pide que cambien de silla, sentándose en la que tienen enfrente, poniéndose en el lugar de la persona con la que estaban “hablando”, tratando de imaginar que les contestaría la otra persona, enfocándose en qué pudo haber sentido o pensado el otro.

En caso de que algún participante tenga dificultades para empezar el diálogo o para realizar la actividad no se le obliga a llevarla a cabo, al contrario se le invita a reflexionar qué le impide llevar a cabo la actividad, qué piensa o qué siente en ese momento y si podría tratarse de ciertas distorsiones cognitivas. Se recomienda utilizar los últimos 2 minutos para que se “despidan” los participantes de la persona con la que hablaron, además es importante que a lo largo de la actividad se les diga el tiempo que les queda.

Después del tiempo asignado a la actividad, se les pide formar un círculo y cerrar los ojos, respirar de manera profunda y reflexionar 5 minutos sobre cómo se



sintieron, qué pensaron y qué descubrieron con esa “plática”, para posteriormente comenzar una ronda de reflexión para aquellos que quieran platicar su experiencia.

Para trabajar los síntomas ansiosos de los participantes se da una breve explicación de qué es la ansiedad, los síntomas, la prevalencia o frecuencia con la que se presenta, cómo se relaciona con la depresión y las maneras de contrarrestarla. En este taller se utilizó la relajación autógena de Schultz pero se puede sugerir que busquen otras técnicas como la progresiva, iniciar actividades relajantes, la meditación, natación, escuchar música relajante, etc.

Se enseña a los participantes cómo es una respiración diafragmática y una respiración superficial, deben sentir el movimiento de su estómago al respirar, poniendo como ejemplo la respiración de un bebé dormido ya que en éstos se aprecia claramente la respiración relajada, se explican los beneficios y daños al no respirar de forma adecuada, como por ejemplo una mala distribución del oxígeno. Una vez que se les enseña la respiración diafragmática se les invita para que todos la hagan y coloquen una mano en su pecho y otra en el estómago, sintiendo cómo sube y baja, mientras el pecho se mueve mínimamente.

Antes de iniciar el entrenamiento en relajación se les pide que apaguen los celulares o los pongan en vibración, que se despojen de aquello que les estorba (relojes, chamarras, etc.), que se coloquen en una posición cómoda en su asiento y se continúa con las instrucciones de la relajación que pueden leerse en el Anexo 7.

Después de relajar las diferentes partes del cuerpo (del rostro hasta los pies) se les deja de 2 a 5 minutos respirando de manera profunda y relajada, para posteriormente abrir los ojos lentamente. Se prosigue con una ronda de preguntas para aclarar la técnica, corregir si hay dificultades y se entrega el Anexo 8 sobre “Recomendaciones para la relajación” para que la practiquen en casa.

Cómo tarea terapéutica se les pide que sigan con el cambio de cogniciones, Bitácora de Bienestar, autorreforzamiento, pero en esta ocasión sin hojas de



registro para que se vaya extinguiendo el uso de estas hojas, pero que sigan practicándolo sin la necesidad de escribir. También deben practicar la relajación por lo menos 2 veces al día y usar la silla vacía en su hogar si consideran que la necesitan para alguna situación actual o si algún día la necesitan la realicen antes de dejarse llevar por sus pensamientos negativos automáticos.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°7: COMUNICACIÓN ASERTIVA.				
Objetivo: Incrementar su repertorio de habilidades sociales con el objetivo de tener una comunicación asertiva.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN.
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas sobre la técnica de la relajación.	Ninguno.	5 Min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Reforzar los logros alcanzados en las tareas y revisar la aplicación de la técnica de relajación.	Compartir las dificultades al practicar la técnica de relajación, si utilizaron la técnica de la silla vacía y si han seguido con los temas vistos anteriormente.	Ninguno.	10 Min.
Exposición Breve de los Derechos Asertivos y la Asertividad.	Conocer sus derechos asertivos y los de los demás para así tener mejores herramientas y poder vincularse socialmente de manera sana.	Intentar describir qué creen que es la asertividad. Explicar a grandes rasgos los derechos implicados en las relaciones interpersonales, la importancia de respetarlos y por qué es importante la asertividad.	Folletos de "Asertividad" (Ver Anexo 9).	15 Min.
Explicar y ejemplificar brevemente la distinción de conducta asertiva, no asertiva y agresiva.	Diferenciar las formas de responder ante las situaciones sociales y aprender la forma más adecuada de expresarse.	Exponer definición de conducta asertiva, pasiva y agresiva. Poner diferentes ejemplos de cada uno.	Pizarrón. Plumones/ Gises	25 Min.
Identificación de situaciones para la asertividad.	Fomentar el uso de la asertividad y utilizar el ensayo conductual para practicar	Por pares los participantes deben pensar en una situación en la que no son asertivos y	Ninguno.	40 Min.



	respuestas más adaptativas ante situaciones sociales conflictivas.	proponer una respuesta asertiva. Primero dicen cómo responden normalmente y posteriormente actúan la respuesta que creen asertiva. Después el grupo da retroalimentación, poniendo atención en qué pensarían y sentirían si fuera real la situación.		
Sesión de preguntas.	Aclarar cualquier duda respecto al tema de asertividad.	Responder las dudas y aclarar cualquier punto de la sesión que no quedó claro.	Ninguno.	15 Min.
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Poner en práctica su asertividad. Continuar diariamente con los temas vistos anteriormente (Bitácora de Bienestar, cambio de pensamientos, relajación y autorreforzamiento).	Entregar la lectura "Componentes de la asertividad" (Flores & Díaz-Loving, 2002) para complementar sus conocimientos. Identificar situaciones para actuar asertivamente y practicar. Seguir el autorreforzamiento, la relajación diaria, el cambio de pensamientos y la Bitácora de Bienestar.	Reporte de Asertividad (Anexo 10). "Componentes de la asertividad" (Flores y Díaz-Loving, 2002)	5 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno.	5 min.

El objetivo principal de esta sesión es enseñar a los participantes las bases de la asertividad para mejorar su habilidad social, aunque por cuestiones de tiempo no se puede ahondar en todo lo que implica este aspecto pero se espera inculcar una manera diferente de relacionarse, disminuyendo la pasividad o la agresividad.

Se inicia como en cada sesión con la revisión de la tareas, donde los que lo deseen comparten si han practicado lo visto en las sesiones pasadas y si tuvieron dificultades al practicar la relajación.

Se reparte el folleto del Anexo 9 sobre Asertividad y se habla a grandes rasgos sobre las implicaciones de cada derecho que ahí se incluye, qué es la asertividad, cómo nos beneficia ser asertivo, los efectos negativos a largo plazo tiene la agresividad y la pasividad, cuáles son las habilidades sociales, explicando las diferencias entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva, qué significa cada uno, pudiendo colocar tres columnas en el pizarrón como muestra en el ejemplo de la Figura 5.

Ejemplo para diferenciar Asertividad/Pasividad/Agresividad.

AGRESIVIDAD	PASIVIDAD	ASERTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none">• <i>¿Cómo creen que es su postura?</i>• Sacando el pecho.• Invadiendo el espacio de los demás.• <i>¿Cómo habla?</i>• La mayor parte del tiempo grita.	<ul style="list-style-type: none">• <i>¿Cómo creen que es su postura?</i>• Se encorva.• Se aparta de los demás.• <i>¿Cómo habla?</i>• Con un tono de voz bajo.	<ul style="list-style-type: none">• <i>¿Cómo creen que es su postura?</i>• Se para derecho.• Ve a los ojos sin ser invasivo.• <i>¿Cómo habla?</i>• Con voz media, clara, sin titubiar.

Figura 5. Se muestra un ejemplo de preguntas que se pueden hacer para diferenciar agresividad, pasividad y asertividad con tres columnas que se anotan en el pizarrón, basado en Caballo (2008).

Con las columnas de la Figura 5 se pueden dar las características de cada conducta, pidiendo ejemplos a los participantes de cómo creen que es alguien agresivo, alguien pasivo, cómo sería entonces un asertivo, cuál es su comunicación verbal y no verbal, cómo piden las cosas, cómo se relacionan, etc.

Para dejar claro el tema se pueden plantear diferentes situaciones ejemplo y cómo creen que actuaría una persona agresiva, pasiva o asertiva ante dicha situación: ¿Cómo actuaría un agresivo si le dan mal el cambio en una tienda? ¿Cómo actuaría una persona asertiva ante dicha situación? ¿Qué creen que haría un



pasivo si su jefe le grita enfrente de todos sus compañeros por un error que no cometió? Etc.

