



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y ATENCIÓN PLENA PARA EL
TRATAMIENTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JESÚS MORFÍN SUÁREZ

DIRECTORA: DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ

REVISORA: MTRA. GABRIELA MARIANA RUÍZ TORRES

JURADO:

LIC. REFUGIO DE MARÍA GONZÁLEZ DE LA VEGA Y AYALA

MTRA. BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO



**Facultad
de Psicología**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO D.F. 2015



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.

“Somos el medio para que el Cosmos se conozca a sí mismo”.

-Carl Edward Sagan.

"Si he logrado ver más lejos, ha sido porque he subido a hombros de gigantes".

-Bernardo de Chartres (citada por Isaac Newton).

Agradecimientos

A mi madre Elena y a mi padre Samuel mi mayor motivo para la realización de este trabajo y pilares de mi vida, por el amor, el cariño y apoyo ilimitado. De ambos conocí los valores para conducirme de manera honesta y justa, son el mejor ejemplo de mi vida para jamás renunciar y no temer. Mi mayor agradecimiento, cariño, admiración y respeto.

A mi hermana María Amparo por compartir cada momento importante de mi vida incluido este proyecto, ejemplo de lucha y valor, siempre llena de fortalezas y buena voluntad en donde siempre encontré tu cobijo. Aprendí mucho de ti, a ser valiente y a sonreír, aprendí de ti a ser un mejor ser humano. Gracias por tu dulce cariño, por tu siempre apoyo noble e incondicional. Mi siempre gratitud.

A mi esposa María Bojorge por enseñarme el valor de la honestidad, humildad, la nobleza y la belleza de la vida, por estar a mi lado a cada momento por difícil que pareciera, por mostrarme el verdadero camino del amor y darle un cariñoso significado, por hacer de cada pequeño momento una aventura llena de sorpresas y alegría. Gracias por tu dulzura y ternura.

A mi hermano Salvador, símbolo de amor y bondad, una luz en el sendero que me permitió avanzar, soñar y creer; me enseñaste que todo es posible gracias al esfuerzo y dedicación, pero con humildad y valor; siempre un bálsamo en mi vida que guardo de manera especial, por tu inmensa alegría y simpatía, por alegrar los corazones de todos, mi eterno agradecimiento.

A mi hermana Angelita y su familia, por su atención y cortesía; por su aprecio y afecto, por cada palabra de aliento que significó un esfuerzo más para continuar y persistir, mi siempre gratitud.

Mi agradecimiento a mi hermana Brenda y mi hermano Samuel por su cordialidad hacia mí, por toda su confianza, apoyo y su cariño, un significado afable de buenos deseos.

A mi directora Dra. Gabina Villagrán Vázquez que desde este trabajo le hago un pequeño homenaje, agradeciendo por siempre su confianza para este proyecto. Me llevo mucho de usted, sobre todo su profesionalismo, amabilidad, paciencia y gentileza para conmigo.

Gracias por ser un ejemplo más en mi vida de trabajo y honestidad.

A mi revisora Mtra. Gabriela Mariana Ruíz Torres por todo el apoyo recibido desde la gestación de este propósito y por su determinación para darle soporte. Mi sincera gratitud por el esfuerzo compartido, por sus consejos y cordialidad, disposición, capacidad y claridad que paso a paso le dieron más fuerza a este trabajo.

A mi jurado Mtra. Refugio de María González de la Vega y Ayala, Mtra. Blanca Rosa Girón Hidalgo y al Mtro. Leonardo Reynoso Erazo mi reconocimiento y gratitud por todo su apoyo, así como la atención e interés recibido para consolidar y llevar a término esta investigación.

A la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz ejemplo de entereza, calidez y sencillez de una gran mujer y ser humano. Mi agradecimiento por ser parte de este esfuerzo y sobre todo, por recibir de su parte un gesto afectuoso cada día permitiendo que todo funcionara mejor.

A la Mtra. Irma Russek por darme siempre una oportunidad más para superar las adversidades y continuar, por su gran apoyo y determinación, por cada tiempo compartido, por cada enseñanza recibida, gracias.

A mi primo y amigo Gerardo Suárez, te agradezco tu siempre apoyo honesto y cordial, muestra de tu fortaleza y ecuanimidad, por mostrarme el valor de seguir adelante, insistir y nunca darse por vencido, gracias por tantos buenos momentos.

A mi amiga Julia Portuguez mí siempre agradecimiento por darme la oportunidad de seguir creciendo en esta bella profesión, por tu apoyo y confianza y sobre todo por tu honestidad, profesionalismo y afán de los cuales sigo aprendiendo, cultivando y creciendo.

José Ángel Xicoténcatl, mi amigo de la infancia, gracias por tu noble amistad, por tu compañía y por animarme a luchar por más sin mirar atrás. Juntos vivimos momentos de alegría y muchos sueños, ahora se logra uno de ellos.

A mi amigo Erik Eduardo Palma un ser capaz y valiente, excepcional y ejemplo de fuerza y entereza, te expongo mi admiración y respeto, mi gratitud por darme la oportunidad de conocerte y apreciarte por el gran ser humano que eres. Gracias por enseñarme tanto.

A mi amigo Alejandro Puente, mi agradecimiento por compartir oportunidades excepcionales, amenas y enriquecedoras a lo largo de la carrera, llenas de conocimiento pero sin dejar de lado cada sonrisa y gratos momentos.

A mi amigo Enrique Moreno, mi gratitud por tu sincera amistad, por tu apoyo, soporte y confianza desde un inicio, por cada instante compartido y por todo ese ánimo y sencillez de tu parte que contagia.

A mi amigo José Pastor, por tu amistad que nació gracias a la psicología, por toda tu motivación para alcanzar cada meta que es ejemplo de vida y por esas interminables charlas en donde siempre aprendí algo nuevo, gracias.

A mis amigos de la Facultad de Psicología: Ángel, Fernando, Luis, Patricia, Daniela, Cristina, Magdalena, Yadira y Sandra y del Centro de Servicios Psicológicos, Paty y Susy.
Gracias por su gran amistad, su compañía, apoyo y aliento a cada momento.

Mi siempre agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por ser mi casa, en donde recibí la mejor educación y formación de mi vida, que me permitió conocer a seres humanos excepcionales y por hacerme sentir orgulloso de ser parte de esta gran comunidad universitaria.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	1
Introducción.....	2

CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1.1 Ansiedad	6
1.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad	8
1.3 Factores desencadenantes de la ansiedad	22
1.4 Teoría tridimensional de la ansiedad de Lang	23

CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO

2.1 Depresión	26
2.2 Clasificación de los trastornos depresivos.....	31
2.3 Teoría Cognitiva de la Depresión de Beck	37
2.4 La depresión como un trastorno discapacitante	41

CAPÍTULO 3. LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS

3.1 Aspectos importantes en la calidad de vida	44
3.2 El Modelo de las Necesidades Básicas de Maslow.....	46
3.3 Estilos de vida y el impacto en la salud de los adultos.....	50
3.4 Disminución en la calidad de vida y los trastornos de ansiedad y depresión en los adultos	52

CAPÍTULO 4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y CONDUCTUAL

4.1 Breve historia y objetivos de la Terapia Racional Emotiva y Conductual ...	54
4.2 ¿Qué es ser racional y emotivo?	58
4.3 Pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas	61
4.4 Cambios en el pensamiento y modificación de la conducta	65

CAPÍTULO 5. ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS)

5.1 Antecedentes de la Atención Plena	71
5.2 Actividad cerebral y Atención Plena	74
5.3 Atención Plena y psicoterapia	78

CAPÍTULO 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

6.1 Justificación	84
6.1.1 Teórica	84
6.1.2 Práctica	84
6.1.3 Pregunta de investigación	84
6.1.4 Objetivo general	84
6.1.5 Objetivos específicos	85
6.2 Hipótesis	85
6.2.1 Hipótesis de investigación causal (Hi)	85
6.2.2 Hipótesis de investigación nula (Ho)	85
6.3 Definición conceptual y operacional de variables	85
6.3.1 Variables independientes atributivas	85
6.3.1.1 Sexo	85
6.3.1.2 Edad	85

6.3.1.3 Estado civil	86
6.3.1.4 Escolaridad.....	86
6.3.2 Variables independientes activas.....	86
6.3.2.1 Taller “Aprendiendo a manejar mi estado de ánimo”	86
6.3.2.1.1 Terapia Racional Emotiva y Conductual.....	86
6.3.2.1.2 Práctica de la Atención Plena	86
6.3.3 Variables dependientes	87
6.3.3.1 Ansiedad.....	87
6.3.3.2 Depresión	87
6.3.3.3 Percepción de la Calidad de Vida.....	87
6.3.3.3.1 Factor 1. Salud física	87
6.3.3.3.2 Factor 2. Psicológico	88
6.3.3.3.3 Factor 3. Relaciones sociales.....	88
6.3.3.3.4 Factor 4. Ambiente	88

CAPÍTULO 7. MÉTODO

7.1 Participantes.....	89
7.2 Escenario	89
7.3 Tipo de estudio.....	89
7.4 Instrumentos.....	89
7.5 Procedimiento	91
7.6 Análisis de los datos.....	93

CAPÍTULO 8. RESULTADOS

8.1 Descripción de la muestra	94
8.2 Análisis de las escalas	94
Discusión y conclusiones	112
Alcances y limitaciones	117
Referencias	120
ANEXOS	126
Anexo 1. Consentimiento informado	127
Anexo 2. Historia Clínica del Adulto	130
Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck.....	136
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck	137
Anexo 5. Cuestionario de Calidad de Vida WHO-QOL Breve en español.....	140
Anexo 6. Manual del taller “Aprendiendo a manejar mi estado de ánimo”	142

ÍNDICE DE CUADROS, TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICAS

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Factores del cuestionario breve de calidad de vida en español.....	49
Cuadro 2. Modelo emocional ABC	56
Cuadro 3. Ejemplos de pensamientos irracionales	63
Cuadro 4. Ejemplos de distorsiones cognitivas	64
Cuadro 5. Diferentes maneras de reaccionar que analiza la TREC	69
Cuadro 6. Asimetría prefrontal y lateralización del afecto	75

Cuadro 7. Temario del taller	92
------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los niveles de Ansiedad pre test por paciente	95
Tabla 2. Distribución de los niveles de Ansiedad post test por paciente	95
Tabla 3. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para ansiedad	96
Tabla 4. Estadísticos de contraste para Ansiedad	96
Tabla 5. Distribución de los niveles de Depresión pre test por paciente	97
Tabla 6. Distribución de los niveles de Depresión post test por paciente.....	97
Tabla 7. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para depresión	98
Tabla 8. Estadísticos de contraste para Depresión	98
Tabla 9. Normalidad Factor Físico	101
Tabla 10. Estadístico Shapiro-Wilk Factor Físico	102
Tabla 11. Estadísticos de muestras relacionadas Factor Físico.....	103
Tabla 12. Prueba de muestras relacionadas Factor Físico	103
Tabla 13. Normalidad Factor Psicológico	104
Tabla 14. Estadístico Shapiro-Wilk Factor Psicológico.....	105
Tabla 15. Estadísticos de muestras relacionadas Factor Psicológico	105
Tabla 16. Prueba de muestras relacionadas Factor Psicológico.....	106
Tabla 17. Normalidad Factor Relaciones Sociales.....	106
Tabla 18. Estadístico Shapiro-Wilk Relaciones Sociales.....	108
Tabla 19. Estadísticos de muestras relacionadas Factor Relaciones Sociales	108
Tabla 20. Prueba de muestras relacionadas Factor Relaciones Sociales.....	108
Tabla 21. Normalidad Factor Ambiente	109

Tabla 22. Estadístico Shapiro-Wilk Factor Ambiente	110
Tabla 23. Estadísticos de muestras relacionadas Factor Ambiente	110
Tabla 24. Prueba de muestras relacionadas Factor Ambiente	110

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Puntajes alcanzados en la Escala de Ansiedad (pre y post).....	94
Gráfica 2. Puntajes alcanzados en la Escala de Depresión (pre y post)	96
Gráfica 3. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Físico (pre y post).....	99
Gráfica 4. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Psicológico (pre y post)...	99
Gráfica 5. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Relaciones Sociales (pre y post)	100
Gráfica 6. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Ambiente (pre y post)	100
Gráfica 7. Normalidad para el factor físico pre test	101
Gráfica 8. Normalidad para el factor físico post.....	102
Gráfica 9. Normalidad para el factor psicológico pre	104
Gráfica 10. Normalidad para el factor psicológico post	104
Gráfica 11. Normalidad para el factor relaciones sociales pre	107
Gráfica 12. Normalidad para el factor relaciones sociales post.....	107
Gráfica 13. Normalidad para el factor ambiente pre	109
Gráfica 14. Normalidad para el factor ambiente post	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de las necesidades básicas de Maslow	46
---	----

RESUMEN

Para responder a la pregunta de investigación ¿Cuáles son los efectos del Programa de Intervención basado en la Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC) y Atención Plena sobre los síntomas de ansiedad y depresión así como la percepción en la calidad de vida en un grupo de adultos? Con el objetivo de conocer los alcances de este trabajo se realizó un taller que tuvo como escenario el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM. En donde participaron 12 adultos con un promedio de edad de 47 años en un rango de edades comprendidas entre los 41 años a 63 años en donde el 75% estuvo representado por el sexo femenino y el 25% por el sexo masculino. El taller estuvo conformado por 8 sesiones (una por semana) con una duración de 2 de horas cada sesión. La muestra fue por conveniencia ya que los participantes fueron seleccionados por los usuarios que acuden a consulta en el centro.

Para conocer el impacto del taller se utilizaron como instrumentos de evaluación el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck y el WHO-QOL Breve de Calidad de Vida.

La ansiedad y depresión muestran una alta comorbilidad entre sí, de ahí la importancia de identificar adecuadamente este tipo de trastornos. De acuerdo con esta afirmación, resultó importante establecer un tratamiento que diera uniformidad a esta propuesta de investigación y con ello, obtener resultados significativos. La Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC) y la Atención Plena ofrecieron un adecuado acoplamiento como principios terapéuticos este tipo de trastornos. Los resultados obtenidos reflejaron una disminución en la medición de ansiedad y depresión así como un aumento en la calidad de vida en los participantes del taller.

Palabras clave: ansiedad, depresión, TREC, atención plena, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación se centra en los trastornos de ansiedad y depresión así como las propuestas de tratamiento basadas en la Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena.

Los trastornos de ansiedad y depresión son dos problemas presentes de manera significativa en México. Estos trastornos se han convertido en un asunto importante de salud pública por su alto grado de prevalencia en la población mexicana y por lo tanto, en las últimas décadas han recibido una atención específica por los profesionales de la salud mental, así como del sector salud e instituciones especializadas como las UNEMES-CISAME en todo el país.

La depresión constituye un problema de salud pública que ocupa la cuarta causa de discapacidad en el mundo, por su parte Heinze y Camacho (2010) identifican que México ocupa el primer lugar en discapacidad en mujeres y el noveno para los hombres. El Instituto Mexicano del Seguro Social (2012) refiere que en el año 2007 cerca de 25 millones de mexicanos presentan este tipo de trastorno y se calcula que para el 2020 éste causará el mayor índice de discapacidad laboral, física y social. En tanto que la ansiedad la presenta una de cada cuatro personas y es uno de los trastornos más frecuentes en la población mexicana presentando falta de habilidades sociales y afectaciones fisiológicas.

La ansiedad y depresión son dos trastornos complejos que involucran alteraciones del pensamiento y la conducta. Esta relación ha sido ampliamente estudiada y reportada en la literatura científica así como en estudios epidemiológicos y correlacionales. Estos trastornos están determinados por distintos factores como los sociales, biológicos, psicológicos y ambientales condicionando de manera importante el funcionamiento normal de las personas, alterando su salud mental y física, disminuyendo sus capacidades cognitivas, afectivas y emocionales, así como una inadecuada adaptación a su medio.

Por otro lado, este tipo de problemas de salud, afectan considerablemente la calidad de vida de las personas en cada una de sus dimensiones establecidas. Se presenta una disminución en la atención a la salud en general, las relaciones familiares y sociales se deterioran ya que no existe una adecuada comunicación y convivencia, hay una distorsión en el pensamiento, modificación de la conducta y el ambiente se ve alterado por la falta de comportamientos que generen bienestar y seguridad.

En este sentido, se tienen analizar ambos trastornos para conocer que sintomatología está predominando y con ello adecuar un tratamiento específico. La coexistencia de los trastornos de ansiedad y depresión acarrea una reducción importante en la calidad de vida ya que dependiendo de la severidad la persona se verá imposibilitada incluso para realizar actividades cotidianas. Los pacientes con ansiedad y depresión se distinguen por la diversidad de síntomas agrupados en distintas categorías y dependiendo de los criterios se establecerá un adecuado diagnóstico.

Durante varias décadas y a la fecha, se han ido estructurando diferentes estrategias y métodos para delimitar e identificar este tipo de trastornos. La psicología así como la psiquiatría han aportado y desarrollado diferentes técnicas terapéuticas e instrumentos como protocolos, inventarios, guías clínicas y manuales como el DSM-IV que organiza y clasifica los trastornos, con esta información, se puede integrar un diagnóstico eficiente así como la adecuada planeación del tratamiento para cualquier problema de orden mental.

Sin embargo, el diagnóstico por separado de los trastornos de ansiedad y depresión no es una tarea fácil, ya que los signos y síntomas de estas patologías presentan rasgos similares, que dificultan un correcto diagnóstico. Los trastornos de ansiedad y depresión a pesar de estar identificados y descritos como dos problemas de salud mental independientes, generalmente son asociados a comorbilidad, ya que ambos tienen presencia de manera conjunta en la mayoría de los diagnósticos clínicos. Se muestran como una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de diversa intensidad.

A partir de lo anterior, se desarrolló una propuesta de tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena con el propósito de describir, comparar y analizar el impacto de éste sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de adultos.

Este trabajo de investigación está organizado en dos secciones. En la primera sección se desarrolla el marco teórico organizado en cinco capítulos, en la segunda sección se muestra la investigación empírica contenida en tres capítulos destacando los siguientes aspectos:

En el capítulo uno se da una breve introducción sobre ansiedad, se expone como se ven alterados los estilos de vida cuando se presenta un trastorno de ansiedad así como el impacto en la salud general en los adultos, se clasifican y muestran los componentes más importantes que desencadenan los trastornos de ansiedad.

En el capítulo dos se habla sobre los aspectos históricos del trastorno depresivo, se describe el trabajo de la teoría cognitiva de la depresión de Beck así como el deterioro en el funcionamiento normal de una persona cuando se presenta una alteración en el estado de ánimo.

En el capítulo tres se presentan los aspectos fundamentales de la calidad de vida en los adultos así como una descripción del modelo de las necesidades básicas de Maslow. Por otro lado, se hace un análisis de la percepción en la calidad de vida de los adultos y el impacto en la salud cuando se presentan síntomas ansiosos y depresivos.

En el capítulo cuatro se describe la Terapia Racional Emotiva y Conductual, su desarrollo y objetivos. Se muestra una distinción entre la mente racional y emotiva. Se hace una clasificación de los pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas y como éstos influyen y alteran las emociones, la toma de decisiones y modifican el comportamiento.

El capítulo cinco hace referencia a la Atención Plena, sus orígenes, desarrollo y alcances. Se muestran algunos estudios en relación a la Atención Plena, la actividad cerebral y la psicoterapia.

En el capítulo seis se muestra el planteamiento del problema, su justificación y las variables propuestas para esta investigación.

En el capítulo siete se desarrolla el método en donde se describen los participantes, el tipo de escenario y estudio, los instrumentos utilizados, el procedimiento así como el análisis de los datos.

En el capítulo ocho se describen y discuten los resultados obtenidos basados en los estudios revisados en este trabajo y con ello fundamentar la pregunta de investigación propuesta.

Se añade un índice de cuadros, tablas, figuras y gráficas para que sea más accesible la información de esta investigación. Además, se integra la discusión y conclusiones, alcances y limitaciones así como los anexos que complementan el desarrollo de este trabajo.

CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1.1 Ansiedad

El significado de la palabra ansiedad de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (2001) proviene del latín (*anxiētas*, *-ātis*) refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Es una respuesta emocional del estrés.

La mayoría de las personas han experimentado a lo largo de sus vidas ansiedad como respuesta a eventos determinados que activan un conjunto de mecanismos defensivos para enfrentar una cierta demanda. Esta demanda varía dependiendo del estímulo que la produzca y por lo general viene acompañada de emociones, sentimientos y sensaciones como miedo irracional, inseguridad, preocupación, nerviosismo y aprensión entre otras (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón, 2008).

Kessler y cols., (2005); Alonso y cols., (2004) plantean que “de todas las enfermedades mentales, la ansiedad es la que cuenta con mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13.6% y el 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad durante su vida” (pág. 7). La ansiedad incita a actuar y enfrentarse ante cualquier situación que se presente como amenaza y, en situaciones normales, mejora el rendimiento y adecuación de la persona, se ponen en marcha estrategias para evitar el riesgo, el organismo se alerta y activa los mecanismos de defensa necesarios para una adaptación adecuada al medio.

Este trastorno se puede convertir en un síntoma que altera de manera significativa el comportamiento de quien la presenta. Cuando la ansiedad es desadaptativa la respuesta es desproporcionada ante un estímulo determinado, ahora el individuo se ve incapaz de enfrentarse ante situaciones que requieren una salida y búsqueda de alternativas para la solución de problemas y que generalmente éstos no sugieren una situación real de alarma. Contrario a la ansiedad adaptativa que permite una sana adaptación al medio (Gray, 2008).

Halgin y Krauss (2009) consideran que la ansiedad se vuelve una fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la capacidad para funcionar en la vida diaria, ya que la persona entra en un estado desadaptativo caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas. Destacan que cuando la ansiedad alcanza o supera este estado, se convierte en un problema de salud significativo, ya que este trastorno aparece de manera injustificada generando malestar ante estímulos y situaciones que no suponen una amenaza real (pág. 162).

La distinción entre miedo y ansiedad es importante. Cruz, Reyes, Gómez y Arriaga (2003) argumentan que “la diferencia entre miedo y ansiedad estriba que en el primer caso se trata de una respuesta a una amenaza real, conocida, extrema y definida mientras que en el segundo se trata de una respuesta ante un estímulo aversivo no presente” (pág. 94).

Por otro lado Becerra-García, Madalena, Estanislau, Rodríguez-Rico y Dias (2007) afirman que cuando el peligro está presente y muy próximo, el conjunto de respuestas y sensaciones predominantes se denomina miedo. Las respuestas fisiológicas son muy similares a las presentadas en la ansiedad pero las respuestas comportamentales pueden ser diferentes. En el caso de la ansiedad, inicialmente se presenta lo que ya fue descrito como evaluación de riesgo, además de un estado de alerta tenso, inhibición comportamental y, si es posible, evitación de la situación. En el caso del miedo, las respuestas comportamentales pueden variar con la distancia del estímulo amenazador (pág. 76).

El miedo se usa más a menudo entonces cuando el estímulo o evento temido es específico y está presente y se usa más ansiedad cuando el estímulo o evento es confuso, no identificable o está en el futuro. A nivel cognitivo las personas con ansiedad se preocupan en exceso, sobre todo por la falta de habilidad para afrontar peligros ulteriores.

En conclusión la ansiedad representa un papel importante en la clínica ya que puede influir en el resultado final de prácticamente todas las enfermedades médicas. Por ello es importante que todos los profesionales de la salud se familiaricen con el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad.

1.2 Clasificación de los trastornos de ansiedad

Halgin y Krauss (2009) afirman que las personas con trastornos de ansiedad están incapacitadas por sentimientos de ansiedad crónicos e intensos, tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana. Su ansiedad es desagradable y les impide disfrutar muchas situaciones ordinarias, pero además tratan de evitar situaciones que las hacen sentir ansiosas. Como resultado, pueden perder oportunidades para disfrutar o actuar mejor para sus propios fines (pág. 163).

Adicionalmente, el contenido de sus pensamientos se basa en que algo grave les va a suceder y no existe una manera racional de evitarlo, causando un fuerte malestar y alterando el funcionamiento normal de los componentes cognitivos, conductuales y emocionales, además de causar diversas afectaciones físicas.

En López y Valdés (2002) el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR) en su cuarta edición los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera: 1) Trastorno de ansiedad generalizada, 2) Agorafobia, 3) Crisis de pánico, 4) Fobia social, 5) Fobia específica, 6) Trastorno obsesivo-compulsivo y 7) Trastorno de estrés postraumático. En este apartado se describen sus características principales así como los criterios diagnósticos los cuales se clasifican en:

1) Trastorno de ansiedad generalizada

Características

La ansiedad generalizada se presenta acompañada de varias amenazas reales o imaginarias como la libre-flotante (estado permanente de ansiedad que reacciona al menor estímulo). La preocupación excesiva es uno de los síntomas característicos de este tipo de trastorno.

Las personas con trastorno de ansiedad generalizada luchan con una ansiedad incontrolable la mayor parte del tiempo. Los esfuerzos por controlar su preocupación por lo general son infructuosos y son afligidos por un número de síntomas físicos y psicológicos, que interfieren en el funcionamiento social, ocupacional y de la vida en general. La preocupación es continua por diversos temas y se experimenta tensión muscular, irritabilidad, dificultades para dormir y en ocasiones alteraciones del sistema digestivo como gastritis, colitis nerviosa entre otras derivadas de la actividad excesiva del sistema nervioso autónomo. Souza y Cruz (2010) mencionan que “la ansiedad es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores de índole social, ambiental, biológica y psicológica” (pág. 18).

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

A. Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más por de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2) Agorafobia

Características

La agorafobia puede definirse como un miedo y evitación de lugares públicos y de estar fuera de casa basados en la anticipación de experimentar niveles elevados de ansiedad o ataques de pánico. La American Psychiatric Association (APA) define la agorafobia en el DSM-IV como el miedo a estar en lugares o situaciones de los cuales pueda ser difícil o embarazoso escapar o en los cuales pueda no disponerse de ayuda en el caso de tener un ataque de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, caída, despersonalización, desrealización, pérdida del control de esfínteres, vómito, molestias cardíacas). Como consecuencia de este miedo, la persona evita las situaciones temidas, las soporta con gran ansiedad o necesita ser acompañada.

Pueden distinguirse varios componentes en la agorafobia: evitación de situaciones temidas (tanto las típicas agorafóbicas como las que producen sensaciones temidas), conductas defensivas durante las mismas, miedo a dichas situaciones (ansiedad fóbica), ansiedad anticipatoria (preocupación por tener un ataque de pánico o una fuerte ansiedad, expectativa o anticipación de que ocurrirá un ataque de pánico o una fuerte ansiedad), miedo al miedo (miedo a las reacciones somáticas asociadas con la ansiedad, cogniciones catastróficas), ataques de pánico o síntomas similares a los del pánico (mareo, vómito, molestias cardíacas, pérdida de control de esfínteres, despersonalización, desrealización) e interferencia o deterioro producido por el trastorno.

