



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

TALLER COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA
DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN USUARIOS DEL CSP

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ALICIA SÁNCHEZ MAZA

DIRECTORA:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

SINODALES:
MTRA. NURY DOMENECH TORRENS
MTRA. PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ
MTRO. JOSÉ LUIS SÁNCHEZ GAMEZ
DRA. KIRARESET BARRERA GARCÍA



**Facultad
de Psicología**

MÉXICO, D. F. ENERO, 2016



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.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por su infinita bondad al proporcionarme la perseverancia necesaria que me permitió alcanzar esta meta.

A mi amada familia, Adán, Diana Gabriela, Adán Rodrigo y Emilio, quienes representan mi mayor fortuna y motivación.

A mi madre, María, ejemplo de fortaleza, amor y generosidad.

A mis hermanos, Rosalba, Rocío y Rodrigo, por su amor incondicional.

A la Madre María Teresa por sembrar en mí, la semilla del conocimiento y de los valores morales.

A todos mis amigos y familiares que me han acompañado durante las distintas etapas de mi vida, a todos los tengo presentes, gracias por su apoyo y cariño.

A mi Directora:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por su inmejorable asesoría y dedicar parte de su valioso tiempo en el desarrollo de este trabajo.

A mis Revisoras:

Mtra. Nury Domenech Torrens, por su orientación y seguimiento al presente trabajo.

Dra. Kirareset Barrera García, por sus comentarios y recomendaciones invaluable, que permitieron mejorar sustancialmente este trabajo.

A mis Sinodales y Maestros:

Mtra. Patricia Paz de Buen Rodríguez, por su generosidad al transmitir sus conocimientos a mí y a cada uno de sus alumnos.

Mtro. José Luis Sánchez Gamez, por sus comentarios oportunos para el análisis estadístico de los resultados del presente trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme por segunda ocasión sus puertas.

A la Facultad de Psicología por darme las herramientas necesarias para servir a mis semejantes.

A la Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz por las facilidades brindadas durante mi estancia en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".

ÍNDICE

Resumen	5
1. Datos generales del programa de servicio social	7
2. Contexto de la institución y del programa del servicio social	8
3. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social	12
4. Objetivos del informe de servicio social	32
5. Soporte teórico metodológico	32
6. Resultados obtenidos	62
7. Recomendaciones y/o sugerencias	69
8. Referencias bibliográficas	71
9. Anexos	74
Anexo 1 Preconsulta CSP	75
Anexo 2 Inventario de ansiedad de Beck	77
Anexo 3 Inventario de depresión de Beck	78
Anexo 4 Historia Clínica CSP	81
Anexo 5 Mapas Clínicos de Patogénesis	90
Cartas descriptivas	23
Carta descriptiva general	23
Carta descriptiva por sesión:	24
Sesión 1	24
Sesión 2	25
Sesión 3	26
Sesión 4	27

Sesión 5	28
Sesión 6	29
Sesión 7	30
Sesión 8	31
Figuras	21
Figura 1. Mapa Clínico Patogénesis. Pacientes Ansioso-Depresivos.	21
Figura 2. Mapa General de Alcance de Metas de Pacientes Ansioso-Depresivos.	22
Figura 3. Depresión pre test y post test.	66
Figura 4. Ansiedad pre test y post test.	66
Figura 5. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 2.	90
Figura 6. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 3.	91
Figura 7. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 4.	92
Figura 8. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 5.	93
Figura 9. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 6.	94
Figura 10. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 7.	95
Figura 11. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 8.	96
Figura 12. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 9.	97
Figura 13. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 10.	98
Figura 14. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 12.	99
Tablas	17
Tabla 1 Participantes del Taller: "Aprendiendo a mejorar mi estado de ánimo".	17
Tabla 2 Trastornos de ansiedad.	34
Tabla 3 Trastornos depresivos.	37
Tabla 4 Relajación progresiva de Jacobson.	50

Tabla 5	Pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.	62
Tabla 6	Pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.	63
Tabla 7	Historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.	63
Tabla 8	Paciente atendida en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.	64
Tabla 9	Depresión y ansiedad de Beck.	65
Tabla 10	Resultados de la prueba de Rangos de Wilcoxon para ansiedad.	67
Tabla 11	Resultados de la Prueba de Rangos de Wilcoxon para depresión.	68

Resumen

El presente trabajo es un Informe Profesional de Servicio Social IPSS, en el cual se describen las actividades realizadas por el prestador del mismo.

En el marco del programa de servicio social : “**Práctica clínica en el centro de atención psicológica de consulta externa**” se llevaron a cabo varias actividades, destacándose, el diseño e impartición de un taller cognitivo-conductual para el manejo de pacientes que acuden al Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

Se seleccionaron doce pacientes mayores de 40 años, 9 mujeres y 3 hombres, quienes presentaron síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo al inventario de Ansiedad y Depresión de Beck que se aplicó.

Se realizaron para cada uno de ellos entrevistas iniciales y las historias clínicas, con el propósito de elaborar los Mapas Clínicos de Patogénesis (MCP) y los Mapas de Alcance de Metas (MAM).

Con el MAM general se realizó tanto la Carta descriptiva del Taller general, como las Cartas Descriptivas para cada sesión del Taller.

Las estrategias de intervención cognitivo–conductual que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

- Reestructuración Cognitiva
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en el control del enojo
- Psicoeducación de los trastornos de ansiedad y depresión
- Entrenamiento en relajación
- Entrenamiento en comunicación asertiva

- Entrenamiento en solución de problemas

El taller: "Aprendiendo a mejorar mi estado de ánimo" impartido a mujeres y hombres mayores de 40 años que presentaron trastornos de ansiedad y/o depresión, ha demostrado ser efectivo, encontrándose diferencias significativas en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión. Con base en los resultados de la Prueba Estadística de Wilcoxon, la terapia aplicada modificó favorablemente el estado de ansiedad y de depresión que inicialmente presentaban los pacientes. La evaluación del taller por parte de los pacientes fue a través de un cuestionario.

Palabras clave: depresión, ansiedad, enfoque cognitivo-conductual.

1. Datos generales del Programa del Servicio Social.

Nombre: "Práctica clínica en el centro de atención psicológica de consulta externa."

Clave: 2013-12/23-262

Área: Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

Institución Responsable: Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.

El objetivo del Programa "Práctica clínica en el centro de atención psicológica de consulta externa." es iniciar al estudiante de servicio social en el campo de la atención a adultos y grupos, proporcionándole entrenamiento en habilidades clínicas básicas, a través de un modelo de terapia supervisada.

Las actividades específicas programadas con el supervisor son:

- Apoyo en la producción de material bibliográfico
- Búsqueda bibliográfica
- Entrenamiento para organizar el expediente clínico en toma de registro anecdótico, elaboración de la nota clínica, calificación e interpretación de los instrumentos de diagnóstico
- Organización y actualización de expediente clínico
- Realización de entrevistas iniciales a pacientes
- Registro de nota psicológica
- Formulación del caso
- Propuesta de intervención individual y grupal

2. Contexto de la Institución y del Programa del Servicio Social.

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"

2.1 Antecedentes.

La Facultad de Psicología de la UNAM fundó el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" el 8 de mayo de 1981, el cual tiene como objetivo apoyar y fortalecer la formación de los estudiantes de esta Facultad. Lo anterior permite proporcionar un servicio de apoyo psicológico a niños, adolescentes y adultos en forma individual, grupal y familiar, contribuyendo a que los pacientes sean capaces de resolver sus problemas y eleven su calidad de vida (Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", 2013).

El CSP se dio la tarea de implantar un Sistema de Gestión de Calidad bajo el estándar de la Norma Internacional de uso voluntario ISO 9001:2008 con el propósito de mejorar la calidad de sus productos y servicios, logrando en abril de 2013, su Certificación (Nieto, 2013).

El documento "Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000" describe las características del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", que son las siguientes:

2.2 Función.

La función principal del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" es la formación clínica práctica para alumnos de licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología a través de la atención psicológica supervisada a la comunidad en general.

2.3 Misión.

Brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación,

diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología basada en evidencia, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

2.4 Visión.

Ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

2.5 Valores.

*Confianza: que nuestras acciones estén sustentadas en la confidencialidad y en un trato ético que genere en nuestros clientes internos y externos, seguridad.

*Ética: mantener principios y valores sustentados en el bien común, apegados a los principios y normas que rigen el ejercicio profesional del psicólogo.

*Honestidad: que nuestras acciones reflejen respeto responsabilidad y confianza para que éstas sean veraces y congruentes.

*Lealtad: generar en nuestros clientes internos y externos un compromiso sustentado en la calidad de nuestros servicios que permita identificarnos como una excelente opción para dar respuesta a sus necesidades de servicio.

*Optimismo: orientar nuestras acciones y metas con la confianza de que los resultados sean constantemente mejorados en beneficio de nuestros clientes internos y externos.

*Respeto: se refiere al trato amable, cordial y cálido que se da en la interacción entre el personal del CSP y sus clientes externos e internos de forma bidireccional y que favorece el desarrollo de las actividades encomendadas.

*Responsabilidad: realizar las actividades encomendadas en tiempo y forma, manteniendo un alto compromiso para que el resultado de nuestras acciones favorezca un servicio de calidad para nuestros clientes internos y externos.

2.6 Función/Objetivo general.

Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de Estudios Superiores y de Posgrado. Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa. Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación. Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y al sector social (Nieto, 2015).

2.7 Política de Calidad.

El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila "tiene como política de calidad, enfocar sus esfuerzos a prestar un servicio de calidad para sus clientes internos y externos, contribuyendo así con la formación de los estudiantes que acuden al centro para su entrenamiento profesional y de los usuarios de nuestros servicios terapéuticos, procurando una mejora continua en nuestros procesos de trabajo".

2.8 Servicios que ofrece.

- a) Entrevista inicial
- b) Referencia/Canalización
- c) Prevención primaria
- d) Talleres en las áreas de:
 - Habilidades sociales
 - Desarrollo de emociones
 - Manejo de crisis
 - Desarrollo infantil
 - Habilidades parentales

e) Tratamiento

- Individual
- De pareja
- Familiar
- Grupal

3.Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.

3.1 Trabajo administrativo.

Apoyo en el proceso de admisión proporcionando información directa y telefónicamente a los pacientes, alumnos y maestros que la solicitan, sobre los requisitos, procedimientos y servicios que ofrece el Centro y registrar a los pacientes de primera vez en la base de datos.

3.2 Preconsulta (PC).

Es la entrevista inicial con el paciente y tiene como objetivo recopilar información siguiendo el formato de Pre-Consulta (véase Anexo 1). Contiene datos personales del paciente, familiograma, descripción del problema, estrategias de solución, áreas afectadas por el problema, tipo de canalización, problemas presentados en la sesión, soluciones adoptadas y datos del entrevistador.

Se realizaron 22 preconsultas durante el período del servicio social.

El motivo de consulta de los pacientes que acudieron al CSP principalmente fueron depresión, ansiedad y violencia intrafamiliar.

3.3 Evaluaciones.

Se llevó a cabo la aplicación, calificación e interpretación de las pruebas psicológicas de los pacientes atendidos en el CSP:

- Inventario de Ansiedad de Beck (Anexo 2)
- Inventario de depresión de Beck (Anexo 3)
- Instrumento who-qol breve-calidad de vida
- Inventario multifásico de personalidad Minnesota (MMPI)

Los tres primeros instrumentos se aplican a todos los pacientes que acuden de primera vez. Cuando se detecta en el paciente algún trastorno de personalidad se le aplica el Inventario Multifásico de personalidad (MMPI), para tomar la decisión de que sea atendido en el CSP, o canalizado a otra Institución de atención psiquiátrica.

El inventario de depresión de Beck comprende 21 categorías de síntomas, cada uno posee opciones de respuestas con un valor, que al finalizar se cuantifica y se logra obtener el nivel de depresión.

Los síntomas que se enuncian son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso,

insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesagrado, autoacusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambios en la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido; cada reactivo tiene opciones de respuesta de 0 a 3 (donde el 0 refleja la ausencia de las manifestaciones mencionadas y el 3 representa la prevalencia en un nivel muy alto de éstas). La sumatoria final indica el nivel de depresión.

El Inventario de ansiedad de Beck se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad. Cada uno de los elementos del Inventario es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

- Subjetivo (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
- Neurofisiológico (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”).
- Autónomo (por ejemplo, “sensación de calor”).
- Pánico (por ejemplo, “miedo a perder el control”).

Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

Se asignan valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos.

3.4 Historias clínicas.

Este instrumento es indispensable para conocer cómo y cuándo se fue desarrollando la sintomatología del paciente y qué áreas de su vida contribuyeron a ello. Es importante mencionar que la extracción de esta información dependerá de la relación de confianza y empatía que se establezca entre paciente-entrevistador.

Los puntos de cómo está estructurada la historia clínica del adulto (vease Anexo 4) son los siguientes:

- Ficha de identificación
- Motivo de consulta
- Antecedentes heredofamiliares
- Periodo del desarrollo
- Patrones de ajuste adulto
- Exámen mental
- Información del examinador

3.5 Organización y actualización de expediente clínico.

Se elabora el expediente clínico de cada paciente asignado al prestador del Servicio Social, donde se integra la información personal del paciente, el consentimiento informado, la preconsulta, la historia clínica, evaluaciones aplicadas, plan de tratamiento, nota clínica y reporte de alta/egreso.

3.6 Intervención cognitivo conductual individual supervisada.

Se elaboró propuesta de intervención cognitivo conductual para una paciente, con diagnóstico de problemas de relación con su hijo, estableciéndose el tratamiento en 8 sesiones de una hora a la semana.

El tratamiento se llevó a cabo bajo la estricta supervisión de la directora de Servicio social.

Las técnicas cognitivo conductuales aplicadas fueron:

Reestructuración cognitiva.

Técnicas de Relajación.

Habilidades sociales.

Comunicación asertiva.

Solución de problemas.

Al finalizar el TCC en forma individual la paciente manifestó estar satisfecha con el tipo de intervención aplicada, ya que refirió haber superado los problemas de relación con su hijo.

3.7 Taller: “APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO”.

3.7.1 Justificación.

De todas las enfermedades mentales, los trastornos de ansiedad, son los que cuentan con una mayor prevalencia. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora y cols., 2003), reporta que los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno, en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos del uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, resultaron: la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

3.7.2 Procedimiento:

A continuación se describe la manera de estructurar y llevar a cabo la impartición del taller.

3.7.2.1 Planificación del Taller: "APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO".

La planeación del taller se llevó a cabo siguiendo la metodología propuesta por Herrera (2003), que menciona los elementos básicos que estructuran un taller.

1. Datos generales del taller a realizar (quiénes son nuestros beneficiarios, qué taller realizaremos, quiénes lo harán, nombre de las personas a cargo del taller, lugar de realización, tiempo en el cual se realizará, edad de las personas a las cuales está dirigido, número de personas).
2. Fundamentación del taller (relevancia del taller, necesidades que aborda).
3. Marco teórico que fundamenta la realización del taller.
4. Objetivo general del taller: ¿Qué queremos lograr en las personas?
5. Objetivos particulares: ¿Qué elementos particulares queremos lograr en las personas a partir del objetivo general?
6. Objetivos operacionales e indicadores de logro.
7. Unidades temáticas en las cuales se dividirá el taller.
8. Actividades de cada unidad temática.
9. Materiales y tiempo necesario para cada actividad.
10. Método de evaluación.

3.7.2.2 Objetivo:

Brindar a los participantes los conocimientos y habilidades necesarias para reducir síntomas de ansiedad y depresión (pensamientos negativos, distorsiones cognitivas, pensamientos anticipatorios o catastróficos, sentimientos de desesperanza, pérdida de interés o placer, en actividades que antes se disfrutaban, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, entre otras), aumentar las habilidades sociales/interpersonales, mejorando su calidad de vida.