También se pueden dar ejemplos de situaciones con respuestas agresivas, pasivas o asertivas para que los participantes intenten adivinar qué clase de respuesta fue, por ejemplo “Supongamos que alguien toma sus cuadernos sin permiso para copiar un apunte y usted no le dice nada ¿Esa qué tipo de respuesta fue...?”. En este caso se hablaría de una respuesta pasiva, pues al no decir que le molestaba la situación o que le pidieran permiso antes, la conducta del otro puede repetirse de nuevo, por ello es importante decir lo que quiere sin agredir al otro, el caso contrario habría sido gritarle a la persona por no pedir su cuaderno, actuando agresivamente.

Después de estos ejemplos y de recalcar a grandes rasgos los puntos del folleto del Anexo 9, se le pide a cada participante que formen parejas (de preferencia con quien no hayan participado antes) y entre ambos pensar en una situación donde se les dificulta ser asertivos, entre los dos deben planear una respuesta asertiva para pasar a actuarla frente al grupo, además de comentar brevemente cómo actúan o han actuado normalmente ante esta situación.

El grupo y el terapeuta dan retroalimentación de la conducta actuada y dicen si realmente fue asertiva la elección, si dijeron lo que sentían o pensaban, si fue ambigua su respuesta, cómo fue su postura, su tono de voz, qué podrían hacer en caso de que la otra persona no actué de forma asertiva, recalcando que pueden decir lo que quieren sin pasar por encima de los demás. Una vez que haya pasado cada pareja, se prosigue con una ronda de preguntas para aclarar cualquier duda que haya surgido.

En esta sesión las tareas terapéuticas siguen siendo el cambio de pensamientos, el autorreforzamiento, la relajación y que además se comprometan a identificar oportunidades de la vida cotidiana para ser asertivos, ya sea en la escuela, el trabajo, la casa, llenando el Reporte de Asertividad (Anexo 10).



Se les entrega la lectura “Componentes de la asertividad”, que es el capítulo 5 del libro “Asertividad. Una Alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales” (Flores & Díaz-Loving, 2002) para que lo lean y lo pongan en práctica. Si no se encuentra dicha lectura, se puede cambiar por alguna que contenga los componentes verbales y no verbales de la comunicación asertiva.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°8: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.				
Objetivo: Aprender a resolver sus problemáticas de forma sistemática para fomentar su toma de decisiones.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas sobre la asertividad.	Ninguno.	5 Min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Reforzar sus logros y revisar si aplicaron la asertividad en la semana.	Que los participantes compartan sus dificultades al practicar la asertividad, si llenaron su registro, si fue fácil o difícil. Preguntar si han seguido relajándose, cambiando cogniciones y autoreforzándose. Revisar las cosas positivas de su Bitácora de Bienestar.	Ninguno.	10 Min.
Debatir sobre la definición de Problema.	Entender los problemas como retos para cambiar posibles posturas pesimistas. Entender cómo la manera de afrontar las situaciones lleva a dificultades emocionales.	Entregar folleto y explicar la importancia de solucionar problemas. Debatir sobre la visión de los problemas, hablando de cómo suelen resolver sus conflictos, qué resultados les da y cómo los hace sentir.	Folleto de “Solución de Problemas” (Anexo 11). Pizarrón. Plumones/ Gises.	10 Min.
Ejemplificar cada paso con un problema.	Practicar y explicar los pasos para la solución de problemas.	Los participantes deben pensar en algún problema definiendo quién, qué, dónde y cuándo de la situación conflictiva y lo escriba. Se puede trabajar con el problema de sólo un miembro del grupo para ejemplificar cómo se define un problema.	Hojas. Lápices. Pizarrón. Plumones/ Gises.	10 Min.



Objetivos, sub-objetivos y obstáculos.	Definir los objetivos y obstáculos que tienen los participantes para solucionar sus problemas.	Con el caso de ejemplo, entre todo el grupo y la persona se definen y escriben los objetivos, sub-objetivos y obstáculos del problema. Posteriormente cada persona lo hace de manera escrita con su caso.	Hojas. Lápices. Pizarrón. Plumones/ Gises.	15 Min.
Generación de alternativas.	Aprender a generar diferentes alternativas para sus problemáticas, para no estancarse ante ellas.	Dar una breve explicación de los pasos a seguir para generar alternativas. Entre todos generar diferentes alternativas al problema ejemplo y después lo apliquen a su caso.	Hojas. Lápices. Pizarrón. Plumones/ Gises.	25 Min.
Toma de decisiones.	Aprender a discriminar opciones y elegir la más adecuada para sus objetivos.	El grupo debe definir de cada alternativa sus consecuencias, probabilidad, si son objetivos elevados, si hay otras soluciones, cómo se sentirían los involucrados, si de verdad resuelve el conflicto, etc. La persona del ejemplo elige una opción valorando los pros y contras. Los demás lo aplican a su caso.	Hojas. Lápices. Pizarrón. Plumones/ Gises.	10 Min.
Puesta en práctica de la solución.	Elaborar un plan para poner en práctica la solución de sus problemáticas.	Contestar para sus respectivos casos ¿Cuál es mi objetivo? ¿Qué tengo que hacer para lograrlo? ¿Qué haré primero? ¿Qué haré después? ¿Cómo, cuándo y dónde lo haré? Elaborar un contrato conductual con ellos mismos donde especifiquen un reforzador por poner en práctica su solución.	Hojas. Lápices. Pizarrón. Plumones/ Gises.	15 Min.
Explicar la evaluación de los resultados de sus soluciones.	Comprender la importancia de evaluar objetivamente la solución de su problema o si surgieron resultados no	Explicar la forma en que pueden evaluar de forma objetiva sus soluciones y en caso de no lograr las metas propuestas, cómo pueden tomar soluciones alternativas o	Hojas. Lápices. Pizarrón. Plumones/ Gises.	10 Min.



	deseados.	evaluar el proceso de solución. Que los participantes escriban la forma de evaluar sus resultados.		
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Poner en práctica la solución de problemas. Continuar con lo aprendido en sesiones anteriores.	Continuar la práctica del cambio de pensamiento, la relajación, la asertividad, la Bitácora de Bienestar. Llevar a cabo lo acordado en su contrato conductual y generar solución a un problema que experimenten para practicar todo el proceso de solución de problemas. Traer una gorra o sombrero para la próxima sesión.	Ninguno	5 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno.	5 min.

En esta sesión se busca principalmente entrenar a los participantes a solucionar sus problemas de forma más sana ya que muchas veces suelen dejarlos de lado o actúan de forma impulsiva, sin pensar en las alternativas que pueden tener antes. Se inicia la sesión con la revisión de las tareas, sobre todo la práctica de la asertividad, reforzando verbalmente los logros alcanzados o corrigiéndolos en caso de dudas, además de reforzar la práctica de los temas vistos anteriormente.

El entrenamiento en solución de problemas se inicia con un debate acerca de qué es un problema, si siguen alguna estrategia ante estos o si suelen actuar de forma impulsiva, si su estrategia funciona para realmente solucionarlos, preguntándoles ¿Cómo creen que sería una vida sin problemas? Esto con el fin de cambiar su visión de los problemas como algo sin solución a un concepto del problema como un reto, que son parte de la vida para aprender, darse cuenta que tiene diferentes soluciones y que sepan aceptar cuando no hay una solución para aprender a vivir con dicha situación.



Se les entrega el folleto de “Solución de problemas” (Anexo 11) para empezar a explicar cada uno de los pasos del proceso de solución de problemas. Cada uno debe pensar en un problema actual tratando de definir quién/quienes están involucrados, qué pasa, dónde, cuándo se produce y lo escribirá. El terapeuta pregunta si alguien quiere que se trabaje con su caso como ejemplo para todo el grupo, ya que por cuestión de tiempo no todos pueden hablar, pero lo que se vea con el ejemplo deben pensarlo para su propia situación.

Una vez que se tiene el caso de ejemplo se le pide al participante que dé su definición de problema y el terapeuta explica porqué es importante la definición, ya que la forma en la que se define el problema determina la forma en la que lo va a enfrentar, reflexionando si realmente es un problema que está en sus manos o más bien es una situación que no podemos cambiar y que tenemos que buscar formas de adaptarnos a tal hecho. También se puede determinar cómo lo hace sentir y qué le hace pensar para identificar posibles distorsiones cognitivas que le impidan solucionarlo.