Los agorafóbicos tienen miedo de aquellas situaciones en las que consideran que pueden tener sensaciones somáticas de ansiedad o ataques de pánico o en las que creen que pueden ocurrir consecuencias dañinas o catastróficas.

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil.

nota: considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

3) Crisis de pánico

Una crisis de pánico es una experiencia muy intensa en la que sin alguna razón aparente la persona comienza a experimentar miedo intenso y angustia, están acompañados por una elevada activación fisiológica como aceleración del ritmo cardiaco, falta de aliento o sensación de asfixia, taquicardia, adormecimiento de manos y piernas, sudoración, temblores, malestar estomacal, miedo a morir entre otros. Además del temor de perder el control y comportarse de una manera desesperada. Como lo hemos venido mencionando, el trastorno de ansiedad se activa sin una causa real.

El pánico es un sentimiento de terror incapacitante como el que podría experimentarse al ser acorralado por un depredador. En algunas personas este sentimiento de terror se presenta en momentos impredecibles sin haber sido provocado por alguna amenaza específica en el ambiente. Como el pánico no está relacionado con alguna situación o pensamiento específico, la víctima de pánico, a diferencia de una víctima de fobia o de un trastorno obsesivo compulsivo, no puede impedirlo por medio de la evitación de ciertas situaciones o aliviarlo mediante la realización de ciertos rituales.

Criterios para el diagnóstico de la crisis de pánico

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca

Sudoración

Temblores o sacudidas

Sensación de ahogo o falta de aliento

Sensación de atragantarse

Opresión o malestar torácico

Náuseas o molestias abdominales

Inestabilidad, mareo o desmayo

Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)

Miedo a perder el control o volverse loco

Miedo a morir

Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)

Escalofríos o sofocaciones

4) Fobia social

El trastorno de la fobia social consiste en un miedo persistente, constante e inapropiado a situaciones sociales presentadas en público por temor a que resulten complicadas.

La característica primaria de la fobia social es un miedo irracional e intenso de que el comportamiento del individuo en una situación pública será motivo de crítica o burla de los demás.

Cuando la persona con este trastorno se encuentra en las situaciones sociales temidas experimenta una preocupación constante y teme que los demás la vean como una persona ansiosa o débil. Temen realizar cualquier actividad frente a los demás como hablar en público o en situaciones inocuas como estar en lugares concurridos o incluso comer frente a otras personas en donde el simple acto de beber o tragar resulta una tarea imposible por el temor de sentirse juzgados por la forma en que lo hacen. Estos síntomas suelen desaparecer cuando están solos.

Aquellos que presentan fobia social dudan de sus capacidades para realizar cualquier actividad y experimentan miedo a que otros esperen más de sus resultados.

Los afectados con este problema reconocen que sus miedos no tienen fundamento alguno, sin embargo no dejan de sentirse abrumados porque los demás evalúen sus conductas y de ahí el miedo de conocer gente nueva.

Criterios para el diagnóstico de fobia social

A. Temor cansado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Si se presenta ansiedad generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).

5) Fobia específica

Consiste en un temor intenso, constante y excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

Puede ser un tipo determinado de animal (miedo a las serpientes), sustancias (sangre) o situaciones como las alturas (acrofobia) o el encierro (claustrofobia). Para que se dé un diagnóstico el temor debe ser duradero y lo suficientemente intenso para perturbar la vida cotidiana como causar abandono de trabajo o salir de casa para evitar el encuentro con el objeto temido. Furmark (2002), Kessler y otros. (2005) mencionan que este tipo de fobia es bastante común y pueden diagnosticarse entre el 7% y el 15% de la población de las sociedades occidentales.

Las personas que sufren este tipo de trastorno están conscientes que su temor es irracional pero aun así no pueden controlarlo. Williams (2005) refiere que el sufrimiento de las personas es doble: por el temor en sí y por saber lo irracionales que son al tener dicho temor.

Criterios para el diagnóstico de fobia específica

A. Temor cansado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p.ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

La ansiedad generalizada se divide en cinco tipos: 1.-Tipo animal, 2.-Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua), 3.-Tipo sangre-inyecciones-daño, 4.-Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados) y 5.-Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

6) Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo se caracteriza por dos componentes, el primer componente incluye pensamientos, sentimientos, sensaciones o ideas (obsesiones) y en el segundo componente, estos pensamientos irracionales y obsesivos llevan a tener conductas (compulsiones) que son comportamientos repetitivos que los impulsan a realizar alguna actividad de manera ritual e intensa. La compulsión generalmente va asociada con una obsesión.

Las obsesiones suelen ser pensamientos perturbadores y se insertan en el discurso interno de manera permanente e intrusiva de la persona, la compulsión es la conducta en respuesta al pensamiento perturbado.

Las obsesiones y compulsiones que caracterizan al trastorno obsesivo compulsivo interfieren en gran medida con la vida y atrapan al individuo en un ciclo de pensamiento y comportamiento angustiante provocador de ansiedad. Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo consumen mucho tiempo, son irracionales, distractores y se intenta se detenerlos con desesperación, preocupados por las reglas, el orden y el control. Esto los lleva a tener compulsiones repetitivas que se convierten en un comportamiento específico.

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por los siguientes criterios:

1.-Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.

2.-Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

3.-La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

4.-La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por los siguientes criterios:

1.-Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

2.-El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

7) Trastorno por estrés postraumático

Todos los trastornos de ansiedad pueden ser producidos o agravados hasta cierto grado por experiencias estresantes, pero el trastorno de estrés postraumático es el único trastorno de ansiedad que es necesariamente producido por dichas experiencias. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático están ligados emocionalmente a experiencias traumáticas experimentadas por la persona afectada. El trastorno es más evidente en víctimas de desastres naturales, de tortura, sobrevivientes en guerras, personas con maltrato físico y mental, accidentes, secuestro y tortura entre otros.

Uno de los rasgos característicos de este trastorno es la reexperimentación de los eventos traumáticos de manera aterradora e incontrolable, en pesadillas y pensamientos diurnos o escenas retrospectivas. Algunos otros síntomas presentes en este trastorno es el insomnio, activación elevada, irritabilidad e incluso culpa.

Otro de los problemas presentes en este trastorno, es que las víctimas al tratar de contrarrestar los síntomas recurren al consumo del alcohol y drogadicción y con ello se agrava el problema.

Las personas que son expuestas de manera constante por largos periodos a condiciones angustiantes son más proclives al desarrollo de los síntomas de estrés postraumático que las que son expuestas a un único incidente altamente traumático de corta duración.

Criterios para el diagnóstico de estrés postraumático

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se han presentado los siguientes eventos o acontecimientos:

1.-La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

2.-La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones

2. Sueños recurrentes sobre el acontecimiento, que producen malestar.

3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

4.-Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5.-Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.

3.-Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

4.-Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.

5.-Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.

6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

7.-Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1.-Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

2.-Irritabilidad o ataques de ira.

3.-Dificultades para concentrarse.

4.-Hipervigilancia.

5.-Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si en el trastorno por estrés postraumático es del tipo:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

1.3 Factores desencadenantes de la ansiedad

Los factores que predisponen los síntomas de ansiedad son diversos y precipitan el desarrollo de la enfermedad, entre ellos se encuentran:

1) Factores hereditarios que se relacionan con:

Experiencias personales que impiden el desarrollo de mecanismos adecuados para afrontar diversos problemas.

2) Pensamientos inadecuados e irracionales en donde se incluyen:

Metas poco realistas y pensamientos obsesivos.

3) Factores ambientales como:

Aumento de las amenazas ya sea de tipo familiar, laboral, social o asociada a una enfermedad.

4) Otro tipo de factores asociados con el desarrollo de la ansiedad son:

Aumento en las demandas externas e internas como es la autoexigencia y el aumento de las responsabilidades.

Los problemas de ansiedad se producen por una combinación de alguno de estos factores durante un período de tiempo. Normalmente, la presencia de uno sólo no produce o provoca un trastorno de ansiedad. En general, los trastornos de ansiedad pueden ser vistos como el producto o la interacción entre factores de predisposición y estresores externos.

La presencia de factores de riesgo que predisponen a un sujeto a padecer un trastorno de ansiedad como factores genéticos, estilos de vida, situaciones demandantes o ligadas a la presencia de un estresor como una enfermedad o acontecimientos vitales, puede comprometer la capacidad de afrontamiento del individuo y conducir a la aparición de un problema de ansiedad, de este modo, es conveniente el desarrollo de técnicas de intervención adecuadas y líneas de investigación para que puedan ser evaluados cada uno de los factores que pueden desencadenar un trastorno ansioso.

1.4 Teoría tridimensional de la ansiedad de Lang

La teoría de triple respuesta propuesta por Lang (1968) mantiene que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuesta: conductual, fisiológico y cognitivo. Desde que fue propuesta ha sido ampliamente aceptada no sólo como un modo de objetivar el estudio empírico de las respuestas de ansiedad, sino también como una forma de entender teóricamente la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos (Lang, 1968 citado por Martínez, Inglés, Cano y García, 2012, pág. 201).

Estos tres componentes o sistemas de respuesta para la ansiedad se desarrollan de la siguiente manera:

1) Subjetivo-cognitivo

Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. A este componente pertenecen las vivencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, pensamientos obsesivos entre otros.

La persona con ansiedad experimenta de manera subjetiva un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia conocida como miedo. Es un estado emocional desagradable e inquietante.

2) Fisiológico-somático

La ansiedad suele acompañarse con el componente biológico. Se incrementa la actividad del sistema nervioso autónomo que puede reflejarse en cambios externos como: sudoración, temblor, aumento de la tensión muscular generando dolor en espalda, cuello y cabeza. También se presentan cambios internos como: aumento de la presión cardíaca, aumento o disminución de la salivación, hiperventilación, molestias gastrointestinales y micción frecuente entre otras.

3) Motor-conductual

Corresponde a los componentes observables de la conducta, como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, en referencia a las respuestas de huida, defensa y evitación.

Cada uno de estos componentes puede actuar con cierta independencia. La ansiedad puede ser desencadenada tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto como pensamientos, sensaciones e imágenes. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características de la persona y por su circunstancia. Se trata pues de un mecanismo facilitador de la relación con el medio y destinado a preservar los intereses del individuo y de la especie (Becerra-García, Madalena, Estanislau, Rodríguez-Rico y Dias, 2007).

Muchas de las cosas que van bien son debidas en parte al correcto funcionamiento de este sistema, como ejemplo evitar actividades o lugares peligrosos, anticipar eventos que pueden ser estresantes y evitarlos, enfrentar diferentes tipos de conflictos, buscar apoyo para resolver un problema, minimizar contratiempos o buscar formas de asumirlos y reformularlos.

Cuando se sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. En estos casos no se está ante un simple problema de salud, sino ante una alteración cognitiva, fisiológica y motora consecuencia de un estado de ansiedad.

Martínez, Inglés, Cano y García (2012) también mencionan que partir de esta teoría se derivan una serie de implicaciones que habrá que tener en cuenta, tanto para la conceptualización y la evaluación como para las técnicas de intervención aplicadas a los trastornos de ansiedad. Así, la ansiedad se debería conceptualizar como un fenómeno formado por un conjunto de respuestas que se clasifican en los tres sistemas dando lugar a perfiles de respuesta diferenciales y, además, habría que evaluar cada uno de estos tres sistemas por separado para, posteriormente, elegir el método de tratamiento más adecuado (pág. 202-203).

Finalmente es importante mencionar que ninguno de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) es considerado prioritario en la respuesta de ansiedad ya que pueden responder con diferente nivel de intensidad y estos sistemas de activación pueden variar en el tiempo dependiendo de diferentes factores. Esto es de suma importancia, ya que dio lugar para estructurar modelos de intervención adecuados y poder aplicarlos a los trastornos de ansiedad (Martínez, Inglés, Cano y García, 2012).

CAPÍTULO 2. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO

2.1 Depresión

La depresión (del latín *depressus*, que significa abatido, derribado) es el comportamiento de ánimo anormal que refiere a un estado emocional alterado que influye en muchos de los aspectos del pensamiento y la conducta de una persona. Gray (2007) establece que “este estado deprimido del humor resulta una experiencia dolorosa de notable intensidad y duración, resultando dañina y que incluso puede amenazar la vida” (pág. 596). Dentro de su correcta definición, la depresión tuvo algunas variantes respecto a su concepto actual a lo largo de la historia. Inicialmente se llamaba melancolía de significado muy variable sobre todo dentro de la cultura europea y además, el término por excelencia asociado a la depresión. Según Aguirre (2008) la melancolía (del griego clásico μέλας "negro" y χολή "bilis") la llamada bilis negra era la causante de un estado de ánimo aplanado caracterizado por un comportamiento de tristeza y abatimiento. Vallejo y Gastó (2000) hacen mención que “en los sistemas de clasificación actuales, la melancolía se equipara a la depresión endógena, de mayor presencia clínica en la psiquiatría contemporánea” (pág. 165).

Antes de conocer las características fundamentales de la depresión, es importante precisar algunas diferencias respecto a la melancolía ya que esta fue el inicio para el estudio formal de los trastornos del ánimo a lo largo de la historia.

Vallejo y Gastó (2000) señalan que en las investigaciones de las diferentes escuelas psicológicas y corrientes del pensamiento desde la medicina clásica hasta la psicología contemporánea para definir las diferentes formas humorales fue muy amplio. Los estudios de la escuela francesa en donde Pinel consideró las vesanias (amencia, melancolía, manía y letargia) de Cullen un subtipo de neurosis caracterizadas por extravíos del espíritu, pasionales y no febriles referida como enfermedad del sistema nervioso (pág. 169).

Vallejo y Gastó (2000) también mencionan que Kraepelin utiliza el término endógeno para estos males desechando anormalidades anatomopatológicas y opta por describir su comportamiento y establece un criterio importante: el pronóstico para diferenciar las alteraciones mentales curables como la melancolía, de las alteraciones no curables como el delirio crónico (pág. 173).

En Freud (1993) se menciona que los estados melancólicos son similares al duelo o la aflicción condicionados por el inconsciente y la pérdida real o imaginaria del objeto deseado. Por otro lado Cobo (2005) establece que en el siglo XX la melancolía quedó relegada de algún modo, así como el sistema taxonómico europeo. Bousoño, González, Pedregal y Bobes (1994) refieren que “para el año de 1908 el psiquiatra Adolf Meyer introduce el término depresión desechando la melancolía involutiva como depresión involutiva” (pág. 14).

Para la segunda psicopatología se establecieron nuevos criterios para el fenómeno depresivo. Se excluye la depresión neurótica por tener connotaciones psicoanalíticas y se sustituyó por distimia, se abordaron las respuestas a los fármacos antidepresivos y a marcadores biológicos (sustancia sintetizada por el organismo para diagnosticar una enfermedad) y con ello, quedó establecida la depresión como un trastorno del estado del ánimo y que tuvo una amplia acogida en la sociedad contemporánea. Las corrientes psicológicas desarrollaron importantes investigaciones como la terapia cognitiva de Beck como tratamiento para la depresión entre otras aportaciones de la psicología contemporánea (Figuroa, 2002).

En la actualidad, la melancolía representa un estado particular, un subtipo de trastorno depresivo mayor, caracterizado por alteraciones cognitivas, emocionales, motoras y vegetativas específicas. Los estados melancólicos adquieren con frecuencia distintas formas sintomáticas dependiendo de la edad, inicio, antecedentes personales, carga afectiva, contexto sociocultural y/o consumo de sustancias.

Los términos asociados a la melancolía han variado con el tiempo, los conceptos como depresión endógena o melancolía se construyen en función de un patrón que se repite y que es básico de una sintomatología derivado de la propia naturaleza del trastorno afectivo y distinto de otras manifestaciones emocionales.

Durante siglos, se trataron de entender los trastornos del estado del ánimo, sus causas y de qué forma deben tratarse las personas afectadas. Los enfoques hoy en día siguen siendo muy variados, no obstante las investigaciones realizadas han hecho progresos considerables. En la actualidad no existe como tal una sola perspectiva, pero en conjunto arrojan datos importantes sobre este tipo de trastornos. La perspectiva biologicista que abarca la genética, ha proporcionado evidencias convincentes y la influencia de la herencia puede confirmar el origen de un estado depresivo; un desequilibrio químico es una característica fundamental de la depresión endógena para establecer la alteración del estado del ánimo; las perspectivas psicológicas como la teoría psicodinámica, refieren procesos internos como fundamentos de las alteraciones anímicas, como las pérdidas y sentimientos de rechazo (Gray, 2008).

Otra perspectiva llamada la teoría epigenética investiga aquellos factores que no tienen un origen genético y que sin embargo tienen influencia en el desarrollo de un ser vivo. Todas aquellas manifestaciones que no pueden ser explicadas por la genética son retomadas por la influencia que se tiene del medio ambiente y de cómo este afecta a un organismo en su comportamiento.

La expresión de los genes está gobernada por el epigenoma, que es el responsable de hacer que un gen se exprese o no, o se exprese con más o menos intensidad. Factores ambientales como la alimentación, el estrés, los estilos de vida y otros pueden afectar al epigenoma haciendo que los genes de la obesidad se expresen con más intensidad o que los genes de la longevidad se expresen más débilmente y con esto se disminuya la calidad de vida de las personas (Benítez, 2011).

Hoy en día se sabe que este tipo de modificaciones químicas del ADN responden a fenómenos ambientales activando o desactivando grupos de genes específicos. De esta manera las células parecen responder al entorno y adicionalmente a otros mecanismos de regulación como si las modificaciones epigenéticas fueran un tipo de interruptor con el que el ambiente controla a los genes.

Así, Benítez (2011) refiere que si se presentan fallas en este sistema, se ha demostrado que están detrás muchas enfermedades como el cáncer, la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos fisiológicos. Entender esta especie de código epigenético es una nueva frontera de la biología moderna y en las ciencias del comportamiento humano.

Las teorías conductuales y cognitivas se basan en que las personas deprimidas no tienen un incentivo para activarse, la teoría cognitiva menciona que las personas se deprimen al reaccionar a experiencias estresantes activando un conjunto de pensamientos negativos. Las perspectivas sociales y culturales para la depresión estudian las dificultades en la interacción que tiene un individuo con los demás y con su entorno (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

El abordaje exógeno sobre un estado depresivo implica cómo un trastorno reactivo surge de un trauma externo o un evento estresante y que no tiene una influencia biológica, sino por factores ambientales externos. Constituye la respuesta hacia ese estímulo del medio que ocasiona duelo como la muerte de un ser querido o la pérdida de un trabajo, sin embargo, cuando éste no logra superarse, se transforma en depresión perdiendo incluso la relación con el estímulo inicial. Los factores exógenos son inespecíficos ya que devienen de una mala interpretación de los eventos y acontecimientos externos y que finalmente tienen un resultado interno acumulando un conjunto de síntomas psicológicos y somáticos, generando ideas irracionales y recuerdos dolorosos que llevan a un estado depresivo (Halguin y Krauss, 2009).

Es normal que en distintos momentos de la vida las personas se sientan melancólicas o tristes, sentimientos que por lo general son pasajeros y se superan con un correcto diagnóstico, tratamiento y que refieren un buen pronóstico. En el caso de un trastorno depresivo este interfiere con la vida diaria, el desempeño normal y causa dolor para quien padece el trastorno así como para quienes se preocupan como familiares y amigos, es una perturbación en el estado mental.

La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar su estado de ánimo. Genera un conjunto de síntomas que tienen que ser agrupados y valorados para tener un correcto criterio diagnóstico y con ello clasificarlos para su análisis y evaluación. Los trastornos del ánimo se caracterizan por la presencia de síntomas afectivos reflejados en emociones y sentimientos como la tristeza, irritabilidad, decaimiento, sensaciones subjetivas de malestar frente a las exigencias de la vida, así como culpa, falta de valor y ausencia de placer. Estas sensaciones son prolongadas y en una etapa crónica, pueden ser muy intensas generando un malestar agudo (Halguin y Krauss, 2009).

Otra de las características fundamentales a considerar en los trastornos del estado del ánimo y en especial en los trastornos depresivos son los episodios presentes en el transcurso de la enfermedad y en donde se ve alterado el estado de ánimo como lo es la presencia de la disforia y en el polo opuesto por ejemplo, la euforia en los episodios maniacos. Halguin y Krauss (2009) afirman que “el episodio puede presentarse de manera leve, moderada o grave y se pueden producir distintos tipos de síntomas en cada uno de los periodos e incluso, algunos ciclos suelen prolongarse en el tiempo, alcanzando dos años o más” (pág. 596).

Con la depresión a menudo presenta comorbilidad con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta. Es probable que detrás de este cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según las personas y las situaciones, deben ser diagnosticadas y tratadas de manera correcta.

2.2 Clasificación de los trastornos depresivos

En López y Valdés (2002) los trastornos depresivos han sido agrupados y clasificados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR) en su cuarta edición dentro de los trastornos del estado de ánimo. Cabe mencionar que los trastornos del estado de ánimo están divididos en: 1) trastornos depresivos, 2) trastornos bipolares y 3) otros trastornos del estado del ánimo. Para fines de este trabajo se abordarán los trastornos depresivos. En este apartado se describen sus características principales así como los criterios diagnósticos los cuales se clasifican en:

1) Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor es una enfermedad asociada a síntomas emocionales, cognitivos y físicos y que son de naturaleza dolorosa. La OMS (2012) refiere que es uno de los trastornos con más prevalencia y muestra una alta tasa. Se estima que el año 2020 se convertirá en la segunda causa de discapacidad. Una de las dificultades para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor es la alta presencia de síntomas físicos dolorosos llamados somáticos o corporales. Estos síntomas se sobreponen respecto a los demás. Los síntomas más frecuentes son la cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolores músculo esqueléticos.

Este trastorno presenta un estado disfórico de una intensidad elevada y que ocasiona un abatimiento extremo o una pérdida de interés por aspectos de la vida antes placenteros. Suele aparecer por la pérdida de un ser querido, empleo, de pareja, etc. resultando en un profundo dolor.

El primer episodio de una depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos, en los meses previos a su presentación, los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como ansiedad, fobias, síntomas depresivos mínimos, dolor psicósomático y ataques de pánico.

Criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1.-Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2.-disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3.-Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.-insomnio o hipersomnia casi cada día.

5.-agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6.-fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7.-sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8.-disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9.-pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el trastorno depresivo mayor con episodio único

Presencia de un único episodio depresivo mayor.

El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

2) Trastorno distímico

Este tipo de trastorno durante su clasificación en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales fue evolucionando ya que era el trastorno depresivo más diagnosticado. Sin embargo, tenía en la distinta literatura diagnósticos alternativos que se presentaron sobre todo en las décadas de los 60's y 70's y que era conocido como depresión neurótica. En el DSM III se le sustituye como distimia quedando establecidos los criterios y notando que era una condición crónica a la disforia. Con este cambio se hizo la distinción de estados depresivos crónicos de menor intensidad, pero menos graves que los episodios depresivos mayores.

No todos los tipos de depresión comprenden síntomas graves, en algunos casos la depresión consiste en una tristeza que no es tan profunda e intensa como un estado depresivo mayor, pero resulta angustiante y de larga duración. Los pacientes con trastorno distímico, al menos durante dos años tienen algunos de los síntomas que experimentan los que padecen trastorno depresivo mayor, sin embargo no se experimentan todos juntos y tampoco son tan intensos o graves.

Criterios para el trastorno distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de 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 de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos.

3) Trastorno depresivo no especificado

El trastorno depresivo no especificado incluye trastornos con síntomas depresivos que no cumplen, entre otros, los criterios para los trastornos descritos anteriormente (trastorno depresivo mayor y distimia).

Algunos ejemplos del trastorno depresivo no especificado son:

Trastorno disfórico premenstrual

Estado de ánimo deprimido, ansiedad, labilidad afectiva, pérdida de interés.

Trastorno depresivo menor

Episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos criterios.

Trastorno depresivo breve recidivante

Episodios depresivos con duración de dos días a dos semanas, presente al menos un mes durante doce meses.

Trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia

Se presenta un episodio depresivo mayor durante la fase residual de la esquizofrenia.

Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

Inespecífico

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

2.3 Teoría Cognitiva de la Depresión de Beck

La importancia de los modelos cognitivos hace énfasis en que el modo de pensar de las personas puede enfermarlos. Esta afirmación es el fundamento de los modelos cognitivos de la depresión. Una de las teorías con más relevancia para el tratamiento de la depresión es el propuesto por Beck (2010) en donde no sólo es un sistema que explica los componentes de la depresión, sino que también desarrolla un tratamiento completamente estructurado.

Beck (2010) propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen un común denominador, una distorsión del pensamiento que influye en el estado del ánimo y la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en los estados de ánimo y el comportamiento.

Cabe mencionar que además de su explicación de la depresión Beck (2010) propone un modelo ordenado para explicar el funcionamiento psicológico normal así como el patológico. Postula un sistema de esquemas que permiten regular las interpretaciones cotidianas de las ideas o pensamientos. En este contexto, el esquema es un conjunto de significados en donde el paciente da sentido a diferentes situaciones vitales y de importancia que influye directamente en sus intereses.

Beck (2010) explica que los esquemas cognitivos al formarse de inicio no representan una situación o conducta patológica asociada al individuo, pero a través de la interacción social y cultural, se van formando estas estructuras y en algunos casos se tornan patológicas causando malestar. Los esquemas cognitivos llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria, definidos como errores cognitivos

Otro de los aspectos fundamentales en la teoría cognitiva de Beck es la triada cognitiva siendo esta el esquema central. Con esta base, Beck refiere una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. La persona que padece depresión por ejemplo, aplica un sesgo negativo sobre sí mismo, desvalorizándose, resaltando aspectos negativos y no percibiendo ningún aspecto positivo.

El paciente depresivo es pesimista, su pensamiento se centra en que sus problemas no cambiarán y que continuará padeciendo desgracias y sufrimiento. Tienen una visión negativa del futuro, en conjunto se conoce como desesperanza y se encuentra fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio.

La terapia cognitiva de la depresión, propone que los esquemas se manifestarán en la mente del individuo a través de interpretaciones específicas y puntuales de las situaciones y momentos que está viviendo. Dichas interpretaciones se denominan pensamientos automáticos que consisten en mensajes precisos, cortos y fugaces, en frases breves negativas y desadaptativas. El diálogo interno suele ser muy intenso y las emociones que por lo general están presentes en el paciente depresivo son la tristeza, el miedo y la desesperanza.

Beck (2010) establece que la manifestación de los esquemas en pensamientos automáticos negativos dependen de la activación de maneras distorsionadas de procesar la información. Cuando una persona se enfrenta a una situación particular, el esquema (patrones cognitivos estables) es la base para transformar la información en pensamientos. Los esquemas activados en una situación específica determinan la manera de responder de una persona. En la depresión estos esquemas son inadecuados. La persona pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. Las distorsiones cognitivas son aquellos pensamientos que no son verificables y que provocan emociones negativas que no están en consonancia con el acontecimiento que los ha activado.