3.7.2.3 Perfil de Participantes: 12 pacientes, mujeres y hombres, mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. En la Tabla 1 se relacionan las características de los pacientes que participaron en el taller cognitivo-conductual.

Tabla 1 Participantes de taller "Aprendiendo a mejorar mi estado de ánimo".

Paciente	Sexo	Estado Civil	Motivo de Consulta	Edad (Años)
1	M	casado	Depresión	60
2	F	casada	Infidelidad, dificultad para tomar decisiones	48
3	F	soltera	Problemas de comunicación con hija.	59
4	F	casada	Problemas familiares y depresión	52
5	M	casado	Controlador y problemas con hijo	63
6	F	casada	Insomnio, llanto frecuente.	50
7	F	casada	Infidelidad y ansiedad	52
8	M	casado	Problemas de comunicación con pareja	40
9	F	casada	Conflictos con esposo, agresiones físicas, infidelidad.	41
10	F	soltera	Depresión	41
11	F	casada	Ansiedad, problemas dentales crónicos.	42
12	F	divorciada	Referida de clínica del dolor, depresión.	61

3.7.2.4 Duración del taller: 8 sesiones de 2 horas cada semana. Con un total de 16 horas.

3.7.2.5 Escenario: cámara de Gesell del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, con recursos de audio y video, con ventilación e iluminación adecuada.

3.7.2.6 Instrumentos:

Se utilizaron como instrumentos de evaluación el Inventario de Ansiedad e Inventario de Depresión de Beck. El Instrumento “who-qol breve-calidad de vida” y en caso necesario, el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota.

3.7.2.7 Formulación de caso.

Para llevar a cabo la formulación de caso se requiere contar con:

Entrevista Inicial: permite identificar los datos generales de los pacientes, así como reconocer su realidad en función de sus diversas áreas de desarrollo (información general, salud, relaciones familiares y afectivas, información sobre el trabajo actual y tiempo de ocio, estrategias de autocontrol, motivación hacia la intervención e información sobre posibles recursos terapéuticos.

Historia Clínica: es una herramienta que permite recolectar y valorar los datos que fundamenten el diagnóstico, da una idea de la evolución, orienta a una terapia y a los estudios necesarios para efectuar un seguimiento del caso, así como para confirmar o cambiar el diagnóstico y la misma terapia.

Así pues, como herramientas permitieron recolectar información para describir la situación presente de la persona en la esfera personal, social, afectiva, educativa, laboral, entre otras; que en conjunto explicaron la situación, a fin de complementar el diagnóstico y formular el objetivo terapéutico.

Las metas de la formulación de caso son:

- Comprender con detalle los problemas que presenta el paciente.
- Identificar las variables que se relacionan con esas dificultades.
- Diseñar objetivos y metas de tratamiento.

Para la formulación de caso, Nezu, Nezu y Lombardo (2006) proponen un enfoque basado en problemas.

El proceso de este modelo requiere primero trazar un Mapa Clínico de Patogénesis (MCP), el cual es una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de la problemática de cada paciente.

Las variables que constituyen el MCP son las siguientes:

- Variables distantes.- Son los factores históricos o de desarrollo del paciente que contribuyen al surgimiento de los trastornos psicológicos (por ejemplo, ausencia de la madre o padre en la infancia).
- Variables de antecedentes.- Son las variables relacionadas con el paciente y con el ambiente, que actúan como estímulos desencadenantes de los síntomas angustiantes.
- Variables orgánsmicas.- Son las variables relacionadas con el paciente y representan mediadores de respuesta (por ejemplo, temor elevado, padecimientos coronarios).
- Variables de respuesta.- Son las variables que implementa el paciente para disminuir una variable orgánsmica (por ejemplo, evitar actividades sociales cuando se tiene una fuerte reacción fisiológica al estrés).
- Variables de consecuencia.- Son las variables que se presentan como reacción a una variable de respuesta (por ejemplo, estado de ánimo depresivo).

Se elaboraron los MCP de cada paciente, los cuales se presentan en las Figuras 5 a 14 (véase Anexo 5).

Con los MCP individuales se elaboró el MCP general (Figura 1) de todos los pacientes.

El MCP general es una base importante para el diseño de tratamiento del grupo de pacientes asignados.

El plan de tratamiento debe contener estrategias de la TCC dirigidas a vencer los impedimentos identificados en el MCP.

Es necesario elaborar un mapa de alcance de metas (MAM) para después comparar los resultados esperados con los obtenidos (Nezu y cols., 2006). El MAM es una representación gráfica que incluye una lista de obstáculos para alcanzar una meta y metas de resultados finales.

Derivado del MCP se presenta el MAM (Figura 2) para los pacientes asignados al Taller.

Este MAM nos proporciona las siguientes estrategias potenciales de intervención:

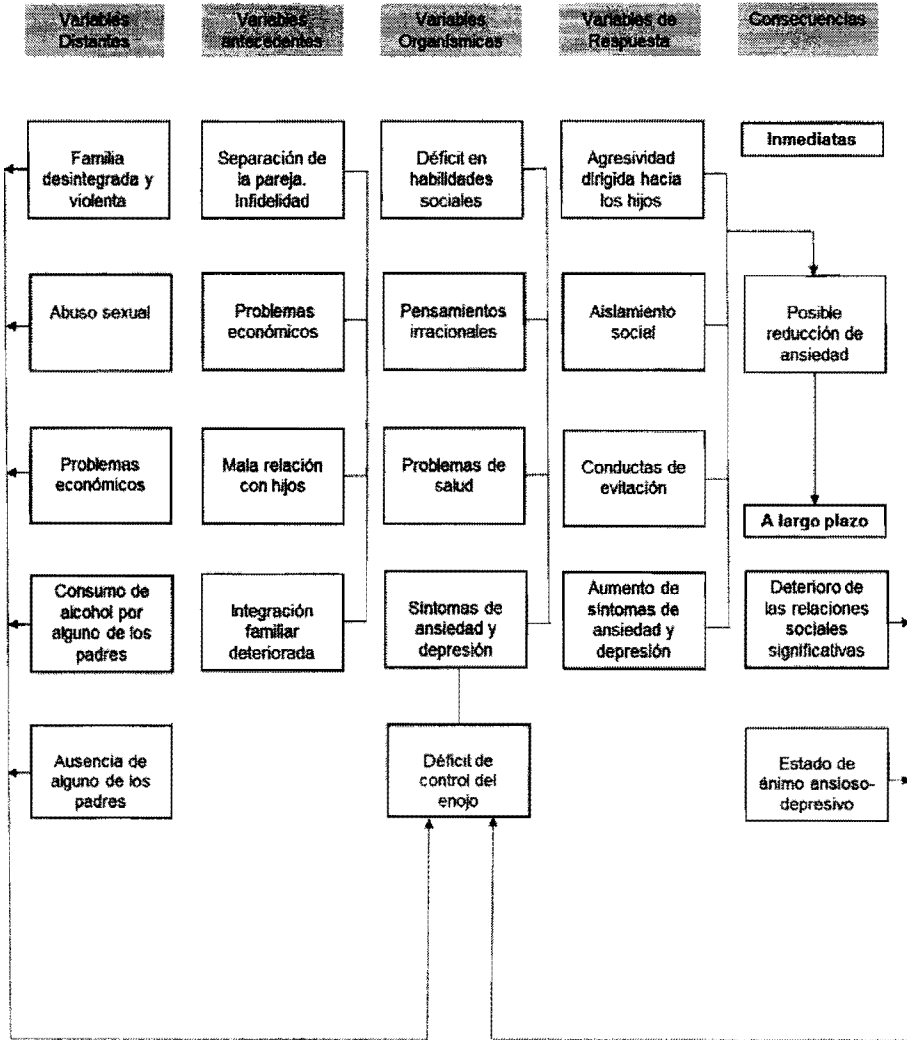
- Reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en control del enojo.
- Entrenamiento en comunicación asertiva.
- Entrenamiento en relajación.
- Entrenamiento en solución de problemas.

Las metas de resultados finales son las siguientes:

- Aumentar la socialización.
- Reducir los síntomas de ansiedad y depresión.
- Mejorar el control de emociones.

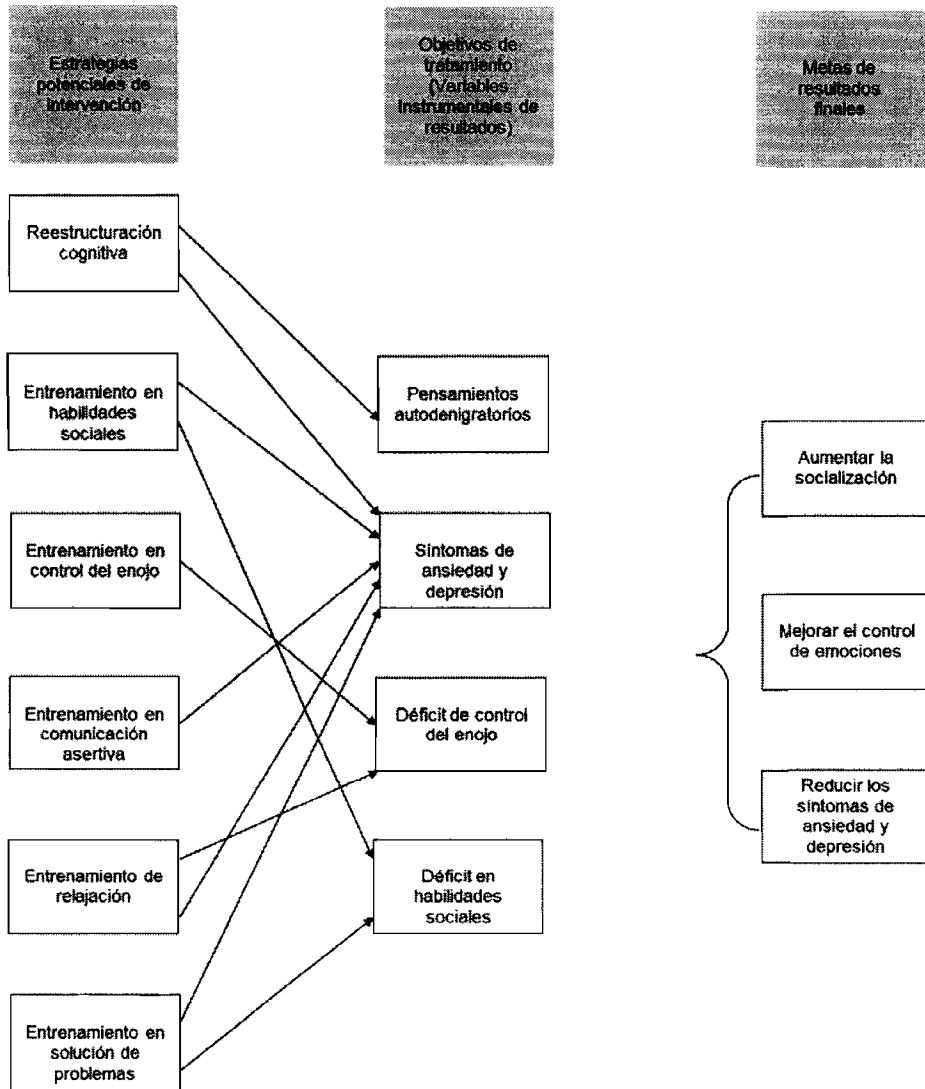
3.7.2.8 Mapa Clínico de Patogénesis General.

Figura 1. Mapa Clínico Patogénesis. Pacientes Ansioso-Depresivos.



3.7.2.9 Mapa de Alcance de Metas.

Figura 2. Mapa General de Alcance de Metas de Pacientes Ansioso-Depresivos.



3.7.2.10 Carta descriptiva general.

SESIONES	TEMAS	OBJETIVO GENERAL	FECHA	TIEMPO
SESION 1	Presentación. Evaluación. Tema ciclo de vida.	Presentación de los participantes, de los terapeutas y estructura del taller. Evaluación inicial Exposición del tema Ciclo de vida	16 de mayo de 2013	13:00 a 15:00 hrs.
SESION 2	Comunicación asertiva. Reestructuración cognitiva.	Incrementar en los participantes el repertorio de habilidades sociales, con el objetivo de obtener una comunicación asertiva Introducirlos en el tema de reestructuración cognitiva, identificando los pensamientos irracionales que afectan su conducta. Practicar y fortalecer el cambio de pensamientos irracionales por pensamientos funcionales.	23 de mayo de 2013	13:00 a 15:00 hrs.
SESION 3	Entrenamiento en solución de problemas relajación/respiración.	Que los participantes identifiquen sus principales problemas y encuentren las mejores alternativas de solución aminorando su grado de ansiedad. introducción a la técnica de relajación respiración	30 de mayo de 2013	13:00 a 15:00 hrs
SESION 4	Entrenamiento en habilidades sociales Relajación/respiración	Mostrarles a los participantes que los déficits en habilidades sociales están relacionados con la depresión y la ansiedad	6 de junio de 2013	13:00 a 15:00 hrs.
SESION 5	Control del enojo. relajación/respiración	Los participantes conocerán la emoción enojo Aprenderán el control de esta emoción y se les mostrará que cuando se vuelve destructiva puede ocasionar muchos problemas en las relaciones personales y en la calidad general de vida.	13 de junio de 2013	13:00 a 15:00 hrs
SESION 6	Trastornos ansiedad y depresión Técnicas de relajación/ respiración	Conocerán cuándo la ansiedad y/o la depresión se vuelven un trastorno y se identificarán en alguno según su situación particular Enseñar la utilidad de las técnicas de relajación/ respiración para contrarrestar la ansiedad y la depresión.	20 de junio de 2013	13:00 a 15:00 hrs
SESION 7	Generalización de las técnicas aprendidas.	Que las participantes aclaren dudas y dificultades ante el uso de las técnicas y estrategias de afrontamiento vistas a lo largo del taller en su vida cotidiana	27 de junio de 2013	13:00 a 15:00 hrs
SESION 8	Cierre del taller y evaluación final	Que los participantes reporten su aprendizaje y beneficios de la asistencia al taller y se realice la evaluación final.	Ajustar fecha	13:00 a 15:00 hrs.