Con el caso ejemplo entre todo el grupo y la persona se definen y escriben los objetivos y sub-objetivos (qué quiere alcanzar o qué le diría que ha solucionado dicho problema) así como los obstáculos que tiene para solucionarlo. Posteriormente cada persona lo hará de manera escrita con su caso.

Después de este paso se da una breve explicación de los pasos a seguir para generar alternativas destacando los principios de cantidad, de variedad y aplazamiento del juicio (Caballo, 2008) que se pueden observar en la Figura 6, para posteriormente entre todos generar diferentes alternativas al problema del ejemplo. Es importante este paso, ya que las personas se suelen cerrar ante los conflictos con pensamientos negativos como “No hay solución” “Sólo tengo estas dos opciones y ya” “Jamás saldré de esta” “No puedo con todo esto” etc. Los demás aplicarán lo visto a su problema.

Principios para generar soluciones alternativas.

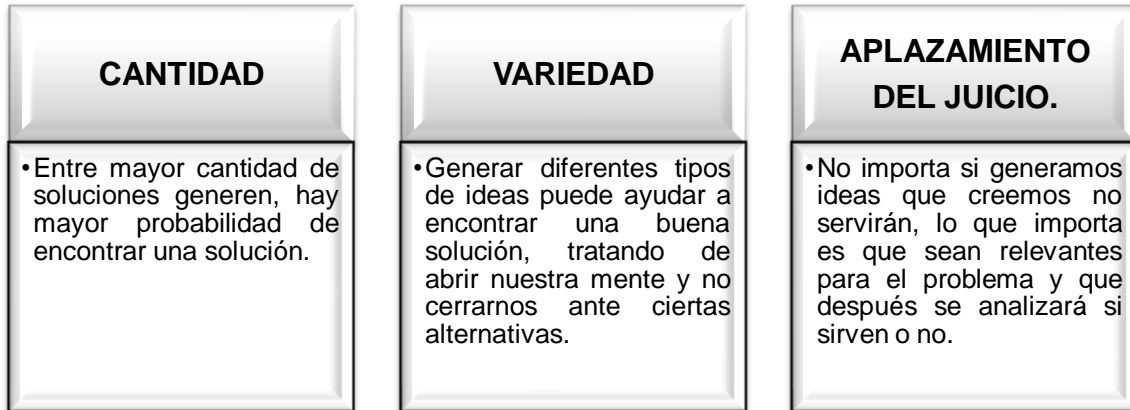


Figura 6. Se muestra una breve explicación de los principios para generar alternativas, basado en Caballo (2008).

Una vez que se tenga una lista con las posibles soluciones, todo el grupo define de cada alternativa del ejemplo sus consecuencias, probabilidad de llevarlas a cabo, si son en realidad objetivos elevados, si tienen suficiente información sobre el problema, si hay otras soluciones no consideradas, cómo podrían sentirse él y los involucrados, si de verdad resuelve el conflicto, etc. Si la lista de opciones es muy larga se pueden tomar 2 o 3 alternativas sólo para ejemplificar y que cada participante lo realice en su casa. Luego se le pide a la persona del ejemplo que elija tentativamente una opción valorando los pros y contras de cada opción vistos en la sesión.

Para pasar a la puesta en práctica de sus soluciones los participantes deben contestar para sus respectivos casos ¿Cuál es mi objetivo? ¿Qué tengo que hacer para alcanzarlo? ¿Qué tengo que hacer primero? ¿Qué haré después? ¿Cómo, cuándo y dónde lo haré?, es decir, planear de forma esquematizada la solución una vez que la elija. Al final los participantes elaboran un contrato conductual donde especifiquen un refuerzo por poner en práctica su solución, más o menos con las características que se muestran en la Figura 7.

Ejemplo de un contrato conductual.

Fecha:

Yo (Nombre) me comprometo a (describir el primer paso de su planeación) para poder solucionar mi problema con (nombre del problema) y en caso de que lo haga me premiaré con (definir un reforzador) y si no lo hago me castigaré con (definir su castigo) hasta que lo intente. El tiempo máximo para llevarlo a cabo es...

Firma:

Figura 7. Se muestra un breve ejemplo de los puntos y estructura general que conforman el contrato conductual (conducta a cambiar, reforzador, castigo, tiempo).

Se les explica a los participantes de forma general cómo pueden evaluar de manera objetiva sus soluciones dependiendo de cada problema (si obtuvieron lo que querían, si cambió la situación, algo que se pueda observar o medir) y en caso de no lograr las metas propuestas cómo pueden tomar otra de las soluciones alternativas que generaron en pasos anteriores, o en su defecto, evaluar todo su proceso de solución de problemas. Los participantes escriben la forma en que planean evaluar sus resultados.

Como tarea terapéutica los participantes deben continuar con la práctica del cambio de pensamiento, la relajación, la asertividad, la Bitácora de Bienestar, además de llevar a cabo lo acordado en su contrato conductual, así como intentar generar la solución a un problema que experimenten durante la semana para practicar todo el proceso de solución. Se les recalca que un problema no necesita ser grande ya que por naturaleza estamos constantemente solucionando problemas como el qué ropa usar, qué camino tomar, qué comer, cómo arreglar un aparato u objeto, etc., así que se les anima y se les refuerza su capacidad de responder ante estas situaciones, en lugar de verse como incapaces.

Por último deben de traer para la siguiente sesión una gorra o sombrero para una actividad de la próxima sesión.



CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°9: ESTABLECIMIENTO DE METAS A CORTO Y LARGO PLAZO.				
Objetivo: Establecer metas a corto y largo plazo después del taller, conociendo los miedos que obstaculizan su logro y los recursos con los que cuentan para alcanzarlos.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN.
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior y despejar dudas sobre la solución de problemas.	Ninguno.	5 Min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Reforzar sus logros con los temas pasados y revisar si aplicaron la solución de problemas en la semana.	Que los participantes compartan sus dificultades al practicar la solución de problemas, si fue fácil o difícil. Revisar si han seguido relajándose, cambiando cogniciones, practicando la asertividad y reforzándose. Preguntar las cosas positivas de su Bitácora de Bienestar.	Ninguno.	10 Min.
Actividad “Gorra de recursos y miedos”.	Encarar los miedos que los limitan para conseguir lo que desean así como los recursos que poseen para alcanzar lo que se propongan.	Que los participantes anoten o coloquen con recortes en la gorra todos los miedos que esconden a los demás, lo que muestran de su personalidad y los recursos con los que cuentan para relacionarse. Después deben de hablar como si fueran su gorro y después le contestarán a éste.	Revistas. Periódicos. Tijeras. Pegamento. Hilos Estambres Agujas. Cinta adhesiva. Hojas de color o blancas. Plumones.	30 Min.
Reflexión de la actividad.	Compartir con los miembros del grupo lo que aprendieron y que se retroalimenten de las experiencias de los demás.	En círculo cada uno expondrá qué sintieron, qué aprendieron para su vida diaria, qué pensaron y si les costó trabajo alguna parte del ejercicio.	Ninguno	25 Min.



Proyecto de vida.	Empezar a tomar decisiones para planear un proyecto de vida después del taller. Fomentar la toma de decisiones.	Los participantes deben elegir alguna meta que quieren alcanzar después del taller y elaborar un plan para conseguirlo especificando su: Meta, Submetas, Estrategias Necesidades, Recursos y Tiempo.	Plumones Cartulinas/ Papel Rotafolio blanco.	25 Min.
Exposición de los proyectos.	Comprometer a los participantes con sus proyectos.	Cada uno de los participantes debe compartir su proyecto mientras el grupo los corrige o refuerza verbalmente.	Cinta adhesiva.	15 Min.
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Que los participantes continúen aplicando los temas vistos y se comprometan a llevar a cabo sus metas. Empezar con el proceso del cierre del taller, pensando en los objetivos que se lograron y los cambios que han conseguido.	Practicar los temas anteriores. Para una actividad de la próxima sesión deben escribir tarjetas con el nombre de cada participante y los avances que han visto en ellos. Elaborar un resumen de los avances, logros y cambios que consiguieron. Elaborar un contrato conductual donde definan la meta que expusieron en la sesión. Opcional: Un "cuidado" para el grupo o para cada uno de los participantes.	Ninguno	5 Min.
Cierre de la sesión.	Evitar el abandono del tratamiento.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Ninguno.	5 Min.