El ser humano posee la habilidad única para realizar este análisis de datos como relacionarlos, combinarlos, transformarlos y con esto, llegar a ideas nuevas. Desde la perspectiva de Beck (2010) esta es la zona de las distorsiones cognitivas y se refiere a un conjunto de pensamientos o creencias patológicas en donde la información es transformada para conducir a un estado depresivo.

Las creencias son el resultado directo de la relación entre la realidad y los esquemas. Se definen las creencias como todo aquello en lo que la persona cree, son mapas internos que permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Existen dos tipos básicos de creencias:

1) Creencias nucleares: son aquellas que constituyen a cada persona, son difíciles de cambiar y dan el sentido de identidad.

2) Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares

Hoy en día, la terapia cognitiva se destaca como uno de los abordajes más difundidos para la depresión, un mérito adquirido a través de los años de sustento empírico y a su eficacia terapéutica. La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base que da sustento a los síntomas en la Terapia Cognitiva de Beck. En este modelo se reconocen los errores en el proceso de la información o distorsiones cognitivas. Con esta idea, Beck se refiere a un conjunto de formas patológicas de transformación de los datos los cuales conducen a aumentar el estado de ánimo depresivo.

De acuerdo con Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) indican que el modelo cognitivo está estructurado de la siguiente manera:

1) Triada cognitiva: manifestación en forma de pensamientos automáticos y actitudes sobre sí mismo, el futuro y el entorno. Caracterizado por la desesperanza y el fracaso en el futuro.

2) Esquemas: Organizan la percepción, la emoción y la memoria. Estructuras cognitivas sobre conocimientos generales y experiencias previas. Los autoesquemas son las creencias sobre sí mismo. Los esquemas se desarrollan y consolidan en el curso de la infancia y la adolescencia.

3) Distorsiones cognitivas: errores en el procesamiento de la información debido a esquemas y formas erróneas de pensar. Son creencias desadaptativas que no se ajustan al entorno.

2.4 La depresión como un trastorno discapacitante

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012) para el año 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo detrás de enfermedades como los infartos, enfermedades coronarias o accidentes cerebrovasculares, las cifras de personas con este padecimiento muestran una tendencia hacia los 120 millones de personas.

La investigación psicosocial ha centrado su atención en los acontecimientos vitales, estresores crónicos y la pérdida de un soporte social adecuado como condicionantes para que se incremente la incidencia y prevalencia de los estados depresivos y una reducción de la calidad de vida así como la alteración del comportamiento, pensamientos y actividades cotidianas en los pacientes (Campos y Martínez-Larrea, 2002).

La depresión plantea a los pacientes muchos retos que cambian a lo largo del tiempo en función de la enfermedad, el tratamiento, las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas del individuo así como el contexto social y cultural en el que se produce el malestar. Es un proceso complejo desde la aparición de la sintomatología hasta establecerse como trastorno depresivo.

Las personas que padecen depresión, tienen menos probabilidades de realizar cualquier actividad como asistir al trabajo o incluso si tienen alguna enfermedad fisiológica que requiera de realizar algún tipo de rehabilitación no lo hacen agravando su condición tanto física como mental.

Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2012) explican que los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida (pág. 75).

La depresión impide el cambio conductual de manera que se ve alterada cualquier actividad que sea de importancia para un adecuado establecimiento del funcionamiento dentro de un entorno y medio en el cual se desarrollan los pacientes con depresión. Dentro de un contexto social, la depresión no permite que las conductas sean adaptativas para que promuevan el bienestar, la integración y la salud para la mejora de la calidad de vida (Campos y Martínez-Larrea, 2002).

Halguin y Krauss (2009) consideran que “para algunas personas la depresión es tan dolorosa que sus pensamientos se convierten constantemente en ideas de como escapar del tormento que padecen día a día” (pág. 296). Uno de los problemas puntuales de un trastorno depresivo agudo es el intento de suicidio que puede llevar al suicidio consumado.

Un intento de suicidio es un acto que evoluciona no fatalmente, en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual, sin intervención de otros, para causarse daño por ejemplo, la ingesta deliberada de una sustancia nociva se puede emplear con el deseo de tener resultados autodestructivos. Se llaman para suicidios a los intentos que tiene un desarrollo benigno en el cual la intención no era letal como cortarse la piel, las llamadas conductas autolesivas. Las teorías sobre las causas del suicidio se enfocan en la experiencia de la depresión que suele preceder a un intento de suicidio y condiciones relacionadas que sirven como factores de predisposición (Halguin y Krauss, 2009).

El suicidio tiene múltiples causas, de naturaleza biológica, psicológica y social. Resulta difícil averiguar por qué una persona ha atentado contra su propia vida, casi siempre se detecta detrás una fuerte alteración emocional. Los núcleos de población más propensos a sufrir una depresión también tienen un índice más elevado de suicidios. En gran parte de los mismos esta depresión ha sido diagnosticada clínicamente.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013) se suicidan casi un millón de personas anualmente a causa de la depresión. Los pensamientos suicidas son resultado del pensamiento distorsionado y pesimista, al igual que del desinterés por la vida causado por la depresión. Los síntomas que sufren los depresivos son bastante peligrosos en este sentido, sobre todo la sensación de tristeza permanente, la pérdida del interés y la falta de sensación de placer en las actividades ordinarias.

Además de tener efectos devastadores sobre la vida emocional, sobre los pensamientos, la toma de decisiones y sobre la capacidad para disfrutar la vida, la depresión puede afectar numerosas funciones del organismo. La depresión no es solamente un estado de ánimo alterado, sino que en las personas deprimidas se producen cambios hormonales e inmunológicos que pueden resultar sumamente dañinos y son algunos de los efectos secundarios que agravan el estado depresivo.

En conclusión, la depresión puede afectar a cualquier ser humano sin importar alguna condición específica, es un problema de salud crónico y es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos.

La depresión no es simplemente ponerse triste, la tristeza es una respuesta normal del estado de ánimo ante situaciones de respuesta particulares de una persona que pueden ir desde un duelo o los cambios climáticos por ejemplo. La depresión es un trastorno con sintomatología bien establecida, tiene que ser diagnosticada de manera adecuada y establecer un correcto tratamiento. Los trastornos depresivos causan desmotivación, abatimiento, infelicidad y malestar general en la mayoría de las actividades que podrían resultar cotidianas para el ser humano y de manera más grave, este trastorno en su fase más aguda pone en riesgo la vida de las personas ya que los síntomas de la depresión pueden acarrear conductas suicidas.

CAPÍTULO 3. LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS

3.1 Aspectos importantes en la calidad de vida

El término calidad de vida proviene del griego kalos que significa bueno y del latín qualitas, -átis que significa conjunto de propiedades inherentes a una cosa o persona y vida -vita estado de actividad de los seres vivos

Ardila (2003) define la calidad de vida como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Los aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva y aspectos objetivos como el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida (pág. 163).

Este concepto está influenciado por el entorno en el que se desarrolla cada individuo comprendiendo el sistema de valores, la salud, la familia y el entorno sociocultural así como aspectos que satisfagan metas, objetivos y expectativas. Como menciona González (2008) “el hombre es un ser natural y social: es la expresión superior e irreductible de todo el desarrollo previo, filogenético, histórico-social y ontogenético” (pág. 121).

El modelo planteado por el grupo World Health Organization Quality of Life [WHOQOL] (1995) definen para la calidad de vida que abarca áreas de influencia en el ser humano, apoyados en tres factores o dominios: físico, psicológico y ambiental. Estos componentes subjetivos como las relaciones sociales, medio ambiente, creencias personales y espirituales y la percepción objetiva como lo son el dominio físico y psicológico así como el nivel de independencia muestran el nivel de bienestar que cada individuo percibe con elementos objetivos y subjetivos de su vida. Esta definición diferencia de una manera más clara las evaluaciones de la persona de su funcionamiento objetivo, capacidades y sus conductas y los autorreportes subjetivos, en términos de satisfacción e insatisfacción.

La calidad de vida relacionada con la salud también comprende tres dimensiones: dimensión física, psicológica y social (Fernández-Mayoralas, Rojo 2005).

1) Dimensión física

La dimensión física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. Es importante destacar que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

2) Dimensión psicológica

La dimensión psicológica corresponde a la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la falta de comunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

3) Dimensión social

Con lo que respecta a la dimensión social, en ella se incluye la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Desde que se incorporó el concepto de calidad de vida como una medida de la salud de las personas, ha sido uno de los conceptos más utilizados en el campo de la psicología de la salud. Buela (1996) define la calidad de vida desde la psicología como “un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria” (pág. 7). De acuerdo a García y Sales (2011) el bienestar fisiológico y psicológico como son el equilibrio emocional, una adecuada autoestima y salud física estable son algunos elementos vistos desde el concepto de salud que permiten mantener una calidad de vida funcional reforzando cada una de las dimensiones en las que se apoya.

3.2 El Modelo de las Necesidades Básicas de Maslow

Es importante destacar factores como el ambiental, nivel de satisfacción y de ingreso económico que complementan la mejora en la vida de los seres humanos. Como se ha revisado, la calidad de vida se construye cuando se van obteniendo satisfactores que generan bienestar físico, emocional y social. Existen modelos para explicar cómo se estructuran las necesidades básicas humanas que mejoran la calidad de vida en los individuos, uno de los más importantes es el de Maslow (1991) y la Teoría de la Motivación Humana.

Gray (2008) indica que el modelo de Necesidades Básicas de Maslow fue creado en 1943, propone que existe una jerarquía ascendente de necesidades humanas en donde una vez satisfechas las necesidades básicas se desarrollan otras así como deseos de orden superior que llevan a un nivel de satisfacción y mejora en la calidad de vida. La jerarquía de necesidades está compuesta por cinco niveles: necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad y protección, necesidades sociales, necesidades de estima y necesidades de autorrealización.



Figura 1. Pirámide de las necesidades básicas de Maslow

Estas necesidades se agrupan en distintos niveles en forma de pirámide (figura 1) de tal manera que las necesidades situadas en la parte superior de la pirámide sólo requieren de atención cuando se tienen satisfechas las necesidades más básicas o aquellas que se colocan en la base inferior.

González (2008) señala que considerar la diferencia cualitativa entre las necesidades, no reducir las unas con las otras, obliga también a tener en cuenta su interrelación y penetración recíprocas. Podría decirse que cada necesidad expresada en los procesos psíquicos, sin perder su carácter específico y cualitativo, es un espejo y eco, una manifestación concreta de todas las demás necesidades y de su interrelación con el medio (pág. 129).

Para alcanzar la autorrealización es importante cubrir las necesidades básicas convirtiéndose éstas en la base de la pirámide. Las necesidades fisiológicas como comer, la hidratación, dormir, la sexualidad y la respiración entre otras tienen que alcanzar un equilibrio y estar cubiertas para alcanzar el siguiente nivel de manera saludable ya que mantienen la vida y la supervivencia (González, 2008; Maslow, 1991; Seelbach, 2013).

Las necesidades de seguridad aparecen cuando están cubiertas las necesidades básicas. Comprenden la protección física, la salud en general, seguridad en los recursos económicos, la educación, empleo y vivienda. Maslow también propone que dentro de estas necesidades de seguridad, es importante cubrir la seguridad moral y la integración familiar. Estos elementos ligados a las necesidades básicas también explican el concepto de organización social que se tiene en la actualidad (González, 2008; Maslow, 1991; Seelbach, 2013).

Las necesidades de afiliación y afecto comprenden la participación y colectividad de las personas, asociación y pertenencia a un grupo además de sentirse aceptado por el mismo. Su importancia reside en la necesidad que tiene el ser humano de relacionarse y ser parte de una comunidad, además de formar lazos en diversos grupos como la creación de una familia, amistades e integración social (González, 2008; Maslow, 1991; Seelbach, 2013).

Las necesidades de estima se encuentran divididas en dos partes, la primera llamada necesidades de estima alta que refiere el cuidado personal, respeto propio, diálogo interno, el concepto que tiene el individuo consigo mismo y la comprensión hacia los demás. Las necesidades de estima bajas conciernen el respeto hacia los demás y la interacción social. En esta escala, Maslow refiere la necesidad de atención y reconocimiento e incluso el dominio que se pueda generar con respecto a las demás personas. Cabe mencionar que la carencia de estas necesidades reflejan una baja autoestima y generan malestar emocional importante (González, 2008; Maslow, 1991; Seelbach, 2013).

En el último nivel Maslow lo define como autorrealización y se refiere a las necesidades más elevadas que a través de la satisfacción encuentran sentido a la vida y para cubrirlo es necesario completar en lo posible las necesidades anteriores (González, 2008; Maslow, 1991; Seelbach, 2013).

Existen algunos indicadores que refieren el nivel y condiciones de calidad de vida. En México se tiene el Índice de Rezago Social del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) que revisa los niveles de calidad de vida y bienestar de los mexicanos (Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2013).

Otro de los indicadores creado por las Organización de las Naciones Unidas es el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que informa no sólo el alcance económico de las personas, sino que evalúa y muestra cómo cada país ofrece a sus ciudadanos un ambiente propicio en donde puedan desarrollar su proyecto de vida, mejorar sus condiciones de la misma y además, observar el avance de la mejora de la sociedad de un país (Índice de desarrollo Humano, 2013).

El cuestionario de calidad de vida breve (Anexo 5) utilizado en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la UNAM es un instrumento que mide un constructo multidimensional que incorpora la percepción de la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales así como su relación con el entorno organizado de la siguiente manera:

Factor	Componentes del factor
1.-Salud física	Actividades de la vida cotidiana Movilidad Energía y fatiga Sueño y descanso Enfermedades y dependencia de sustancias medicinales Capacidad para trabajar
2.-Psicológico	Imagen corporal y apariencia Sentimientos positivos Sentimientos negativos Autoestima Espiritualidad/Religión/Pensamientos personales Cognición, aprendizaje, memoria, concentración
3.-Relaciones sociales	Relaciones interpersonales Apoyo social Actividad sexual
4.-Ambiente	Recursos económicos Libertad y seguridad Acceso y calidad a salud pública Ambiente en el hogar Oportunidades para adquirir nuevas habilidades e información Participación en actividades recreativas Ambiente físico (contaminación, tráfico, clima) Transporte

Cuadro 1. Factores del cuestionario breve de calidad de vida en español

3.3 Estilos de vida y el impacto en la salud en los adultos

Los estilos de vida son un conjunto de hábitos de comportamiento que constituyen factores de protección para la salud o factores de riesgo de enfermedad. Reynoso y Seligson (2002) definen el estilo de vida “como uno de los factores más importantes que influyen en la salud. Las enfermedades se han ligado al estilo de vida del individuo” (pág. 25).

En los adultos los estilos de vida se modifican en el transcurso del tiempo, no atendiendo estilos de vida saludables y con ello, su salud se va deteriorando ya que por lo general presentan conductas que generan enfermedad, como el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, fumar y beber en exceso reduciendo su calidad de vida y salud en general presentando enfermedades crónico-degenerativas, distintos tipos de problemas sociales y psicológicos como los trastornos de ansiedad y depresión siendo los más frecuentes ya que alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años de edad (Urzúa, 2010).

Cuando se hace referencia a la salud, lo más común es que se refiera a la enfermedad y a su curación. Las nociones clásicas que se mueven en el imaginario social acerca de la salud corresponden con la idea del buen funcionamiento orgánico y a la atención en la salud cuando se ha perdido, es decir el tratamiento de la enfermedad (Urzúa, 2010).

La demanda biológica, psicológica y social que experimentan los adultos presenta diferentes aspectos para tomar en cuenta ya que los cambios que sufren en esta etapa son muy significativos. Desde el punto de vista biológico, se ven alterados los sentidos, recurrencia en enfermedades y menor resistencia a ellas, patrones alimenticios poco saludables, sedentarismo así como menor rendimiento físico y con ello se presenta mayor vulnerabilidad del estado físico (García y Sales, 2010).

En el aspecto psicológico se ven deterioradas las funciones cognitivas como la memoria y el aprendizaje y por último, en lo referente a lo social van siendo desplazados en los diferentes grupos a los que pertenecen ya que no encuentran las mismas oportunidades que en sus etapas anteriores, como en la laboral, en sus relaciones interpersonales así como las familiares (García y Sales, 2010).

Con todas estas consideraciones, los adultos se ven expuestos a situaciones más complicadas conforme el paso del tiempo avanza, generando incertidumbre y por ende, se presentan estados de ansiedad y depresión, así como el incremento en enfermedades de orden fisiológico.

En relación con lo anterior, la psicología de la salud juega un papel fundamental en la atención sanitaria y mejora de la calidad de vida. Entre las principales aportaciones de la psicología de la salud se tienen la promoción de estilos de vida saludables, prevención de enfermedades modificando hábitos no saludables asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco y alcohol) tratamiento de enfermedades específicas como pueden ser la diabetes, hipertensión, intestino irritable, el cáncer, el sida, entre otras. En estos casos los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos así como de evaluación y mejora del sistema sanitario (Oblitas, 2010).

La atención sanitaria consiste en mejorar la salud y/o el tratamiento y la cura de la enfermedad y sus síntomas, siendo necesario abordar los resultados más generales de los tratamientos y servicios de la atención como el bienestar del paciente adulto. A diferencia de los resultados clínicos que se pueden valorar de manera objetiva, la valoración del bienestar del paciente exige que se intente determinar la visión que éste tiene. En las intervenciones psicológicas es importante evaluar los resultados clínicos, como por ejemplo la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, pero también la propia percepción del individuo sobre cómo ha influido la intervención o tratamiento sobre su experiencia de la enfermedad y su funcionamiento psicosocial general (Ávila, 2013; Oblitas, 2010).

3.4 Disminución en la calidad de vida y los trastornos de ansiedad y depresión en los adultos

En un estudio realizado en Holanda para identificar la concurrencia entre ambas entidades nosológicas, los datos epidemiológicos realizados corroboran la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión. Los resultados del Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (1998), mostraron que 92% de los encuestados había experimentado síntomas de depresión, en igual proporción al porcentaje de ansiedad, mostrando la alta presencia por igual en ambos trastornos (como se cita en Agudelo, Buela-Casal y Donald, 2007, pág. 34-35).

La ansiedad y la depresión pueden ser consideradas como indicadores que reflejan la calidad de vida, modificando la percepción y significado que el adulto tiene sobre su existencia. La reducción en la calidad de vida así como una inadecuada integración familiar son condiciones importantes para que los trastornos de ansiedad y depresión se establezcan en la vida de las personas ocasionando un desequilibrio en su salud física, mental así como en sus relaciones interpersonales y familiares (Morrison y Bennett, 2008).

La ansiedad y depresión está asociada al impacto negativo sobre la calidad de vida percibida por los pacientes, desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra. Morrison y Bennett (2008) afirman que “uno de los objetivos de evaluar la calidad de vida consiste en valorar el impacto que tiene la enfermedad sobre el funcionamiento del individuo” (pág. 468).

El aumento de la severidad de los síntomas y la salud mental se ven más afectados, lo que influye de manera importante en el bienestar percibido de estos pacientes. El cuidado de la salud comienza con implementación de estrategias que previenen la enfermedad y aumento del bienestar (Myers, 2005).

La ansiedad es una reacción emocional, así como un conjunto de respuestas cognitivo conductuales del organismo que se desencadenan ante una situación de amenaza caracterizada por preocupación, miedo, inseguridad y sensación de pérdida de control. Estos trastornos ansiosos también son producto de una salud frágil y cambios psicosociales que sufren los adultos dentro de su familia (Morrison y Bennett, 2008).

La depresión se caracteriza por sensaciones de tristeza, apatía, baja autoestima, estado de ánimo alterado entre otros. En comorbilidad, estos trastornos acarrearán manifestaciones físicas como la pérdida del sueño, cefaleas, gastritis, colon irritable y pérdida de apetito. Estos síntomas motivados por factores psicológicos contribuyen a la disminución de la calidad de vida mediante una inadecuada percepción y una representación subjetiva de la realidad en la que viven (Campos y Martínez-Larrea, 2002).

Así, tanto el comportamiento como los estilos de vida son indicadores básicos para la salud de una persona. Los estilos de vida no saludables y crónicos son en gran medida los referentes más importantes para el establecimiento de los trastornos de ansiedad y depresión. Al ser problemas que se alargan en el tiempo, obliga a las personas a modificar sus estilos de vida ya que estos trastornos crónicos son los que generan mayor deterioro a nivel emocional obligando a los afectados a modificar su vida y exige el establecimiento de un proceso nuevo de adaptación generando al mismo tiempo emociones negativas como incertidumbre y miedo (Reynoso y Seligson, 2005).

CAPÍTULO 4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA y CONDUCTUAL

4.1 Breve historia y objetivos de la Terapia Racional Emotiva y Conductual

La Terapia Racional Emotiva fue desarrollada en 1955 por el Dr. Albert Ellis psicólogo clínico estadounidense y presentada en 1956 en la reunión anual de la American Psychological Association en la ciudad de Chicago, Illinois en Estados Unidos. La Terapia Racional Emotiva es una terapia de corte cognitivo conductual.

Inició su trabajo en la práctica privada con una orientación psicoanalítica. En esta práctica terapéutica se encontró con diversos cuestionamientos respecto a la profundidad y resolución de problemas con los métodos utilizados en ese entonces por él y no estaba completamente satisfecho con las técnicas utilizadas ya que no encontraba una correcta alineación entre ellas. Es entonces cuando decide reformular su modelo terapéutico y para 1954 inicia con la Terapia Racional (llamada así por la combinación entre aspectos cognitivos y filosóficos) ajustándola en 1955 y presentándola a la comunidad científica en 1956 como Terapia Racional Emotiva (Navas, 1981).

Ellis (1999) considera al ser humano como capaz de comportarse racional e irracionalmente. Y solamente cuando actúa y piensa de manera racional es cuando en verdad se siente feliz y efectivo. Tiene entonces que la relación racional y emotiva está compuesta de una teoría de personalidad, un sistema filosófico y una técnica para el tratamiento psicológico.

La Terapia Racional Emotiva continuó con avances significativos desde sus orígenes hasta nuestros días, siendo mencionada en el presente como Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC) combinando aspectos que son inherentes al ser humano como el pensamiento, sentimientos y conductas de manera simultánea, siendo en estas áreas en donde se presentan las distintas psicopatologías. Ellis (1999) admite una relación de los tres sistemas. La cognición contribuye a la emoción y a la acción, la emoción a la acción y a la cognición y la acción a la cognición y a la emoción (Navas, 1981).

Con esta afirmación básica, la propuesta de Ellis para la Terapia Racional Emotiva y Conductual conduce a que los pensamientos, sentimientos y conductas actúan de manera integrada en el individuo y que las perturbaciones de las emociones provienen no de los hechos como tal, sino de la interpretación que se hace de ellos. De esta manera, si se interpreta la realidad de un modo negativo o malo (cognición) producirá un estado de malestar en el individuo como tristeza o enojo (emociones) y con ello se activará una reacción a ese sentimiento, como evitación o llanto (conductas) (Ellis y Lega, 1993).

La Terapia Racional Emotiva y Conductual es una terapia Cognitivo Conductual que incluye pensamientos y conductas. Al respecto, Ellis (1999) desarrolló un conjunto de ideas racionales e irracionales para evaluar la manera funcional o disfuncional de analizar lo que está sucediendo en la realidad y como se está actuando ante esos pensamientos.

Así, los pensamientos o ideas irracionales son una forma de comportamiento no funcional y no adaptativo debido a la interpretación poco lógica y no racional de los hechos y esta forma de pensar es la causante de malestar, convirtiéndose en un perturbador emocional, causando ansiedad y/o depresión, inhabilitando a la persona para sus actividades cotidianas y limitando una buena integración en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

Lega, Caballo y Ellis (1997) plantean “como el comportamiento estúpido de una persona inteligente, quien escoge pensar de manera poco funcional” (pág. 33). Agregan que las emociones y las conductas de una persona son producto de las propias creencias, de información subjetiva y de la interpretación a la realidad.

Es por ello que resulta de suma importancia en la Terapia Racional Emotiva y Conductual enseñar al paciente a identificar sus ideas irracionales y con ello, ayudarlo a sustituirlas por otras más racionales, funcionales y con ello, adoptar pensamientos, emociones y conductas saludables.

El modelo terapéutico que propone Ellis (1999) en la Terapia Racional Emotiva y Conductual está basado en tres pilares principales, denominados el modelo emocional A-B-C o Teoría Dinámica de la Personalidad (Landriscini, 2006). De este modelo se identifican tres elementos de una manera esquemática:

Acontecimiento activador	Pensamientos y creencias	Consecuencias
Acontecimientos, hechos o situaciones internos o externos.	Proceso de creencias (pensamientos, ideas o imágenes)	Consecuencias o resultados (conductas y emociones) funcionales o disfuncionales.

Cuadro 2. Modelo emocional ABC

Partiendo de este esquema se genera una primera proposición por parte de Ellis (1999) refiriendo que no son los acontecimientos los que provocan el comportamiento, sino las creencias que de ellos se tienen, derivado del pensamiento filosófico de Epicteto (1991) quien plantea que “los hombres se ven perturbados no por las cosas, sino por las opiniones sobre las cosas” (Epicteto 1991, citado por López, 2010, pág. 29).

El pensamiento racional es determinante para la vida, la salud y la felicidad humana y el logro de metas que ayudan a los seres humanos a vivir sin dolor. Ibañez, Onofre y Vargas (2012) mencionan que “la Terapia Racional Emotiva implica hacer explícito lo implícito de las autoverbalizaciones del sujeto y aprender una nueva forma de evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de una forma mucho más razonable” (pág. 1457).

El ser racional es un concepto filosófico que involucra diferentes significados, muchas veces las personas racionales pueden llegar a resultados equivocados u opuestos, sin embargo en este sentido se reconoce el error y se aceptan las realidades que se le presentan, se enfoca a trabajos productivos que le generen bienestar, vive en armonía en el medio en que se desenvuelve, socializa de una manera agradable con los demás, piensa siente y actúa de forma objetiva y toma decisiones más acertadas a partir de hechos conocidos.

Por otro lado, en la terapia de Ellis (1999) se destaca el papel de las emociones refiriendo que no todas las emociones son malas o inapropiadas o que tengan que ser modificadas, ya que las emociones son parte de la vida de los seres humanos y son claves para la supervivencia. Ellis (1999) propone diferenciar entre las emociones funcionales y las emociones que nos son funcionales para la vida, ya que las emociones que causan malestar no permiten que las personas lleven una vida adecuada, causando un comportamiento nocivo, un daño emocional o físico y generando trastornos de ansiedad y depresión. Esta diferenciación debe de ser clara y objetiva ya que una emoción como enojo o tristeza generada por un acontecimiento estresante como puede ser la muerte de un ser querido, induce una respuesta natural y que es de esperarse por parte del afectado, sin embargo si se prolonga más allá del tiempo, la persona tiende a tener conductas desadaptativas generadas por emociones perturbadoras, disfuncionales y negativas generadoras de malestar.

Poder diferenciar una emoción perturbada de lo que no lo es resulta una de las aportaciones más significativas de la Terapia Racional Emotiva y Conductual, siendo un paso importante ya que se puede transformar el sufrimiento en emociones que aunque resulten ser negativas, se conviertan en adaptativas. Goleman (2001) menciona que “las emociones perturbadoras son malas para la salud. Se descubrió que las personas que experimentaban ansiedad crónica, prolongados periodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad” (pág. 202).