3.7.2.11 Cartas descriptivas de cada sesión.

Sesión 1

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Bienvenida, presentación del terapeuta y los participantes	Fomentar la integración de los participantes como un grupo.	Conocer los datos básicos de cada uno de los participantes.		Tarjetas, plumón y seguros	15 Minutos
Presentación del taller	Presentación de los objetivos y el temario para reforzar nivel de compromiso	Los participantes conocerán el contenido del taller.		Pantalla, presentación en Power-Point	15 Min.
Encuadre terapéutico.	Establecer las reglas del taller respeto, confidencialidad, duración, horario, etc.	Se aclararán las dudas sobre las características del taller.		Plumones pintarrón	15 Min
Evaluación.	Aplicación del inventario de ansiedad y depresión de Beck así como el de calidad de vida	Tener información sobre los niveles de ansiedad y depresión	Inventarios sobre ansiedad y depresión	Inventarios de Ansiedad y Depresión Beck	20 Min
Exposición del tema "El ciclo de vida".	Psico educación sobre las etapas del ciclo vital	Los participantes conocerán las diferentes etapas del ciclo vital e identificarán en cual se encuentran en la actualidad		Pantalla, Lap-Top y presentación en Power-Point	15 Min
Sesión de preguntas	Despejar las preguntas que surjan	Que los participantes compartan sus inquietudes sobre las etapas del ciclo vital.			15 Min
Cierre de la sesión	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión así como invitarlos a asistir a la siguiente sesión.	Los participantes darán su opinión sobre la sesión y lo que aprendieron Lluvia de abrazos y frases motivacionales		Pantalla Lap-Top y presentación en Power-Point	25 Min

Sesión 2

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Recibimiento de los participantes	Fomentar la integración del grupo y su adherencia terapéutica.	Cada participante presentará al compañero más cercano		10 Min.
Revisión de la sesión anterior	Que los participantes identifiquen el contenido del taller y sus objetivos	Sesión de preguntas y respuestas de las metas del taller	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Exposición del tema: Autoestima y comunicación asertiva	los conceptos de autoestima y asertividad y cómo impactan en su vida personal.	Presentación del tema y Sesión de preguntas y respuestas.	Lap-top, pantalla y presentación en Power-Point	20 Min
Dinámica "la estrella"	Que los participantes reconozcan sus habilidades y cualidades	participantes dibujen una estrella en una hoja de papel de color. Posteriormente les pide que en cada pico escriban sus habilidades y cualidades	Hojas de colores, plumones de colores	20 Min
Exposición teórica breve sobre la relación pensamiento y sentimientos.	Enseñar a los pacientes como la manera en que piensan altera la forma en que sienten. Se les presentará a los pacientes ideas irracionales por lo que modificando éstas modifican lo que sienten	Hablar de la relación pensamientos irracionales. Dar ejemplos y que expresen sus experiencias previas	Lap-top, pantalla y presentación en Power-Point Pizarrón y Plumones	20 Min.
Exposición teórica sobre los tipos de distorsiones cognitivas. Atención Plena.	Enseñar a los pacientes a identificar los diferentes tipos de distorsiones cognitivas. Se muestra la técnica de relajación de Atención Plena.	Hablar de cada una de las distorsiones cognitivas y que los pacientes las vayan identificando en ellos y den ejemplos. Hablar de la relevancia de esta identificación para la modificación de pensamientos.	Lap-top, pantalla y presentación en Power-Point Folletos de distorsiones cognitivas	20 Min
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Registro de pensamientos irracionales según el modelo ABC	Dar a los participantes el formato de registro del modelo ABC Explicarles la importancia de realizar la tarea y su objetivo	Formatos de Registro ABC	5 Min
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de las participantes	Lluvia de abrazos y frases motivacionales		5 Min

Sesión 3

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Recibimiento.	Bienvenida de los participantes.	Fomentar integración de los participantes.		5 Min.
Revisión de la sesión anterior reestructuración cognitiva	Que los participantes identifiquen los pensamientos irracionales que afectan su estado de ánimo y su conducta	Los participantes revisarán la validez de los pensamientos y elaborarán pensamientos alternativos más adaptativos	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Impartición del tema: Resolución de problemas.	Que los participantes aprendan la técnica de resolución de problemas.	Se realizará un ejercicio para que los pacientes manejen la técnica y la pongan en práctica en su vida diaria.	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Exposición del tema: Técnicas de relajación	Que los participantes aprendan algunas de las técnicas de relajación usadas en la actualidad	Que los pacientes conozcan las técnicas de relajación que les ayudarán a mejorar su estado de ánimo.	Lap-top, pantalla y presentación en Power-Point	20 Min
Actividad: Practicar alguna técnica de relajación	Dentro de la presentación se les dará a los pacientes algunos ejercicios básicos de relajación de las distintas técnicas mostradas.	Que los pacientes practiquen ejercicios de relajación mostrados	Lap-top, pantalla y presentación en Power-Point Pizarrón y Plumones	20 Min.
Dinámica grupal. Intercambio de ideas	Se realizará alguna dinámica grupal para una mejor integración de los participantes	Los pacientes compartirán alguna experiencia de su vida que les esté causando algún problema		20 Min
Entrega de material para casa y tarea terapéutica	Continuar con el registro de pensamientos irracionales según modelo ABC, en las situaciones que tengan a lo largo de la semana	Dar a los participantes el formato de registro ABC y que lo llenen en el transcurso de la semana	Entrega de Formatos de Registro según el modelador ABC	10 Min
Cierre de la sesión	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes, así como invitarlos a asistir a la siguiente sesión	Lluvia de abrazos y frases motivacionales		5 Min

Sesión 4

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Recibimiento.	Bienvenida a los participantes	Presentación del contenido de la sesión.	Lap-top, pantalla y presentación en Word	10 Min
Revisión del tema de solución de problemas.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior	Resumen general de la sesión y despejar dudas.		20 Min
Entrega de tareas de la sesión anterior	Los participantes entregarán el registro del modelo ABC.	Se verificará que los participantes hayan realizado la tarea solicitada		10 Min
Tema técnica de Relajación Pasiva	Que los participantes conozcan la técnica de Relajación Pasiva para integrarla en su vida diaria.	Que los pacientes conozcan los beneficios las técnicas de relajación que les ayudarán a mejorar su estado de ánimo.	Lap-top, pantalla y presentación en Power-Point	20 Min
Actividad: Aplicación técnica de Relajación Pasiva.	Los pacientes conocerán la técnica de Relajación Pasiva.	Que los pacientes practiquen la técnica de Relajación Pasiva.		30 Min
Presentación del tema. Habilidades Sociales	Enseñarles a los pacientes que los déficits en habilidades sociales están relacionados con la depresión y la ansiedad	Se les dará una presentación en Power-Point de la importancia de adquirir habilidades sociales	Lap-top, pantalla y presentación en Power-Point Pizarrón y Plumones	20 Min
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Entrega de la actividad "contando mis secretos" y el A-B-C	Entrega de formatos para tarea	Formatos de Registro ABC	5 Min
Cierre de la sesión	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes, así como invitarlos a asistir a la siguiente sesión	Lluvia de abrazos y frases motivacionales		5 Min

Sesión 5

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Recibimiento	Dar la bienvenida a los participantes.	Fomentar la integración del grupo		10 Min
Revisión del tema: Habilidades Sociales	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas	Lap-top, Power-Point, proyector	15 Min
Entrega de tareas de la sesión anterior.	Los participantes entregarán el registro de pensamientos irracionales según modelo ABC y contando mis secretos.	Se verificará que los participantes hayan realizado la tarea solicitada.		10 Min
Dinámica definiendo el "enojo".	Que los participantes conozcan que es el sentimiento del enojo.	Se les propondrá realizar una lluvia de ideas sobre la definición del enojo.	Lap-top, Power-Point, proyector	30 Min
Tema. Técnicas para el Control del Enojo	Que los participantes conozcan algunas técnicas para controlar el enojo.	Se les dará una presentación sobre técnicas de Control del Enojo.	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Actividad técnica de Aplicación de Relajación Pasiva	Los pacientes se familiarizarán con la técnica de Relajación Pasiva	Que los pacientes practiquen la técnica de Relajación Pasiva.	Lap-top, pantalla Música relajante, Lap-top	20 Min
Entrega de material para casa y tarea terapéutica	Entrega de la segunda actividad "contando mis secretos" y el registro de pensamientos de acuerdo al modelo ABC	Entrega de formatos para las dos tareas.	Formatos de Registro ABC y contando mis secretos	5 Min
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes	Lluvia de abrazos y frases motivacionales		10 Min

Sesión 6

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Recibimiento	Dar la bienvenida a los participantes.	Formentar la integración del grupo		10 Min
Revisión del tema: Control del Enojo.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas.	Lap-top, Power-Point, proyector	10 Min
Tema: Ansiedad	Que los pacientes conozcan los síntomas del Trastorno de Ansiedad.	Que los pacientes identifiquen cuáles síntomas han presentado	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Tema: Depresión	Que los pacientes conozcan los síntomas de los Trastornos Depresivos	Que los pacientes identifiquen cuáles síntomas han presentado	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Dinámica Compartir mi problemática	Que los pacientes logren una mayor integración entre ellos	Que los pacientes de manera breve compartan la problemática que están viviendo y como la están manejando.		20 Min.
Actividad técnica de Relajación Pasiva	Que los pacientes manejen de manera cotidiana una técnica de relajación	Que los pacientes practiquen la técnica de Relajación Pasiva	Áudio, Lap-top	20 Min
Práctica de Atención Plena.	Que los pacientes se familiaricen con la técnica de Atención Plena	Que los pacientes practiquen la técnica de Atención Plena.	Audio, Lap-top	10 Min
Cierre de la sesión	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes, así como invitarlos a asistir a la siguiente sesión	Lluvia de abrazos y frases motivacionales	Presentación en Power-Point	10 Min

Sesión 7

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Recibimiento	Dar bienvenida a participantes.	Fomentar integración		5 Min
Dinámica: 'Conociéndome'.	Reforzar autoestima.	Cada participante hablará sobre las cualidades que posee.		20 Min.
Tema: Ideas Irracionales y Distorsiones Cognitivas Comunicación Asertiva.	Que los pacientes mencionen las dudas que hayan surgido respecto a estos temas.	Que los pacientes refuercen lo aprendido.	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Tema: Solución de problemas.	Que los pacientes mencionen las dudas que hayan surgido respecto a estos temas	Que los pacientes refuercen lo aprendido.	Lap-top, Power-Point, proyector	20 Min
Tema: Entrenamiento en Habilidades Sociales.	Que los pacientes mencionen las dudas que hayan surgido respecto a estos temas.	Reforzarán el aprendizaje en Habilidades Sociales.	Lap-top, Power-Point, proyector	15 Min
Actividad: Aplicación técnica de Relajación Pasiva y Atención Plena	Que los pacientes manejen de manera cotidiana una técnica de relajación.	Que los pacientes practiquen la técnica de Relajación Pasiva. Practicar Atención Plena.	Audio	30 Min
Tarea para la próxima sesión	La tarea consiste en realización de actividades placenteras	Que los pacientes comenten de manera general que actividades les resultan placenteras y se comprometan a llevarlas a cabo	Listado de actividades placenteras	5 Min.
Cierre de la sesión	Agradecer y reconocer la asistencia de las participantes, así como invitarlos a asistir a la siguiente sesión.	Lluvia de abrazos y frases motivacionales.	Presentación en Power-Point	5 Min

Sesión 8

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Recibimiento	Dar bienvenida a participantes.	Fomentar integración		5 Min
Revisión de Tarea	Revisión de las actividades realizadas para incrementar autoestima	Entrega de la hoja de tareas	Hoja de tarea	5 Min
Actividad Compartir mis logros	Que los pacientes identifiquen las metas alcanzadas.	Que los pacientes de manera breve compartan como están manejando la problemática que han estado viviendo con las herramientas que se les han proporcionado		30 Min
Tema: Meditación.	Que los pacientes se familiaricen con una técnica de meditación	Que los pacientes realicen un ejercicio de meditación	Lap-top, Power-Point, proyector Audio	20 Min
Evaluación final.	Aplicación del inventario de Ansiedad y Depresión de Beck así como el de Calidad de Vida.	Tener información sobre los niveles de ansiedad y depresión	Formatos de los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y Calidad de Vida	30 Min.
Evaluación del taller.	Aplicación del test de satisfacción del paciente.	Llenar el formato de satisfacción de cada participante	Formato de satisfacción de pacientes	5 Min
Actividad: convivio	Que los pacientes apliquen la técnica de Habilidades Sociales	Que los pacientes logren una agradable convivencia	Audio Alimentos para compartir	20 Min
Cierre de la sesión	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes	Lluvia de abrazos y frases motivacionales	Presentación en Power-Point	5 Min

4. Objetivos del Informe de Servicio Social.

El presente informe tiene como objetivo plasmar la experiencia adquirida durante la realización del servicio social.

Describir la intervención Cognitivo conductual aplicada a los pacientes en un taller psicoeducativo. Describir la formulación de caso para cada paciente y que el tratamiento sea incluyente para todos los participantes.

Se presentan los resultados de la intervención terapeutica grupal para 12 pacientes con síntomas de ansiedad y depresión. La intervención grupal tiene la intención de proporcionar atención psicológica a mayor número de pacientes debido a la gran demanda que presenta el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

Las ventajas de este tipo de terapia grupal son que entre los pacientes se establece un intercambio de experiencias, lográndose una empatía que da como resultado una concientización de los síntomas característicos de la ansiedad y depresión y una mejor actitud para hacer frente a los síntomas mencionados.

5. Soporte teórico metodológico.

Introducción

La depresión y la ansiedad son problemas de salud pública en México.

La depresión afecta a un 9.2% de la población, en mayor proporción a las mujeres que a los hombres. Debido al alto costo que implica este tipo de enfermedades, se han llevado a cabo estudios con el propósito de establecer políticas encaminadas a la prevención y tratamiento (Berenzon y cols., 2013; Acosta y Rivera, 2011; Bello, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

De los trastornos mentales, la ansiedad es el que tiene la mayor prevalencia, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora y cols., 2003).

Reyes y Pulido (2011) evaluaron la comorbilidad entre ansiedad y depresión en pacientes de una clínica universitaria de atención mental de la ciudad de México encontrándose una alta correlación entre los dos tipos de trastornos.

Algunos estudios realizados en la población mexicana, indican que la discapacidad causada por los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad, son mayores que los generados por las enfermedades crónicas no psiquiátricas, como la diabetes o las enfermedades cardíacas, por lo que se considera que tienen importantes costos económicos y sociales (Lara y cols., 2007).

Hollon y Ponniah (2010) concluyeron que las terapias psicológicas para el tratamiento de la depresión más eficaces, son las terapias cognitivo-conductuales en relación a resultados a largo plazo, en la prevención de recaídas, además de ser de bajo costo y sin efectos secundarios.

Irurtia y cols. (2011) presentan un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada, donde utilizaron terapia cognitivo conductual (reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación y respiración), con resultados satisfactorios.

5.1 Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son los que comparten alteraciones de miedo y ansiedad excesivos (DSM 5, 2013).

Tanto el miedo como la ansiedad, son respuestas a una amenaza real o imaginaria; se diferencian en que el miedo se visualiza como una amenaza inminente y la ansiedad, es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

5.1.1 Prevalencia.

De todas las enfermedades mentales, son las que cuentan con una mayor prevalencia. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora y cols., 2003), señalan que el tipo de trastornos más frecuentes en nuestro país son los trastornos de ansiedad tanto en la categoría “alguna vez en la vida” (14.3%), como en “los últimos 12 meses” (8.1%) y en el “último mes” (3.2%). En general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno, en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida (30.4% y 27.1%, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas que los hombres, para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%) y en los últimos 30 días (6.5% y 5.1%).

5.1.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5 (2013).

En la Tabla 2 se presentan los trastornos de ansiedad

TA por separación.
Mutismo selectivo.
Fobia específica.
TA Social (fobia social).
Trastorno de Pánico.
Agorafobia.
TA generalizada.
TA inducido por sustancias / medicamentos
TA debido a otra Afección médica

TA=Trastorno de Ansiedad

5.1.3 Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM 5 (2013).

A. Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o

preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

5.2 Trastornos Depresivos.

El rasgo común de los trastornos depresivos son: ánimo triste, vacío o irritable acompañado de cambio somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del individuo (DSM 5, 2013).

5.2.1 Prevalencia de los trastornos depresivos.

Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora y cols., 2003), al analizar los trastornos individuales, el episodio depresivo mayor ocupó el quinto lugar (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor.

5.2.2 Clasificación de los trastornos Depresivos según el DSM 5 (2013).

En la Tabla 3 se muestran los trastornos depresivos.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
Trastorno de depresión mayor
Trastorno depresivo persistente (distimia)
Trastorno disfórico premenstrual.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
Otro trastorno depresivo especificado
Otro trastorno depresivo no especificado

5.2.3 Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo persistente (distimia). DSM 5 (2013).

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B

durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5.3 Terapia Cognitiva – conductual (TCC).

5.3.1 Antecedentes.

El desarrollo de la TCC (Ruiz y cols., 2012) se basó en los fundamentos teóricos conductuales de:

La reflexología rusa y las leyes del condicionamiento clásico.

El conexionismo de Thorndike.

El conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman.

La contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta.