En esta sesión previa al cierre del taller se busca preparar a los participantes para llevar a cabo sus metas después del mismo, hacerlos más responsables de sus cambios y éxitos alcanzados para el resto de su vida. Se inicia la sesión revisando la aplicación de la solución de problemas y si les ha costado trabajo algún paso del mismo, reforzando verbalmente a aquellos que lo intentaron para que lo sigan aplicando. También se revisa si siguen aplicando los temas vistos anteriormente, cómo lo han hecho y si les resulta más fácil relajarse, buscar las cosas positivas de su vida, cambiar sus pensamientos, etc.

Se realiza una actividad que busca encarar a los participantes con los miedos que les impiden realizar sus metas, pero también remarca sus recursos y habilidades para afrontar dichos miedos. Primero con la gorra o sombrero que cada participante ha traído a la sesión, se les pide que usen su creatividad y los materiales que deseen, con los cuales deben colocar dentro de la gorra (con recortes, imágenes representativas, frases, palabras, hojas, etc.) los miedos que ocultan a los demás. Además van a colocar imágenes, frases o palabras que describan sus características positivas de personalidad en la parte exterior de la gorra y colocar unas tiras en la gorra (de papel, listones, estambre, hilos, etc.) en las cuales pondrán los recursos y habilidades que poseen para relacionarse con los demás. Se pueden colocar todos los materiales en una mesa en medio del aula o espacio para que sea accesible a todos los participantes y se les va anunciando el tiempo que les resta para que se organicen. Como ejemplo de la gorra a realizar puede verse la Imagen 1.

Una vez que se ha terminado el tiempo para que elaboren la gorra, se forma un círculo sin sillas ya que cada participante se va a colocar de pie frente a su respectiva gorra.

Ejemplo de la “Gorra de Recursos y Miedos”.



Imagen 1. Se muestra un ejemplo de la gorra de recursos, donde los participantes con los materiales que quieran colocan sus cualidades, recursos y miedos.

Una vez formado el círculo, cada participante debe hablar como si fuera su gorra, es decir en primera persona, por ejemplo “Alejandra, yo soy tu gorra...tengo miedo a...pero cuento con recursos y habilidades como...” etc., la persona es libre de expresarse como desea, pero todo el tiempo debe dirigirse hacia sí misma y hablar como su gorra, incluso se debe de cambiar de sitio colocando la gorra en su lugar y él debe colocarse junto a las gorras de los demás en el círculo. El resto del grupo permanecerá en silencio, escuchando respetuosamente al que está participando.

Una vez que la persona ha terminado de decir lo que desea, regresa a su lugar y le responde a su gorra, por ejemplo “He escuchado tus miedos y te protegeré, ya que tenemos muchos recursos de los que no nos habíamos dado cuenta...”etc. Así pasan cada uno de los participantes y se les pide que en lo que pasan los demás reflexionen sobre lo que descubrieron de sí mismos.

Terminada la actividad los que así lo deseen pueden participar compartiendo su experiencia: qué aprendieron, cómo se sintieron y si algo en particular se les dificultó.

Para empezar a plantearse sus metas posteriores al taller se les proporciona a los participantes papel rotafolio o una cartulina, donde deben elaborar un cuadro como el que se muestra en la Figura 8, dándoles un ejemplo de su llenado y de

preferencia que sea una meta de corto plazo o la primera que desean realizar saliendo del taller, fomentando así su toma de decisiones y la planeación de las mismas en lugar de aplazarlas o actuar de forma impulsiva.

Ejemplo de la planeación de metas.

Meta	Submetas	Estrategia	Necesidades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué quiero alcanzar?• Titularme	<ul style="list-style-type: none">• Divido mi meta en pasos más pequeños:• Conseguir un tema• Conseguir un asesor.• Informarme sobre los tramites.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué hare primero?• Informarme de los trámites con compañeros o la dirección• Conseguir un asesor, preguntar a profesores que conozco.• Pensar un tema con la información que tengo.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué me hace falta?• Conseguir el asesor.• Pensar en los profesores que pueden ayudarme.• Pensar el tema.• Dinero.• Tiempo.	<ul style="list-style-type: none">• ¿Con qué recursos cuento ahora?• Tengo conocidos que pueden ayudarme.• Soy aplicado y constante.	<ul style="list-style-type: none">• ¿En cuánto tiempo quiero y puedo alcanzarlo?• 1 año máximo para titularme.• 3 semanas para tener el tema y asesor.

Figura 8. Se muestra un ejemplo de los puntos del cuadro que elaborarán los participantes para empezar a planear sus metas de corto y largo plazo.

Una vez que los participantes terminen sus cuadros, cada uno pasa a hablar de sus planes y los demás, sobre todo el terapeuta, deben reforzar y animar al participante a llevarlos a cabo, ayudando a completar el cuadro de sus recursos en caso de que no esté tomando en cuenta todas sus habilidades, notar si alguien está pidiendo metas muy altas o poco realistas, o al contrario, se está menospreciando, corrigiendo dichos pensamientos negativos entre todo el grupo.

Después de que todos expongan sus planes, se les pide como tarea terapéutica que escriban un contrato conductual en donde especifiquen la meta o submeta con la que quieran empezar esta semana (en el caso del ejemplo de la Figura 8 puede ser buscar información sobre la titulación), además del tiempo límite que tienen para alcanzarlo. Deben escribir en dicho contrato el miedo que les impide o ha impedido conseguir la meta (por ejemplo la pereza) y deben de tratar de pensar en cómo pueden contrarrestarlo con sus habilidades y recursos (por ejemplo superar la pereza gracias al apoyo de sus amigos o familia, autoreforzándose cada vez que tenga un avance, etc.).



Aparte de hacer el contrato, los participantes deben de traer una historia, cuento, narración, lo que deseen, donde relaten su experiencia a lo largo del taller, qué aprendieron, qué aplicaron, qué les sirvió, qué les costó trabajo, qué se llevan del taller, qué éxitos tuvieron, etc., con el fin de retomar lo visto en todo este tiempo.

Para un ejercicio de la sesión final, los participantes van a doblar una hoja por la mitad, como una tarjeta de felicitación, donde deben escribir por dentro los cambios y habilidades que han notado en sus compañeros, una frase, un pensamiento, lo que quieran decirle a cada uno de los participantes del grupo, colocando afuera el nombre de la persona a la que va dirigida. El color, el material y el contenido es cómo lo deseen hacer los participantes.

Como tarea opcional, los que lo deseen pueden traer un “Cuidado” para los miembros del grupo, algo pequeño presente (un poema, un cuento, un dulce, cualquier cosa para compartir), ya que muchas veces se suele cuidar a los demás sin recibir nada a cambio, cuando saber recibir regalos y cumplidos también es una habilidad social, o por el otro lado, esperan recibir pero no saben cómo dar a los otros. Un cuidado es cualquier cosa que quiera compartir una persona con el grupo como forma de mostrar su agradecimiento, actividad que se puede usar muy bien para el cierre del taller como forma de convivir con los miembros del grupo, incluso los terapeutas que quieran participar pueden llevar lo que deseen para la próxima sesión.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN N°10: GENERALIZACIÓN Y REVISIÓN DE LAS TÉCNICAS APRENDIDAS. CIERRE DEL TALLER.				
Objetivo: Aclarar dudas y dificultades del uso de las técnicas vistas a lo largo del taller en su vida cotidiana. Agradecer la asistencia y su esfuerzo a lo largo de las sesiones.				
ACTIVIDAD	OBJETIVO ESPECÍFICO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN.
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Brindar un resumen general de la sesión anterior.	Ninguno.	5 Min.
Revisión de las tareas terapéuticas.	Compartir las metas propuestas y lo que aprendieron a lo largo del taller.	Compartir los contratos para alcanzar sus metas, si las empezaron, los que lo deseen pueden leer sus resúmenes,	Ninguno.	25 Min.



		historias, cuentos, etc., que elaboraron sobre lo visto a lo largo del taller.		
Actividad “Espiral de reflexión”.	Reflexionar sobre los recursos que alcanzaron en el taller que pueden utilizar para lograr sus metas.	Los participantes deben colocar a lo largo de un espiral las frases o retroalimentación que elaboraron de cada uno de sus compañeros. Cada participante observará, leerá y tomará aquello que les escribieron, caminando dentro del espiral.	Tiras de papel de china. Música de Fondo de relajación. Frasas Positivas.	50 Min.
Reflexión de la actividad.	Compartir su experiencia en el espiral y lo que descubrieron.	Que los participantes compartan lo que les enseñó la actividad, cómo se sintieron y qué pensaban.	Ninguno.	10 Min.
Reflexión del taller.	Que los pacientes se den cuenta de lo que han aprendido a lo largo del taller y dar retroalimentación de la generalización de técnicas.	Entregar el cuestionario sobre el taller. Recordar al grupo lo que se vio a lo largo del mismo y con base a la segunda evaluación dar ejemplos de problemáticas para que los participantes digan qué herramienta usar para resolverlas.	Cuestionario de Retroalimentación (Anexo 12)	20 Min.
Evaluación final.	Evaluar la sintomatología final de los participantes tanto en depresión como ansiedad.	Entregar y contestar los Inventarios de ansiedad y depresión.	Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck. Lápices/Plumas.	5 Min.
Cierre de la sesión	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes a lo largo del taller	Entrega de los cuidados. Despedida de los participantes y los terapeutas.		5 Min.