Beck (2010) para que se establezca un trastorno se encuentra en la evaluación irracional y poco funcional que interpreta el individuo sobre el sí mismo, los demás y el mundo que le rodea (o el futuro) llamada la triada cognitiva. Esta evaluación se realiza a través de las exigencias absolutistas y dogmáticas del “debo de...” y “tengo que...”. Ellis (1999) afirma que estas creencias se consideran irracionales porque son rígidas, inconsistentes con la realidad, ilógicas, extremistas y normalmente impiden a las personas conseguir lo que quieren así como provocarles inestabilidad emocional.

Son estas ideas irracionales agrupadas dentro de la triada cognitiva que llevan a conclusiones irracionales también llamadas creencias evaluativas o inferencias que son: tremendismo (resaltar en exceso lo negativo), baja tolerancia a la frustración (exagerar lo insoportable ante una situación) y condensación (juzgar como mala la valía de sí mismo o de una persona) (Beck, 2010).

La Terapia Racional Emotiva y Conductual es directiva con un enfoque psicoeducativo y partiendo de lo antes expuesto, se le enseña y ajusta al paciente su forma de pensar, atender sus ideas, conductas y a partir de ese aprendizaje, producir el cambio. Las teorías del aprendizaje son un eje importante en esta terapia, ya que el aprendizaje es un proceso de construcción en la personalidad humana. Es una terapia activa en donde el cambio emocional y conductual se establece mediante la identificación y posterior sustitución de los pensamientos irracionales causantes de los estados emocionales perturbados. Reemplaza esas creencias inapropiadas por creencias apropiadas y racionales, siendo el método principal para realizar el llamado debate de pensamiento entre terapeuta y paciente para poner en perspectiva la problemática que es básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana (Caro, 1997).

De esta forma, La Terapia Racional Emotiva y Conductual ayuda a los pacientes a tener una estrategia de vida funcional, emocionalmente adecuada y con esto, incrementar su estabilidad familiar y social, que encuentre satisfactores que le causen bienestar, así como un adecuado equilibrio en su salud física y mental.

4.2 ¿Qué es ser racional y emotivo?

Goleman (2001) refiere que “los sociobiólogos señalan el predominio del corazón sobre la cabeza en momentos cruciales en donde la evolución ha dado a las emociones un papel importante en la psique humana. Las emociones son una guía en momentos difíciles” (pág. 22). Waisburg (2011) afirma que “en ciertos momentos, la emoción es indispensable para la racionalidad ya que las emociones son necesarias para razonar, tomar decisiones y lograr objetivos” (pág. 2).

Las emociones humanas están controladas por dos sistemas neurales: el deliberativo y emocional. El deliberativo que es el control emotivo es mucho más antiguo y cumplió un papel adaptativo en los primeros humanos, ayudándolos a satisfacer sus necesidades básicas, así como identificar rápidamente el peligro y responder ante el mismo. Sin embargo, a medida que los humanos evolucionaron, desarrollaron la habilidad necesaria para considerar las consecuencias a largo plazo de su comportamiento y sopesar el costo y los beneficios derivados de sus elecciones (Waisburg, 2011).

El comportamiento humano no está únicamente controlado por la deliberación o bien por la emoción, sino por los resultados de la interacción de estos dos procesos. El control emotivo es rápido, pero sólo puede responder ante una cantidad limitada de situaciones, mientras que la deliberación es mucho más flexible, aunque relativamente lenta y laboriosa (Waisburg, 2011).

El concepto sobre comportarse de una manera racional y/o emotiva no sólo trata de analizar los ejes psicológicos y sociales que influyen en la manera de actuar del ser humano, también es muy importante revisar los procesos biológicos que implican conocer cómo funciona el cerebro y entender algunos procesos básicos, ya que respuestas a estímulos y los procesos cognitivos forman una relación particular para equilibrar la forma de reaccionar y responder de un individuo.

Una de las investigaciones más importantes sobre las emociones desde las neurociencias y la neuropsicología ha sido el papel que juega la amígdala en donde su principal aporte es el procesamiento de reacciones emocionales; Carlson (2007) menciona que la “amígdala organiza las respuestas conductuales, neurovegetativas y hormonales que sustentan esas conductas de respuesta” (pág. 395). La amígdala prepara una reacción (ansiosa o impulsiva por ejemplo) mientras otra parte del cerebro, los lóbulos frontales permiten una respuesta más adecuada. Cabe mencionar que la corteza cerebral es donde se llevan las funciones ejecutivas que elaboran el pensamiento estructurado así como la jerarquización de ideas.

Cuando la persona siente miedo o enojo, la corteza prefrontal regula esta emoción para ocuparse de manera más eficaz de la situación, originando una respuesta más apropiada a los impulsos emocionales. La amígdala actúa a menudo como disparador y la corteza prefrontal parece ser parte del mecanismo de desconexión del cerebro para las emociones perturbadoras en donde la amígdala propone y el lóbulo frontal decide (Carlson, 2007).

Estas conexiones de la zona prefrontal son fundamentales en la vida mental y emocional, son esenciales para las decisiones más importantes en la vida de las personas. Podría parecer entonces que el ser humano tiene dos mentes, una mente emocional y otra racional, la primera es más rápida, pues actúa sin ponerse a pensar en lo que está haciendo, descarta la reflexión y el análisis que a menudo es la carta de presentación de la mente racional. Para lo que una es importante, para la otra no lo es, las acciones que surgen de la mente emocional acarrearán una sensación de certidumbre, una consecuencia de una manera simplificada de ver las cosas y que puede ser completamente desconcertante para la mente racional, que es la que tiene la responsabilidad de resolver (Rains, 2004).

Por otro lado, entender la diferencia entre emoción y sentimiento acerca más la relación que se tiene entre la mente racional y emotiva. Las emociones son un conjunto de respuestas producidas por el cerebro cuando se presenta un estímulo (Quebradas, 2011).

Se diferencian de los sentimientos porque en ellos es cuando se realiza una evaluación consciente durante la respuesta emocional. Son el componente cognitivo de las emociones, realizando la elaboración e interpretación de las sensaciones emocionales y siendo llevadas a un estado racional. Es por ello que las emociones no son fáciles de controlar ya que son las primeras las que actúan de forma inmediata y están asociadas con mecanismos de supervivencia, por otra parte, los lóbulos prefrontales son los encargados de evaluar y analizar las situaciones de riesgo (Chóliz, 2005).

La Terapia Racional Emotiva y Conductual reconoce factores determinantes en el comportamiento, como los biológicos, comenzando por los instintos que marcan una conducta básica o de respuesta, así como los procesos superiores en la corteza cerebral que llevan a pensar de un modo específico y con ello establecer un tipo de conducta más compleja.

Del mismo modo, las influencias psicosociales y culturales determinan y condicionan el comportamiento humano. Desde el punto de vista psicológico, la Terapia Racional Emotiva y Conductual de Ellis analizó estos conceptos tan intrínsecos e inseparables del ser humano para que exista una sana convivencia entre emoción y razón, entendiendo que estas respuestas son básicas para el comportamiento de las personas, teniendo como premisa principal la función adaptativa al medio. La Terapia Racional Emotiva y Conductual se centra en la objetividad de los pensamientos, equilibran las emociones para adecuar de manera más eficiente la personalidad y reestructurar ideas y pensamientos positivos, racionales y objetivos que dan lugar a sentimientos apropiados así como conductas saludables en el individuo.

4.3 Pensamientos irracionales y las distorsiones cognitivas

La Terapia Racional Emotiva y Conductual no sólo se basa en premisas teóricas y prácticas en su desarrollo, tiene una base sólida en conceptos afectivos y conductuales así como en metodologías filosóficas y del aprendizaje para motivar cambios básicos de personalidad en el individuo.

Ellis basó su labor en las teorías del aprendizaje, como es el condicionamiento clásico, enseñando a sus pacientes a controlar sus miedos con el propósito de llevarlos a comprobar que en realidad los hechos no eran tan terribles y amenazadores como los pacientes pensaban y creían que podían ocurrir. Hizo principal énfasis en las variables de la personalidad que intervienen en la conducta, los procesos cognitivos y emocionales que son los principales ejes en el desarrollo de su trabajo.

La Terapia Racional Emotiva y Conductual sostiene que los seres humanos al nacer tienen un gran potencial para pensar y comportarse irracionalmente, aunque los individuos están completamente dispuestos para obtener satisfactores como la felicidad, bienestar y socialización, también tienden a la autodestrucción, repetir errores, superstición, intolerancia, perfeccionismo y culpa entre otras ideas irracionales que se postergan con el tiempo, convirtiéndose en malos hábitos, disfuncionales, distorsionando sus pensamientos y alterando sus conductas (Ellis, 1999).

Ellis (1999) propuso que buena parte de los problemas psicológicos se deben a patrones de pensamientos irracionales, centrando su teoría en que las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que se piensa acerca de ellos.

Identificó un conjunto de pensamientos irracionales más comunes. Adicionalmente consideró que los pensamientos son irracionales y absolutos, se expresan en términos cerrados, de forma categórica, contundente y distorsionando el pensamiento. Algunos ejemplos que se explicarán posteriormente son: todo o nada (pensamiento dicotómico), blanco o negro, personalización, descalificación y además, las ideas irracionales provocan emociones que interfieren en la obtención de metas causando depresión, ansiedad, culpabilidad, temor, entre otros trastornos (Ellis, 1999).

Los pensamientos irracionales tienen su componente racional para ejemplificar e ilustrar las posibles salidas de manera objetiva y funcional a los pensamientos disfuncionales. Aparte, los pensamientos racionales son flexibles, admiten posturas intermedias y no absolutas permitiendo a las personas mejor consecución de sus objetivos.

El modo de pensar de manera racional permite adecuarse a la realidad y resolver problemas de manera más efectiva, además este modo de pensar ajusta y equilibra las emociones generando bienestar y salud para los individuos. Ellis (1999) agrupa los pensamientos irracionales de la siguiente manera:

1) Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.	2) Para considerarme a mí mismo/a como una persona válida debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.	3) Las personas que no actúan como deberían son malvadas, y deberían ser castigadas por su maldad.
4) Es terrible que las cosas no funcionen como a uno/a le gustaría.	5) La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.	6) 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.
7) Es más fácil evitar responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. Así viviré más tranquilo/a.	8) Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte que yo en quien confiar.	9) Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre.
10) Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.	11) Existe una solución perfecta para cada problema, y debemos hallarla siempre.	

Cuadro 3. Ejemplos de pensamientos irracionales

Las distorsiones cognitivas son un error en el procesamiento de la información asociado a creencias desadaptativas o que no se ajustan al medio. Este error en el procesamiento del pensamiento influye en la conducta y el estado emocional de las personas, son un fallo en el pensamiento crítico y en la elaboración de ideas (Beck y Freeman, 2005). Las distorsiones cognitivas no son un trastorno ni una enfermedad y la mayoría de las personas han presentado alguna distorsión a lo largo de su vida, sin embargo estos pensamientos perturbadores son los causantes de muchos trastornos como los trastornos de personalidad o la depresión, que pueden llegar a mantenerse como pensamientos erróneos (Beck y Freeman, 2005).

<p>1) Inferencia arbitraria: Llegar a una conclusión sin evidencias o incluso con evidencias contrarias. Se divide en dos: anticipación sin evidencia y conclusión de lo que piensa otra persona sin evidencia.</p>	<p>2) Abstracción selectiva (filtro mental): Valoración de un hecho o experiencia a partir de un solo elemento ignorando los otros.</p>
<p>3) Generalización excesiva (sobregeneralización): Conclusión extraída de uno o más hechos aislados y que es utilizada como regla general para situaciones relacionadas y similares pero también para otras que no lo están.</p>	<p>4) Magnificación y minimización: Incrementar la magnitud (sobrestimar) de los sucesos negativos y minimizar (subestimar) la de los positivos. Se dividen en dos: visión catastrófica: imaginar el peor resultado posible y negación: negar problemas o errores.</p>
<p>5) Personalización: Atribución personal de sucesos externos sin base suficiente. Asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente.</p>	<p>6) Pensamiento absolutista y dicotómico (todo o nada): Interpretar los sucesos y personas en términos absolutos sin tener en cuenta puntos intermedios, aparecen palabras como siempre..., nunca..., todo..., nada.</p>
<p>7) Razonamiento emocional: Formular argumentos basados en cómo nos sentimos y no en la realidad. Guiar las creencias de la realidad en función de las emociones negativas sentidas.</p>	<p>8) Descalificar u olvidar lo positivo (invalidar lo positivo): Desconsiderar arbitrariamente y de forma continuada las experiencias positivas. Rechazar lo positivo.</p>
<p>9) Enunciados debo: Aplicar de forma rígida las reglas sobre nuestras obligaciones y las de los demás. Centrarse en lo que debería ser en lugar de lo que es.</p>	<p>10) Etiquetado: Utilizar etiquetas para describir las conductas y las personas. Las etiquetas suelen ser absolutas, negativas e inalterables.</p>
<p>11) Culpabilización: Valoración a posteriori de un acontecimiento para establecer lo que uno debería haber hecho. Culpabilizar a los demás o a si mismo de los problemas (aún sin asociación objetiva).</p>	<p>Se consideran también distorsiones cognitivas la evaluación incorrecta de situaciones como ver peligros donde no los hay, las actitudes disfuncionales sobre la felicidad.</p>

Cuadro 4. Ejemplos de distorsiones cognitivas

4.4 Cambios en el pensamiento y modificación de la conducta

El pensamiento es todo aquello que se trae a la realidad por medio de procesos intelectuales y la conducta es cualquier forma de actividad realizada por un organismo. Esta relación entre pensamiento y conducta es clave para el desenvolvimiento e integración de los seres humanos en la vida diaria.

El aprendizaje tiene un rol básico en la modificación de conducta ya que precisamente, aprender es una forma de modificación de la conducta, sin embargo es importante destacar que no todo cambio de conducta se debe al aprendizaje y no todo aprendizaje lleva a la modificación de la conducta ya que algunos cambios pueden deberse a procesos de maduración o enfermedades que no dependen directamente de un aprendizaje y por otro lado, el entorno familiar y social por ejemplo, llevan a un conjunto de aprendizajes que se van desarrollando a lo largo de la vida. Un individuo puede pensar una conducta asociada a un estímulo apetitivo o aversivo y en esa medida, esa conducta aumentará o disminuirá respectivamente y aprenderá de una manera sistemática, cómo actuará en el futuro siendo este aprendizaje un aspecto de adaptación al medio (Ribes, 2002).

La relación entre conducta, pensamiento y emoción es la base de la Terapia Racional Emotiva y Conductual. Como se mencionó anteriormente, en sus inicios Ellis (1999) disminuyó el miedo de sus pacientes con técnicas de modificación de conducta apoyándose en el condicionamiento clásico, procedimiento que no dejó completamente de lado. Estructuró su teoría fortaleciendo sus técnicas y apoyándose en la caja negra (pensamiento) y especialmente en los estudios del análisis funcional de la conducta.

Integró los procesos cognitivos, las respuestas conductuales y emocionales así como el aprendizaje, siendo el componente más importante de la Terapia Racional Emotiva y Conductual, que incluye un proceso de enseñanza-aprendizaje por parte del terapeuta y del paciente para la resolución de sus problemas.

Entre las aportaciones más relevantes de la teoría del aprendizaje a la Terapia Racional Emotiva y Conductual, puede observarse las estrategias de modificación de conducta, mismas que hasta el momento han sido empleadas para la adquisición y fortalecimiento de conductas saludables o en su caso, la extinción de conductas patogénicas (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

1) Refuerzo positivo

El refuerzo positivo consiste en presentar una consecuencia positiva (una recompensa o premio) inmediatamente después de la emisión de una conducta determinada, y esto aumenta la probabilidad de que dicha conducta se presente en el futuro. Para que este procedimiento funcione, la recompensa tiene que estar en relación con el comportamiento, ser contingente a éste (es inmediato) y siempre tiene que ir acompañado de la especificación de la contingencia y de refuerzo social. Así mismo deben ser cognitiva y emocionalmente apropiados para la persona (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

2) Refuerzo negativo

El refuerzo negativo consiste en la desaparición del objeto o hecho desagradable que antecede a la respuesta que nos interesa; como consecuencia de dicha desaparición aumenta la frecuencia de la conducta deseada. La respuesta que buscamos es el medio que hace que se retire dicho objeto u hecho, es decir, desaparece como consecuencia de la conducta (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

3) Modelado

El modelado consiste en dar a la persona la oportunidad de observar en otra persona la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente o tras un intervalo de tiempo muy breve. Este procedimiento se usa en la adquisición de nuevas conductas, eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada, y como forma de suprimir miedos o fobias (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

4) Encadenamiento

El encadenamiento consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas engarzadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

5) Extinción

La extinción es un procedimiento que debe ser aplicado a cualquier conducta mal aprendida. Consiste en identificar el reforzador y suprimirlo para que la conducta desaparezca gradualmente, es decir, en no dar la recompensa que la mantiene (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

6) Reforzamiento de conductas incompatibles

El reforzamiento de conductas incompatibles es un método complementario de cualquier intento de eliminar una conducta problemática. Se basa en la administración de recompensas de forma continua a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir y en no aplicar ningún tipo de consecuencia a la conducta que se quiere eliminar (ignorarla).

El aumento de la conducta alternativa incompatible conlleva una disminución de la conducta indeseable (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

7) Generalización

Muchas conductas se empiezan a reforzar para lograr su fijación o eliminación, pero ello supone añadir unas contingencias artificiales (suministrar o retirar fichas, o premios) en situaciones controladas. La generalización es que las conductas inicialmente reforzadas se trasladen al ambiente natural y que sean mantenidas por los propios reforzadores naturales (Domjan, 2010; Martin y Pear, 2008).

No se puede concebir una modificación conductual sin una reestructuración cognitiva. La crítica más importante al modelo puramente conductual es que no considera los aspectos subjetivos del ser humano y se limita a estudiar la conducta visible adquirida por la relación con su medio ambiente. La Terapia Racional Emotiva y Conductual mueve una cantidad de métodos emotivos y conductuales así como métodos cognitivos y se ha convertido en algo multimodal (Rivadeneira, Danhab y Mincini, 2012a).

Hoy en día, el modelo conductual ha evolucionado hacia un modelo integrado en el que conducta y cognición han equiparado prácticamente su relevancia y asumen su papel como agentes recíprocos entre sí.

El enfoque Racional Emotivo y Conductual en términos generales distingue entre conductas y pensamientos y puede conceptualizarse según el conocido esquema A-B-C (Ellis, 1999). La psicología cognitiva enfatiza de nuevo la mente como objeto de la psicología y exige la actividad del individuo (Beck, 2010) contra el conductismo que requería de un sujeto pasivo, cuyo único cometido era el de establecer las conexiones entre los estímulos y las respuestas.

Por tanto, los primeros modelos más radicales (conductismo) en los que la conducta manifiesta puramente visible era el elemento principal de estudio han quedado relegados (Bautista, 2011).

La conjunción entre la terapia conductual y cognitiva ha mostrado avances significativos, ya que la unión entre estos dos enfoques fortaleció una de las técnicas terapéuticas más utilizadas en el mundo para el abordaje de diversos trastornos obteniendo resultados positivos a corto plazo y, además es una de las técnicas terapéuticas que más estudios, investigaciones y resultados ha presentado a la comunidad científica. La Terapia Cognitivo Conductual fomenta el cambio, la forma de pensar (cognitivo) y como la persona actúa (conductual), si estos cambios están presentes, ayudan de manera importante para que las personas se sientan mejor (Rivadeneira, Danhab y Mincini, 2013b).

La Terapia Cognitivo Conductual analiza las diferentes formas de reaccionar ante las situaciones que se presentan y como se está pensando acerca de ellas, se realiza una evaluación en donde el primer punto de estudio es la situación que está originando un problema y que tan perjudicial o no puede ser y de ahí formar un esquema básico en donde se analizan diversos factores como son:

1) Pensamientos	2) Emociones y/o sentimientos
3) Reacciones físicas	4) Comportamientos

Cuadro 5. Diferentes maneras de reaccionar que analiza la TREC

En este contexto, se estudia cómo se piensa sobre la situación y dando lugar a una variedad de resultados muy diferentes. La forma de pensar ha afectado la forma de sentir de la persona y además que es lo que ha hecho, como es que han sido sus conductas y de ahí partir hacia el restablecimiento de la salud.

La terapia cognitiva (incluyendo la terapia cognitivo conductual) se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento (ya sea farmacológico o psicológico) que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, trastorno bipolar (en combinación con fármacos), trastornos de la alimentación, trastornos somatoformos (trastorno de somatización, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal), trastornos por abuso de sustancias, algunos trastornos de personalidad (por ejemplo, límite), trastorno negativista desafiante, insomnio, ira, disfunción eréctil, conflictos de pareja y problemas de salud (por ejemplo, dolor, síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica) trastornos disociativos, intentos de suicidio, fibromialgia, trastorno por déficit de atención entre otros (Labrador, 2008).

En conclusión, la Terapia Cognitivo Conductual así como la Terapia Racional Emotiva y Conductual se basan en la interrelación entre los pensamientos, las conductas y las emociones. La importancia radica en identificar las ideas y conductas que causan malestar y reestructurar la manera de pensar, sentir y modificar el modo de actuar.

Al identificar cuáles son los pensamientos o ideas (irracionales) así como las conductas (desadaptativas) que influyen en la vida de las personas se llega a una mejora de la salud en general. Gray (2008) menciona que “la terapia cognitiva se enfrenta a los hábitos del pensamiento inadaptados, mientras que la terapia conductual trata directamente con las conductas inadaptadas” (pág.645).

Las terapias psicológicas que más se han aproximado a las investigaciones se han enfocado en el funcionamiento fisiológico, el ambiente, los hábitos y los mediadores cognitivos de la conducta humana, ejes fundamentales de la terapia cognitiva así como de la terapia racional, emotiva y conductual. La terapia cognitivo conductual es una disciplina científica y hay un número importante de estudios controlados que avalan su efectividad. La eficacia de las técnicas o la veracidad de los modelos no se basan en escritos u opiniones, sino en datos experimentales.

CAPÍTULO 5. ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS)

5.1 Antecedentes de la Atención Plena

Mindfulness es una palabra de origen inglés para traducir sati (Atención Plena) un término del idioma pali en el que fueron escritos los textos budistas que incluían conciencia, atención y recuerdo. El término Mindfulness tiene distintos significados como Atención Plena, Conciencia Plena o Mente Plena. Kabat-Zinn (2007a) define la Atención Plena o Mindfulness como “una conciencia sin juicios que se cultiva instante tras instante mediante un tipo especial de atención abierta, no reactiva y sin prejuicios en el momento presente” (pág. 115).

Atención plena no es un tema de moda, ya que tuvo sus inicios desde que los seres humanos comenzaron a transformar su medio. Aproximadamente, hace 2500 años se alcanzó un periodo de brillantez en la práctica de Atención Plena, teniendo como máximo exponente a Siddharta Gautama (V-VI a.C.) que fue el iniciador de una tradición religiosa y filosófica extendida por todo el mundo llamada budismo y cuya piedra angular es la práctica de Atención Plena. Buda perfeccionó de manera extraordinaria el método ya que esta práctica existía desde tiempos inmemorables mencionando otras tradiciones y culturas como la tibetana, siendo aplicada como un modo de vivir, de pensar y actuar para estos pueblos milenarios aplicándola para eliminar el sufrimiento humano cultivando la introspección (Parra, Montañéz, Montañéz y Bartolomé, 2012).

Las enseñanzas del budismo centraron su objetivo en la mente bajo la premisa de que una mente bien establecida está tranquila y no se deja llevar por los deseos y preocupaciones. La Atención Plena enriquece la experiencia cotidiana para que las experiencias de vida sean más satisfactorias. La Atención Plena define que la meditación es el método más poderoso para construir y formar la mente, una mente relajada y centrada permite focalizarla y concentrarla (Meditación Vipassana) y de este modo, la Atención Plena forma un estado mental que permite dos aspectos importantes: calmarse y observar (Namto, 1989).

Al entender que los estados de ánimo, las sensaciones y los pensamientos no son eternos, las reacciones se tranquilizan y se aprende a responder de una manera clara y objetiva.

Los cuatro fundamentos de la Atención Plena (Namto, 1989) explicados por Buda y que impartió para la introspección son:

1) Observar el cuerpo que significa ver aquello que hace que el cuerpo se mueva, captar la intención que impulsa la mente a actuar.

2) Observar las sensaciones que implican prestar atención al apego de las mismas.

3) Observar la mente, estar atento de la atracción, la repulsión y la indiferencia en el pensamiento.

4) Observar los objetos mentales como la alegría, apatía, preocupación, calma, duda, inquietud o cualquier otra actitud mental.

La práctica de atención en estos cuatro puntos considera de manera importante observar la respiración atentamente, con esto se cumple que la mente retorne una y otra vez a la respiración centrándose en ella. El objetivo es que en la práctica se unifique la respiración con la persona misma y con esto estar en el momento presente y lograr un estado de conciencia sin ser interrumpido, logrando un estado de conciencia pura, sin juicios y sin críticas, sin calificativos haciendo posible el desarrollo de la conciencia a un estado de no apego y libre de cualquier adicción mundana (Namto, 1989).

La incursión de la Atención Plena en occidente ha venido a enriquecer las terapias conductuales, humanistas y cognitivo conductuales. Esta oleada es llamada la Psicología de Tercera Generación, siendo la primera generación la psicología conductual en 1950 cuestionando la psicología clínica dominada en ese entonces por el psicoanálisis y que se requería de un sustento científico.

Para la década de los años 70's, se gesta la segunda oleada en donde la terapia cognitivo conductual establece un sistema de estímulos y respuestas y la relación entre pensamientos y creencias, que fueron objetos de análisis ya que estos son los generadores de malestar en las personas y como es la forma de responder ante estas contingencias. Con la llegada de la tercera generación en los años 90's, se practica una psicología no sólo basada en la estandarización de los procedimientos, sino que tienen como principio el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida. Este nuevo orden genera una integración fundamental para el desarrollo de las terapias antes mencionadas (Gálvez-Galve, 2012; Moreno, 2012).

La práctica de la Atención Plena, se centró dentro del modelo médico de occidente y Kabat-Zinn (2007) fundó la Clínica de Reducción de Estrés de la Universidad de Massachusetts. El desarrollo de la clínica llevó a que se creara dentro de la Facultad de Medicina el Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society. Desde entonces, la Atención Plena o Mindfulness ha despertado gran interés entre los profesionales de la salud mental en todo el mundo (Brito, 2011).

La práctica de Atención Plena de manera constante permite al paciente apartar pensamientos durante las situaciones de estrés y malestar general sin dar oportunidad para que se establezca estados ansiosos o depresivos, pensamientos obsesivos o repetir patrones de conductas patogénicas.