Dobson y Block (1988) citados por Lega y cols. (1997) plantearon 6 factores que hicieron posible el desarrollo de la terapia cognitivo – conductual:

1. Insatisfacción de los enfoques no mediacionales a finales de los años sesenta, para la explicación de toda la conducta humana. Merece mencionarse el trabajo de Bandura (1965; 1971) sobre el aprendizaje vicario. En este enfoque el individuo aprende observando a otra persona llevar a cabo una conducta.
2. Rechazo del modelo psicodinámico de la personalidad y la terapia. El primer terapeuta cognitivo – conductual, Albert Ellis, provenía de una tradición psicoanalítica que abandonó debido a su insatisfacción con ella. Igualmente la revisión de la literatura empírica sobre los modelos psicodinámicos indicaba que los resultados de la psicoterapia tradicional eran más bien pobres (Eysenck, 1969; Rachman y Wilson, 1971).
3. Determinados problemas eran difícilmente abordables por procedimientos no cognitivos (por ejemplo, las obsesiones).
4. La importancia de la investigación de la psicología cognitiva, especialmente los modelos del procesamiento de la información para la cognición. Igualmente una serie de autores realizó investigaciones básicas sobre la mediación cognitiva de constructos clínicamente relevantes, mencionando especialmente a Lazarus, en sus estudios sobre los procesos de ansiedad (Lazarus, 1966; Lazarus y Averill, 1972).
5. La destacada presencia en la literatura de psicólogos que se definían a sí mismos como de orientación cognitivo-conductual (Ellis, 1962; Beck, 1967; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1973). La revista *Cognitive Therapy and Research* contribuyó a la difusión de esa orientación.
6. La publicación de estudios sobre la eficacia demostrada de los procedimientos cognitivo – conductuales.

5.3.2 ¿Qué es la terapia cognitivo - conductual?

Es el conjunto heterogéneo de técnicas que tienen en común el reconocimiento del papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta (Méndez, Olivares y Moreno, 2001).

5.3.3 Clasificación de Técnicas cognitivo - conductuales.

Mahoney y Arnkoff (1978) (citados en Méndez y cols., 2001) propusieron la clasificación de las terapias cognitivo-conductuales en tres grandes grupos:

- a) Técnicas de reestructuración cognitiva.- Tienen el objetivo de identificar y modificar cogniciones desadaptativas. Entre las más utilizadas están:
 - Terapia Racional – Emotiva de Ellis.
 - Terapia Cognitiva de Beck.
 - Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried.
 - Entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum.
- b) Técnicas de habilidades de afrontamiento.- Permiten desarrollar habilidades para afrontar una variedad de situaciones estresantes. Las técnicas más importantes que se incluyen de este tipo son:
 - Inoculación de estrés de Meichenbaum.
 - Entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson.
 - Desensibilización de autocontrol de Goldfried.
 - Modelado encubierto de cautela.
- c) Técnicas de resolución de problemas.- Enfocadas a entrenar al paciente en una metodología sistemática para abordar un amplio rango de problemas personales. Las principales técnicas que pertenecen a esta categoría son las siguientes:
 - Terapia de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried.

- *Para considerarme a mí mismo/a como una persona válida debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.*
- *Las personas que no actúan como **deberían** son malvadas, y deberían ser castigadas por su maldad.*
- *Es terrible que las cosas no funcionen como a uno/a le gustaría.*
- *La desgracia y el malestar humano son provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.*
- *Si algo es (o puede ser) peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto/a por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra, para estar preparado/a.*
- *Es más fácil evitar responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. Así viviré más tranquilo/a.*
- *Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte que yo en quien confiar.*
- *Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre.*
- *Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.*
- *Existe una solución perfecta para cada problema, y debemos hallarla siempre.*

Los pensamientos irracionales son dogmáticos y poco funcionales. Según Ellis los "debo de/tengo que" son los responsables de la mayoría de las perturbaciones psicológicas, de los cuales se derivan tres inferencias (Ellis y Lega, 1993):

-Tremendismo, que es la tendencia de resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento.

- *No- puedo- soportantís, que es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación.*

- *Condenación, que es la tendencia a evaluar la esencia o el valor humano de uno mismo y/o de los demás como malos al comprometer su valor como personas dependiendo del resultado de su comportamiento.*

La aplicación de la terapia racional emotiva conductual incluye las siguientes fases:

- Presentar al paciente el modelo ABC de forma directa, enfatizando el papel de los pensamientos irracionales en los comportamientos desadaptativos.

- Identificación de los pensamientos irracionales.

- El Debate, es el método principal para reemplazar las creencias irracionales por racionales, que es una adaptación del método científico a la vida cotidiana (Lega L., 1991).

Golden (Golden,1990, citado por Méndez y cols. , 2001) menciona que el debate puede seguir un enfoque Socrático, en donde el terapeuta guía al paciente hacia el autodescubrimiento de las alternativas racionales, desafiando las creencias irracionales con la intención de animarle a su reevaluación. Asimismo, se puede optar por un enfoque didáctico, donde el terapeuta se dedica a la enseñanza directa de las alternativas racionales de las creencias irracionales sostenidas por el paciente.

-Tareas para casa (Lega y cols., 1997). El propósito de las tareas es ayudar al paciente a reforzar lo adquirido durante las sesiones terapéuticas. Como ejemplo de tarea para casa, es llevar un registro de las ideas irracionales y reemplazarlas por pensamientos racionales.

b) Terapia cognitiva de Beck.

La Terapia cognitiva, desarrollada por Aarón Beck surgió para el tratamiento de la depresión, aplicándose posteriormente para otros problemas emocionales (Dobson y Franche, 1991).

Beck define a la terapia cognitiva "como un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas" (Beck, 1967;1976, citado en Beck, Rush, Shaw y Emery, 2008).

Los supuestos en los que se basa la terapia cognitiva son los siguientes (Beck y col, 2008):

- *La percepción y la experiencia son procesos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.*
- *Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.*
- *El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).*
- *Estas cogniciones constituyen la "corriente de consciencia" o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.*
- *Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.*
- *Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.*

- *La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.*

Las distorsiones cognitivas (errores en el procesamiento de la información) tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento inocuo, en uno que se experimenta como negativo (Beck y col., 2008; Dobson y Franche, 1991).

A continuación se muestra una lista de distorsiones cognitivas y su descripción:

- ❖ *Inferencia arbitraria.* Se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye, o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- ❖ *Abstracción selectiva.* Se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.
- ❖ *Generalización excesiva.* Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas, como a situaciones ajenas.
- ❖ *Magnificación o minimización.* Se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.
- ❖ *Personalización.* Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.
- ❖ *Pensamiento absolutista dicotómico.* Se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías expuestas, como, por ejemplo, bueno-malo. Para describirse a sí mismo el paciente emplea la categoría del extremo negativo.

Está técnica consta de las siguientes fases (Méndez y cols., 2001):

-Instruir al paciente en el modelo cognitivo.- Explicándole que sus emociones y conductas están causadas por los pensamientos automáticos que se disparan a partir de una serie de condiciones previas, tales como los esquemas subyacentes y los eventos estresantes que pueden activarlos.

- Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos.- Solicitar al paciente que mantenga una actitud de auto-observación y realice un registro detallado de los pensamientos automáticos.

-Examinar y someter a prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos.- El objetivo es que el paciente obtenga una visión más realista del mundo y de sí mismo, una interpretación de la realidad más apoyada en evidencias y datos empíricos.

-Detección y modificación de esquemas básicos.- Para explorar los esquemas básicos del paciente se pueden aplicar diferentes estrategias:

a) Interrogar al paciente sobre los acontecimientos o situaciones ante los cuales experimenta especial alegría o bienestar. Lo que permite conocer los criterios de éxito del paciente y qué consecuencias emocionales tiene el no alcanzar dichos criterios (por ejemplo, reconocimiento social, bienes materiales, etc.).

b) Solicitar al paciente que intente explicar por qué pueden sentirse bien o mal otras personas.

Después de lograr la detección de los esquemas básicos, para modificarlos es necesario actuar como si fuesen hipótesis de trabajo que se deben validar conjuntamente entre terapeuta y paciente.

Entrenamiento en Solución de Problemas.

Es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al paciente a resolver sus propios problemas vitales.

Los objetivos de la terapia en solución de problemas son los siguientes (Nezu y Nezu, 1991):

- ❖ ayudar a los pacientes a identificar las situaciones estresantes, que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- ❖ Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.
- ❖ Aumentar la eficacia de sus esfuerzos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones conflictivas actuales y futuras, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Goldfried (1971, citados por Méndez y cols, 2001) son:

Orientación del problema.

- ❖ *Percepción del problema.*
- ❖ *Valoración de las causas y de la importancia del mismo.*
- ❖ *Saber de cuanto tiempo y esfuerzo dispone el paciente.*

Definición y formulación del problema.

- ❖ *Buscar información relevante y objetiva.*
- ❖ *Comprensión del conflicto.*
- ❖ *Establecer metas realistas.*
- ❖ *Revalorar el problema después de realizar los pasos anteriores.*

Propuesta de alternativas ("tormenta de ideas").

- ❖ *Principio de cantidad: cuantas más mejor.*
- ❖ *Principio de dilación de juicio: en principio todas las alternativas pueden ser válidas.*

❖ *Principio de variedad.*

Toma de decisiones.

❖ *Anticipar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa.*

❖ *Comparar unas alternativas con otras según las consecuencias.*

❖ *Preparar un plan de acción.*

Llevar el plan a la práctica y comprobar los resultados.

❖ *Puesta en práctica del plan.*

❖ *Autoobservación.*

❖ *Autoevaluación.*

❖ *Autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios, o nuevo análisis del proceso o de su puesta en práctica si son insatisfactorios.*

Técnicas de relajación y Respiración.

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a los pacientes a controlar su propio nivel de activación fisiológica y hacer frente a situaciones que le provocan estrés o ansiedad. Son muy utilizadas en modificación de conducta, como parte integrante de una intervención terapéutica más amplia o como procedimiento específico (Méndez, Olivares y Quiles, 2001).

A continuación se presentan algunas técnicas de relajación:

La Relajación Progresiva.

Vera y Vila (1991) presentan el procedimiento de relajación adaptado y simplificado de la técnica de Relajación Progresiva de Jacobson.

Sugerencias básicas:

- La relajación debe llevarse a cabo en una habitación silenciosa y en penumbra. Con temperatura agradable.
- Utilizar un sillón acolchonado reclinable.
- Usar ropa cómoda. Quitarse zapatos, lentes o relojes.

Procedimiento.

- Presentación del entrenamiento en relajación por el terapeuta, explicando y modelando.
- Instrucciones de los ejercicios de tensión-distensión:

Primera instrucción: tensar el grupo muscular que se le indique.

Segunda instrucción: focalizar la atención en el grupo muscular en tensión.

Tercera instrucción: relajar el grupo muscular correspondiente.

Cuarta instrucción: focalizar la atención en el grupo muscular correspondiente.

- Frecuencia del entrenamiento en relajación progresiva:

Las sesiones de relajación se realizan generalmente 2 veces por semana con el terapeuta y practicando en casa lo aprendido en cada sesión.

- El orden en que se trabajan los grupos musculares, el número de sesiones y el tipo de ejercicios de tensión es de la manera en que se muestra en la Tabla 4:

Tabla 4 *Relajación progresiva de Jacobson.*

Ejercicios Relajación progresiva.	Grupos musculares.	sesiones
Se aprieta el puño. Empuja codo en brazo de sillón.	Mano, antebrazo y biceps dominantes.	1
Idem.	Mano, antebrazo y bíceps no dominantes.	2
Levantar ceja. Apretar ojos y arrugar nariz.	Frente y cuero cabelludo. ojos y nariz.	3
Apretar dientes. Llevar comisuras de la boca hacia las orejas. Apretar boca hacia fuera. Abrir boca.	Boca y mandíbulas.	4
Inhalar profundamente, manteniendo la respiración, llevando los hombros hacia atrás. Intentando juntar omóplatos.	Hombros, pecho y espalda.	5
Meter y sacar estómago, conteniendo la respiración.	Estómago.	6
Subir la pierna con fuerza, sin despegar el pie del suelo. Se dobla el pie hacia arriba sin despegar el talón del suelo. Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro. Ídem pie derecho.	Pierna, muslo, pantorrilla y pie derecho. Pierna, pantorrilla y pie izquierdo.	7
Solo relajación.	secuencia completa de músculos.	8

El entrenamiento autógeno .

Según el propio Schultz: el principio sobre el que se fundamenta el método "consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos" (Schultz, 1987, citado por Méndez y cols., 2001).

Sugerencias básicas:

- La relajación debe llevarse a cabo en una habitación silenciosa y en penumbra. Con temperatura agradable.
- Las posturas para la relajación pueden ser de tres tipos: tumbado, sentado o postura del cochero.
- Usar ropa cómoda. Quitarse zapatos, lentes o relojes.

Procedimiento:

- Presentación del entrenamiento en relajación por el terapeuta.
- Instrucciones de los ejercicios del grado inferior que están destinados a la relajación fisiológica que son los que se utilizan en la práctica clínica:

Las instrucciones consisten en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el paciente estados de relajación, a través de autosugestiones sobre:

Ejercicio I: sensación de pesadez.

Ejercicio II: sensación de calor.

Ejercicio III: Regulación cardíaca.

Ejercicio IV: control de la respiración.

Ejercicio V: Regulación de los órganos abdominales.

Ejercicio VI: Regulación de la región cefálica.

Las instrucciones son las siguientes:

I. ¡El brazo derecho (izquierdo) pesa mucho! (5 ó 6 veces)... ¡Estoy muy tranquilo! (una vez).

II. Primero realizar el primer ejercicio y luego "¡El brazo derecho (izquierdo) está muy caliente!" (repetir 5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (repetir una vez). A partir de este punto vamos alternando los ejercicios I y II; primero el I después otra vez el II.

III. Primero el primer ejercicio, luego el segundo y después continuamos con "¡El corazón late tranquilo, fuerte, siempre igual!" (5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (sólo una vez). A partir de este punto alternamos los ejercicios I, II y III.

IV. Primero el ejercicio I, luego el II y después el III; a continuación seguimos con "¡Respiro muy tranquilo!" (repetir 5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (sólo una vez). Luego repetimos nuevamente los ejercicios I, II, III y IV.

V. Primero el ejercicio I, luego el III, después el III, a continuación el IV y seguimos con "¡El plexo solar irradia calor!" (repetir 5 ó 6 veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (sólo una vez); a continuación: I, II, III, IV, V, etc.

VI. Primero I, II, III, IV y V, luego "¡Siento algo de frescor en la frente!" (de dos a seis veces)... "¡Estoy muy tranquilo!" (tan solo una vez); a continuación I, II, III, IV, V, VI, etc.

- Frecuencia del entrenamiento en relajación autógena:

Las sesiones de relajación se realizan generalmente 2 veces por semana con el terapeuta y practicando diariamente en casa.

Técnicas de Respiración.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración, presentan la ventaja de su fácil aprendizaje y pueden utilizarse en cualquier situación para controlar la activación fisiológica.

Ejercicios para el control de la respiración (Labrador 1995, citado por Méndez y cols., 2001).

Paso 1 Inspiración abdominal.

Objetivo: Aprender a dirigir la respiración a la parte inferior de los pulmones.

Coloque una mano encima de su vientre (por debajo del ombligo) y otra encima de su estómago, para que pueda percibir mejor los efectos de cada ciclo inspiración-espирación), trate de dirigir el aire en cada inspiración para llenar la parte inferior de sus pulmones, lo que debe producir que se mueva la mano colocada sobre la parte inferior del vientre, pero no la colocada sobre el estómago. Este es el ejercicio en que las personas encuentran más dificultad, pues es el aspecto de la respiración menos utilizado. Pueden utilizarse instrucciones del estilo “hinchar la parte inferior del tronco contra el pantalón” o “dirigir el aire a la parte más baja posible del tronco”. Se debe reforzar cada pequeño avance e insistir en que no se fuerce la respiración ni se haga más rápida, indicando que se trata de respirar con la intensidad habitual, pero preocupándose por dirigir el aire hacia la parte inferior de los pulmones y en las sensaciones corporales que esto produce. La duración puede ser de 2 a 4 minutos.