Esta es la última sesión por lo que se busca que esta despedida sea lo más agradable posible, comenzando con revisar las tareas terapéuticas. Los participantes que así lo deseen van a compartir sus contratos conductuales con las metas que se propusieron y si ya empezaron a trabajar en ellas. También quienes lo deseen van a compartir la historia, relato, cuento, lo que sea que elaboraron, narrando lo que se llevan del taller y lo que aprendieron.

Antes de empezar la sesión, se sugiere colocar en el centro del lugar un espiral con tiras de papel de china, donde se van a colocar las tarjetas traídas por los participantes como se muestra en la Imagen 2, además se colocan frases positivas que el terapeuta desee compartir con los asistentes, seis o más frases tales como las que se muestran en la Figura 9.

Una vez que han terminado de compartir sus tareas, los participantes van a colocar en el espiral del piso las tarjetas que les trajeron a los demás participantes, poniendo música de relajación como fondo. Van a pasar uno a uno, caminando lentamente por el espiral, respirando de manera profunda, leyendo las frases colocadas, recogiendo las tarjetas que les han escrito, dándose el tiempo para leerlas, regresando lentamente por el espiral, relajándose y al salir del mismo deben decir en una sola palabra cómo se sienten en ese momento.

Cuando ya hayan pasado todos, se hace una reflexión grupal, donde los que quieran participar dicen cómo se sintieron, qué pensaban y qué se llevan del ejercicio.

Al finalizar la reflexión se entregan los cuestionarios de “Retroalimentación del taller” (Anexo 12) y una vez que todos los entreguen, el terapeuta hace un resumen general de lo que se vio a lo largo del taller, concretando en el pizarrón todas las habilidades que se enseñaron: Reestructuración cognitiva, autorreforzamiento, relajación, solución de problemas, asertividad y toma de decisiones.

“Espiral de Reflexión”.



Imagen 2. Ejemplo de cómo acomodar el espiral por el cual los participantes caminan para reflexionar sobre los cambios y habilidades obtenidas con el taller.

Frases positivas para el “Espiral de Reflexión”.

"No haz llegado tan lejos para rendirte ahora. La paciencia es una habilidad que se aprende y como tal hay que practicarla".

"Busca tu felicidad. Tu felicidad depende únicamente de ti".

"Puede que no seas totalmente responsable de lo que eres, pero si eres mayormente responsable de lo que puedes llegar a hacer".

Figura 9. Se muestra algunos ejemplos de frases que se pueden utilizar y colocar a lo largo de la “Espiral de Reflexión”.

Con base a la segunda evaluación del taller, el terapeuta debe obtener previamente de los Inventarios de Depresión y Ansiedad aquellos ítems que con más frecuencia se presentaron en el grupo (por ejemplo: 6 de 12 puntuaban síntomas de temblor, 7 de 15 puntuaban pensamientos de no disfrutar como antes, 8 de 12 pensamientos críticos por sus fallas, etc.) escribiendo dichos ítems



en el pizarrón (sin evidenciar a algún participante en específico) y preguntando a los participantes qué herramienta vista en el taller usarían para confrontar dichos síntomas, por ejemplo usar la reestructuración cognitiva ante pensamientos críticos o pensamientos de fracaso, usar la relajación para síntomas ansiosos o el autorreforzamiento cuando se sientan tristes.

Así después de unos 5 ejemplos, se realiza la tercera evaluación de sus síntomas y cuando todos terminen se hace entrega de los cuidados que llevaron aquellos que así lo quisieron, explicando si su cuidado tiene alguna razón en particular. Los terapeutas se despiden, ofrecen sus datos a aquellos que consideren que aún los necesitan o una terapia para algún problema no tratado. Si se tiene la oportunidad de dar seguimiento presencial o de manera telefónica se hace después de 3 meses, 6 meses y un año.



Anexo 2

Normas del Taller.

1.- Confidencialidad: Solo se hablará de lo que los participantes quieran compartir, no se obligará a nadie a “compartir sus mayores secretos”. Todo lo que se hable dentro del taller no se comentará afuera con gente ajena al mismo.

2.- Puntualidad y Asistencia: Acudir a todas las sesiones ya que están programadas y no se repetirá ningún tema. El taller se planeó de 10 sesiones, por lo que se trabajará para alcanzar los objetivos propuestos en ese lapso. De no poder asistir deben avisar oportunamente, en el caso del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” a las tres inasistencias sin avisar se les da de baja. Deben acudir puntualmente a las sesiones por respeto a los demás y así evitar la interrupción de las actividades.

3.- Participación Activa: La disminución de sus síntomas y los beneficios que les puede traer el taller va a depender de ellos mismos, de hablar, participar, cambiar sus pensamientos, aplicando lo que escucha en su vida propia. El terapeuta no resuelve problemas sólo le dice lo que ve desde donde él está, no tiene todas las respuestas ni dirige la vida de la persona, le dice su punto de vista y es la persona la que decide cómo actuar. La realización de las tareas terapéuticas no se califica como las tareas escolares pero si no las realizan difícilmente disminuirán sus síntomas.

4.- Actitud de investigación hacia uno mismo: Esta actitud nos permite conocernos, autoexplorarnos y a partir de ahí cambiar, aunque no sólo con saber cómo somos vamos a cambiar, pero sí es el primer paso.

5.- Actitud de comprensión: Esta actitud es tanto para los demás como hacia uno mismo, a lo largo del taller se va a aprender que es más benéfico comprenderse y tratar de comprender a los demás que autoreprocharse y reprocharles a los otros.



6.- Actitud de aceptación de las emociones: Lo importante es que sepan que el taller es un área donde no se va a juzgar a nadie, la expresión de sus emociones y pensamientos es totalmente válido. No por sentirse de cierta forma se es débil, ridículo o inadecuado, todos se van a respetar y van a respetarse a sí mismos, sin sentir vergüenza por lo que piensen o sientan.

7.- Evitar el temor de ser juzgados: Como se menciona en el punto anterior, todos pueden expresarse, siempre y cuando respeten los derechos de los otros participantes y de los terapeutas. Podrán expresar sentimientos de enojo, pero sin romper cosas, insultar y mucho menos agredir físicamente a alguien.

8.- Respetar a los miembros del grupo: Se respetarán las creencias, valores, preferencias y cualquier diferencia de los otros participantes.

9.- “Para obtener diferentes resultados, hay que hacer cosas diferentes”: Animarse y atreverse a cambiar, darse la oportunidad de aprender y abrir su mente, teniendo en cuenta que su felicidad está en sus propias manos.



Anexo 3

Registro ABCDE.

A Situación (qué sucede, qué haces, quiénes están, dónde)	B PENSAMIENTO (Ya sean palabras o imágenes)	C Sentimientos (Sensaciones corporales y emociones)	D Nuevo Pensamiento	E Nueva Emoción



Anexo 4

Bitácora de Bienestar.