Namto (1989) menciona que "la Atención Plena es un entrenamiento mental para desarrollar algunas de las capacidades no cultivadas durante la actividad de vida ordinaria" (Pág.14). El darse cuenta momento a momento de lo que está sucediendo de una manera relajada hace que la experiencia sea más nutritiva, así la mente está presente en lo que sucede en el cuerpo de manera consiente dentro de la propia experiencia (Gálvez-Galve, 2012; Namto, 1989).

En la práctica de la Atención Plena la mente se entrena para que la persona ubique tal y cómo son sus pensamientos y preocupaciones en vez de tomarlos como si fueran hechos absolutos y de manera gradual, analiza sus contenidos mentales y emociones asociadas haciendo una evaluación con mayor tranquilidad de cada situación vivida pudiendo de esta manera responder de manera más eficiente y adecuada en lugar de reaccionar automáticamente a conductas habituales (Simón, 2011a).

La Atención Plena es una capacidad básica del ser humano, lo normal parece ser que la mente divague en el pasado y futuro, de lo que se ha hecho y se tiene que hacer. Esta es una mente errante, distraída y obnubilada. Los estudios realizados han demostrado que entre más deambula el cerebro, menos feliz es la persona. Durante los últimos veinte años, la Atención Plena ha sido introducida en los programas de salud integrales y en los modelos de tratamientos psicológicos para diversos trastornos mentales (Parra, Montañéz, Montañéz y Bartolomé, 2012).

5.2 Actividad cerebral y Atención Plena

Se han realizado diversas investigaciones respecto a la relación sobre la práctica de Atención Plena y la actividad cerebral, aunque no se ha llegado a consensos claros sobre los resultados en relación a los cambios neurofisiológicos por la complejidad en que se ven implicados este tipo de investigaciones. Por un lado, una limitante al respecto corresponde a la existencia de diversas técnicas de meditación que no se podrían generalizar en una sola, las personas implicadas tendrían que tener un alto grado de experiencia en meditación y además, mediciones y observaciones neurofisiológicas que requieren de un trabajo específico y puntual para analizar los resultados. Existen trabajos que se han enfocado en Atención Plena con rigor científico y estudios neurobiológicos importantes que arrojan pistas sobre la práctica de Atención Plena y los beneficios que genera a nivel cerebral y por consiguiente en un bienestar general completamente integral (Simón, 2013b).

Simón (2013b) en su revisión menciona que los estudios indican que una mayor activación prefrontal izquierda, activada con la meditación se relaciona con parámetros cognitivo-afectivos de carácter positivos y los estados cognitivo afectivos inversos a los anteriores, por tanto negativos, se relacionan, en general, con una mayor activación prefrontal derecha. Estos resultados hay que interpretarlos a la luz de una extensa literatura que ha encontrado una relación muy consistente entre los estados emocionales positivos y un predominio de la activación cerebral anterior izquierda, y los estados afectivos negativos y el predominio de la activación cerebral anterior derecha. Sin embargo, la interpretación de esta asimetría prefrontal es más compleja de lo que a simple vista parece. Una mayor activación del lado izquierdo se asocia, no sólo a un estado de ánimo más positivo, sino también a una reactividad aumentada a los estímulos emocionales positivos, a una mayor habilidad para afrontar estados de ánimo negativos y para suprimir voluntariamente el afecto negativo (pág. 15-16).

Mayor activación prefrontal izquierda	Mayor activación prefrontal derecha
Experiencia y expresión de emociones y afectos positivos	Experiencia y expresión de emociones y afectos negativos
Predisposición a estados de ánimo positivos	Predisposición a estados de ánimo positivos
Activación del sistema de aproximación	Aproximación del sistema de retirada
Representación de los estados deseados	Vigilancia de estímulos amenazadores
Reactividad aumentada a estímulos emocionales positivos	Reactividad aumentada a estímulos emocionales negativos
Aumento de habilidad para afrontar estados de ánimo negativos	
Facilidad para suprimir voluntariamente el afecto negativo	
Eudamónico, no hédonico	

Cuadro 6. Asimetría prefrontal y lateralización del afecto

Un estudio realizado por Lazar y cols. (2005) en el Hospital General de Massachusetts utilizaron neuroimágenes en veinte personas que practicaban Atención Plena encontrando que las regiones del cerebro asociadas con la atención, introspección y procesamiento sensorial eran más gruesas en ellos que en el grupo control.

Ramos, Enríquez y Recondo (2012) refieren que los autores de esta investigación mostraron que los pacientes al hacerse más conscientes de los estímulos sensoriales, al realizar la práctica de Atención Plena incrementaron gradualmente su capacidad para afrontar situaciones estresantes. El resultado más destacado del estudio de Lazar es que ciertas zonas de los cerebros de los meditadores existía un grosor mayor de la corteza cerebral. Las zonas implicadas fueron la ínsula del hemisferio derecho (área asociada a la actividad introspectiva y a la conciencia de respiración) y la corteza prefrontal derecha también (áreas 9 y 10 de Brodmann) que se asocia claramente con la atención sostenida. Este trabajo de Lazar y colaboradores demuestra que la experiencia de mindfulness, no solo provoca cambios funcionales transitorios, sino que también deja huellas estructurales en el cerebro (pág. 143-144).

Esta investigación muestra que las personas necesitan aprender a identificar sus sensaciones físicas, emocionales y poder comunicarlas, pero sobre todo para ellos mismos, ya que necesitan notar en donde está el posible dolor, la sensación en el cuerpo y de esta manera aprender a tener control sobre sus estados fisiológicos mediante la respiración, la concentración y la práctica de Atención Plena. Con esta práctica puede observarse que la Atención Plena y los estudios realizados, muestran cambios cognitivos, fisiológicos y neurobiológicos.

En primera instancia se incrementa la concentración pudiendo controlar los estímulos adversos, se evita que la persona sea dominada por pensamientos, sensaciones y emociones perturbadoras, pues al tomar conciencia de las mismas puede controlar la ansiedad, frustración y perturbación.

También se muestran cambios fisiológicos ya que hay un control sobre el ritmo cardíaco por lo que la Atención Plena se utiliza para regular el sistema nervioso autónomo disminuyendo el estrés, la ansiedad y depresión. En estudios realizados con electroencefalograma, imagen de resonancia magnética funcional y tomografía por emisión de positrones, indican claramente que la Atención Plena requiere de la mediación de la corteza prefrontal y produce cambios profundos en las regiones centrales del cerebro involucradas en la conciencia y en la regulación emocional (Moreno, 2012; Ramos, Enríquez y Recodo, 2012; Simón, 2013b).

Los estudios en neurociencias han mostrado que el cerebro es moldeable, el cerebro cambia física, funcional y químicamente a medida que adquiere una habilidad o a medida que mejora esa habilidad. El sistema nervioso se puede modificar a través de repeticiones teniendo como consecuencia la capacidad de cambiar algo tan complejo e intrínseco como los pensamientos (Carlson, 2007). La Atención Plena tiene relación con la plasticidad cerebral o neuroplasticidad, la capacidad que tiene el cerebro para continuar desarrollándose a lo largo de la vida. La práctica de la Atención Plena aumenta la plasticidad de los centros afectivos del cerebro inhibiendo las emociones destructivas y al mismo tiempo, generando emociones saludables y positivas (Simón, 2013b).

A raíz de estas investigaciones se podría decir que la Atención Plena guarda una estrecha relación con los patrones psicobiológicos acompañados de un estado de relajación y atención, ya que hay una disminución en la actividad del sistema nervioso periférico (relajación) y una actividad sostenida del sistema nervioso central (atención) y con ello, se logra incrementar la conciencia para responder de manera más efectiva a los procesos mentales que resulten dañinos así como conductas problemáticas (Simón, 2013b).

El uso en conjunto de ejercicios de conciencia, Atención Plena y terapia cognitiva ha demostrado que reducen significativamente los trastornos de ansiedad y depresión, así como dolor crónico, problemas con la alimentación, adicciones entre otros (Simón, 2013b).

En los estudios también se han observado que al mantener la respiración atendiendo las sensaciones del cuerpo se optimiza los ritmos alfa (asociadas con estados de relajación) para la modulación atencional y que tienen un papel importante para el filtrado de información en la corteza cerebral que es la que organiza el flujo sensorial del cerebro. La Atención Plena ayuda a mantener una mejor regulación atencional de las ondas alfa en la corteza somatosensorial. El cerebro tiene la capacidad de aprender a base de repeticiones, pero de la misma manera tiene la capacidad de desaprender. El centrarse en un punto específico que traiga consigo bienestar de manera constante y sostenida arroja beneficios importantes para la salud, beneficios que están presentes en la práctica de la Atención Plena (Moreno, 2012).

5.3 Atención Plena y psicoterapia

Desde que se introdujo la Atención Plena en occidente se ha mantenido y de manera sostenida como terapia individual o integrada con otras técnicas terapéuticas psicológicas, en psiquiatría y en la medicina. Diversos enfoques psicoterapéuticos basados en Atención Plena forman parte de las nuevas corrientes psicológicas más modernas ya que se sabe que no hay salud, sin salud mental y con esto, es importante integrar estas técnicas para fortalecer los distintos tipos de psicoterapia.

La Atención Plena consiste en desarrollar una conciencia reflexiva, momento a momento y tener la capacidad de darse cuenta que es lo que está sucediendo en un estado pleno esto permite que los pacientes estén mejor dispuestos a cambiar hábitos cognitivos y emocionales teniendo una conciencia más activa, pero menos reactiva con los pensamientos y emociones. Se presta atención a propósito y de manera particular en el momento presente, con una actitud de aceptación hacia la experiencia evitando establecer juicios de valor. Se establece una configuración del procesamiento de la información aumentando la capacidad de darse cuenta de lo que está sucediendo permitiendo desactivar pensamientos desadaptativos (Kabat-Zinn, 2007a).

La Atención Plena sigue una serie de ejercicios básicos tales como:

- 1) Elegir un lugar tranquilo y confortable.
- 2) Sentarse en una postura correcta. Espalda recta y pies fijos en el suelo.
- 3) Cerrar los ojos o centrar la mirada en un punto fijo notando momento a momento el objeto elegido sin distracción ni olvido. Eliminar de manera intencional las tensiones del cuerpo.
- 4) Controlar la respiración inhalando profundamente por la nariz y exhalando por la boca despacio, notando la entrada y salida del aire. Conducir la mente a notar la sensación del aire.
- 5) Si la mente divaga en los acontecimientos estresantes pasados o futuros, traerla de manera tranquila y gentil al presente, sin juzgarla.
- 6) Concentrarse en la respiración, ya que este proceso mantiene la mente en el presente.

Los fundamentos básicos de las terapias de tercera generación apoyadas en Atención Plena tienen en común trabajar la disminución de la percepción del dolor, reducción de estrés, ansiedad y depresión, mayor adhesión a los tratamientos psicológicos y médicos, mejora en la calidad de vida y además del mejoramiento del sistema nervioso autónomo, periférico y central, así como el sistema inmune.

Las terapias psicológicas de tercera generación son sensibles a los fenómenos o hechos psicológicos enfatizando estrategias de cambio basadas en la experiencia, abandonando la lucha con el síntoma y se le da importancia a la reorientación de la vida. Con ello, las terapias que se apoyan en Atención Plena hoy en día, además de ser las más difundidas son: 1) Terapia en Reducción del Estrés, 2) Terapia Cognitiva, 3) Terapia Conductual Dialéctica y 4) Terapia de Aceptación y Compromiso mismas que serán descritas brevemente:

1) Reducción del Estrés Basado en Atención Plena

Esta terapia fue pionera en integrar Atención Plena, psicoterapia y medicina occidentales desarrollada por Jon Kabat-Zinn en 1982, tiene como objetivo principal investigar las aplicaciones clínicas de la meditación. Misma que se lleva a cabo en el Centro para la Conciencia Plena en Medicina en donde se tratan enfermedades susceptibles de generar estrés, tales como, el cáncer y fibromialgia. Para poder afrontar el sufrimiento y el estrés este programa terapéutico propone atender las técnicas básicas de Atención Plena como no juzgar, confianza en sentimientos buenos, aceptar y dejar pasar, no apegarse.

Este programa está dividido en cinco partes: meditación estática, en la vida cotidiana, meditación caminando, revisión atenta al cuerpo y un conjunto de ejercicios de relajamiento (Moreno, 2012).

2) Terapia Cognitiva Basada en Atención Plena

La Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP, Mindfulness Based Cognitive Therapy) es una integración de la Terapia Cognitiva, con el programa de reducción del estrés de Jon Kabat-Zinn MBSR (1985). Esta terapia fue desarrollada por Seagal, Williams y Teasdale (2002) para prevenir las recaídas en el trastorno depresivo. La propuesta dada por estos autores refiere que las recaídas se deben a la reactivación de los pensamientos negativos cuando surgen estados de ánimo disfóricos.

Este modelo incluye técnicas cognitivo conductuales. Enfatizan la importancia que tiene la relación de los pacientes con sus pensamientos en lugar de cambiarlos y con esto considerarlos como esencialmente verdaderos. Además de realizar la práctica de Atención Plena en donde se les enseña a meditar en grupo. En los últimos años ha aumentado el número de estudios sobre la eficacia de las terapias que utilizan Atención Plena en una gran variedad de trastornos y síntomas (Cebolla y Miró, 2008).

3) Terapia Conductual Dialéctica

Esta terapia se basa en mantener un equilibrio entre la aceptación y el cambio. Fue desarrollada por Linehan en 1993 y a diferencia de la terapia cognitivo conductual es la aceptación de los pacientes tal y como son mientras se trabaja en modificar sus conductas y ambiente de acuerdo con sus objetivos. En esta terapia se les enseña a los pacientes a practicar la Atención Plena para tolerar el malestar y mejorar sus habilidades sociales especialmente en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Linehan, 2009; Gempeler, 2008).

4) Terapia de Aceptación y Compromiso

Avalada por una amplia investigación científica desarrollada en 1999 por Hayes, la Terapia de Aceptación y Compromiso tiene un enfoque conductual. Esta teoría sugiere que la cognición está fundamentalmente construida sobre un proceso básico de relacionar eventos.

Este proceso de relaciones es lo que genera los productos que normalmente se consideran como la cognición y el lenguaje. Se basa en supuestos radicalmente diferentes sobre la salud psicológica y lo que se necesita para aliviar el sufrimiento humano. Surge de una idea simple, que el dolor psicológico y el malestar son facetas inevitables de la vida y por lo tanto no pueden ser totalmente evitadas o eliminadas apoyándose en los esfuerzos hacia el cambio y modificación de las barreras dolorosas, o realmente los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones físicas (Luciano y Sonsoles, 2006; Hayes, 2004).

Dentro de los avances más importantes de la Atención Plena se muestran los logros alcanzados en los cambios cognitivos. Su desarrollo se asocia con mejoras en la atención sostenida y en la capacidad para cambiar deliberadamente la atención. La autorregulación de la atención conduce a la inhibición del procesamiento secundario, por lo que no se elaboran los pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando aparecen.

Bishop (2002) señala que la Atención Plena ha sido ampliamente conceptualizada como un estado en el que la persona es altamente consciente y se centra en la realidad del momento presente, aceptando y reconociendo que, sin estar atrapados en sus pensamientos acerca de las reacciones emocionales a la situación y que el hecho de no entretenerse elaborando secundariamente los pensamientos y sentimientos negativos, deja disponibles más recursos para procesar información relacionada con la experiencia actual accediendo a información que habitualmente no se atiende, lo cual da lugar a una perspectiva más amplia de la experiencia inmediata (pág. 71).

La Atención Plena se encuentra hoy en día en una fase temprana y a pesar de estar presente durante milenios apenas se está configurando de una manera eficiente en la psicoterapia y la medicina occidental. Diversos estudios empíricos muestran y avalan resultados significativos en diversos trastornos mentales y problemas fisiológicos. Hoy en día gracias a la neuroimagen y estudios clínicos se han observado los beneficios de una técnica que lleva mucho tiempo de ser practicada en diversos pueblos orientales y que en la actualidad se ha extendido en otras regiones del mundo.

La Atención Plena no sólo muestra las diversas ventajas de salud que provee, sino que también es sorprendente la sencillez con la que puede ser practicada y con esto, los beneficios se incrementan exponencialmente incrementando la salud, generando bienestar y fortaleciendo las relaciones sociales.

La Atención Plena en conjunto con terapias psicológicas ha demostrado resultados positivos. Analizando algunos problemas de salud como la fatiga crónica, estrés, depresión y ansiedad. La Atención Plena Bedard, Felteau, Mazmanian, Fedyk, Klein, Richardson, Parkinson y Minthorn-Bigss (2003) afirman que “ayuda reduciendo el malestar, los trastornos de personalidad incrementando habilidades sociales, hasta su aplicación en lesiones cerebrales para mejorar la calidad de vida” (pág. 722).

En otros tratamientos como en el cáncer disminuyendo estrés y mejorando la calidad del sueño en el paciente y mejorando la interacción entre sus familiares. En enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial y obesidad comprobando así los beneficios de su práctica para la salud en general (Gil, Barret y Montoya, 2010).

En conclusión, la efectividad de la Atención Plena ha sido demostrada en la mejora del estado de ánimo, la calidad de vida, el estado de salud general, la atención y concentración, el bienestar psicológico y emocional, reducción del estrés, así como en diversas sintomatologías psiquiátricas y médicas. Con todo este avance en la práctica de la Atención Plena, es importante destacar que aún faltan muchos estudios e investigaciones y que a pesar de la evidencia mostrada en la práctica de la Atención Plena, se debe de tener cuidado, ya que está basada en una filosofía budista que contrasta con la cultura occidental, y es de vital importancia no interpretar de manera incorrecta sus principios filosóficos para poder obtener los mayores beneficios de esta práctica.

De este modo Kabat-Zinn (2009b) afirma que la atención plena no va a entrar en conflicto con ninguna creencia o tradición ya sea religiosa o científica por decir algo, ni va a intentar vender nada, mucho menos un sistema de creencias o ideología. Es simplemente una forma práctica de estar más en contacto con la plenitud de nuestro ser por medio de un proceso sistemático de autoobservación, autoindagación y de atención atenta (pág.28).

Otro de los alcances de la Atención Plena es su profesionalización en la salud, el interés en su aplicación está presente en la comunidad científica y se ve reflejado en la gran cantidad de artículos de divulgación publicados sobre este tema en revistas arbitradas e indexadas y su aplicación en diversas instituciones de salud, demostrando con esto la gran diversidad de aplicaciones y tratamientos que se alcanzan con la aplicación de la Atención Plena.

CAPÍTULO 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

6.1 Justificación

6.1.1 Teórica. La Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC) ha probado ser efectiva en el manejo de la depresión y ansiedad y a su vez, estas dos impactan sobre la calidad de vida. Se introdujo un nuevo constructo dentro de la TREC referido a la práctica de la Atención Plena. En este trabajo se busca ofrecer un sustento empírico para la propuesta de la práctica de la Atención Plena y su efecto en la depresión, ansiedad y calidad de vida combinadas.

6.1.2 Práctica. El entrenamiento de la Atención Plena ofrece posibilidades a la Terapia Racional Emotiva y Conductual para complementar el manejo de la depresión y la ansiedad ya que su práctica implica un estado de relajación así como un estado de consciencia momento a momento. Con esto, se ofrecen más posibilidades del manejo de la atención sobre un objeto elegido lo cual impide la rumiación de manera consciente y activa.

6.1.3 Pregunta de investigación. ¿Cuáles son los efectos del Programa de Intervención basado en la Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena sobre los síntomas de ansiedad y depresión así como la percepción en la calidad de vida en un grupo de adultos?

6.1.4 Objetivo General. Describir, comparar y analizar el impacto del Programa de Intervención del Taller “Aprendiendo a manejar mi estado de ánimo” sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en adultos, así como describir y analizar las correlaciones entre la ansiedad, depresión y calidad de vida.

6.1.5 Objetivos Específicos

- a) Describir, comparar y analizar la ansiedad (pre-post)
- b) Describir, comparar y analizar la depresión (pre-post)
- c) Describir, comparar y analizar la calidad de vida (pre-post).
- d) Describir y analizar las correlaciones entre ansiedad, depresión y calidad de vida.

6.2 Hipótesis

6.2.1 Hipótesis de investigación causal (Hi)

El tratamiento TREC adicionando la Atención Plena, mejorará los niveles de ansiedad, depresión y aumentará la percepción de la calidad de vida en los adultos que asistieron al taller de Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena.

6.2.2 Hipótesis nula (Ho)

El tratamiento TREC adicionando la Atención Plena, no mejorará los niveles de ansiedad, depresión y no aumentará la percepción de la calidad de vida en los adultos que asistieron al taller de Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena.

6.3 Definición Conceptual y Operacional de Variables

6.3.1 Variables independientes Atributivas

6.3.1.1 Sexo. Se refiere a la anatomía genital de los participantes, la cual es declarada por ellos mismos. Variable dicotómica, con dos niveles: 1) hombres y 2) mujeres.

6.3.1.2 Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento de la entrevista. Variable continua, se evaluará en años.

6.3.1.3 Estado civil. Se refiere al vínculo legal que establecen dos personas. Variable categórica con tres niveles: 1) unión libre, 2) casados y 3) divorciados.

6.3.1.4 Escolaridad. se refiere al nivel de estudios formales que el participante ha tomado. Variable categórica con cuatro niveles: 1) primaria, 2) secundaria, 3) preparatoria y 4) licenciatura.

6.3.2 Variables independientes activas

6.3.2.1 Taller de “Aprendiendo a manejar mi estado de ánimo” (ver Anexo 6). Está integrado de los siguientes elementos:

6.3.2.1.1 Terapia Racional Emotiva y Conductual. La premisa de la cual parte la propuesta es que no son los acontecimientos los que causan perturbación, sino de la interpretación que se hace de ellos. La intervención consiste en el entrenamiento para identificar ideas irracionales y distorsiones cognitivas, establecimiento de conductas saludables y adaptativas con el soporte de la reestructuración cognitiva y en consecuencia la modificación de conducta.

6.3.2.1.2 Práctica de la Atención Plena. La práctica de la Atención Plena consiste en el entrenamiento de la notar momento a momento el objeto elegido sin distracción ni olvido de manera voluntaria y sostenida. Las cualidades que se trabajan de la Atención son:

1) Atención relajada: consiste en el escaneo corporal para que de manera intencional eliminar las tensiones en el cuerpo.

2) Atención estable: se elige como objeto para recordar, la sensación de expansión y contracción que se presenta en el ombligo y alrededor de él. Si no nota que no se percibe, entonces elige un punto en donde el participante pueda notar con mayor nitidez y claridad la sensación de inhalar y exhalar.

3) Atención vívida: se conduce la mente a notar la sensación del aire que pasa a través de las fosas nasales y la sensación del aire que roza la parte superior de los labios; notando que es una parte más pequeña del cuerpo en donde se debe mantener la atención, dado que esas partes son el objeto elegido para notar.

6.3.3 Variables dependientes.

6.3.3.1 Ansiedad. Halgin y Krauss (2009) definen a la ansiedad como una respuesta orientada al futuro y global, que implica componentes tanto cognoscitivos como emocionales en la que un individuo es aprensivo, tenso e intranquilo en forma desmesurada sobre el prospecto de que algo terrible va a suceder.

6.3.3.2 Depresión. Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez (2006) definen a la depresión como la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

6.3.3.3 Percepción de Calidad de Vida Ardila (2003) define la calidad de vida como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social.

6.3.3.3.1 Factor 1. Salud física. Se refiere a las actividades de la vida cotidiana, movilidad, energía y fatiga, sueño y descanso, enfermedades y dependencia de sustancias medicinales y capacidad para trabajar; consta de 7 ítems.

6.3.3.3.2 Factor 2. Psicológico. Se refiere a la Imagen corporal y apariencia, sentimientos positivos, sentimientos negativos, autoestima, espiritualidad/religión/pensamientos personales, cognición, aprendizaje, memoria y concentración; consta de 6 ítems.

6.3.3.3.3 Factor 3. Relaciones sociales. Se refiere a las relaciones interpersonales, apoyo social y actividad sexual; consta de 3 ítems.

6.3.3.3.4 Factor 4. Ambiente. Se refiere a los recursos económicos, libertad y seguridad, acceso y calidad a salud pública, ambiente en el hogar, oportunidad para adquirir nuevas habilidades, participación en actividades recreativas, ambiente físico (contaminación, tráfico, clima) y transporte; 8 ítems.

CAPÍTULO 7. MÉTODO

7.1 Participantes. El grupo estuvo conformado por 12 participantes: 9 mujeres (75%) y tres hombres (25%) cuyo rango de edad fue entre los 41 y 63 años. La muestra fue por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2009). Los requisitos de inclusión: voluntarios, no padecer algún daño psiquiátrico, mayores de 40 años, que participaran en el proceso de admisión realizando su pre consulta e historia clínica, que acudieran por problemas de ansiedad y depresión.

7.2 Escenario. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM.

7.3 Tipo de estudio. El tipo de estudio fue de campo, realizado en el lugar donde se desarrolló este trabajo. El tipo de investigación es descriptivo, en donde se especificaron las características y rasgos de este análisis. También es de tipo correlacional para dar respuesta a la pregunta de investigación. El diseño es experimental del tipo pre-post, sin grupo (Hernández, Fernández y Baptista, 2009).

7.4 Instrumentos. 1) Carta de Consentimiento Informado. Antes de iniciar el proceso de admisión para recibir terapia en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM es importante que la persona acorde a su capacidad de comprensión, entendimiento y voluntariamente decide aceptar o rechazar, un procedimiento psicológico basado en la información dada. Dicha información debe ser clara, real y completa sobre los procedimientos, riesgos y efectos para la salud (Anexo 1).

2) Historia Clínica. Registro cronológico del estado de salud del paciente (Anexo 2).

3) Inventario de Ansiedad de Beck. Se evaluó mediante la puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad de Beck en su versión estandarizada para la población mexicana que es una escala válida y confiable que se puede utilizar para evaluar la sintomatología de ansiedad en los mexicanos (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

El cuestionario en su formato papel-lápiz, es autoaplicable y consta de 21 preguntas proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Para interpretar el resultado obtenido se cotejan las siguientes puntuaciones:

00-05 Mínimo

06-15 Leve

16-30 Moderado

31-63 Severo

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 en poco o nada, 1 más o menos, 2 moderadamente y la puntuación 3 severamente. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual (Anexo 3).

4) Inventario de Depresión de Beck. Se evaluó mediante la puntuación obtenida del Inventario de Depresión de Aaron Beck (Anexo 4) versión mexicana que cumple con los requisitos de confiabilidad, validez, así como de criterios y de constructo (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).

Consta de 21 ítems con 4 posibles respuestas predeterminadas para cada reactivo. Se pueden encerrar más de dos respuestas si así se requiere, pero siempre se considera la puntuación más alta. Es en formato lápiz-papel y es autoaplicable.

Se suma el total de las preguntas para la interpretación del instrumento.
La puntuación es la siguiente:

00-09 Mínimo

10-16 Leve

17-29 Moderado

30-63 Severo

Cada reactivo puntúa de 0 a 3. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual (Anexo 4).