Paso 2 Inspiración abdominal y ventral.

Objetivo: Aprender a dirigir el aire a la parte inferior y media de los pulmones.

En la posición ya descrita, dirija primero el aire a la parte inferior, al igual que en el ejercicio anterior y después, en la misma inspiración, pero marcando un tiempo diferente, que dirija el aire a la parte media, notando ahora cómo se hincha la zona de su cuerpo bajo la mano que está sobre el estómago. Si el ejercicio anterior se dominó adecuadamente, este no debe encerrar demasiada dificultad, no obstante, conviene insistir en que se haga la inspiración en dos tiempos. Como en el caso anterior, la duración del ejercicio es de 2 a 4 minutos y ha de repetirse 3 o 4 veces, con intervalo de descanso entre ellos.

Paso 3 Inspiración abdominal, ventral y costal.

Objetivo: Llevar a cabo una inspiración completa.

Colocado en la postura habitual, dirija el aire primero a la zona del vientre, luego a la del estómago y por último al pecho. Es importante hacer tres tiempos diferentes en la inspiración, uno por cada zona. Asimismo, es importante recordar que no se debe forzar la inspiración, por lo que conviene no exagerar la cantidad de aire que se dirige a cada zona a fin de no tener que forzar la inspiración pectoral. La duración es similar a los anteriores.

Paso 4 Espiración.

Objetivo: Llevar a cabo una espiración completa.

En la postura adecuada, lleve a cabo la inspiración como en el ejercicio anterior y después, que se centre en la expiración de forma que pueda hacerla más completa y así contribuir de manera más eficiente a la respiración. La espiración se debe hacer con los labios cerrados para que produzca un tenue ruido (especie de silbido), de esa forma puede regular que la espiración sea pausada y constante, no brusca. Al finalizar la espiración es conveniente silbar y elevar los hombros para ayudar a remover la parte de aire en la zona superior de los pulmones.

Paso 5 Ritmo inspiración-espiración.

Objetivo: Aprender una adecuada alternancia respiratoria.

Muy similar al anterior, ya que implica inspiración y espiración completa, pero ahora avanza un paso más: la inspiración aún cuando mantenga el recorrido habitual (ventral, estomacal, pectoral), ya no se hace en tres tiempos diferenciados, si no en uno continuo. Por lo demás, la espiración es similar a la del ejercicio anterior, pudiéndose sustituir el silbar y el espirar de forma ruidosa, para ir a un ciclo respiratorio completamente normal. Conviene estar atentos a que en el ejercicio se siga manteniendo la inspiración ventral.

Paso 6 Sobregeneralización.

• **Objetivo:** Sobregeneralización.

Una vez controlada la respiración en condiciones favorables, hay que aprender a utilizarla en las condiciones habituales. Para ello se repite el quinto ejercicio en distintas posiciones y situaciones. Puede iniciarse en la postura sentado, luego de pie, después andando, etc. También se practica con los ojos abiertos, mientras realiza otra tarea, etc. Por último, se practica en otras condiciones ambientales como ruidos, presencia de otras personas, etc. El paciente debe reproducir en estas circunstancias las sensaciones que experimentó cuando el entrenamiento se llevaba a cabo en condiciones óptimas.

Técnica de Visualización e imágenes guiadas.

La visualización y las imágenes guiadas son estrategias conductuales para el manejo del estrés y reducción de la ansiedad (Nezu y cols., 2006). El terapeuta induce a los pacientes a que elaboren mentalmente imágenes sedantes y placenteras. La inducción implica diversos estímulos para los cinco sentidos que incrementan la sensación de relajación.

El paciente crea un lugar seguro, puede ser una playa, una cabaña en un bosque, un jardín, etc. El terapeuta intensificará la experiencia sensorial con una voz sedante y detalles que la guíen (por ejemplo “sienta la suave brisa que acaricia su rostro conforme inhala y huele, con lentitud, el aire”).

Estas estrategias han demostrado su eficacia para afrontar diversos trastornos médicos, como el cáncer (“imagine a unos soldaditos que combaten a la células cancerosas”).

Entrenamientos en Habilidades sociales y conducta asertiva.

Méndez y cols. (2001) definen a las habilidades sociales *como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal, que expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, que defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas en las interacciones sociales.*

Objetivos

- Mejorar nuestras relaciones interpersonales.
- Sentimos bien, obtener lo que queremos.
- lograr nuestros metas.

Elementos del comportamiento social:

- Comunicación verbal.

Palabras.

Tono de voz.

- Comunicación no verbal.

Contacto visual.

Gestos faciales (expresión de la cara).

Movimientos de manos y brazos.

Postura y distancia corporal.

- Atención prestada al interlocutor.
- Percepción de los elementos expresivos del interlocutor.
- Evaluación de las respuestas del interlocutor.
- Duración de la respuesta o proporción del tiempo de habla del sujeto y del interlocutor.
- Turno alternante regulado por el contacto visual o las variaciones en la entonación.

Clasificación de habilidades sociales:

- Opiniones: manifestar opiniones personales y escuchar las opiniones de otros, tanto positivas como negativas, como acuerdo o desacuerdo.
- Sentimientos: expresar sentimientos propios y recibirlos de otros, positivos como afecto y negativos como enfado, por ejemplo, formular una queja.

- Peticiones: pedir a otra persona que diga, sienta o haga algo que desea el sujeto y admitir o rechazar peticiones de otros.
- Conversaciones: iniciar, mantener, terminar una conversación y participar en las conversaciones empezadas por otros.
- Derechos: defender los propios derechos, especialmente cuando otros los infringen, y respetar los derechos de los demás, por ejemplo, enfrentarse a las críticas, hacer reclamaciones o reconocer públicamente limitaciones personales, como admitir ignorancia.

Procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales:

Este procedimiento es descrito por Caballo (1991):

Evaluación:

La evaluación de las habilidades sociales se suele llevar a cabo mediante varios procedimientos combinados.

- Entrevista: Es el inicio de toda evaluación. Se identifican déficits a nivel molar o molecular.
- Instrumentos de autoinforme: Los cuestionarios de autoinforme son uno de los procedimientos más utilizados para evaluar los déficits en habilidades sociales por la relación costo-efectividad. Tres tipos de autoinforme: a) medidas de habilidad social (frecuencia de conducta social y grado de malestar), b) medidas de ansiedad social (miden ansiedad y evitación de situaciones sociales), y c) medidas de las cogniciones (grado de temor, y auto-verbalizaciones positivas y negativas).
- Informes de otras personas: Son una importante fuente de información.
- Auto-observación y registro: Es un elemento fundamental para tomar conciencia de su funcionamiento y que se mantenga la motivación para el cambio.

- Observación: En situaciones naturales (preparadas o no), y en situaciones artificiales (estructurada de interacción breve, y semiestructurada de interacción extensa = role-playing).

Justificación e instrucciones:

Se suele comenzar explicando por qué es importante tener habilidades sociales y de comunicación, cuales son básicas y por qué funcionan. Se discute con el paciente las razones a favor y en contra de la adquisición de la habilidad específica. Por ejemplo, se proporciona al paciente información sobre los derechos humanos básicos, distinción entre conducta asertiva, conducta pasiva y conducta agresiva.

Derechos humanos básicos:

- . Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- . Derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirte egoísta o culpable.
- . Derecho a ser independiente.
- . Derecho a tener opiniones y expresarlas.
- . Derecho a pedir información.
- . Derecho a cometer errores.
- . Derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
- . Derecho a cambiar de opinión.
- . Derecho a obtener aquello por lo que pagas.
- . Derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
- . Derecho a estar solo cuando así lo decidas.
- . El derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de otras personas.
- . El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás.

Estilos de respuestas:

Pasiva. En la conducta pasiva, la persona antepone los derechos de los demás, dejando de lado sus propios derechos, tratando de evitar por este medio que se produzca un conflicto.

La persona no expresa honestamente sus sentimientos, pensamientos u opiniones. Cuando los expresa lo hace de manera derrotista, con disculpas y sin convicción.

El mensaje que envía es "lo que tu quieras lo acato, importa más lo tuyo que lo mío".

Este tipo de respuesta suele acompañarse de conductas no verbales como: bajar la mirada, voz vacilante y movimientos nerviosos o inapropiados.

Las consecuencias de este tipo de conducta son los conflictos interpersonales, perder oportunidades, imagen pobre de si mismo.

Agresiva. En la conducta agresiva la persona defiende sus derechos de manera inapropiada, pasando por encima de los derechos de los demás, utilizando estrategias de manipulación, humillación y degradación.

El mensaje que comunica a su interlocutor es, "soy superior a ti, es más importante lo mío que lo tuyo, mis opiniones, sentimientos y pensamientos cuentan más que los tuyos".

Los comportamientos no verbales son: mirada fija agresiva, aumento del volumen de la voz, gestos o posturas de amenaza.

Las consecuencias de este tipo de conducta son negativas, se tienen conflictos interpersonales, sentimientos de culpa.

Asertiva. La conducta asertiva implica la expresión directa de nuestros sentimientos, pensamientos y necesidades, respetando los derechos de los demás.

La conducta no verbal es el contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, habla fluida, gestos firmes, postura erecta. Mensajes en primera persona.

Los efectos son crear la mayoría de las oportunidades. Resuelve los problemas, buenas relaciones interpersonales.

Modelado:

La mayoría de programas de habilidades sociales incluyen el modelado como un componente fundamental del entrenamiento. La exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento, permite el aprendizaje de ese modo de actuación. Los factores que pueden incrementar la efectividad del modelado son: 1) Cuando el modelo suele ser representado por el terapeuta o por algún miembro del grupo, 2) La similitud del modelo y el observador, 3) Cuando la conducta de modelo se encuentra más próxima a la del observador, 4) Cuando el observador practique la conducta del modelo.

Ensayo de conducta:

El ensayo de conducta es el elemento fundamental del EHS ya que los pacientes toman un papel activo en la adquisición de conductas. El objetivo del ensayo conductual es que el paciente practique las conductas adecuadas en un contexto controlado donde pueda ser observado y recibir retroalimentación y reforzamiento. Un modo de llevarlo a cabo es a través de un role-playing, donde el paciente y el terapeuta interpretan los papeles de las situaciones concretas en las que el paciente muestra déficit de habilidades sociales.

Las primeras representaciones seguirán un guión preestablecido, donde el terapeuta facilita y controla la conducta del sujeto, posteriormente, el paciente tomará alguna iniciativa en la intervención. Cuando el paciente domina la conducta que se está representando, las escenificaciones que se harán de manera improvisada.

Hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: no se deben trabajar varios problemas a la vez (sólo una conducta), en las sesiones se debe trabajar el problema que se expuso al comienzo de la sesión o en la sesión anterior, no ir variando continuamente; se debe elegir una situación reciente o próxima en el tiempo; se debe evitar prolongar el ensayo de la conducta más de tres minutos, y las respuestas deberán ser tan cortas como sea posible.

Feedback o Retroalimentación:

El terapeuta informa al paciente sobre los aspectos no habilidosos de la ejecución del paciente. Un ejemplo sería “vas a repetir la conducta que acabas de hacer, pero esta vez no mires a los ojos tan fijamente”, ya que puede interpretarse como agresiva tu mirada fija. Para que el role-playing sea efectivo, ha de incluir la retroalimentación de cómo se ha llevado a cabo. El feedback que es más conveniente dar en primer lugar es el positivo, y posteriormente, el corrector. Algunos aspectos que se requieren para su aplicación: el feedback ha de ser dirigido a la conducta, pero no a la persona, el feedback ha de centrarse inicialmente en los aspectos positivos verbales y no verbales de la actuación, el feedback corrector se lleva a cabo después de resaltar los aspectos positivos, y se han de comentar con el paciente los aspectos anteriores, para que pueda expresar su opinión y el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto al feedback; es más efectivo si se da inmediatamente después de realizar la conducta.

Reforzamiento:

El reforzado habitualmente utilizado es la felicitación o alabanza verbal, signos de aprobación como el aplauso, la sonrisa, etc.. como “muy bien has mirado a los ojos a tu interlocutor cuando le estabas hablando”.

Tareas para casa:

La asignación de tareas para casa (de menor a mayor dificultad) se realiza cuando se ha alcanzado en el entrenamiento llevado a cabo en las sesiones, un nivel mínimo de competencia que permite obtener algún éxito en la tarea a realizar. El terapeuta debe advertir que llevar a cabo correctamente una conducta, no garantiza la aceptación o aprobación de los demás, sino que incrementa la probabilidad de éxito en las relaciones sociales. Esta práctica, en situaciones naturales, promueve la generalización y contribuye al mantenimiento de los cambios terapéuticos.

6. Resultados obtenidos

6.1 Preconsultas y evaluaciones

En la Tabla 5 se relacionan los pacientes atendidos en Preconsulta (PC) y aplicación de Evaluaciones (E).

Tabla 5 *Pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.*

Fecha	Paciente	Actividad	Sexo	Edad	Ocupación	Motivo de consulta
16/01/13	1	PC/E	F	16	estudiante	violencia escolar
24/01/13	2	PC/E	F	48	empleada UNAM	muerte de hijo
11/02/13	3	PC/E	F	23	estudiante	violencia intrafamiliar
18/02/13	4	PC/E	F	16	estudiante	violencia intrafamiliar
20/02/13	5	PC/E	M	20	estudiante	falta de concentración
21 /02/13	6	PC/E	F	16	estudiante	problemas de conducta
25 /02/13	7	PC/E	F	19	estudiante	depresión
27 /02/13	8	PC/E	M	26	desempleado	depresión
11/03/13	9	PC/E	F	14	estudiante	problemas de conducta
13/03/13	10	PC/E	F	50	ama de casa	depresión
20/03/13	11	PC	M	11	estudiante	bajo rendimiento escolar
20/03/13	12	PC/E	M	49	empleado	custodia de su hija
2/04/13	13	PC	M	11	estudiante	falta de atención
2/04/13	14	PC/E	M	29	empleado	depresión
4/04/13	15	PC/E	M	20	estudiante	ansiedad
4/04/13	16	PC/E	F	49	academica	problemas familiares.
11/04/13	17	PC/E	F	21	estudiante	depresión
11/04/13	18	PC/E	F	38	empleada	conflictos familiares
13/05/13	19	PC	M	34	comerciante	problemas de relación
21/05/13	20	PC	F	58	instructora de yoga	ataques de pánico
12/06/13	21	PC	F	59	jubilada	ansiedad
19/06/13	22	PC	M	56	profesor	tristeza

A los pacientes que presentan una problemática más severa, se les aplicó el inventario multifásico de personalidad. De acuerdo a los resultados del inventario mencionado, a una paciente (1) se le canalizó a un hospital psiquiátrico, véase Tabla 6.

Tabla 6 *Pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.*

Fecha	Paciente	Actividad	Sexo	Edad	Ocupación	Motivo de Consulta	de
28/02/13	1	E-MMPI-A	F	16	estudiante	problemas de conducta	
28/02/13	2	E-MMPI-A	F	20	estudiante	falta de concentración	

6.2 Historias Clínicas

En la Tabla 7 se relacionan los pacientes atendidos durante el periodo del servicio social, a los cuales se les realizó la historia clínica.