NOMBRE: _____ FECHA: _____ N° EXP: _____

Registrar situaciones que disfrutó en esta semana, por pequeñas que sean (comer algo que le gusta, ver una película agradable, escuchar música, ir a algún sitio de su preferencia, etc.) o registrar pequeños logros que haya tenido en cada día, por mínimos que sean.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO

DISTORSION Y SU DEFINICIÓN.	EJEMPLOS
PENSAMIENTO DICOTOMICO: Ver la realidad en blanco y negro, bueno o malo, listo o tonto, calificar el mundo y a uno mismo de manera extremista.	Soy "tonto" si no entiendo a la primera las instrucciones para dominar la ansiedad. El cigarro es "mortal" porque me produce taquicardia, soy "malo" porque no me puedo curar. En la medida en que luches por salir adelante, de forma sincera, es difícil calificarte como "tonto" o "malo", además algunas cosas pueden ser dañinas pero no "mortales". Puede ser que solo este viendo las cosas de forma extremista.
RAZONAMIENTO EMOCIONAL: Tomar nuestras emociones como única evidencia para interpretar la realidad.	Si algo me da miedo entonces debe ser peligroso ¿Dónde está escrito que las cosas son peligrosas o no en función de si te dan miedo? Algo es peligroso si lo es realmente para TODOS los seres humanos. Un síntoma determinado, como taquicardia o dolor de cabeza, no puede ser peligroso cuando la probabilidad de que lo sea es baja. Es probable que un síntoma, por ejemplo dolor de cabeza, antes de las crisis no te daban miedo ¿Si el dolor de cabeza no te daba miedo antes, aunque fuera un dolor real y molesto, porqué ahora va a ser más peligroso que el que tenías antes de las crisis? Otro ejemplo es que "Si no mejoro es que no tengo solución". Tras años de sufrir ansiedad, la sensación de no mejorar en cuestión de 1 o 2 semanas ya es "evidencia" de no tener solución. Se necesita paciencia, no hay soluciones mágicas. SENTIR que no hay solución no es un razonamiento, hay que pensar que estamos en manos de un profesional y hay que intentarlo.
"DEBERIA": Pensar de manera rígida sobre nuestras "obligaciones" o las de los demás.	"Debería mejorar porque ya sé lo que me pasa". Hay que tener en cuenta que el tratamiento no es tan sencillo, el tener información no es suficiente, es necesario practicar ejercicios para manejar los síntomas y saber afrontarlos.

DIRECTORIO
 DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ
 DIRECTOR DEL INSTITUTO DE PSICOLOGIA
 Mtro. ROBERTO ALVARADO TOROYO
 SECRETARIO GENERAL
 DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
 JEFE DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL Y EJES DE TRABAJO
 DRA. ANDRÓMEDA VALENZUELA ORTIZ
 JEFE DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"
 Cabero: Pdc. Isabel Cruz



COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA"



DISTORSIONES COGNITIVAS



Dirección: Edif. "D" Sótano de la Facultad de Psicología.

Horario de Servicio: De 9:00 a 19:00 hrs de lunes a viernes.



DISTORCIONES COGNITIVAS

Cuando experimentamos un estado de ansiedad o miedo elevado, es probable que nuestros pensamientos sean considerados reales aún cuando estén equivocados, lo que contribuye a aumentar nuestra percepción de peligro. Estas ideas son las distorsiones cognitivas que mantienen nuestras conductas de evitar o huir de lo que creemos dañino. Por ello, es necesario que cuando algún pensamiento catastrófico salte a nuestra mente hay que considerarlo como una hipótesis, una suposición que hay que comprobar con pruebas que confirmen o desmientan su validez, no basándose solo en lo que nos haga sentir físicamente. Por ello se presentan a continuación alguna de las distorsiones más frecuentes para que empiece a cuestionar sus pensamientos y comience a hacerles frente a sus miedos sabiendo que no son tan catastróficos como cree.

DISTORSION Y SU DEFINICIÓN.	EJEMPLOS
INFERENCIA ARBITRARIA: Sacar conclusiones sin analizar la información de manera objetiva. Es la base de las otras distorsiones cognitivas.	Un día te levantas triste o irritable, quizá porque no dormiste bien o simplemente es uno de esos días en los que el ánimo está bajo sin motivo aparente. Esto te hace pensar que estas empeorando y que no tienes futuro, convirtiendo una sensación de desánimo normal y pasajera en la "evidencia" de que todo irá mal. Es arbitrario porque podríamos haber concluido con más fundamentos que hoy es un mal día y mañana será diferente.
PENSAMIENTO CATASTROFICO: Consiste en creer que va a pasar algo terrible sin una evidencia suficiente. Esta distorsión es una de las principales fuentes de las crisis de ansiedad.	Sientes un dolor en el pecho y concluyes inmediatamente "Me va a dar un infarto" o sientes un bloqueo en la garganta y tu mente grita "Me ahogo". La primera vez que se tiene una crisis es normal pensar eso, nuestra mente ansiosa tiene facilidad para saltar a conclusiones negativas y dramatizar los peligros. Pero con cada nueva crisis que ocurre tenemos evidencia de que esos síntomas no nos llevan a la muerte, locura o cualquier enfermedad, nunca nos han llevado a eso. Los pensamientos solo se adelantan demasiado resultando en interpretaciones catastróficas que no se ajustan a la realidad.

LECTOR DE MENTES: Es concluir que se sabe lo que están pensando otras personas sin tener evidencia.	Puede pensar que si tiene una crisis con sus amigos o familiares entonces ellos pensarán que "está loca", "que le tienen lástima", etc. Va al supermercado y cruza la mirada con alguien, pensando inmediatamente que le hará daño o que la "vio feo", cuando en realidad las otras personas no piensan en nada de lo que usted cree.
PERSONALIZACION: Pensar que los demás nos tratan diferente o de mala manera, sin evidencia suficiente.	Piensa que algún familiar o amigo/a se molestan por no poder acompañarlos a alguna salida porque le produce ansiedad. Sin embargo puede ser que la persona se haya molestado por otra situación. El mundo no siempre gira alrededor de uno y de sus problemas. No podemos creer que el malestar de los otros dependa SIEMPRE de nosotros.
ABSTRACCION SELECTIVA: Quedamos sólo con una parte de la información (casi siempre la negativa) sobre una situación.	Va a terapia y el psicólogo le dice que la ansiedad no se cura, sino que se domina. Usted se queda sólo con que "la ansiedad no se cura" y se olvida de que le han dicho que puede dominar las crisis.
SOBREGENERALIZACION: Generalizar situaciones negativas basándose sólo en una mala experiencia.	El primer día que practico la relajación muscular no me logro concentrar y me angustio porque pienso que no aprenderé a relajarme, ni a respirar bien, ni dominar mis pensamientos. Pero ¡ojo! Solo son problemas para la relajación en el primer día, todavía no había intentado practicarlo más días ni había ensayado las otras técnicas.
MAGNIFICACION: Exagerar las partes negativas de una experiencia.	Un día intento salir al supermercado y comienzo a sentirme nerviosa hasta el punto de tener que salirme. Me siento triste o enojado pensando que es un retroceso imperdonable, me imagino encerrado por el resto de mis días, magnificando las consecuencias negativas y la importancia de este pequeño suceso.
MINIMIZACION: Restar importancia a los aspectos positivos de una experiencia.	Tal vez un día soy incapaz de ir al supermercado, pero otro lo puedo hacer y cuando llego a casa me felicitan por ello. Yo le resto importancia y minimizo la relevancia de haber sido capaz de salir. Me hundo cuando no puedo y cuando lo logro lo minimizo ¿Porqué a veces es más fácil quedarnos con lo que nos hace daño?



Anexo 6

Lectura “Tú lo eres todo para mí”.

“Tú lo eres todo para mí ¿Has oído o has dicho esa frase alguna vez? Suena bien ¿no? Ahora piénsala de nuevo. Abruma. Si eres todo para alguien tienes la responsabilidad de su vida, de sus necesidades, de su felicidad y de todo, o si le dedicas esa frase a otra persona ella es la responsable de ti. Esto sólo sucede entre la mamá y el bebé [...]. La madre es la responsable por la vida del bebé y hace todo por él, pero no por demasiado tiempo, para que pueda crecer. Ahora, en nuestra vida adulta queda la nostalgia de esa antigua unión y tratamos de recuperarla, sobre todo en la pareja, o con los mejores amigos, de quienes esperamos, a veces, que cubran todas nuestras necesidades [...]. Nuestra salud tiene mucho que ver con los vínculos y con nuestras redes afectivas [...]. Cuanto más amplia y al mismo tiempo más sólida sea nuestra red social, más posibilidades tendremos de tener buenas relaciones afectivas y de que esta red cubra nuestras necesidades y no una sola persona. Claro aún así, dejándonos llevar por la nostalgia más arcaica, la frase sigue siendo atractiva: Tú lo eres todo para mí” (Bello, 2011).



Anexo 7

Técnica de Relajación Autógena de Schultz.