5) Instrumento WHO-QOL-Breve en español de Calidad de Vida (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2001, citado en Reynoso y Seligson, 2005). Se utilizó para evaluarla el inventario WHO-QOL Breve en español a en la versión en español (Anexo 5). Está integrado por 26 preguntas que abarcan cuatro dominios: físico, psicológico, social y ambiental (Anexo 5).

7.5 Procedimiento. Se sometió a escrutinio por la Dirección del Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila la propuesta intervención con la realización de un taller “Aprendiendo a Manejar mi Estado de Ánimo” el cual fue aprobado. De los asistentes al servicio y que pasaron por la pre-consulta, historia clínica (Anexo 2), evaluación de ansiedad (Anexo 3), depresión (Anexo 4) y calidad de vida (Anexo 5) se eligió un grupo de personas que mostraron niveles de moderado a alto en ansiedad, depresión y niveles bajos en la percepción de calidad de vida. Posteriormente se hizo extensiva la invitación por correo electrónico y telefónicamente.

Cada participante que estuvo de acuerdo en participar en el taller firmó de conformidad una carta de consentimiento informado (Anexo 1). Una vez que aceptaron, se les indicó fechas y horarios.

En el taller se realizaron las actividades psicoeducativas programadas como la Terapia Racional Emotiva y Conductual para abordar las ideas irracionales así como las distorsiones cognitivas para que de esta manera los participantes aprendan a identificarlas y con ello mejorar la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Se utilizó el entrenamiento en Atención Plena para que los participantes tuvieran la oportunidad de aplicar una técnica de relajación, así como posibilitar una conciencia momento a momento. Además se les mostraron técnicas como el control del enojo, habilidades sociales, autoestima, asertividad y ciclo vital.

Temario

Sesión 1. Presentación y evaluación. Ciclo vital.	Jueves 16 de mayo de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 2. Autoestima y comunicación asertiva. Reestructuración cognitiva.	Jueves 23 de mayo de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 3. Entrenamiento en solución de problemas. Técnicas en relajación/respiración.	Jueves 30 de mayo de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 4. Introducción a la TREC. Entrenamiento en habilidades sociales. Técnicas de relajación/respiración.	Jueves 06 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 5. Control del enojo. Técnicas de relajación/respiración.	Jueves 13 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 6. Trastornos de ansiedad y depresión. Técnicas de relajación/respiración.	Jueves 20 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 7. Generalización de las técnicas aprendidas.	Jueves 27 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 8. Cierre del taller y post evaluación. Técnicas de relajación/respiración.	Se ajustará fecha por periodo vacacional.

Cuadro 7. Temario del taller

Al término del Taller, se les aplicó nuevamente las Escalas de Ansiedad, Depresión y Percepción de Calidad de Vida (post-test).

7.6 Análisis de los datos. Los datos se capturaron en el programa estadístico IBM SPSS versión 20 (Castañeda, Cabrera, Navarro y Vries, 2010). Los análisis descriptivos para las variables atributivas fueron: sexo, edad, estado civil y escolaridad. Para el análisis de las variables dependientes se utilizó estadística no paramétrica para las comparaciones pre-post de los niveles de ansiedad y depresión con la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas (Elorza, 2010). En el análisis de la calidad de vida se utilizó estadística paramétrica con la prueba t de Student para muestras relacionadas (Juárez, Villatoro y López, 2002). Además, se efectúa el test de Shapiro-Wilk para contrastar la normalidad de la muestra. Se establece el nivel de significancia alfa (α) con $\alpha = 0.05$.

CAPÍTULO 8. RESULTADOS

8.1 Descripción de la muestra

Participaron en el taller un total de 12 adultos que fueron seleccionados en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM.

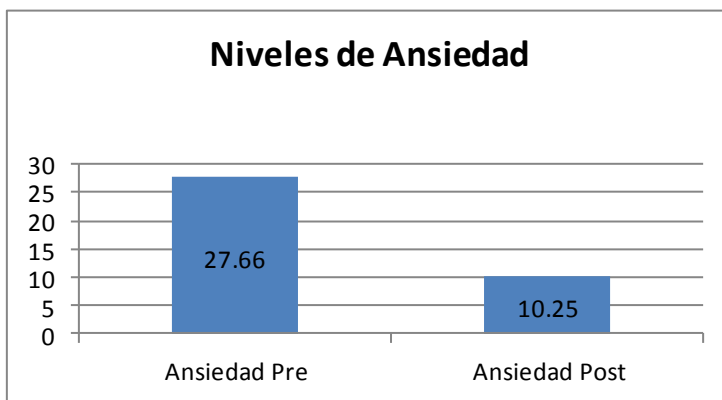
Los adultos presentan un promedio de edad de 47 años en un rango de edades que comprenden de los 41 años a 63 años en donde 9 (75%) fueron mujeres y 3 (25%).

Para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos del Programa de Intervención basado en la Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena sobre los síntomas de ansiedad y depresión así como la percepción en la calidad de vida en un grupo de adultos? se llevaron a cabo una serie de análisis los cuales se describen a continuación.

8.2 Análisis de las escalas

a) Escala de Ansiedad de Beck

En general se puede observar (Gráfica 1) que los niveles de ansiedad disminuyeron del pretest ($\bar{X}=27.66$) al postest ($\bar{X}=10.25$).



Gráfica 1. Puntajes alcanzados en la Escala de Ansiedad (pre y post)

Al analizar de manera independiente los datos en el pretest, los resultados sobre los niveles de ansiedad indican lo siguiente: 25% presentan ansiedad leve; 33.33% Moderado y 41.66% Severo (Tabla 1).

Tabla 1:

Distribución de los niveles de Ansiedad pre test por paciente

Niveles	Núm. De paciente	n	f (%)
00-05 Mínimo	0	0	0
06-15 Leve	1,2 y 3	3	25
16-30 Moderado	4, 5,6 y 7	4	33.33
31-63 Severo	8, 9, 10, 11, y 12	5	41.66
Total		12	100

En relación con el postest, los resultados muestran en general que todos los pacientes disminuyeron su estado de ansiedad indicando un 33.33% mínimo; 41.66% leve y 25% moderado (Tabla 2).

Tabla 2:

Distribución de los niveles de Ansiedad post test por paciente

Niveles	Núm. De paciente	n	f (%)
00-05 Mínimo	7, 3, 2 y 1	4	33.33
06-15 Leve	8, 11, 6, 5 y 4	5	41.66
16-30 Moderado	9,10 y 12	3	25
31-63 Severo	0	0	0
Total		12	100

Para conocer si los participantes modificaron su estado de ansiedad del pre test al post test, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas estando en posibilidad de rechazar la hipótesis nula ya que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$ es mayor que $p = 0.02$ (Tabla 4).

Tabla 3:

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para Ansiedad

	N	Rango promedio	Suma de rangos
AnsiedadPost- AnsiedadPre	12 ^a	6.50	78.00
Rangos negativos			
Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
Empates	0 ^c		
Total	12		

a. AnsiedadPost < AnsiedadPre

b. AnsiedadPost > AnsiedadPre

c. AnsiedadPost = AnsiedadPre

Tabla 4:

Estadísticos de contraste^a para Ansiedad

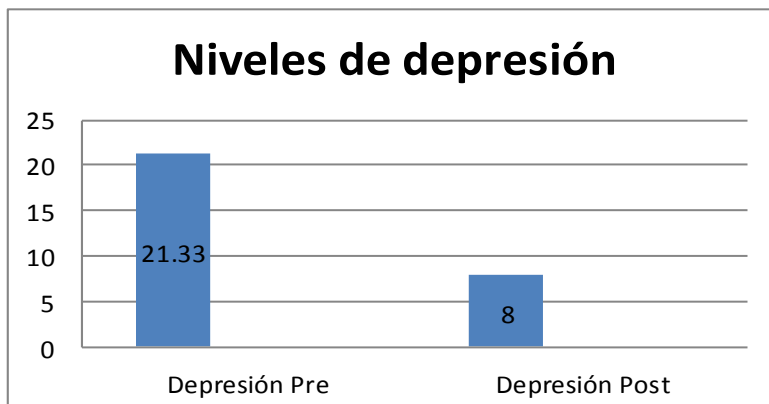
	AnsiedadPost- AnsiedadPre
Z	-3.065 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	.002

a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

b. Basado en los rangos positivos.

b) Escala de Depresión de Beck.

Se observa (Gráfica 2) que los niveles de depresión disminuyeron del pretest (\bar{X} =21.33) al postest (\bar{X} =8).



Gráfica 2. Puntajes alcanzados en la Escala de Depresión (pre y post)

Al analizar de manera independiente los datos de la Escala de Depresión en el pretest, se encontró lo siguiente: 33.33% presentan depresión leve; un 58.33% depresión Moderada y un 8.33% depresión Severa (Tabla 5).

Tabla 5:

Distribución de los niveles de Depresión pre test por paciente

Niveles	Núm. De paciente	n	f (%)
00-09 Mínimo	0	0	0
10-16 Leve	1,2,3 y 4	4	33.33
17-29 Moderado	5, 6,7,8,9,10 y 11	7	58.33
30-63 Severo	1	1	8.33
Total		12	100

En relación con el post test los resultados indican en general que todos los pacientes disminuyeron su estado de depresión con un 41.66% mínimo; 25% leve y 33.33% moderado (Tabla 6).

Tabla 6:

Distribución de los niveles de Depresión post test por paciente

Niveles	Núm. De paciente	n	f (%)
00-09 Mínimo	1,5,6,7 y 11	5	41.66
10-16 Leve	8,9 y 10	3	25
17-29 Moderado	2,3,4 y 12	4	33.33
30-63 Severo	0	0	0
Total		12	100

Para conocer si los participantes modificaron su estado de ansiedad del pretest al posttest, se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas estando en posibilidad de rechazar la hipótesis nula ya que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$ es mayor que $p=0.02$ (Tabla 8).

Tabla 7:

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para Depresión

	N	Rango promedio	Suma de rangos
DepresiónPost- DepresiónPre	12 ^a	6.50	78.00
Rangos negativos			
Rangos positivos	0 ^b	.00	.00
Empates	0 ^c		
Total	12		

a. DepresiónPost < DepresiónPre

b. DepresiónPost > DepresiónPre

c. DepresiónPost = DepresiónPre

Tabla 8:

Estadísticos de contraste^a para Depresión

	DepresiónPost- DepresiónPre
Z	-3.064 ^b
Sig. Asintót. (bilateral)	.002

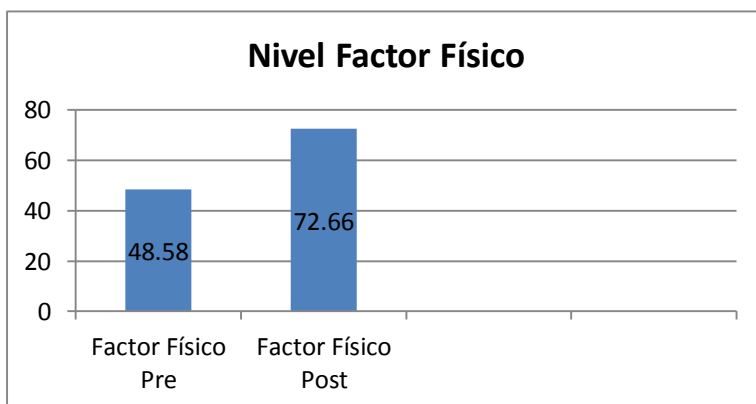
a. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

b. Basado en los rangos positivos.

c) Escala de Percepción de Calidad de Vida.

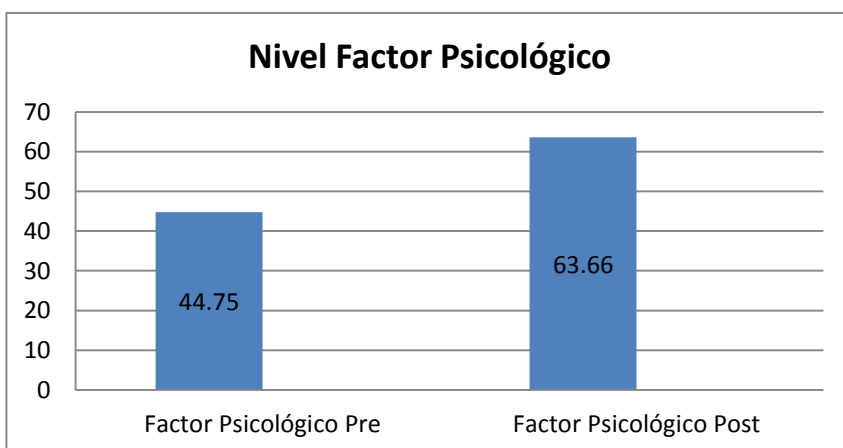
A continuación se presentan una serie de gráficas que muestran los puntajes alcanzados de las medias en el pre test versus post test en cada una de los Factores de la Escala de Percepción de Calidad de Vida.

c.1 Factor Físico. Se puede observar (Gráfica 3) el aumento del puntaje del pre test (\bar{X} =48.58) al post test (\bar{X} =72.66).



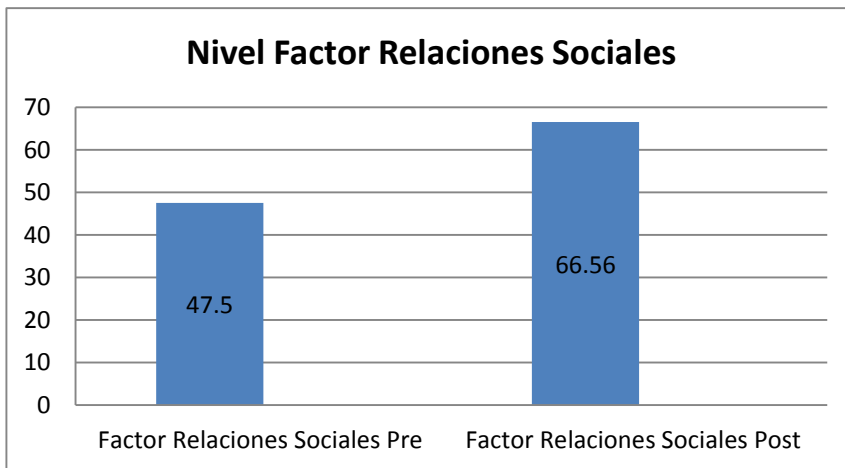
Gráfica 3. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Físico (pre y post)

c.2 Factor Psicológico. Se observa (Gráfica 4) el aumento del puntaje del pre test (\bar{X} =44.75) al post test (\bar{X} =63.66).



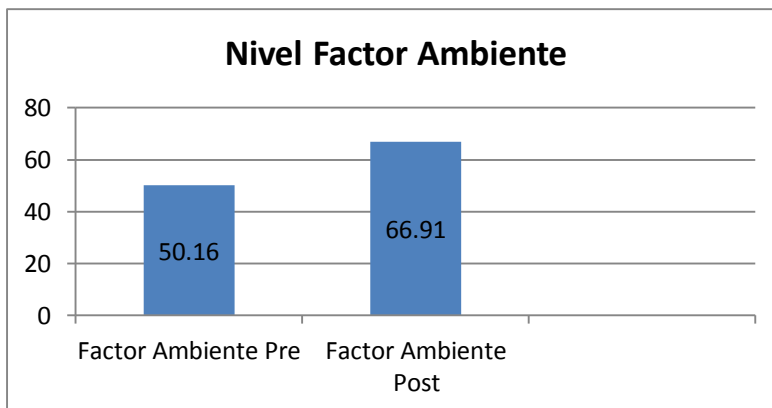
Gráfica 4. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Psicológico (pre y post)

c.3 Relaciones Sociales. Se puede observar (Gráfica 5) el aumento del puntaje del pre test (\bar{X} =47.5) al post test (\bar{X} =66.56).



Gráfica 5. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Relaciones Sociales (pre y post)

c.4 Factor Ambiente. Del mismo modo (Gráfica 6) se puede observar el aumento del puntaje del pre test (\bar{X} =50.16) al post test (\bar{X} =66.91).



Gráfica 6. Puntajes alcanzados en la Escala de Factor Ambiente (pre y post)

Para conocer si los participantes modificaron la percepción de la Calidad de Vida de manera estadísticamente significativa se aplicó la prueba t de Student para conocer la distribución normal de la muestra.

Se establece el criterio para conocer la normalidad utilizando la prueba de Shapiro-Wilk.

Criterio de normalidad Shapiro-Wilk

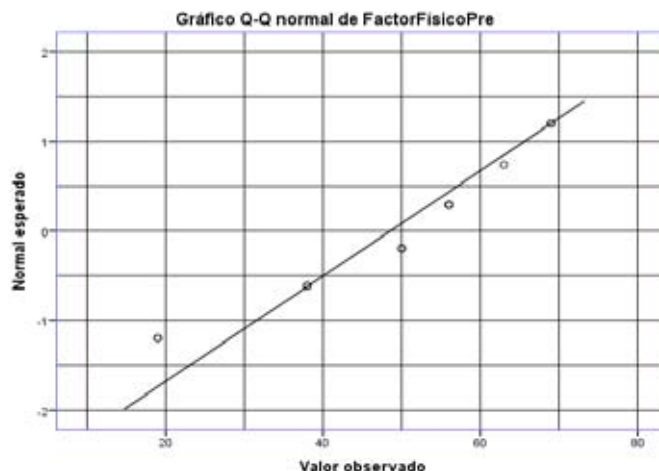
- 1) P-Valor $\geq \alpha$ Aceptar H_0 = Los datos provienen de una distribución normal
- 2) P-Valor $< \alpha$ Aceptar H_1 = Los datos no provienen de una distribución normal

1) Factor físico

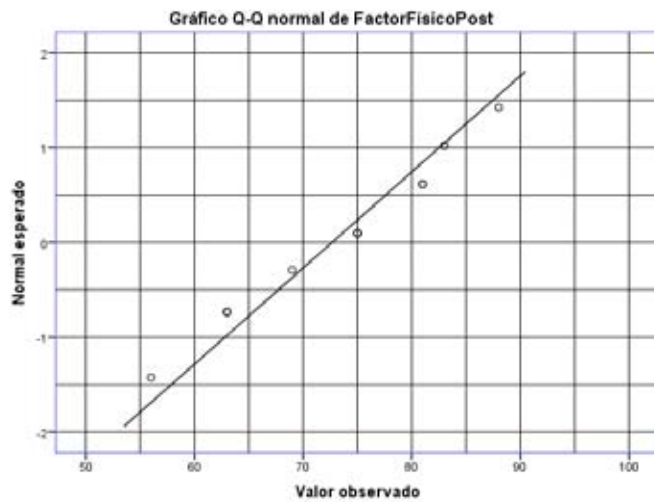
Tabla 9:

Normalidad Factor Físico

Normalidad		
P-Valor (Factor físico pre)= 0.147	>	con $\alpha= 0.05$
P-Valor (Factor físico post)=0.587	>	con $\alpha= 0.05$



Gráfica 7. Normalidad para el factor físico pre test



Gráfica 8. Normalidad para el factor físico post

Tabla 10.

Estadístico Shapiro-Wilk Factor Físico

Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.
.897	12	.147
.947	12	.587

Prueba t de Student factor físico

Criterio para t de estudent

P-Valor < $\alpha=0.05$ se acepta H_1

P-Valor > $\alpha=0.05$ se rechaza H_0

Tabla 11:

Estadísticos de muestras relacionadas Factor Físico

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	FactorFísicoPre	48.5833	12	17.01581	4.91204
	FactorFísicoPost	72.6667	12	9.85655	2.84534

Tabla 12:

Prueba de muestras relacionadas Factor Físico

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 FactorFísico Pre – FactorFísico Post	24.08333	15.99124	4.61627	-34.24368	-13.92299	-5.217	11	.000

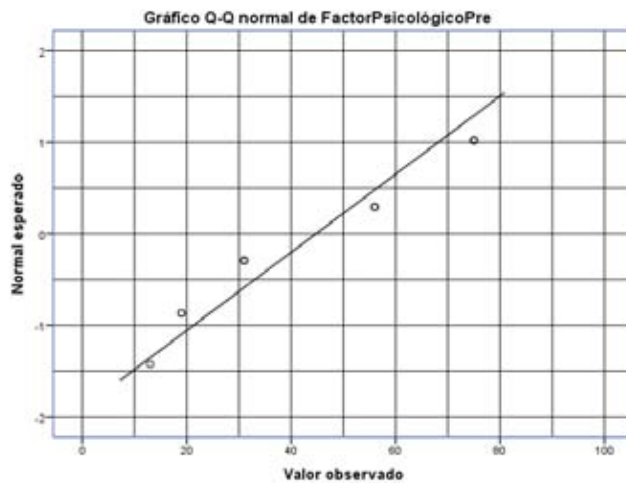
P-Valor = 0.000 < $\alpha=0.05$ Se acepta la hipótesis de investigación (H_i). Podemos observar una diferencia significativa en las medias del Factor Físico (Gráfica 3) del Inventario de Calidad de Vida que presentan los participantes antes y después del taller. Por lo cual, se concluye que la propuesta de tratamiento tiene efectos significativos sobre el Factor Físico de los participantes.

2) Factor psicológico

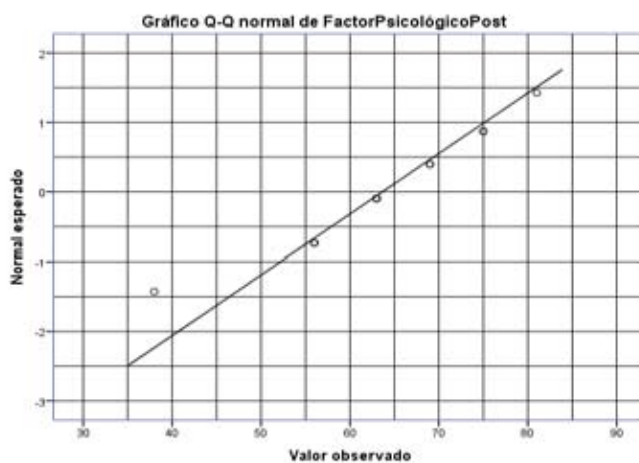
Tabla 13:

Normalidad Factor Psicológico

Normalidad		
P-Valor (Factor psicológico pre)=0.83	>	con $\alpha= 0.05$
P-Valor (Factor psicológico post)=0.503	>	con $\alpha= 0.05$



Gráfica 9. Normalidad para el factor psicológico pre



Gráfica 10. Normalidad para el factor psicológico post

Tabla 14:

Estadístico Shapiro-Wilk Factor Psicológico

Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.
.898	12	.083
.940	12	.503

Prueba t de Student factor psicológico

Criterio para t de estudent

P-Valor < $\alpha=0.05$ se acepta H_1

P-Valor > $\alpha=0.05$ se rechaza H_0

Tabla 15:

Estadísticos de muestras relacionadas Factor Psicológico

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
FactorPsicológico Pre	44.7500	12	23.40600	6.75673
FactorPsicológico Post	63.6667	12	11.48385	3.31510

Tabla 16:

Prueba de muestras relacionadas Factor Psicológico

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Factor Psicológico Pre – Factor Psicológico Post	-18.91667	18.16820	5.24471	-30.46019	-7.37315	-3.607	11	.004

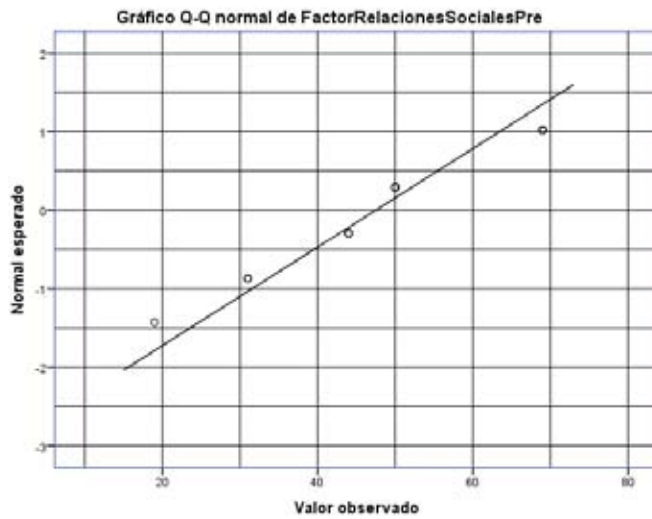
P-Valor = 0.004 < $\alpha=0.05$ Se acepta la hipótesis de investigación (Hi). Podemos observar la diferencia significativa en las medias del Factor Psicológico (Gráfica 4) del Inventario de Calidad Vida que presentan los participantes antes y después del taller. Por lo cual, se concluye que la propuesta de tratamiento tiene efectos significativos sobre el Factor Psicológico de los participantes.

3) Factor Relaciones Sociales

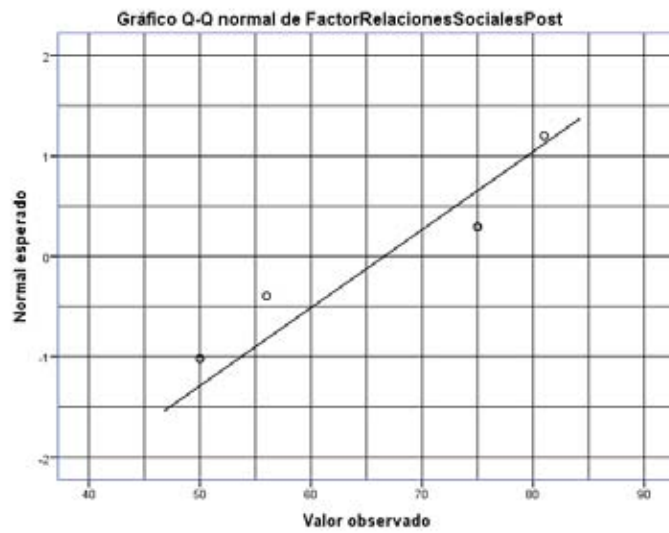
Tabla 17:

Normalidad Factor Relaciones Sociales

Normalidad		
P-Valor (Factor relaciones sociales pre)=0.248	>	con $\alpha= 0.05$
P-Valor(Factor relaciones sociales post)=0.007	>	con $\alpha= 0.05$



Gráfica 11. Normalidad para el factor relaciones sociales pre



Gráfica 12. Normalidad para el factor relaciones sociales post

Tabla 18:

Estadístico Shapiro-Wilk Relaciones Sociales

Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.
.915	12	.248
.790	12	.007

Tabla 19:

Estadísticos de muestras relacionadas Factor Relaciones Sociales

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 FactorRelacionesSocialesPre	47.5000	12	15.95163	4.60484
FactorRelacionesSocialesPost	66.5833	12	12.85908	3.71210

Tabla 20:

Prueba de muestras relacionadas Factor Relaciones Sociales

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Factor RelacionesSocialesPre – FactorRelaonesSocialesPost	-19.08333	17.80939	5.14113	-30.39888	-7.76779	-3.712	11	.003

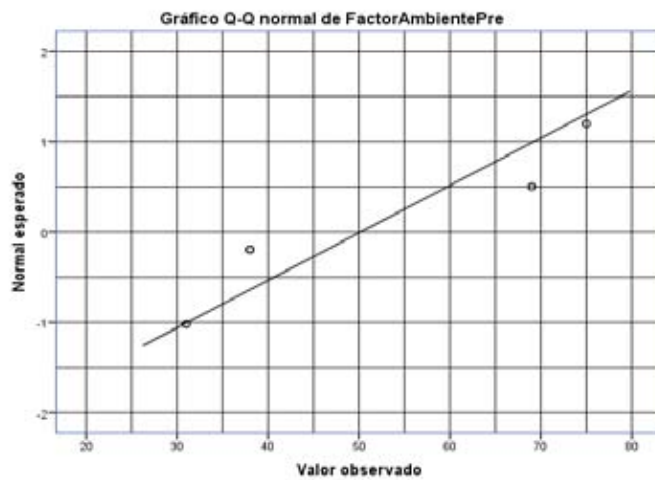
P-Valor = 0.003 < $\alpha=0.05$ Se acepta la hipótesis de investigación (Hi). Podemos observar la diferencia significativa en las medias del Factor Relaciones Sociales (Gráfica 5) del Inventario de Calidad Vida de los participantes antes y después del taller. Por lo cual, se concluye que la propuesta de tratamiento tiene efectos significativos sobre el Factor Relaciones Sociales de los participantes.