Tabla 7 *Pacientes atendidos en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.*

Fecha	Paciente	Actividad	Sexo	Edad	Ocupación	Motivo de Consulta	Impresión Diagnostica
23/01/13	1	HC	F	16	estudiante	violencia escolar	esquizofrenia
31/01/13	2	HC	F	48	empleada UNAM	muerte de hijo	depresión
20/02/13	3	HC	F	20	estudiante	violencia intrafamiliar	problemas de relación
27 /02/13	4	HC	F	23	estudiante	problemas de pareja	trastornos de la conducta alimentaria
27 /02/13	5	HC	M	20	estudiante	falta de concentración	TDAH con predominio de déficit de atención.
6/03/13	6	HC	F	16	estudiante	problemas de conducta	esquizofrenia,depresión
6/03/13	7	HC	M	26	desempleado	depresión	depresión
20/03/13	8	HC	F	14	estudiante	problemas de conducta	problemas de relación
21/03/13	9	HC	F	50	ama de casa	depresión	trastornos depresivos
10/04/13	10	HC	M	20	estudiante	ansiedad	trastornos de ansiedad
10/04/13	11	HC	F	49	academica	conflictos familiares	problemas de relación
11/04/13	12	HC	F	21	estudiante	depresión	trastornos depresivos
11/04/13	13	HC	F	38	empleada	conflictos familiares	trastornos depresivos
11/04/13	14	HC	M	29	empleado	depresión	trastornos depresivos

6.3 Intervención cognitivo conductual individual supervisada.

De acuerdo al programa establecido con la supervisora del Servicio Social, se realizó la propuesta de intervención cognitivo conductual para una paciente, estableciéndose el tratamiento en 8 sesiones de una hora a la semana (véase Tabla 8).

Tabla 8 *Paciente atendida en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.*

Fecha	Expediente	Actividad	Sexo	Edad	Ocupación	Motivo de Consulta	Impresión Diagnóstica
21/05/13	1	tx individual	F	73	jubilada	problemas con su hijo	problemas de relación

6.4 Resultados en relación a la impartición del Taller Cognitivo Conductual “Aprendiendo a mejorar mi estado de ánimo”.

Para conocer los resultados del taller cognitivo conductual fue necesario comparar las evaluaciones antes y después de la impartición del mismo para cada uno de los participantes.

Para la evaluación de los pacientes se aplicó el inventario de depresión y ansiedad de Beck. Estos inventarios fueron estandarizados para la población mexicana (Jurado y cols., 1998; Robles y cols., 2001) y han sido utilizados en múltiples investigaciones.

Los niveles de depresión son los siguientes:

Depresión mínima, 0-9

Depresión leve, 10-16

Depresión moderada, 17-29

Depresión grave, 30-63

Los niveles de ansiedad son los siguientes:

Ansiedad Mínima 0-5

Ansiedad Leve, 6-15

Ansiedad Moderada, 16-30

Ansiedad Severa, 31- 63

En la Tabla 9 se muestran los valores de depresión y ansiedad de cada uno de los pacientes al inicio y al finalizar el taller. Como se observa se obtuvo una reducción, tanto en los niveles de ansiedad como de depresión en la mayoría de los pacientes. Únicamente un paciente que reportó una depresión y ansiedad en niveles mínimos, se mantuvo sin cambio.

Tabla 9 *Depresión y Ansiedad de Beck.*

Paciente	Depresión Pre-test	Depresión Post-test	Ansiedad Pre-test	Ansiedad Post-test
1	11	7	12	6
2	30	4	32	19
3	28	3	28	6
4	23	9	16	11
5	8	8	4	4
6	11	4	14	3
7	16	3	20	2
8	16	8	18	13
9	29	27	39	23
10	27	7	47	9
11	9	7	16	4
12	4	2	11	2

En la Figura 3 se observa que al inicio del taller cognitivo conductual los valores de depresión se encontraban en un rango de moderado y después de la aplicación del taller hubo una disminución de estos valores, descendiendo hasta un nivel mínimo para la mayoría de los participantes, a excepción de un paciente.

Figura 3. Depresión pre test y post test.

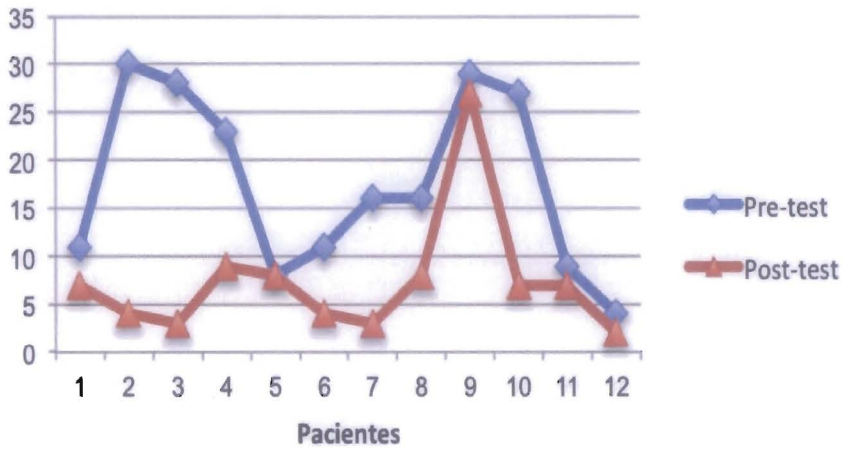
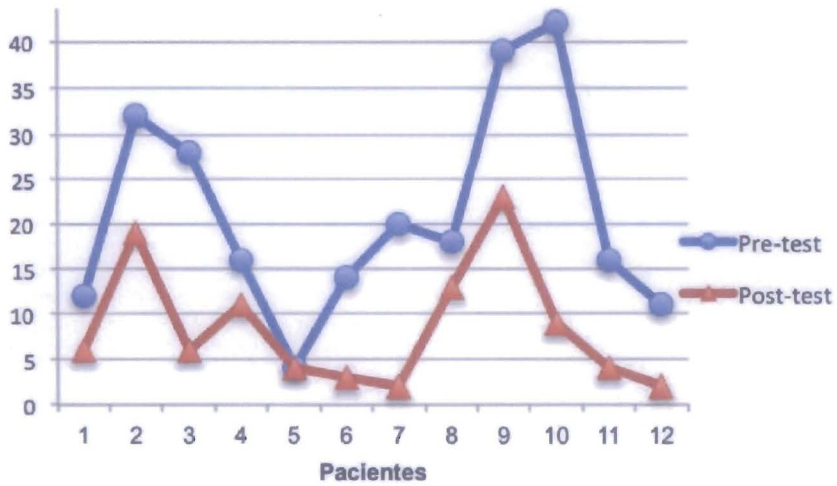


Figura 4. Ansiedad pre test y post test.



Al analizar la Figura 4 visualizamos que los pacientes reflejaron una mejoría en relación a la Ansiedad presentada antes y después de la intervención Cognitivo - Conductual. De cuatro pacientes que presentaban ansiedad severa, dos disminuyeron a nivel moderado, uno a nivel leve y otro a nivel mínimo.

Para calcular la significancia de los cambios para los niveles de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento cognitivo – conductual se utilizó la prueba de Wilcoxon. El intervalo de confianza establecido fue del 95%.

Los resultados obtenidos con el Software SPSS versión 17 se muestran en las Tablas 10 y 11 para ansiedad y depresión, respectivamente.

Tabla 10 Resultados de la prueba de Rangos de Wilcoxon para Ansiedad.

Rangos			
	N	Rango Medio	Suma de Rangos
Ansiedad post - Rangos	11 ^a	6,00	66,00
Ansiedad pre Negativos			
Rangos Positivos	0 ^b	,00	,00
Ligas	1 ^c		
Total	12		

a. Ansiedad post < Ansiedad pre
b. Ansiedad post > Ansiedad pre
c. Ansiedad post = Ansiedad pre

Prueba Estadística^b

	Ansiedad post - Ansiedad pre
Z	-2,936 ^a
Asimp. Sig. (2-colas)	,003

- a. Basado en los rangos positivos.
- b. Prueba de Rangos de Wilcoxon.

Se concluye que hay diferencias significativas en los valores de ansiedad antes y después del tratamiento cognitivo-conductual (sig. 0,003 <0,05).

Tabla 11 *Resultados de la Prueba de Rangos de Wilcoxon para depresión.*

Rangos		N	Rango Medio	Suma de Rangos
Depresión post - Depresión pre	Rangos Negativos	11 ^a	6,00	66,00
	Rangos Positivos	0 ^b	,00	,00
Ligas		1 ^c		
Total		12		
a. Depresión post < Depresión pre				
b. Depresión post > Depresión pre				
c. Depresión post = Depresión pre				

Prueba Estadística^b

	Depresión post - Depresión pre
Z	-2,940 ^a
Asimp. Sig. (2-colas)	,003

a. Basado en rangos positivos.

b. Prueba de Rangos de Wilcoxon.

Asimismo se concluye que hay diferencias significativas en los valores de depresión antes y después del tratamiento cognitivo–conductual (sig. 0,003 <0,05).

Por lo tanto, con base en los resultados de la Prueba Estadística de Wilcoxon, la terapia aplicada modificó favorablemente el estado de ansiedad y de depresión que inicialmente presentaban los pacientes.

7. Recomendaciones y/o sugerencias.

El Centro de Servicios Psicológicos CSP proporciona las herramientas para aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de Psicología. Sin embargo, existe un déficit en la atención de los pacientes dado que existe una limitación de espacio, así como la gran demanda de pacientes que requieren atención psicológica.

Como alternativa para solucionar la limitante de no contar con espacio suficiente para la atención psicológica de pacientes, se sugiere incrementar el número de talleres que ofrezca el CSP, dando prioridad a este tipo de intervención Cognitivo – Conductual, respecto del tratamiento individual, de esta forma un número mayor de pacientes serán beneficiados, reduciéndose de manera significativa el tiempo de espera.

La propuesta de Tratamiento Cognitivo Conductual TCC llevada a cabo en el “Taller Mejorando mis Emociones”, estructurada en 8 sesiones de 2 horas a la semana, para 12 pacientes con trastornos Ansioso – Depresivos, con edades que fluctuaron entre 40 y 60 años, tuvo resultados satisfactorios, ya que se reportó una disminución tanto de los síntomas depresivos, como de los síntomas ansiosos. Estos resultados concuerdan con lo reportado en tratamientos de TCC en trastornos de ansiedad (Garriga y cols., 2009) y trastornos del estado de ánimo (Martínez y Piqueras, 2010).

Sin embargo, se podría mejorar la eficacia del tratamiento, modificando el horario de impartición del taller, por ejemplo, para el caso de pacientes que trabajan, ajustar el horario (15:00 – 17:00 horas) para que los participantes asistan a la sesiones completas, o se evite el abandono del tratamiento.

Asimismo, se propone que se inicien las sesiones con el entrenamiento en relajación, con el propósito de disminuir los síntomas de ansiedad de los pacientes y que se obtenga una mejor atención de las técnicas realizadas, lográndose finalmente, una buena adherencia terapéutica.

En el taller se dio prioridad a las técnicas de entrenamiento en relajación y a la reestructuración cognitiva, por lo que sería necesario incrementar hasta 12 el número de sesiones, para profundizar en el entrenamiento en habilidades sociales y en la solución de problemas, por lo relevante que estas técnicas son para el tratamiento de los trastornos trabajados. Se recomienda un estudio de seguimiento para evaluar la eficacia del tratamiento a los tres y seis meses, como una posibilidad de mejora al presente trabajo.

Se sugiere que el diseño del taller sea de las primeras actividades que realice el prestador de Servicio Social y pueda ser impartido a dos grupos con la misma sintomatología, con la finalidad de optimizar los recursos del **Programa “Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa.”**

Cabe destacar que el apoyo proporcionado por el personal involucrado, muy especialmente, de la directora del CSP para la realización del servicio social, me permitió cumplir con los objetivos planeados.

8.Referencias bibliográficas.

- Acosta, F. y Rivera, M. (2011). Depresión y Ansiedad en una muestra de individuos mexicanos desempleados. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3 , 35-42. DOI:10.5460/jbhsi.v3.1.27682.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-IV-TR . España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-5. España: Panamericana.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association* (3a ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (18a. ed.). España: Desclée de Brouwer.
- Bello, M., Puentes, E., Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*. Vol. 47, 1, Pp. S4-S11.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *salud pública de México*, 55(1), 74-80.
- Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" (2013). Guía para los procesos de auditoría y certificación ISO 9000. Facultad de Psicología, UNAM. Documento interno.
- Díaz, M. I., Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (2012). Historia de la Terapia cognitivo conductual. En M. A. Ruiz , M. I. Díaz y A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid, España: UNED.
- Dobson, K. y Franche, R. (1991) *La práctica de la terapia Cognitiva*. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Ellis, A. y Lega, L. (1993) Como aplicar algunas reglas básicas del Método Científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual*, 1, 101-110.

- Garriga, A., Martín, J. y López, C. (2009). Tratamiento cognitivo- conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8 (2), 79-93.
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*, Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Hollon, S. D. y Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety*, 27, 891-932.
- Irurtia, M. J., Salazar, Trastorno de ansiedad generalizada. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 303-307). Madrid: Pirámide.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y 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.
- Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges G, y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Lega, L. (1991). La terapia racional- emotiva: una conversación con Albert Ellis. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Lega, L. Caballo V., y Ellis, A. (1997) *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*, Madrid, España : Siglo XXI.
- Martínez, A.E. y Piqueras, J.A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Rev Neurol*, 50 (3), 167- 78.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara M., M., Benjet, C., Blanco J., J. y Fleiz B., C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-15.
- Méndez, F. Olivares, J y Moreno, P. (2001). Técnicas de reestructuración

- cognitiva. En J. Olivares, J. y F. Méndez, F. (2001) (Eds.) *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Mendoza González B.(2010) *Manual de autocontrol de enojo*. México, México: Manual Moderno.
- Nezu, A. Nezu, C. y Lombardo, E. (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales*. México, México: Manual Moderno.
- Nieto, J. (2013). *Cuarto informe de actividades 2013*. Recuperado del sitio de internet: Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/informesyplanes/4to_Informe_anual2010_Fac_Psicologia_2009_2013_JNG_UNAM.pdf
- Nieto, J. (2015). *Segundo informe de actividades 2015*. Recuperado del sitio de internet: Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/informesyplanes/2_Informe_anual_2015_Facultad_Psicologia_Dr._Javier_Nieto_Segundo_periodo.pdf
- Olivares, J. y Méndez, F. (2001) *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Reyes Castro, R. y Pulido Rull, M.A. frecuencia de depresión y comorbilidad con ansiedad en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [en línea] 2011, 16 (Julio-Diciembre) : [Fecha de consulta: 4 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29222521009>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-217.
- Valencia, A y Dávila ,Y.(2010) Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha Revista de Psicología*, 1, (14), 1-11.
- Vera, N., y Vila, J. (1991). Técnicas de Relajación. En V. Caballo (Comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Madrid, España: Siglo XXI.