Consiste en elaborar frases para inducir en la persona estados de relajación a través de autosugestiones sobre: 1) Sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades; 2) Regulación de los latidos de su corazón; 3) Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo y 4) Concentración pasiva en su respiración. Las instrucciones son como las siguientes: “Una vez sentado en una posición cómoda, con los ojos cerrados, comenzaremos la relajación. Primero toma consciencia de cualquier ruido fuera de la habitación (10 segundos). Toma consciencia de cómo sientes tu cuerpo en el sillón, tu espalda, tu cabeza, los brazos y las piernas (10 segundos). Concéntrate en tu respiración, a medida que inhalas tu abdomen se eleva y cuando exhalas tu abdomen baja suavemente, lentamente, tú exhalación es más larga que tu inhalación (10 segundos). Ahora concéntrate en tu mano y brazo derecho y comienza a decirte mentalmente “Siento mi mano derecha pesada” (se les repite esto tres veces), “mi mano derecha es pesada y cálida” (se repite tres veces), “siento mi mano y mi brazo derecho pesados” (se repite), “siento una oleada de un calor agradable en mi mano y mi brazo derecho” (se repite)”. Se les puede pedir que se visualicen en algún lugar cálido, agradable, por ejemplo “Visualízate en la arena, mira como los rayos del sol descienden y te tocan, cómo los calientan suavemente...”. Entre cada frase se les recuerda la respiración profunda “Respira de forma profunda y lenta, a cada respiración lenta y alargada, déjate llevar un poco más por la relajación, sintiendo como entra con cada respiración” (Caballo, 2008).

De esta forma el terapeuta repite el mismo tipo de instrucciones para la mano y brazo izquierdo, pie y pierna derecha e izquierda, volviendo después sobre todas las extremidades, pasando por el abdomen y rostro “Mis brazos y manos están cálidos y pesados (se repite). Mis pies y piernas están cálidos y pesados (se repite). Mi abdomen es cálido (se repite). Mi respiración es lenta y regular (se repite). Mi corazón late calmada y relajadamente (se repite). Mi mente está tranquila y en paz (se repite 2 veces). Tengo confianza en poder resolver los



problemas cotidianos (se repite). Todo estrés y tensión en mi cuerpo se va disipando con cada respiración suave y profunda. Cualquier preocupación sobre mi pasado o futuro se va disipando con mi respiración relajada. Puedo mandarme mensajes positivos, la relajación me acompañará durante todo el día (se repite). Gradualmente me hago consciente de la habitación, manteniendo los ojos cerrados. Escucho los ruidos de afuera y dentro de la habitación. Voy sintiendo mi cuerpo sobre el asiento. Cuando estés preparado, puedes empezar a mover tu cuerpo y poco a poco abrir los ojos” (Caballo, 2008).

Como se observa, se utiliza mucho la sugestión pero es importante que la persona lo practique en casa para que interiorice los mensajes de relajación y de positividad. Cuando se practique la relajación lo principal es distender las extremidades, relajando los músculos por la sensación de pesadez y calidez, así como mantener la respiración profunda.



Anexo 8

Hoja de “Recomendaciones de Relajación”.

RECOMENDACIONES PARA LA RELAJACIÓN.

La tensión es una reacción normal de nuestro cuerpo ante situaciones de estrés, siendo una herramienta que permite movilizar nuestros recursos para actuar. Pero si nuestro cuerpo sigue tenso cuando ya no es necesario actuar, empezamos a tener una ansiedad que dura todo el día y nos impide realizar otras actividades. Así como nuestro cuerpo aprendió a tensarse ante cualquier situación aunque no fuera peligrosa, la relajación es un hábito que también puede aprenderse, sólo hay que practicarla diariamente. USTED es quien elimina su propia tensión. Algunas recomendaciones para practicarla son:

- Busque un lugar tranquilo y silencioso donde le sea fácil concentrarse. Con la práctica a la larga podrá llevarla a cabo en cualquier lado. tranquila y sin esfuerzo. No trate de pensar en nada del exterior y si viene algún pensamiento a su mente déjelo pasar, no se esfuerce en evitarlo, sólo ignórelo.
- Si se le dificulta concentrarse puede imaginar algún lugar de su agrado o visualizarse realizando alguna actividad placentera, al tiempo que mantiene una respiración lenta, profunda y destensa todos sus músculos. También puede auxiliarse de música sin letra que le distraiga.
- Trate de permanecer un tiempo prolongado con los músculos totalmente relajados y una respiración diafragmática (debe sentir como su estomago, no sólo su pecho, sube y baja con el aire que respira).
- Permanece así durante unos 15 minutos, luego toma algunas respiraciones profundas y abre los ojos, pero manténgase sentado o acostado por unos instantes antes de levantarte.
- Si en las primeras veces que lo practica se queda dormido/a no se preocupe, es normal y eso quiere decir que está empezando a relajarse. Trate de practicarlo dos veces al día, de preferencia en situaciones donde no esté tan cansado o después de comer, ya que podría quedarse dormido y la finalidad es que aprenda a relajarse y cuando duerme no puede aprender.
- Debe invertir tiempo para practicar una rutina de relajación regularmente.



2) Preparar el diálogo: Para ello sería recomendable **Decir los hechos concretos** (no es lo mismo decir “eres un vago” a “he visto que te levantas tarde en las últimas semanas”), **Manifestar nuestros sentimientos y pensamientos** (por ejemplo “lo que dices/haces me hace sentir/ pensar...”) recordando que no se trata de que nos entiendan o comprendan, si no defender nuestro derecho de pensar o sentir como lo hicimos. Debemos **Pedir de forma concreta y objetiva lo que queremos que el otro haga** (no decir generalidades como “Quiero que me respetes”, mejor “quiero que cuando hables me mires a los ojos y contestes lo que pregunto”).

Por último, **Anticipar las consecuencias**, ¿Qué podría ocurrir? ¿Estaré siendo pasivo o agresivo? ¿Cómo reaccionaría yo ante las diferentes consecuencias? Tratar de tener un plan alternativo para las posibles consecuencias negativas.

3) Ensayar: A veces las emociones hacen que se nos olvide lo que queremos decir. Si la situación nos causa mucha ansiedad, es una razón más para ensayar. Podemos imaginar la negociación hasta sentirnos seguros, un diálogo ya planeado nos ayuda a sentirnos más preparados. Tal vez si es muy grande la ansiedad, deberíamos practicar algunas técnicas de relajación antes de ejecutar el plan.

4) Ejecución: Al ejecutar el plan debemos tener en cuenta el **HABLAR** y el **ESCUCHAR**. Si salen otros temas también importantes, no perdamos de vista nuestro objetivo, tenemos que acabar con lo que ha motivado la negociación para poder seguir más tarde con lo que se acaba de plantear: en ningún momento hay que perder de vista esto: decir lo que pensamos y sentimos.

Algunas ventajas de poseer buenas habilidades sociales son:

- ★ Comprender mejor a los demás.
- ★ Comprendernos a nosotros mismos.
- ★ Hacer más amigos y conocer mejor a nuestros amigos.
- ★ Estar más implicados en las decisiones familiares o poder tener mejor adaptación escolar/laboral.

LA ASERTIVIDAD SE PUEDE CONTAGIAR.



DIRECTORIO
 DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ
 DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
 Mtro. RODRIGO ALVARADO TOROÑO
 SECRETARIO GENERAL
 DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
 JEFA DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL Y BÚSQUEDA DE TRABAJO
 DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTIZ
 JEFA DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”
 Elaboró: Psic. Isabel Cruz

COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”



ASERTIVIDAD



TODOS PODEMOS APRENDER A SER MÁS ASERTIVOS.

¿Qué es la asertividad?

Vamos a conocer lo que se llama habilidades sociales o asertividad. La asertividad es expresar nuestros sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación respetando esos mismos aspectos en los demás, resolviendo los problemas inmediatos de la situación y minimizando la probabilidad de problemas futuros. El elemento básico de la asertividad consiste en **atreverse** a mostrar nuestros deseos.

Para actuar asertivamente necesitamos identificar los derechos que tenemos al relacionarnos, algunos de ellos son:

- ★ Derecho a mantener mi dignidad y respeto, sin violar los derechos de los demás.
- ★ Derecho a rechazar peticiones sin sentirme culpable o egoísta.
- ★ Derecho a expresar y experimentar sentimientos.
- ★ Derecho a detenerme y pensar antes de actuar.
- ★ Derecho a cambiar de opinión.
- ★ Derecho a pedir (no exigir) lo que deseo (el otro tiene derecho a decir que no).
- ★ Derecho a ser independiente.