4) Factor Ambiente

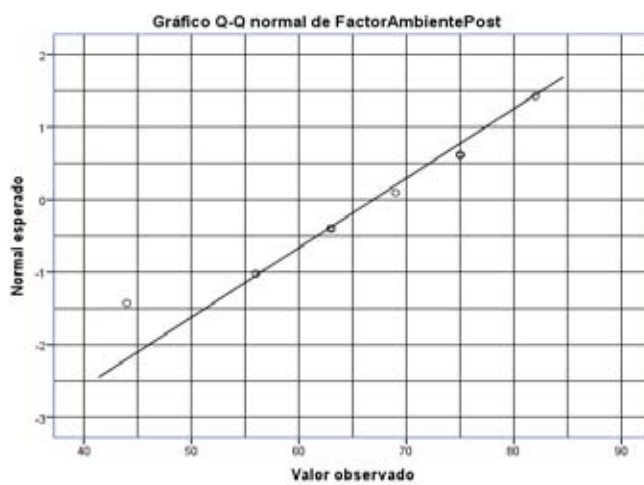
Tabla 21:

Normalidad Factor Ambiente

Normalidad		
P-Valor (Factor ambiente pre)=.004	>	con $\alpha= 0.05$
P-Valor (Factor ambiente post)=.252	>	con $\alpha= 0.05$



Gráfica 13. Normalidad para el factor ambiente pre



Gráfica 14. Normalidad para el factor ambiente post

Tabla 22:

Estadístico Shapiro-Wilk Factor Ambiente

Shapiro-Wilk		
Estadístico	gl	Sig.
.770	12	.004
.916	12	.252

Prueba t de Student factor ambiente

Criterio para t de estudent

P-Valor < $\alpha=0.05$ se acepta H_1

P-Valor > $\alpha=0.05$ se rechaza H_0

Tabla 23:

Estadísticos de muestras relacionadas Factor Ambiente

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 FactorAmbiente Pre	50.1667	12	19.04938	5.49908
FactorAmbiente Post	66.9167	12	10.43994	3.01375

Tabla 24:

Prueba de muestras relacionadas Factor Ambiente

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 FactorAmbie ntePre – FactorAmbie ntePost	-16.75000	12.46905	3.59951	-2467246	-8.82754	-4.653	11	.001

P-Valor = 0.001 < $\alpha=0.05$ Se acepta hipótesis de investigación (H_i). Podemos observar la diferencia significativa en las medias del Factor Ambiente (Gráfica 6) del Inventario Calidad de Vida de los participantes antes y después del taller. Por lo cual, se concluye que la propuesta de tratamiento tiene efectos significativos sobre el Factor Ambiente de los participantes.

Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el posttest en donde se observa una mejoría en la Percepción de la Calidad de Vida en cada factor.

De esta manera Schwartzmann (2003) reconoce esencialmente que la implicación de la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Propone algunos criterios fundamentales para la Calidad de Vida relacionados con su medición y contraste como: 1) Subjetivos: relacionados con la percepción de la persona involucrada. 2) Multidimensionales: relevancia de diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc. 3) Se incluyen sentimientos positivos y negativos. 4) Registrar las variaciones en el tiempo respecto a la edad y la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor) y el momento de la enfermedad que se cursa.

Finalmente la calidad de vida refiere un sistema multidimensional que comprende el bienestar físico, psicológico, social, espiritual y ambiental y que en su mayoría estos elementos son percibidos de manera subjetiva que hace más complejo el alcance de los tratamientos cuando estos sistemas se ven alterados pero, que al dar una respuesta objetiva a la enfermedad, tendrá implicaciones psicológicas y sociales importantes y que motivará implementar conductas de salud que mejorarán la calidad de vida.

Discusión y conclusiones

Discusión

En México, los trastornos de ansiedad y depresión han alcanzado índices altos de prevalencia, esto referido por instituciones de salud públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (2012) en donde reportan que para el año 2020 la ansiedad y depresión serán la causa principal de discapacidad laboral, física y social.

En este tipo de problemas de salud, la afectación es mayúscula ya que por un lado en un estado ansioso el sistema de alerta se activa y por el otro, en un estado depresivo se pierde la capacidad de sentir placer, dos situaciones en extremo complicadas. Vallejo y Gastó (2000) mencionan que “los tratamientos psicológicos cognitivos y conductuales han mostrado avances importantes en la reducción o eliminación de estos trastornos basados en las teorías del aprendizaje” (pág. 659). Por otro lado, los tratamientos combinados (farmacológico y psicológico) han mostrado resultados positivos.

También Vallejo y Gastó (2000) refieren que “se ha comprobado fehacientemente la eficacia de los fármacos para tratar con éxito estos trastornos, hay razones suficientes para admitir que las terapias psicológicas pueden y deben utilizarse en este tipo de trastornos” (pág. 650). Como puede observarse, el alcance de este tipo de problemas de salud es muy amplio y de la misma forma las líneas de investigación sobre cómo abordar estas enfermedades también tiene un mayor alcance.

Las características de las personas afectadas por estos síntomas, las llevan a trastornos en el funcionamiento de su vida cotidiana; la ansiedad y depresión afectan considerablemente la calidad de vida dañando cada una de sus dimensiones establecidas.

Algunas de las alteraciones que se presentan en los factores de la calidad de vida son: en la salud física se ven afectadas la energía, el sueño, enfermedades y se puede generar dependencia de sustancias; en el aspecto mental la autoestima, pensamientos, cognición, memoria y concentración; en las relaciones interpersonales el apoyo social y actividad sexual y el medio en el que se desenvuelven factores como los recursos económicos, libertad y seguridad, ambiente en el hogar y oportunidades para adquirir nuevas habilidades se ven alteradas.

Analizando estos componentes que afectan la calidad de vida y para apoyar en la resolución de esta problemática para los trastornos de ansiedad y depresión se desarrolló el programa de intervención con la realización del taller *Aprendiendo a Manejar mi estado de Ánimo*, en el cual se utilizaron la Terapia Racional Emotiva y Conductual y la Atención Plena. En el desarrollo de este trabajo se alcanzaron los objetivos establecidos (general y específicos) con lo cual, se respondió a la pregunta de investigación sobre los efectos del Programa de Intervención basado en la Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena.

Para los trastornos de ansiedad y depresión se rechazó la hipótesis nula (H_0) aceptando la hipótesis de investigación causal (H_i) confirmando que los niveles de ansiedad y depresión variaron y que existen diferencias importantes en la aplicación del pre test y posterior realización del post test confirmando la disminución de estas sintomatologías.

De la misma manera para la percepción de la calidad de vida se demostró que los datos para cada factor provienen de una distribución normal. Se aceptó la hipótesis de investigación confirmando con esto que los niveles en la calidad de vida aumentaron para cada uno de sus factores al ser corroborados con las diferencias mostradas en los test aplicados pre-post.

La realización del taller se construyó en base a una intervención que fuera de calidad y accesible para los participantes, teniendo como base una línea de investigación que sustentara la información proporcionada para obtener mejores resultados, que el tratamiento fuera el más adecuado para un grupo de personas y con ello poder contrastar los resultados con instrumentos de medición seleccionados para completar los objetivos establecidos para el desarrollo de este trabajo.

El programa de intervención presentó resultados alentadores en relación con la mejora en la sintomatología depresiva y ansiosa así como en la percepción de la calidad de vida, con estos resultados es posible afirmar que la intervención propuesta fue exitosa.

Conclusiones

Las características del medio en las que está involucrado el ser humano para su desarrollo individual y colectivo influyen en su comportamiento ya que este es modelado para la elaboración de mecanismos adaptativos y la correcta convivencia con su entorno. Estas características influirán en su desarrollo y comportamiento a lo largo de toda su vida y para que exista un equilibrio para esta relación vital, tiene que ser recíproca la relación entre el ambiente (físico, familiar y social), el modo de pensar y la conducta humana. Si esta relación se ve alterada, las consecuencias generarán un desequilibrio que por lo general desemboca en trastornos ansiosos y depresivos disminuyendo la calidad de vida, siendo uno de los elementos clave para el establecimiento de estas afectaciones, incrementando la mala interpretación de los eventos y de lo que sucede alrededor de cada una de las personas.

Los trastornos de ansiedad y depresión desatan un cúmulo de diversas afecciones específicas que son propias de estas enfermedades, así como otras de índole fisiológico, cognitivo y emocional que acompañan a estos problemas de salud mental intensificando con ello el malestar en general.

Estos trastornos representan un problema que día a día se está haciendo más común en los centros de atención psicológica, psiquiátricos y hospitales, evidenciando que la ansiedad y depresión en las sociedades modernas va en aumento, hecho que ha encendido los focos de alarma ya que como se discutió en esta investigación serán el motivo de discapacidad más frecuente en México y en el mundo.

Dicho lo anterior, la disminución de la calidad de vida de las personas que padecen estos problemas decae de manera importante ya que se ve afectado en muchas direcciones el funcionamiento normal del ser humano, acarreando problemas de salud significativos, agravando de manera sustancial la sintomatología y además, el deterioro de las relaciones familiares, sociales y laborales intensificando la angustia y pesar de los afectados.

La complejidad que implica este tipo de trastornos lleva a obtener conclusiones importantes para su tratamiento ya que la combinación de síntomas son muy variados y difieren en frecuencia e intensidad, alteran el pensamiento y conducta presentando ciertas similitudes que pueden prestarse a confusión.

Como se analizó a lo largo de esta investigación, la ansiedad es un sistema de respuesta ante el peligro futuro, generando una activación de todo el organismo, pero si esta no tiene una justificación clara y se prolonga en el tiempo, se convierte en un trastorno. La depresión se activa por sucesos pasados generalmente dolorosos provocando desesperanza y tristeza, pérdida de interés y culpabilidad. Además se muestra como se ve afectada la salud física y con ello, la generación de estilos de vida no saludables (mala alimentación, adicciones, sedentarismo, alteraciones del sueño, generación de estrés entre otros) y por consiguiente, una mala calidad de vida en donde se ven afectados todos los factores involucrados (fisiológico, psicológico, social y ambiental).

Si bien, cualquier enfermedad modifica alguna o todas las dimensiones de vida del ser humano, la ansiedad y depresión presentan características muy particulares. Algunas de estas consideraciones son el aumento y prevalencia de estos trastornos, presentan un alto grado de comorbilidad, existe una progresión significativa entre ellas, la ansiedad generalmente lleva a estados depresivos y la depresión viene antecedida por alteraciones mentales y que en conjunto de estas alteraciones se configuran la indefensión, desesperanza e incertidumbre sin dejar atrás las alteraciones fisiológicas perturbando completamente la salud de los afectados.

Como se revisó, la ansiedad y depresión son dos problemas de salud que vulneran la calidad de vida de las personas, es por ello que resulta de vital importancia buscar los tratamientos adecuados, como el apoyo psicológico y médico así como el familiar y social para que los que padecen este tipo de problemas tengan una clara mejoría en su salud, una adecuada adaptación a su medio y un buen funcionamiento en cada una de sus actividades cotidianas.

Finalmente, la psicología ha desarrollado diversos métodos terapéuticos que han significado avances importantes para la disminución o erradicación de estos trastornos de ansiedad y depresión mejorando la salud en general y aumentando de manera significativa la calidad de vida.

El taller se estructuró en base a la Terapia Racional Emotiva y Conductual de Ellis para el restablecimiento de conductas de salud así como la obtención de un mejor control para cada una de las ideas y pensamientos, también se utilizó la técnica de la Atención Plena como herramienta para centrar la atención y concentración de los participantes de manera relajada, sin embargo cada sesión se fortaleció incluyendo temas que son sustanciales en este tipo de terapias como técnicas básicas para el control del enojo, resiliencia, ciclo vital, mantenimiento de la atención, concentración, relajación y respiración que resultaron parte fundamental de la estructura del taller.

Alcances y limitaciones

Alcances

1) Este trabajo estuvo enfocado en adultos permitiendo puntualizar los objetivos y obtener los resultados deseados. Enfocarse en este grupo de adultos permitió enriquecer las técnicas en el ciclo vital en el que se encuentran, obtener alternativas racionales y objetivas para mejorar en cada una de sus dimensiones que se ven alteradas permitiendo un avance gradual y sistemático para que cada integrante de este programa pudiera expresar tanto de forma grupal como individual sus avances, experiencias e inquietudes tanto en la práctica dentro de cada sesión así como en su vida cotidiana.

2) Se estableció un método de intervención basado en dos procedimientos terapéuticos que son la Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena para fundamentar el objetivo general del taller y que quede como precedente para futuros trabajos. Se establecieron un conjunto de instrumentos psicológicos en específico para medir en los niveles de ansiedad y depresión de los participantes, así como su percepción de la calidad de vida y con ello obtener datos específicos para realizar el análisis estadístico.

3) Se buscó obtener una adecuada integración de las sesiones para que cada participante sin importar su situación de género, social, económica, educativa o cultural tuviera acceso a información clara y oportuna en el contenido de cada tema expuesto. Se le dio una estructura activa-directiva al taller para fortalecer cada una de las presentaciones expuestas en cada sesión y lograr la participación de todos los integrantes sin renunciar a los conceptos formales que implicaron la integración de los temas abordados en cada una de las sesiones por parte del terapeuta.

4) Se destacó y se le dio la importancia a los estilos de vida y como éstos afectan o mejoran la salud, permitiendo complementar la información de cada uno de los problemas presentados por los participantes, así como las posibles soluciones para que fueran analizadas ya que un trastorno puede llevar a otro viéndose agravada la salud, eso dio una ventaja para que fueran comprendidos más fácilmente los tópicos presentados en el taller.

5) En la investigación cuantitativa se obtuvieron resultados positivos y que resultan alentadores, se pudo demostrar la disminución de la ansiedad y depresión así como el aumento de la calidad de vida en cada uno de los factores presentes en el estudio. Al realizar la comparación de las muestras apareadas antes y después, se mostraron las diferencias significativas aceptando la hipótesis planteada desde el inicio de este trabajo.

Limitaciones

1) Todo proyecto de investigación está sujeto a limitaciones y obstáculos presentes a lo largo del diseño como se explica a continuación:

Esta investigación precisa lo referente a los trastornos de ansiedad, depresión y que con ello, se mejore la calidad de vida de los pacientes apoyándose en técnicas psicológicas, de atención y relajación y no considera otros métodos que también resultan relevantes para la mejora de la salud tales como el aspecto médico y farmacológico, limitándose únicamente a sugerencias expuestas respecto a estas alternativas de tratamiento a los participantes para que fueran de su conocimiento estas vías de solución con los profesionales de la salud indicados (médicos y psiquiatras) así como instituciones de salud mental, ya que este tipo de trastornos pueden ser abordados desde diferentes enfoques profesionales para su tratamiento.

2) Otra de las limitaciones fue lo referente a la realización de un segundo taller ya que por la constante actividad presentada en el Centro de Servicios Psicológicos se vieron afectados el tiempo y espacio y no fue posible extender el taller para enriquecer la temática y reforzar las técnicas mostradas. Ampliar la duración del taller implicaba extender los propios temas y otros que surgieron en el transcurso del desarrollo del mismo y que resultan importantes y complementarios como el tema de la relación de pareja, familia, estilos de crianza y la relación entre padres e hijos.

3) Otros temas como el suicidio, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, fobia social o adicciones por consumo de sustancias que fueron mencionados por los participantes en relación con la ansiedad y depresión, se tuvieron que reducir a aclaración de dudas, pero que no pudieron ser abordados por la importancia y análisis de estos temas haciendo énfasis en que se necesitaría la elaboración e investigación de otro u otros programas de intervención quedando fuera del alcance de este proyecto.

4) El taller estuvo conformado por un grupo de 12 adultos siendo una participación reducida, no se consideraron niños y adolescentes. Resultaría conveniente la participación de más personas, rango de edades y con ello ampliar la muestra y sea más significativa, tener más datos así como un mayor alcance en donde se pueden extender y mejorar los posibles logros de esta propuesta de intervención.

5) Por último, por la complejidad y profundidad que representan este tipo de trastornos no se discuten otros aspectos que podrían estar directa o indirectamente involucrados, ya que la ansiedad y depresión tienen un nivel de influencia muy importante en asociación con otras afectaciones psicológicas (como los trastornos de la personalidad, psicóticos entre otros) y fisiológicas (como enfermedades crónico-degenerativas por ejemplo) que requieren de un análisis distinto quedando fuera de los objetivos específicos de esta investigación.

Referencias

- Agudelo, D., Buena-Casal, G., Donald, C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*. Vol. 30. Núm. 2. Recuperado el 3 de julio de 2013, de: <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3002/sm300233.pdf>
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. Vol.8. Núm. 26. Recuperado el 16 de julio 2013, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2006). Depresión. Guías Clínicas. 6(11). Recuperado el 27 de agosto de 2013, de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una visión integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 35. Núm. 2. Recuperado el 12 de agosto de 2013, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Ávila, J. (2013). ¿Qué es la calidad de vida? Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán. Recuperado el 3 de agosto de 2013, de: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. Díaz de Santos: España. Pp. 21-48.
- Bautista, J. (2011). El conductismo en la historia de la psicología: una crítica de la filosofía del conductismo radical. *Psychologia Latina*. Vol. 2. Núm. 2. Recuperado el 25 de septiembre de 2013, de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psychisp/es/4/art19.pdf>
- Becerra-García, A., Madalena, A., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. y Dias, H. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 39. Núm. 1. Recuperado el 12 junio de 2013, de: http://www.researchgate.net/publication/26507330_Ansiedad_y_miedo_su_valor_adaptativo_y_maladaptaciones
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Pp. 11-17, 41-48. España: Desclée de Brower.
- Beck, A., Freeman, A. *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. México: Paidós: 35-39, 51-56.
- Bedard, M., Felteau, M., Mazmanian, D., Fedyk, K., Klein, R.; Richardson, J.; Parkinson, W. y Minthorn-Biggs, M.B. (2003). Pilot evaluation of a mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries. *Disability and Rehabilitation*. Pp.722-731
- Benítez, M. (2011). *Desarrollo. La odisea de un organismo*. México: CopIt-arXives.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública en México*. Vol. 55. Núm. 1. Recuperado el http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011

- Bishop, S. (2002). What Do We Really Know About Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*. 64:71-84. Recuperado el 26 de noviembre de 2013, de: <http://people.ucalgary.ca/~lcarlso/mindfulness/bishop%20review.pdf>
- Brito, G. (2011). Programa de reducción del estrés basado en la Atención Plena (Mindfulness): sistematización de una experiencia en un hospital público semi-rural del sur de Chile. *Psicoperspectivas*. Vol. 10. Núm. 1. Recuperado el 16 de noviembre de 2013, de: <http://www.scielo.cl/pdf/psicop/v10n1/art12.pdf>
- Buela, G. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: Siglo XXI. Evaluación de la calidad de vida. Universidad Autónoma. Recuperado 28 de agosto de 2013, de: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>
- Campos, M., Martínez-Larrea, J. (2002). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Vol. 25 Núm. 3. Recuperado el 20 de septiembre de 2013, de: <http://es.scribd.com/doc/187147228/09-Trastornos-afectivos>
- Carlson, N. (2007). Fisiología de la conducta. México: Pearson. Pp. 377-395, 398-402, 407-409, 492-493.
- Caro, I. (1997). Manual de psicologías cognitivas. España: Paidós. Pp. 91-103, 149-157.
- Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. y Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Brasil: EdiPUCRS. Pp. 15-21, 26-52.
- Cebolla, A., Miró, M. (2008). Efectos de la terapia cognitiva basada en Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes de psicología*. Vol. 26, Núm. 2. Recuperado el 20 de octubre de 2013, de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/259>
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado el 3 de septiembre de 2013, de: <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL. Recuperado el 5 de septiembre de 2013, de: <http://www.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>
- Cruz, E., Reyes, M., Gómez, J., Arriaga, P. (2003). Modelos de ansiedad. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. Vol. 29, Núm. 1. Recuperado el 7 de julio de 2013, de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23518>
- Domjan, M. Principios de aprendizaje y conducta. México: Ceneage-Learning. Pp. 149-167.
- Diccionario de la Real Academia Española (2001). Buenos Aires: Planeta.
- Ellis, A. (1999). Una terapia más breve y duradera. Paidós. 25-61, 105-129, 145-178.
- Ellis, A. y Lega, L. (1993). Psicología conductual. Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. Vol. 1, Núm. 1. Recuperado el 20 de octubre de 2013, de:

- <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Como%20aplicar%20algunas.pdf>
- Elorza, H. (2010). Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud. México: Seneage learning. Pp. 497-521.
- Epicteto (1991). Enquiridión. Barcelona: Anthropos.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris. Universitat de les Illes Balears. Núm. 5. Recuperado el 9 de julio de 2013, de: <http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>
- Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Núm. 40. Supl. 1. Recuperado el 26 de agosto de 2013, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000500004&script=sci_arttext
- Freud, S. (1993). Obras completas: duelo y melancolía. Tomo XIV. Amorrortu Editores.
- Gálvez-Galve, J. (2013). Atención plena: revisión. Medicina naturista. Vol. 7. Núm. 1. Recuperado el 11 de octubre de 2013, de: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4128513.pdf
- García, J. y Sales, F. (2011). Bienestar y calidad de vida en México. Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública. Universidad de Monterrey, México.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. 37. Núm. 1. Recuperado el 22 de noviembre de 2013, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420011>
- Gil, J., Barreto, P. y Montoya, I. (2010). Mejora de las capacidades de "atención plena" y reducción de síntomas psicopatológicos con mindfulness. Información Psicológica. Núm. 98. Recuperado el 22 de noviembre de 2013, de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3641353>
- Goleman, D. (2001). Inteligencia emocional. México: Vergara. Pp. 197-235, 331-334.
- González, D. (2008). Psicología de la motivación. Cuba: Ciencias Médicas. 120-128.
- Gray, P. (2008). Psicología. Una nueva perspectiva. México: McGraw-Hill. Pp. 564-566, 590-594, 596-600.
- Halgin, W. (2009). Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos. México: McGraw-Hill. Pp. 162, 163, 176, 178, 276-302.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy.
- Heinze, G. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2007). Metodología de la investigación. México: MacGraw-Hill.
- Herrera, P. (2003). Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental. Apuntes de clase. Santiago de Chile: Universidad Académica de Humanismo Cristiano. http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/index.html
- Ibáñez., Onofre, G. y Vargas, J. (2012). Terapia racional y emotiva: una revisión actualizada de investigación. Revista FES Iztacala. Vol. 15, Núm. 4. Recuperado el 8 de octubre de 2013, de: www.revistas.unam.mx/index.php/rep/issue/download/34790/31722

- Índice de Desarrollo Humano. Recuperado el 6 de septiembre de 2013, de: <http://hdr.undp.org/es/desarrollohumano/>
- Juárez, F., Villatoro, J. y López, E. (2002). Apuntes de estadística inferencial. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Pp. 23-25, 31-34.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. Pp. 21, 26-31.
- Kabat-Zinn, J. (2007a). *La práctica de la Atención Plena*. España: Kairós. Pp. 69-115, 247-303.
- Kabat-Zinn, J. (2009b). *Mindfulness en la vida cotidiana*. España: Paidós. Pp. 25-42.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide. Pp. 529-531.
- Landriscini, N. (2006). La terapia racional y emotiva de Albert Ellis. *Norte de Salud Mental*. Núm. 25. Recuperado el 17 de septiembre de 2013, de: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/430>
- Lega, L. (2008). Albert Ellis. *Revista latinoamericana de psicología*. Núm. 1, Vol. 40. Recuperado el 17 de septiembre de 2013, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342008000100014&script=sci_arttext&tlng=en
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Pp. 3-25, 121-130. España: Siglo XXI.
- Linehan, M. (2003). *Manual del tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. México: Paidós
- López, I., Valdés, M. (2002). *M. DSM-IV TR*. Barcelona: MASSON.
- López, R. (2010). Para una conceptualización del constructivismo. *Rev. Mad*. Núm. 23. Recuperado el 6 de junio de 2013, de: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewFile/13632/13900>
- Luciano, M., Sonsoles, M. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). *Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 27(2). Recuperado el 17 de noviembre de 2013, de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1339.pdf>
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. México: Pearson. Pp. 31-95, 105-215.
- Martínez, M., Inglés, C., Cano, A. y García, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés*. Pp. 201-219. Recuperado el 16 de octubre de 2013, de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_et_al_AnsiedadyEstres.pdf
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. España: Díaz de Santos. Pp. 21-38.
- Moreno, A. (2012). *Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): La Atención Plena/Mindfulness*. *Revista Internacional de Psicología*. Vol. 12. Núm. 1. Recuperado el 17 de noviembre de 2013, de: <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2014/08/Mindfulness.pdf>
- Morrison, V., Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Pearson educación. Pp. 466-472, 475-482, 483-491, 496-499.
- Myers, D. (2007). *Psicología*. Editorial médica panamericana. Pp. 627-635.