9. Anexos

Anexo 1 PRE CONSULTA

EXPEDIENTE: _____

PACIENTE DE PRIMERA VEZ: () FECHA: _____

PACIENTE DE REINGRESO: () CUOTA DE RECUPERACIÓN: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: (F) (M) ESTADO CIVIL: _____ TELÉFONO: _____

FAMILIOGRAMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN:

ÁREAS AFECTADAS POR EL PROBLEMA:

TIPO DE CANALIZACIÓN: INTERNA () EXTERNA ()

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESIÓN:

SOLUCIONES ADOPTADAS:

ENTREVISTADOR: _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

SUPERVISOR: _____

CSP-/PREC

Anexo 2 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nº DE EXPEDIENTE: _____

Nombre: _____	Fecha: _____
---------------	--------------

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Rubonzarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Puntuación: _____

Anexo 3 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

N° DE EXPEDIENTE: _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una

Nombre: _____

Fecha: _____

Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección

- 0 Yo no me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- 0 Yo no me siento como un fracasado
- 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3 Siento que soy un completo fracaso como
- 0 Yo no me siento desilusionado de mi mismo
- 1 Estoy desilusionado de mi mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio
- 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
- 1 Siento que podría ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que he sido castigado
- 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1 Me siento descorazonado por mi futuro
- 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
- 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo
- 0 En realidad yo no me siento culpable

- 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo
- 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría suicidarme
- 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1 Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores
- 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
- 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1 Me enoja o irrita más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1 Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3 Ya no puedo tomar decisiones
- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Requiere de más esfuerzo para iniciar algo
- 2 Tengo que obligarme para hacer algo
- 3 Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 0 Yo no me canso más de lo habitual
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso
- 3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
- 1 He perdido más de dos kilogramos
- 2 He perdido más de cinco kilogramos
- 3 He perdido más de ocho kilogramos
- A proposito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI _____ NO _____
- 0 Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo

- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo
- 0 Yo no lloro más de lo usual
- 1 Llora más ahora de lo que solía hacerlo
- 2 Actualmente lloro todo el tiempo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
- 0 Yo no he perdido el interés en la gente
- 1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2 He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3 He perdido todo el interés en la gente
- 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
- 1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
- 3 Creo que me veo feo (a)
- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2 Mi apetito está muy mal ahora
- 3 No tengo apetito de nada
- Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

Puntuación _____

Anexo 4 Historia clínica

												Expediente:				
												Fecha:				
I. FICHA DE IDENTIFICACION																
Nombre												Edad				
Sexo	H	M	Estado Civil:			Soltero:		Casado:		Union libre:		Divorciado:		Viudo:		
Dirección:												Teléfono				
Fecha y lugar de nacimiento:																
Lugar de residencia los últimos 5 años:												Religión				
Nivel máximo de escolaridad:												Ocupación				
Si tiene hijos especificar:																
		No.	Sexo	Edad		No.	Sexo	Edad		No.	Sexo	Edad		No.	Sexo	Edad
		1				3				5				7		
		2				4				6				8		
Fue referido por alguna institución:				NO	SI	¿Cuál?										
Motivo:																
Impresión Dx. <i>preconsulta</i> :																
•Instrumentos aplicados y resultados																
1																
2																
3																
4																
•Diagnóstico para el establecimiento del tratamiento																

II. MOTIVO DE CONSULTA

II a	Principales antecedentes al motivo de consulta

II b Situación actual del motivo de consulta

III. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

III.a Edad y condición actual de salud de familiares directos (abuelos, padres, hermanos)
III.b Historia de enfermedades crónicas y/o mentales (abuelos, padres, hermanos)
III.c Descripción de la dinámica de la familia de origen

IV. PERIODO DEL DESARROLLO (2 a 19 años)

IV a	Historia del desarrollo pre y postnatal
IV b	Historia de la primera infancia (2 a 6 años)

--

IV c	Historia de la segunda infancia (6 a 12 años)
IV d	Periodo de adolescencia (12 a 19 años)

V. PATRONES DE AJUSTE ADULTOS (más de 19 años)

V a	Desarrollo Académico y Profesional
V.b	Patrones de Trabajo
V.c	Ajustes Afectivos y Emocionales

V d Patrones de Salud (indique peso y talla), Adicciones y Sexualidad

V.e Ajustes Sociales, Recreativos y Culturales
V f Dinámica Familiar

VI. EXAMEN MENTAL

VI a	Conducta y aspecto general del paciente (<i>habitus exterior</i>)
VI b	Cognición y estado sensorio-motor
	b.1 Grado de orientación en las tres esferas b.2 Atención y concentración b.3 Memoria b.4 Recursos intelectuales

VI c	Discurso
VI d	Contenido del pensamiento

VI e Creencias y experiencias anormales de la interpretación de eventos

e1. *Especificar contenidos, inicio y el grado de fijación*

e2. *Experiencias anormales*

VI f Afectividad

VI g Juicio

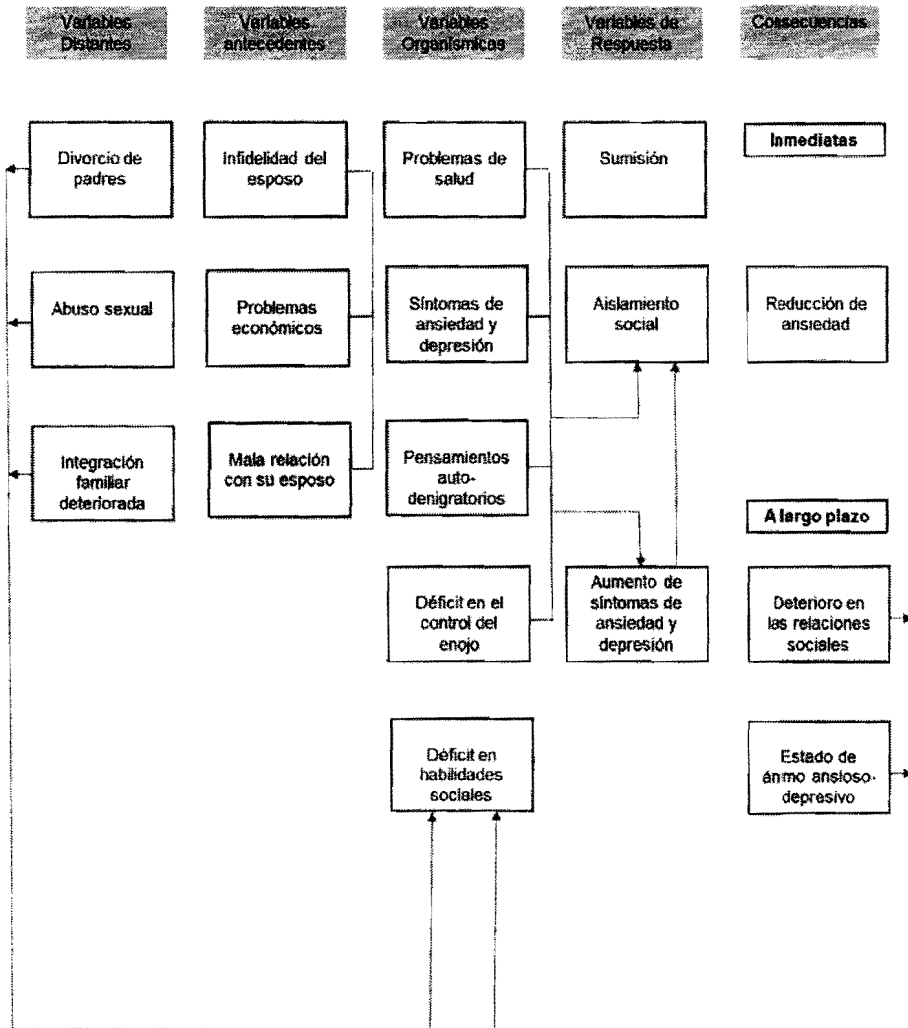
VI h	Personalidad						
h.1	Actitudes hacia sus relaciones	h.2	Actitudes hacia si mismo	h.3	Actitudes morales y religiosas		
h.4	Humor y ánimo	h.5	Intereses y actividades libres	h.6:	Reacción a situaciones críticas	h.7	Rasgos de carácter

VII. INFORMACION DEL EXAMINADOR

VII a	Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente
VII b	Información técnica de la aplicación de la entrevista
VII.c	Observaciones

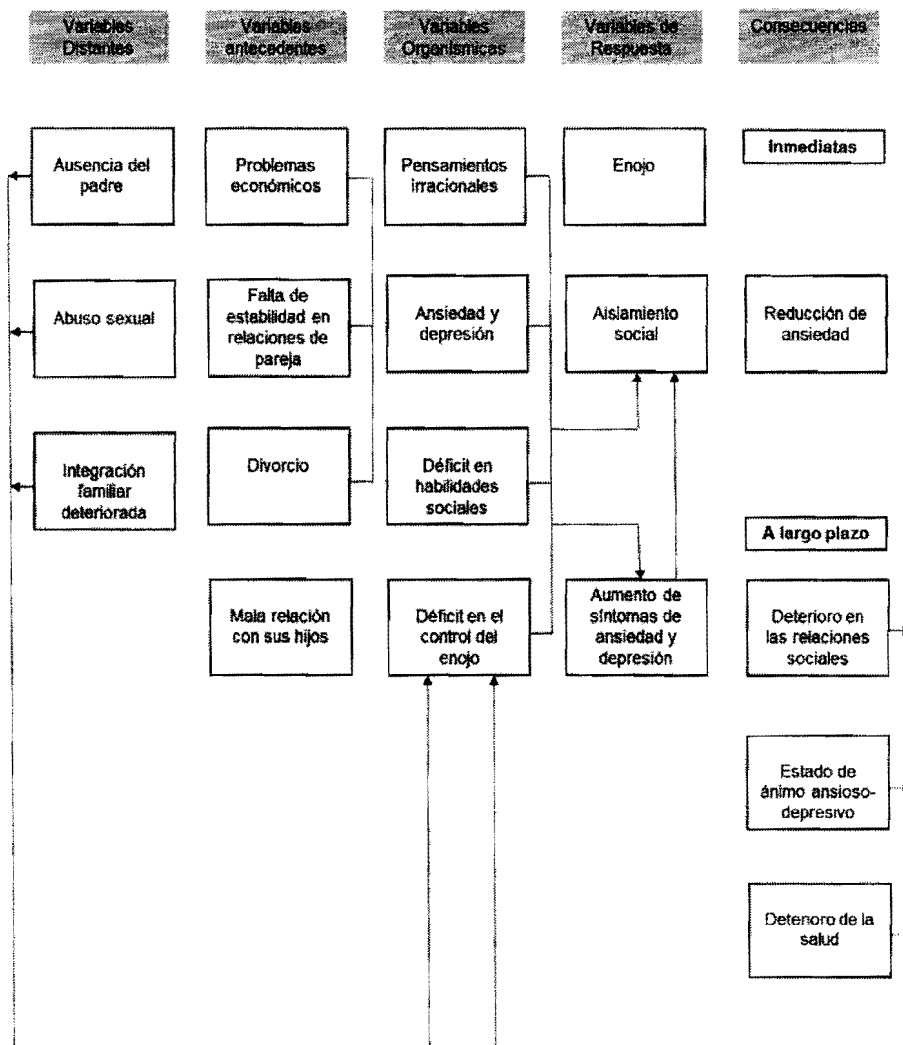
Anexo 5

Figura 5. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 2.



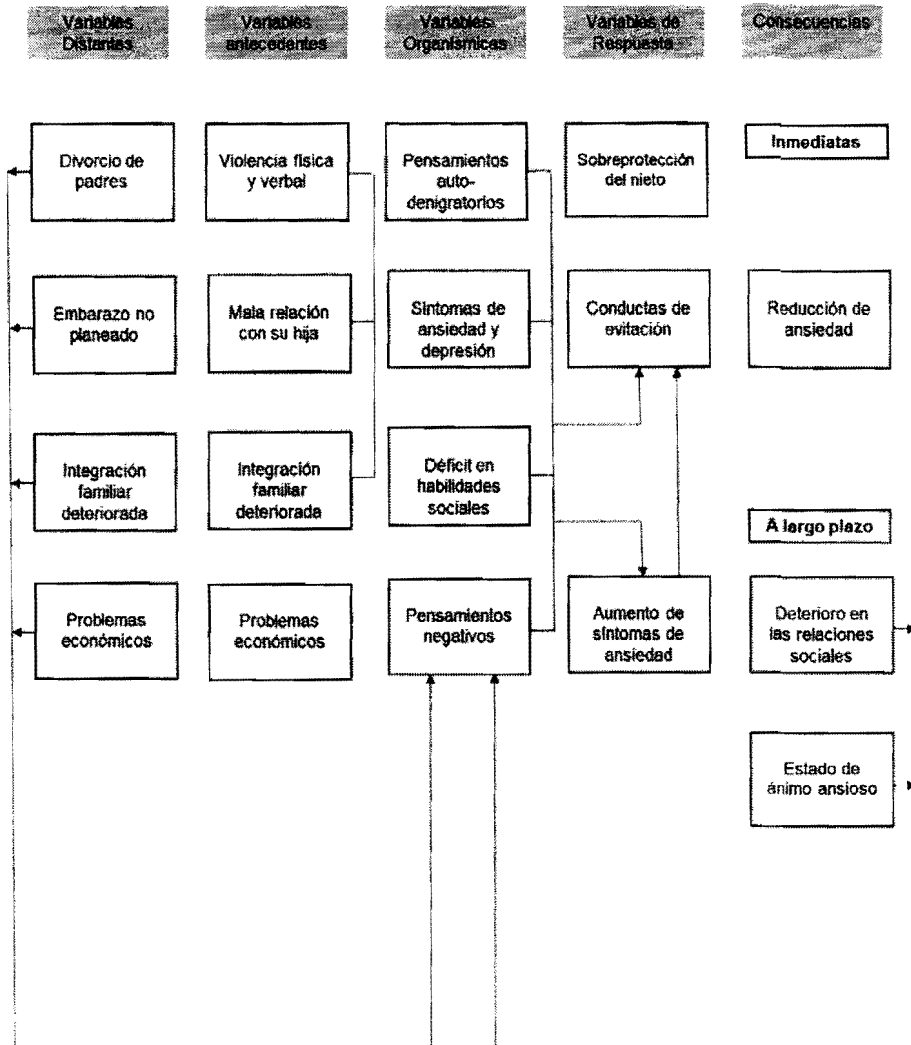
Anexo 5

Figura 6. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 3.



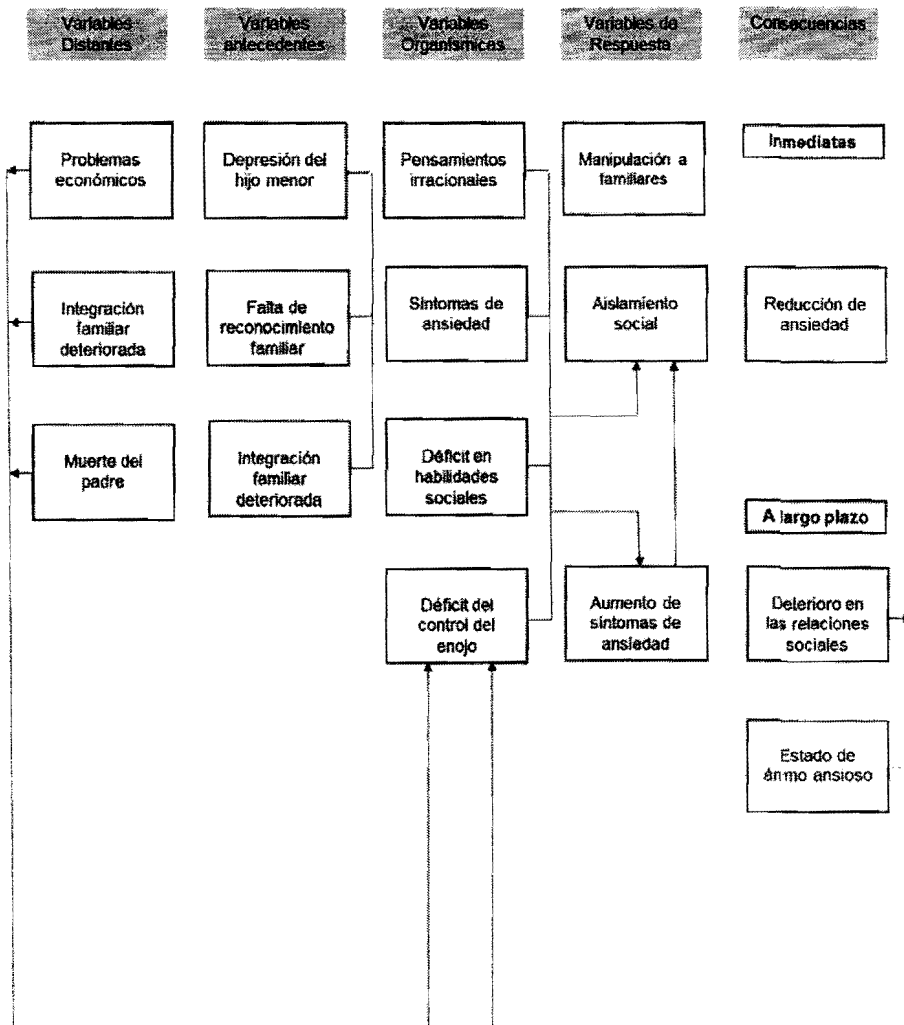
Anexo 5

Figura 7. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 4.