- ★ Derecho a decidir qué hacer con mi tiempo, cuerpo y objetos.
- ★ Derecho a pedir información.
- ★ Derecho a cometer errores.
- ★ Derecho a sentirme a gusto conmigo mismo.
- ★ Derecho a tener necesidades.
- ★ Derecho a tener y expresar mis opiniones.
- ★ Derecho a decidir satisfacer o no las expectativas de otras personas o seguir mis intereses.
- ★ Derecho a escoger no comportarme de manera asertiva.
- ★ Derecho a estar solo/a cuando lo desee.
- ★ Derecho a decir NO.
- ★ Derecho a ser escuchado/a y ser tomado/a en serio.
- ★ Derecho a hablar del problema con las personas involucradas.



Cada vez que hablamos con alguien es importante recordar que lo que decimos y la forma en que lo hacemos puede influir en sus reacciones. Ser asertivo no es sólo una cuestión de “buenas maneras”, es una forma de comportarse, de dar a conocer tus sentimientos e ideas sin atropellar o ignorar las de los demás.

Los pasos para empezar a ser asertivo son:

1) Prepararnos: Ir a un encuentro sin tener una mínima guía no es buena idea si no tenemos tanta práctica siendo asertivos. Se debe tener claros los **objetivos** que perseguimos al hablar con el otro. A veces la emoción nos hace perder el objetivo (por ejemplo el temor nos hace guardar las palabras o por enojarnos nos aferramos a tener la razón) pero así no lograremos lo que realmente queremos. Otro aspecto para planear es **huir de juicios**, ya que al anticipar las razones de actuar de los otros corremos el riesgo de contestar a las intenciones que pensamos tiene el otro, pudiendo caer en la pasividad (no lo hizo con mala intención) o agresividad (lo hizo con propósito) y el objetivo en realidad es **NEGOCIAR**.

Otro aspecto que tenemos que planear es la oportunidad para la negociación, especificar un tiempo y espacio concreto. En muchas ocasiones no hay que buscar la oportunidad, es la propia situación en la que se genera el problema, pero si el otro se va y no hemos dicho lo que queríamos, **siempre hay una segunda oportunidad**, aunque haya que crearla.



Anexo 10

Reporte de Asertividad.

REPORTE DE ASERTIVIDAD

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN (¿QUIEN ESTA? ¿QUÉ SUCEDE? ¿QUÉ HACE EL OTRO? ¿QUÉ PENSABA Y SENTÍA EN ESE MOMENTO?)	¿QUÉ DIJE/HICE?	¿CÓMO ME SENTÍ AL ACTUAR ASÍ?	¿FUÍ ASERTIVO/A? SI NO FUE ASI ¿QUÉ ME LO IMPIDIÓ?	¿QUÉ PODRIA HABER DICH/HECHO PARA ACTUAR DE MEJOR FORMA?



"Eso que llamamos problemas no son más que lecciones en la vida, por eso nada de lo que nos sucede es en vano".

DIRECTORIO

DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTR. ROBERTO ALVARADO TENORIO.
SECRETARIO GENERAL

DRA MARIANA GUTIERREZ LARA.
JEFA DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL Y BOLSA
DE TRABAJO

DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTIZ.
JEFA DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

Dirección: Edif. "D" Sótano de la Facultad de
Psicología.

Horario de Servicio: De 9:00 a 19:00 hrs de
lunes a viernes.

ELABORADO POR: ANA I. CRUZ



COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"



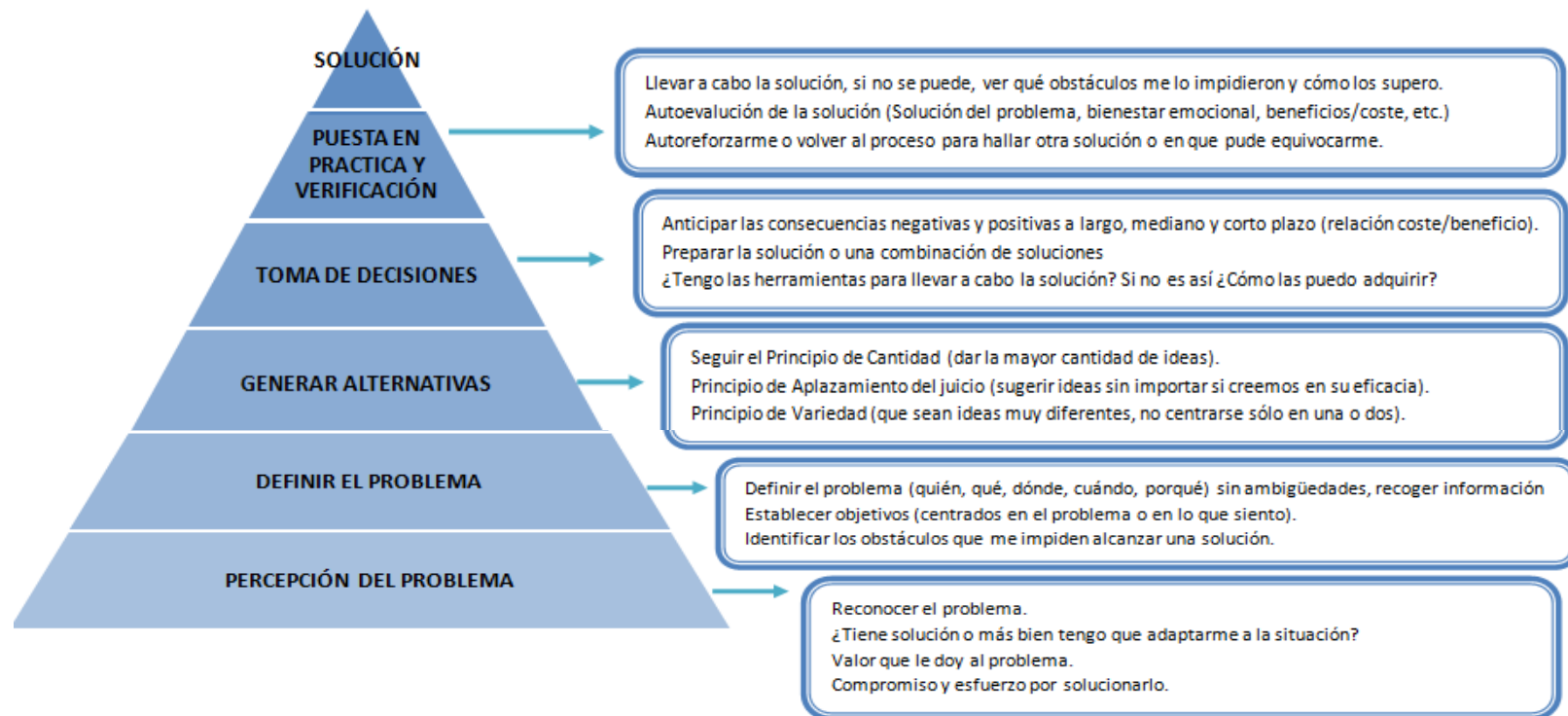
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS



*"La mayoría de las personas
gastan más tiempo y energías en
hablar de los problemas que en
enfrentarlos"*

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES.

El siguiente triangulo tiene por objetivo mostrar una guía para solucionar los problemas, pero se debe tener en claro que los problemas son parte de la vida, normales e inevitables, pero todos somos capaces de aprender cómo afrontarlos y solucionarlos. NO todos tenemos la solución perfecta, pero el intentar solucionarlos, el equivocarnos, el arriesgarnos nos acercara más a la respuesta que dejarlo a la deriva.





Anexo 12

Preguntas para la Retroalimentación del Taller.

- 1.- ¿Qué fue lo que más te gusto del taller?
- 2.- ¿Qué fue lo que NO te gusto del taller?
- 3.- ¿Cuál de las actividades/recursos/materiales del taller te fue más útil?
- 4.- ¿Cuál de las actividades/recursos/materiales del taller consideras que NO te fue útil?
- 5.- ¿Se cumplieron tus expectativas que tenías sobre el taller? ¿Por qué?
- 6.- Del 0 (nada) al 100% (bastante) dinos ¿qué tanto consideras que te ayudo el taller a disminuir los síntomas de tu motivo de consulta?
- 7.- ¿Qué aspecto/ tema te hubiera gustado que se abordara o se extendiera más en el taller?

Sugerencias sobre el taller o para los terapeutas:

¡Gracias! Tu opinión nos ayuda a mejorar.