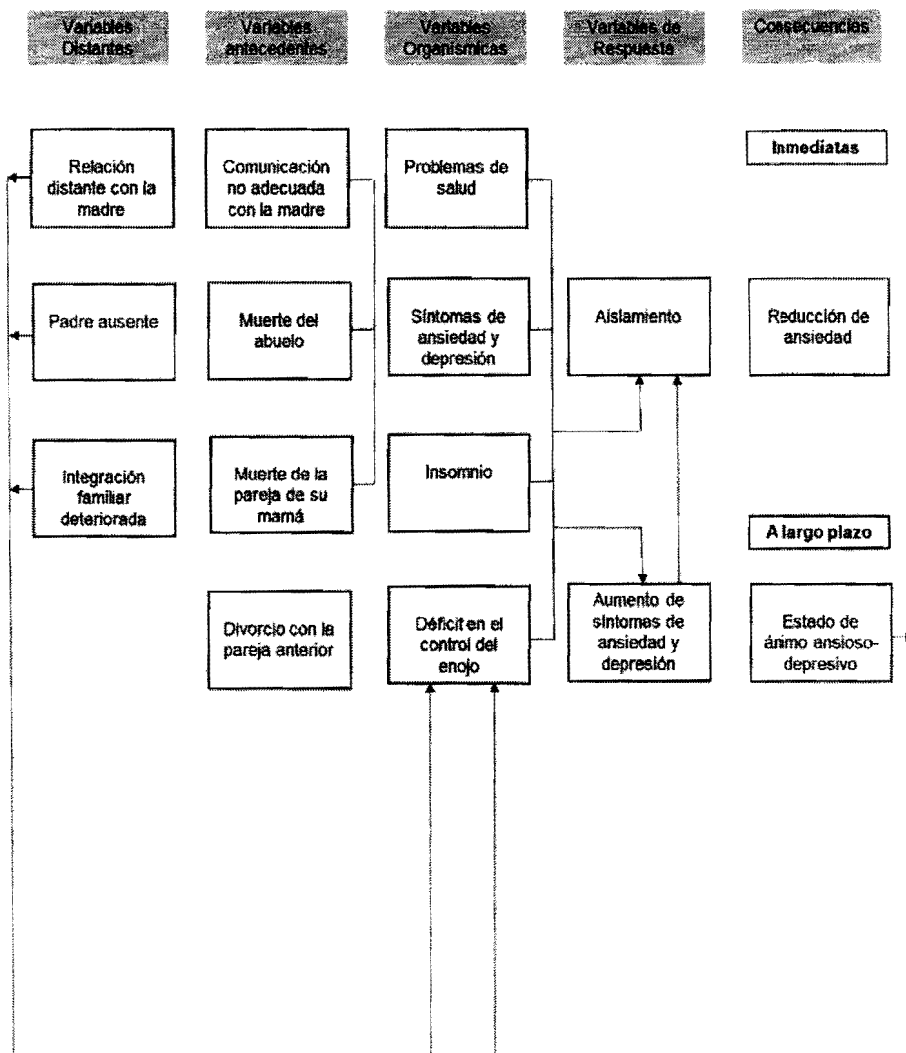
Anexo 5

Figura 8. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 5.



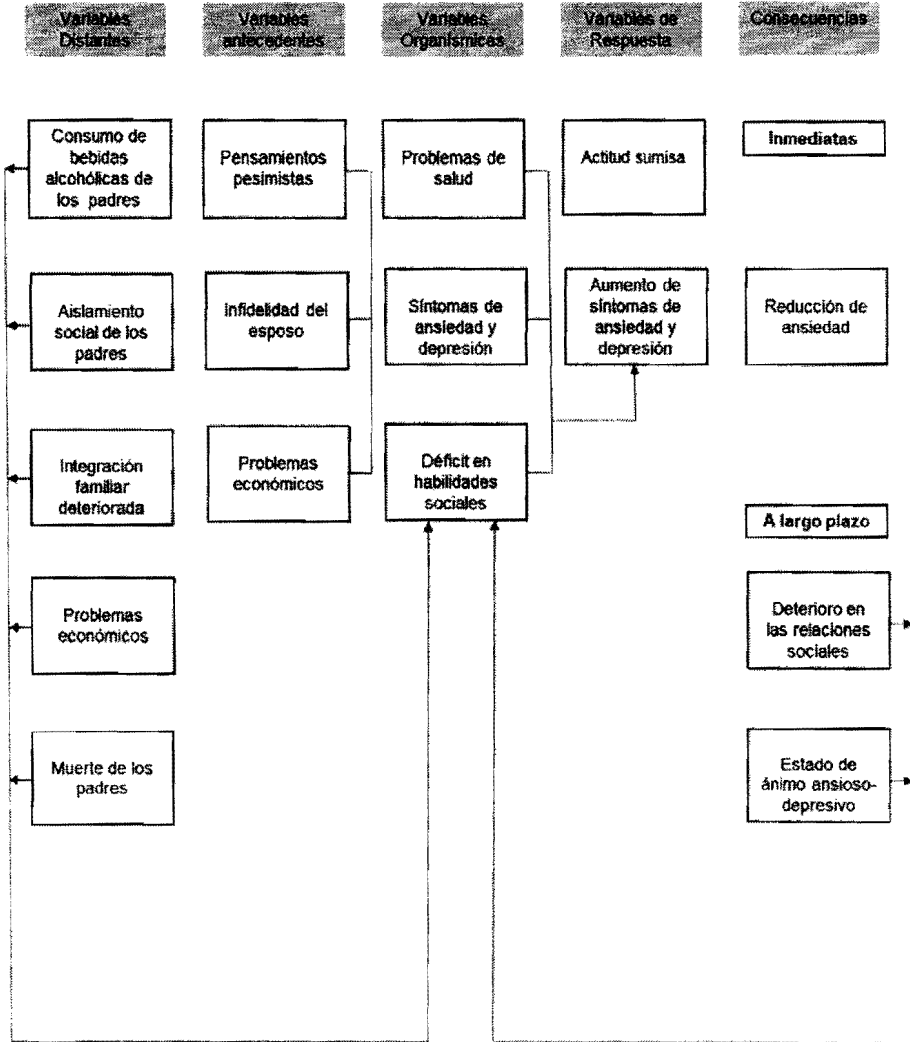
Anexo 5

Figura 9. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 6.



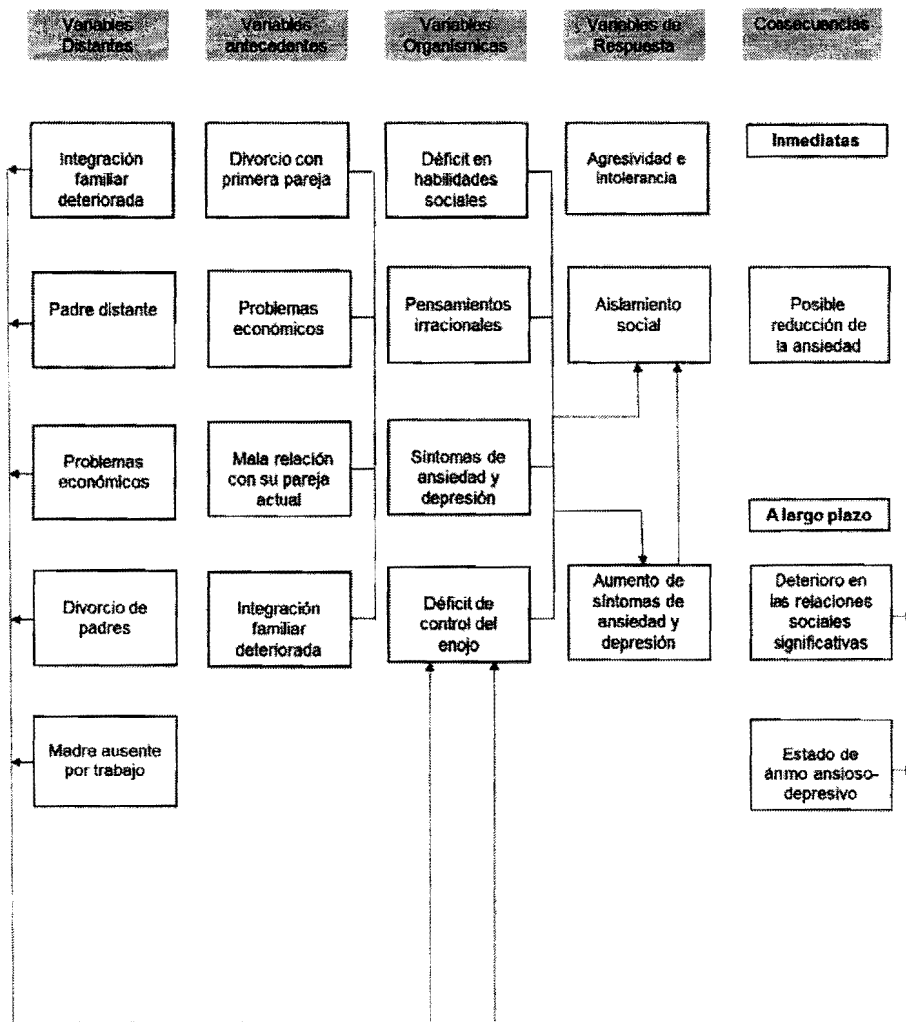
Anexo 5

Figura 10. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 7.



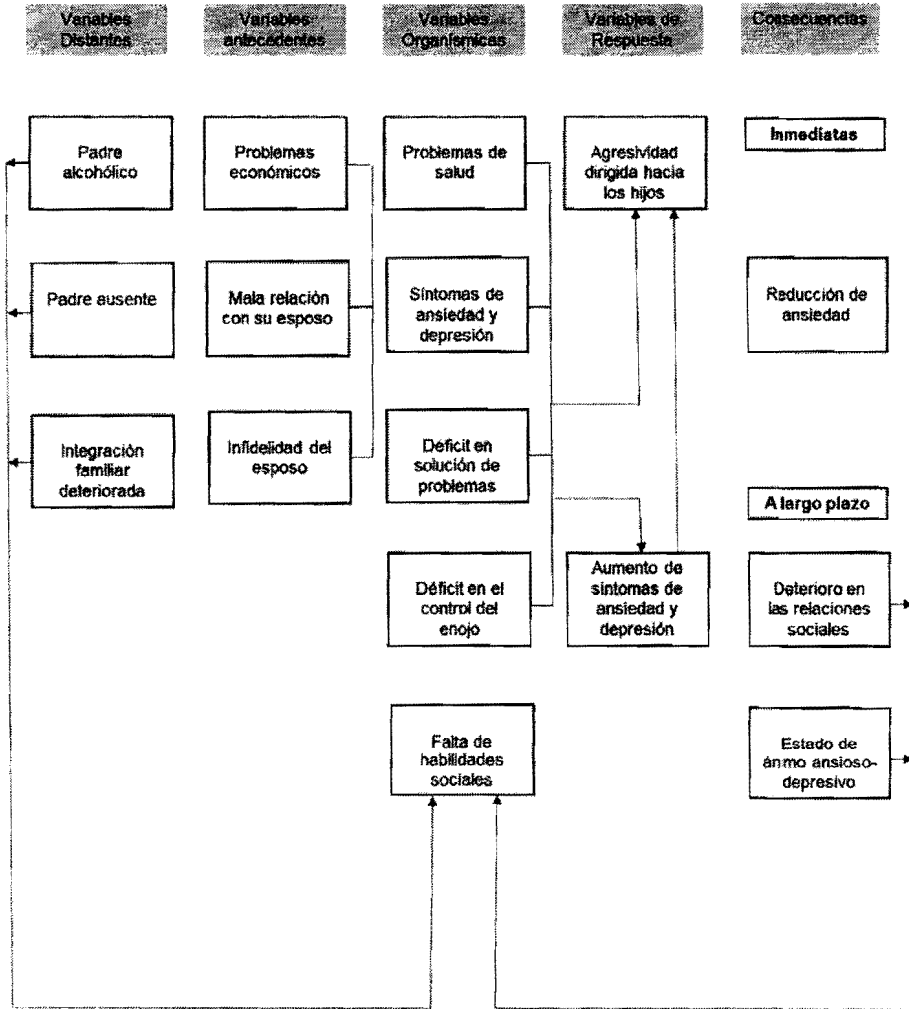
Anexo 5

Figura 11. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 8.



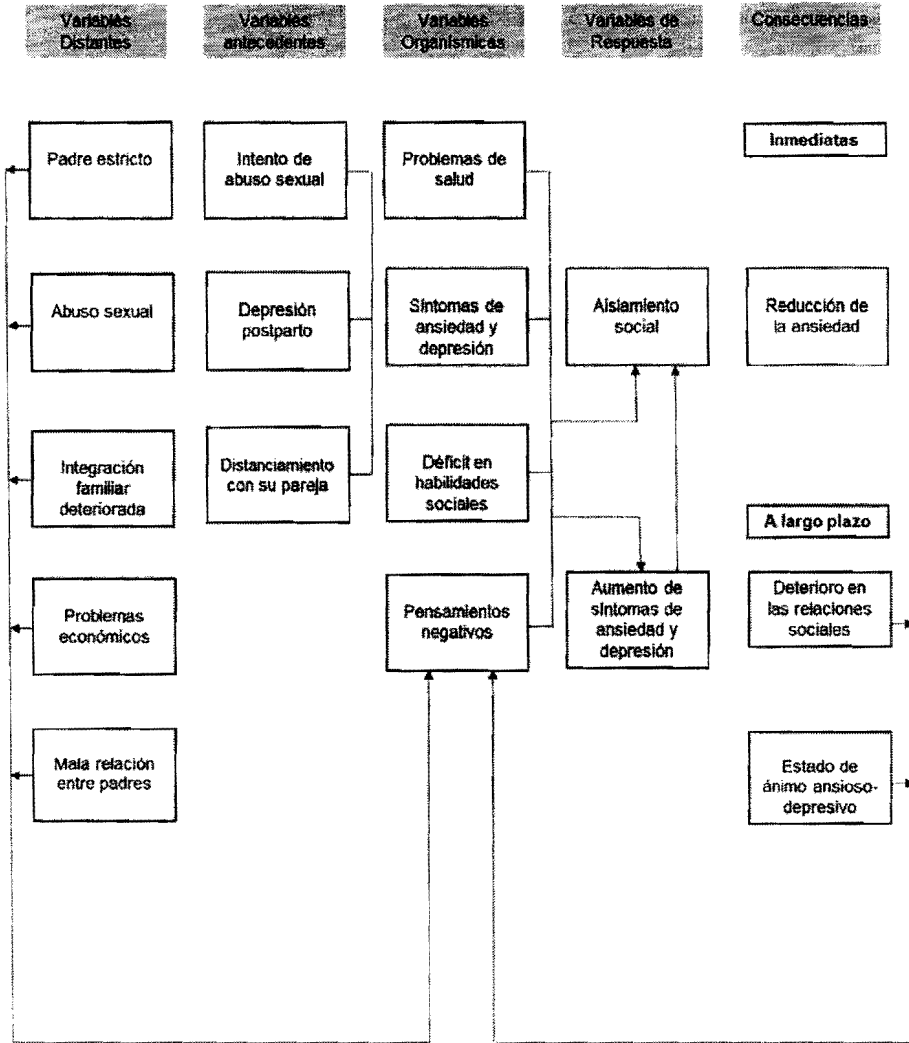
Anexo 5

Figura 12. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 9.



Anexo 5

Figura 13. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 10.



Anexo 5

Figura 14. Mapa Clínico Patogénesis. Paciente 12.