- Namto, S. (1989). Atención Plena momento a momento. Meditación Vipassa, manual ilustrado para meditar. México: Yug. Pp. 17-23, 30-50, 55-59, 96-98.
- Navas, J. (1981). Terapia racional emotiva. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 13. Núm. 1. Recuperado el 11 de septiembre de 2013, de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>
- Oblitas, L. (2010). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Cengage learning. Pp. 83-90, 165-176, 292-295, 308-313, 345-352, 453-458, 461-464.
- OMS. (2012). La depresión. Recuperado el 10 de julio de 2013, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS. (2013). Prevención del suicidio. Recuperado el 7 de julio de 2013, de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Parra, M., Montañez, J., Montañez, M. y Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. Revista de la Facultad de Educación de Albacete. Núm. 27. Recuperado el 6 de noviembre de 2013, de: <http://revistas.uclm.es/index.php/ensayos>
- Quebradas, D. (2011). El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano. Panamerican Journal of Neoropshychology. Vol. 5. Núm. 2. Recuperado el 22 de octubre de 2013.
- Ramos, N., Enríquez, H. y Recondo, O. (2012). Inteligencia emocional plena: Mindfulness y la gestión eficaz de las emociones. Kairós: España. Pp. 57-100, 123-161.
- Rains, D. (2004). Principios de neuropsicología humana. México: McGraw-Hill. Pp. 287-322.
- Reynoso, L. y Seligson, N. (2005). Psicología y salud. Facultad de Psicología, UNAM. Pp. 24-27, 105-143, 204-212.
- Ribes, E. (2002). Psicología del aprendizaje. México: Manual Moderno. Pp. 1-10.
- Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A. (2012a). Revista de terapia cognitivo conductual. Reestructuración cognitiva: Ventajas de su integración con procedimientos conductuales. Recuperado el 21 de noviembre de 2013, de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/reestructuracion-cognitiva-ventajas-de-su-integracion-con-procedimientos-conductuales.pdf>
- Rivadeneira, C., Dahab, J., Minici, A. (2013b). Revista de Terapia Cognitivo Conductual. ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? Recuperado el 15 de noviembre de 2013, de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. Revista Mexicana de Psicología. 18, 2, 211- 218.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. 9-21. Recuperado el 10 de octubre de 2013, de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Seelbach, G. (2013). Teorías de la personalidad. México: Red Tercer Milenio. Pp. 55-57.
- Simón, V. (2011a). Aprender a practicar Mindfulness. España: Sello Editorial. Pp. 23-46, 47-71, 101-130.
- Simón, V. (2013b). Mindfulness y neurobiología. Revista de psicoterapia. Vol. 27. Núm. 66/67. Recuperado el 15 de noviembre de 2013, de: <http://www.vicentesimon.com/pdf/Mindfulness.pdf>

- Souza, M. y Cruz, L. Salud mental y atención psiquiátrica en México. Vol. 53. Núm. 6. Recuperado el 15 de julio de 2013, de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000604.pdf>
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista Médica de Chile. Artículo de revisión. Recuperado el 17 de septiembre de 2013, de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Vallejo, J. y Gastó, C. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson. Pp. 165-188, 242-252, 261-275.
- Waisburg, C. (2011). La emoción en la toma de decisiones. ¿Perjuicio o beneficio? Recuperado el: 6 de octubre de 2013, de: http://www.tandemsd.com/newsletter/marzo/La_emocion_en_la_toma_de_decisiones_-_por_CW.pdf
- WHOQOL. Salud Mental, OMS. Recuperado el 10 de agosto de 2013: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/index.html

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS
A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR
SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Expediente: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar el proceso de admisión para recibir terapia en este Centro es importante que lea y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. El proceso de admisión consta de 3 pasos (**1.- Preconsulta, 2.- Historia Clínica y 3.- Evaluación**), que se llevan a cabo en diferentes días y horarios establecidos cada uno de ellos por este Centro.
2. Si usted no concluye el proceso de admisión (**1.- Preconsulta, 2.- Historia Clínica y 3.- Evaluación**) su solicitud causará baja.
3. Si después de la baja usted desea aún recibir el servicio durante los próximos seis meses deberá solicitar su reingreso, siendo atendido de acuerdo a la disponibilidad del Centro. Si lleva usted más de seis meses de haberse dado de baja, deberá iniciar el proceso de admisión solicitando una cita de primera vez en las fechas programadas para este fin.
4. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación, de lo contrario cubrirá la cuota de la sesión que no haya asistido (el teléfono del Centro es 56 22 23 09). Es importante que tome en cuenta que tres inasistencias sin avisar, o tres inasistencias seguidas pueden ocasionar la cancelación del servicio, sin posibilidad de reingreso inmediato.
5. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo quedará bajo resguardo del Centro de Servicios Psicológicos.
6. Al concluir el proceso de admisión, su expediente puede ser asignado al área de prevención o de tratamiento, en ésta última puede ser en la modalidad de grupo o individual. En el caso de corresponder a terapia individual, ésta puede ser presencial o ciberterapia (Psicoterapia a Distancia o Realidad Virtual).
7. El personal del Centro se comunicará vía telefónica con usted para informarle del día y la hora en que iniciará tratamiento. Esta llamada puede realizarse entre dos y tres semanas después de concluir el proceso de admisión.
8. Los horarios de asignación para los diferentes servicios terapéuticos se asignan de acuerdo a los horarios de los psicólogos en formación, así como los espacios físicos disponibles en este Centro.

9. **UNA VEZ ASIGNADO SU HORARIO DE TRATAMIENTO NO ES POSIBLE HACER AJUSTES O CAMBIOS**, ya que esta alternativa de servicio es la opción que el Centro puede ofrecerle.
10. Una vez asignado el servicio correspondiente con el terapeuta responsable, es a criterio de éste la frecuencia y el número total de sesiones que usted deberá asistir.
11. Dado que este Centro es una institución de formación en educación superior y posgrado, es importante considerar lo siguiente:
 - a) La duración de los servicios corresponde a la modalidad de terapia breve (no más de 20 sesiones).
 - b) En algunas ocasiones las sesiones de terapia pueden ser observadas de forma diferida y grabadas en audio y/o video con fines educativos y de investigación.
 - c) Las actividades del Centro de Servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias, pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
11. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta o negarse a participar en procedimientos específicos que le soliciten o incluso dejar la terapia. Sin embargo, es importante que considere que la información recopilada favorece su tratamiento.
12. El personal del Centro **NO** está autorizado para ofrecerle ningún tipo de apoyo psicológico fuera de nuestras instalaciones y bajo ninguna circunstancia recibe algún pago directo del usuario por los servicios que ofrece.
13. Los pagos de los servicios psicológicos recibidos en este Centro se realizan en la caja de la Facultad de Psicología, por lo que el usuario deberá presentar su recibo de pago y carnet de citas para el registro de dicha cuota.
14. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de “Cuestionarios de Satisfacción” dirigidas a la jefatura del mismo una vez terminado su proceso de admisión y al término de su tratamiento. El usuario puede hacer uso del buzón de sugerencias en cualquier momento.
15. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comunice con usted. Esto tiene como propósito hacer seguimiento de la misma.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA _____

DÍA

MES

AÑO

TERAPEUTA

RESPONSABLE

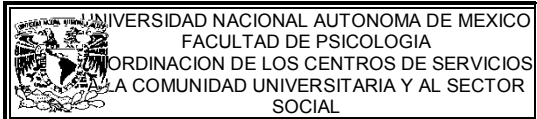
ADMISIÓN:

TERAPEUTA

RESPONSABLE

TRATAMIENTO:

Anexo 2. Historia Clínica del Adulto



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
HISTORIA CLINICA ADULTO



Expediente:												
Fecha:												
I. FICHA DE IDENTIFICACION												
Nombre:										Edad:		
Sexo:	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M	Estado Civil:		<input type="checkbox"/> Soltero:	<input type="checkbox"/> Casado:	<input type="checkbox"/> Unión libre:	<input type="checkbox"/> Divorciado:	<input type="checkbox"/> 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	Sex	Eda	No	Sex	Eda	No	Sex	Eda	No	Sex	Ed ad
	.	o	d	.	o	d	.	o	d	.	o	
	1			3			5			7		
	2			4			6			8		
Fue referido por alguna institución:			N	O	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		
	<i>b.1 Grado de orientación en las tres esferas Recursos intelectuales</i>	<i>b.2 Atención y concentración</i>	<i>b.3 Memoria b.4</i>

VI.c	Discurso		
VI.d	Contenido del pensamiento		
VI.e	Creencias y experiencias anormales de la interpretación de eventos		
	<i>e1. Especificar contenidos, inicio y el grado de fijación</i>	<i>e2. Experiencias anormales</i>	
VI.f	Afectividad		
VI.g	Juicio		
VI.h	Personalidad		
	<i>h.1 Actitudes hacia sus relaciones religiosas</i>	<i>h.2 Actitudes hacia sí mismo</i>	<i>h.3 Actitudes morales y</i>
	<i>h.4 Humor y ánimo</i>	<i>h.5 Intereses y actividades libres</i>	<i>h.6: Reacción a situaciones críticas h.7</i>
	<i>Rasgos de carácter</i>		

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

Nombre del Entrevistador: _____

Programa de pertenencia: _____

Supervisor del programa: _____

Firma: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL SUPERVISOR:

Indique el nivel de competencia del alumno (en el desarrollo de la historia clínica).

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	Excelente
0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL	CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DAVILA" INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK	
--	--	--	---

N° 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				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Puntuación: _____

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
COORDINACION DE LOS CENTROS DE
SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y
AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLOGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"
INVENTARIO DE DEPRESION
BECK



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nº DE EXPEDIENTE: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

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. 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 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 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 persona

- 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 me siento desilusionado de mí mismo
- 1 Estoy desilusionado de mí mismo
- 2 Estoy disgustado conmigo mismo
- 3 Me odio

- 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 esté siendo castigado

1 Siento que podría ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que he sido castigado

0 Yo no me siento que sea peor que otras personas

1 Me critico a mí 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 enojo o irrito 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 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 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 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 Puedo trabajar tan bien como antes

1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo

2 Tengo que obligarme para hacer algo

3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

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 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 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 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 propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI____ NO____

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

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 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 lloro más de lo usual

- 1** Llora más ahora de lo que solía hacerlo
- 2** Actualmente llora todo el tiempo
- 3** Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

Puntuación: _____

Anexo 5. Cuestionario de Calidad de Vida WHO-QOL Breve en español



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"



Instrumento WHO-QOL BREVE

INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González- Celis, & Sánchez-Sosa,
2001

Expediente: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor **seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta. Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacerse sería:

PREGUNTA	No en	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría con un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

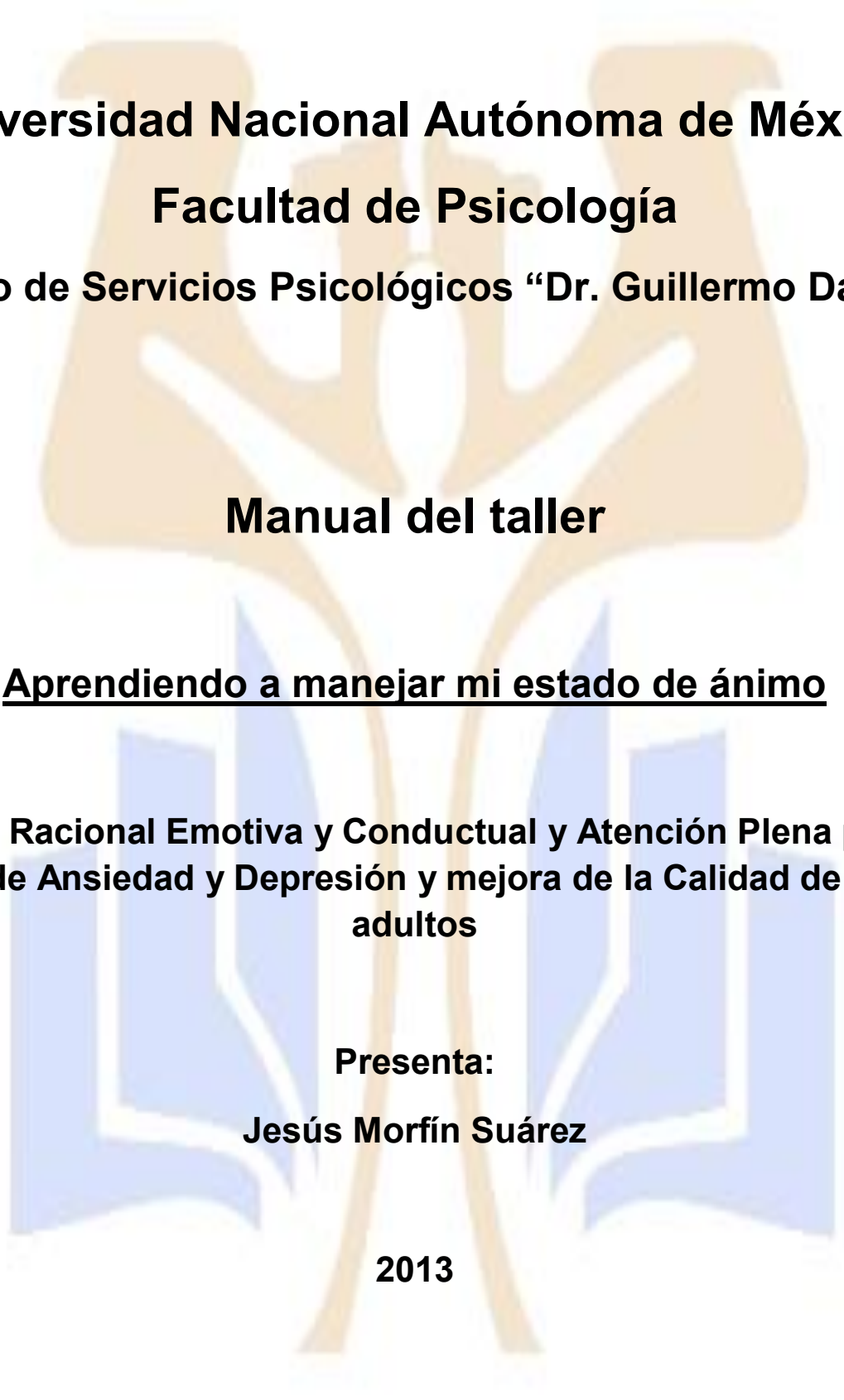
Ahora puede contestar:

	PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni	Buena	Muy buena
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni	Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Nada en lo	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy satisfecho
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible esta la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho esta con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

FACTOR	PUNTUACION	PORCENTAJE
Factor Físico		
Factor Psicológico		
Factor Rel. Sociales		
Factor Ambiente		

Gracias por su participación



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Manual del taller

Aprendiendo a manejar mi estado de ánimo

**Terapia Racional Emotiva y Conductual y Atención Plena para el
manejo de Ansiedad y Depresión y mejora de la Calidad de Vida en
adultos**

Presenta:

Jesús Morfín Suárez

2013

Índice

Introducción	1
Temario	2
Objetivos del taller	3
Registros.....	4
Cartas descriptivas	6

Introducción

En el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología dentro de sus objetivos más importantes destacan que los estudiantes de la facultad tengan la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar sus habilidades profesionales ofreciendo un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a la evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales en las diferentes áreas profesionales del psicólogo y desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la psicología basada en la evidencia, permitiendo la aplicación de los conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Herrera (2003) indica que cada vez más los psicólogos estamos buscando nuevas formas de intervención que nos permita ir más allá del acercamiento clínico tradicional y nos posibilite un trabajo de mayor impacto social y comunitario, cuyo fin no sea atacar el problema cuando ya se requiere cura, sino prevenirlo antes de que se inicie (pág. 3).

Dicho lo anterior, se realizó un taller enfocado a reducir y/o eliminar síntomas de ansiedad y depresión y que con ello los participantes aumenten la percepción de su calidad de vida. Las técnicas utilizadas fueron la Terapia Racional Emotiva y Conductual como eje para abordar las ideas irracionales así como las distorsiones cognitivas para que de esta manera los participantes aprendan a identificarlas para mejorar la relación entre pensamientos, emociones y conductas, aumentar sus habilidades sociales, mejorar el control sobre la toma de decisiones y mejorar su calidad de vida. Se utilizó el entrenamiento en Atención Plena para que los participantes tuvieran la oportunidad de aplicar una técnica de relajación, así como posibilitar una conciencia momento a momento, en el presente con interés y aceptación, logrando evitar pensamientos rumiativos para reducir los síntomas de ansiedad y depresión.



Taller: Aprendiendo a mejorar mi estado de ánimo.

Objetivo general: brindar a los participantes los conocimientos y habilidades necesarias para reducir síntomas de ansiedad y depresión, mejorar su estado de ánimo, aumentar las habilidades sociales/interpersonales mejorando su calidad de vida.

Temario

Sesión 1. Presentación y evaluación. Ciclo vital.	Jueves 16 de mayo de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 2. Autoestima y comunicación asertiva. Reestructuración cognitiva.	Jueves 23 de mayo de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 3. Entrenamiento en solución de problemas. Técnicas en relajación/respiración.	Jueves 30 de mayo de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 4. Introducción a la TREC. Entrenamiento en habilidades sociales. Técnicas de relajación/respiración.	Jueves 06 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 5. Control del enojo. Técnicas de relajación/respiración.	Jueves 13 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 6. Trastornos de ansiedad y depresión. Técnicas de relajación/respiración.	Jueves 20 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 7. Generalización de las técnicas aprendidas.	Jueves 27 de junio de 2013 de 13:00 a 15:00 hrs.
Sesión 8. Cierre del taller y post evaluación. Técnicas de relajación/respiración.	Se ajustará fecha por periodo vacacional.

Objetivos del taller

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 y mejorar la calidad de vida.



Registro ABC

Fecha/Hora	A ¿Qué pasó? (Situación activadora)	B ¿Qué pienso? (Pensamientos sobre A)	C Consecuencias (¿Qué emociones sentiste en ese momento?)

Nombre: _____



Registro de Atención Plena



Fecha y hora	Tiempo de práctica	Observaciones:
Día/hora	Práctica en el taller	
Día/hora	Práctica en la vida cotidiana	
Día/hora	Práctica en el taller	
Día/hora	Práctica en la vida cotidiana	
Día/hora	Práctica en el taller	
Día/hora	Práctica en la vida cotidiana	
Día/hora	Práctica en el taller	
Día/hora	Práctica en la vida cotidiana	
Día/hora	Práctica en el taller	
Día/hora	Práctica en la vida cotidiana	
Día/hora	Práctica en el taller	
Día/hora	Práctica en la vida cotidiana	

Nombre: _____

Carta descriptiva sesión 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA
COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
DR. GUILLERMO DÁVILA

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN, PRE EVALUACIÓN Y CICLO VITAL.
RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN.



NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO
LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013
FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013
PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión.
INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.

NUMERO DE SESIONES:8
NUMERO DE PARTICIPANTES:12
HORARIO:JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS



OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.

Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Bienvenida, presentación del terapeuta y participantes.	Fomentar la integración de los participantes como un grupo.	Conocer los datos básicos de cada uno de los participantes.	No se requiere material.	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, Lap-Top y presentación en Power-Point.	10 Minutos
Encuadre terapéutico.	Establecer las reglas del taller: respeto, confidencialidad, duración, horario, etc.	Se aclararán las dudas sobre las características del taller.	Plumones, pintarrón.	10 minutos.
Evaluación y técnicas de relajación.	Aplicación del inventario de ansiedad y depresión de Beck así como el de calidad de vida. Mostrar la importancia de la relajación.	Tener información sobre los niveles de ansiedad y depresión así como enseñarles técnicas básicas de relajación.	Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.	20 Minutos
Descripción de la etapa que están viviendo los pacientes.	Los participantes describirán cómo se integran sus familias.	Compartirán cómo perciben a su familia y las describirán.	No se requiere material	15 Minutos
Exposición del tema: El ciclo de vida.	Brindar Psicoeducación 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.	20 Minutos
Sesión de preguntas y cierre de sesión.	Despejar las preguntas que surjan y terminar sesión.	Que los participantes compartan sus inquietudes, den su opiniones	No se requiere material.	30 Minutos



Carta descriptiva sesión 2

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL		CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA SESIÓN 2: AUTOESTIMA Y COMUNICACIÓN ASERTIVA. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN.	
NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013 FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013 PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.		NUMERO DE SESIONES:8 NUMERO DE PARTICIPANTES:12 HORARIO:JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS		
OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Recibimiento y repaso de la sesión pasada.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas.	No se requiere material.	10 Minutos
Tema: Reestructuración cognitiva.	Que los participantes conozcan los pensamientos irracionales que afectan su estado de ánimo y su conducta.	Los participantes identificarán las ideas irracionales, revisarán la validez de los pensamientos y elaborarán pensa	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Exposición del tema: Autoestima y comunicación asertiva.	Que los participantes aprendan los conceptos de autoestima y asertividad y cómo impactan en su vida personal.	Sesión de preguntas y respuestas.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point.	20 Minutos
Exposición teórica breve sobre la relación pensamientos y emociones	Enseñar a los pacientes como la manera en que piensan altera la forma en que se 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 Minutos
Exposición teórica sobre los tipos de distorsiones cognitivas.	Enseñar a los pacientes a identificar los diferentes tipos de distorsiones cognitivas.	Hablar de cada una de las distorsiones cognitivas, identificarlas y dar ejemplos.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point.	20 Minutos
Atención Plena.	Se muestra la técnica de relajación de Atención Plena.	Se realiza práctica de Atención Plena.	No se requiere material.	
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Explicar cómo se realizarán las actividades en casa.	Dar a los participantes el registro ABC para ser llenado en casa.	No se requiere material.	15 Minutos.
Cierre de sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes.	Técnicas grupales.	No se requiere material.	15 Minutos.



Carta descriptiva sesión 3

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL		CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA SESIÓN 3: ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN.	
NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013 FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013 PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.		NUMERO DE SESIONES:8 NUMERO DE PARTICIPANTES:12 HORARIO:JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS		
OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.				
Contenido temático	Objetivos específicos	Actividad	Material	Tiempo
Recibimiento.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas.	No se requiere material.	5 Minutos
Revisión de la sesión anterior. Reestructuración cognitiva.	Los participantes entregaran sus actividades. Se reforzará el tema de reestructuración cognitiva.	Los participantes revisarán la validez de los pensamientos y se trabajará con dudas.	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Tema: Resolución de problemas y estrategias de afrontamiento.	Que los participantes conozcan algunas técnicas sobre la resolución de problemas y cómo enfrentarlos.	Se les proporcionará información sobre cómo resolver de manera adecuada algunos de los problemas que se les presenten en su vida cotidiana.	Lap top, power point, proyector.	25 Minutos
Tema: Atención Plena.	Se les dará a los pacientes algunos ejercicios básicos de Atención Plena.	Que los pacientes practiquen ejercicios de Atención Plena mostrados.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point. Pizarrón y Plumones	20 Minutos
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.	No se requiere material.	20 Minutos
Entrega de material para casa y tarea terapéutica.	Entrega del esquema ABC, donde tendrán que intentar identificar sus distorsiones cognitivas.	Entrega del registro ABC para ser llenado en casa.	Formatos de Registro ABC y Registro de Bienestar.	20 Minutos
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de los participantes.	Técnicas grupales para la integración de los participantes.	No se requiere material.	10 Minutos



Carta descriptiva sesión 4

 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL</p>	 <p>Facultad de Psicología</p>	<p>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA</p> <p>SESIÓN 4: INTRODUCCIÓN A LA TREC, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN.</p>		
<p>NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013 FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013 PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.</p>		<p>NUMERO DE SESIONES:8 NUMERO DE PARTICIPANTES:12 HORARIO:JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS</p>		
<p>OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.</p>				
CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Recibimiento. Resolución de dudas de la sesión anterior.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas.	No se requiere material.	5 Minutos
Entrega de tareas de la sesión anterior.	Los participantes entregarán el ABC y el registro de Atención Plena.	Se verificará que los participantes hayan realizado la tarea solicitada.	Lap top, power point, proyector.	15 Minutos
Tema: Terapia Racional Emotiva y Conductual.	Que los participantes conozcan esta técnica terapéutica, sus alcances y beneficios.	Mostrar a los participantes las estrategias básicas de la TREC. Pensamientos, emociones y conductas.	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Reforzamiento de las técnicas de relajación.	Que los participantes aprendan a aplicar las técnicas de relajación en su vida diaria.	Que los pacientes apliquen diariamente las técnicas de relajación.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point.	20 Minutos
Actividad: Atención Plena.	Dentro de la presentación se les dará a los pacientes algunos ejercicios básicos de Atención Plena.	Que los pacientes practiquen ejercicios de Atención Plena mostrados.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point. Pizarrón y Plumones	20 Minutos
Presentación del tema: Habilidades sociales.	Enseñarles a los pacientes que los déficits en habilidades sociales están relacionados con la depresión.	Se les dará una presentación en power point. (Pequeña representación de un conflicto) y manera de resolver el conflicto.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point.	20 Minutos
Entrega de material para casa.	Entrega del registro de Atención Plena y el esquema ABC.	Aclaración de dudas sobre el material.	Formatos de Registro ABCDE y Registro de Bienestar	10 Minutos
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de las participantes.	Lluvia de ideas y frases motivacionales.	No se requiere material.	10 Minutos



Carta descriptiva sesión 5

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL		CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA SESIÓN 5: CONTROL DEL ENOJO. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN.	
NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013 FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013 PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.			NUMERO DE SESIONES:8 NUMERO DE PARTICIPANTES:12 HORARIO:JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS	
OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.				
CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Recibimiento resolución de dudas de la sesión anterior.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas.	No se requiere material.	5 Minutos
Entrega de tareas de la sesión anterior.	Los participantes entregarán el ABC y registro de Atención Plena.	Se verificará que los participantes hayan realizado la tarea solicitada y su importancia.	Lap top, power point, proyector.	15 Minutos
Tema: Introducción al control del enojo.	Que los participantes conozcan que es el sentimiento del enojo.	Se les propondrá realizar una lluvia de ideas sobre el enojo. Presentación del enojo.	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Tema: Técnicas para el control del enojo.	Que los participantes conozcan algunas técnicas para controlar el enojo.	Se les dará una presentación sobre técnicas del control del enojo	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Aplicación de las técnicas de relajación y respiración.	Que los participantes aprendan a aplicar las técnicas de relajación en su vida diaria.	Que los pacientes apliquen diariamente las técnicas de relajación.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point.	20 Minutos
Presentación del tema: Los pensamientos automáticos.	Que los pacientes identifiquen los pensamientos automáticos y como éstos causan malestar e inestabilidad emocional.	Que los participantes identifiquen durante la sesión aquellos pensamientos automáticos que les causan incomodidad y malestar, que sean exagerados, cortos y difíciles de desviar.	Lap top, pantalla y presentación en Power Point.	20 Minutos
Entrega de material para casa.	Entrega de registro de Atención Plena y el esquema ABC.	Aclaración de dudas sobre el material.	Formatos de Registro ABCDE y Registro de Bienestar	10 Minutos
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de las participantes, así como invitarlos a asistir a la siguiente sesión.	Técnicas grupales para la mejora de habilidades sociales en el grupo.	No se requiere material.	10 Minutos



Carta descriptiva sesión 6

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL	 <small>Facultad de Psicología</small>	CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA SESIÓN 6: TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN.	
NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013 FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013 PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.			NUMERO DE SESIONES: 8 NUMERO DE PARTICIPANTES: 12 HORARIO: JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS	
OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.				
CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Recibimiento y resolución de dudas de la sesión anterior.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas.	No se requiere material.	5 Minutos
Revisión de la actividad asignada en la sesión anterior y ABC.	Se revisará la actividad escribiendo sus secretos y el esquema ABC.	Que los pacientes escriban su secreto más doloroso.	Hoja de tarea	10 Minutos
Tema: Ansiedad.	Que los pacientes conozcan los síntomas del trastorno de ansiedad.	Que los pacientes identifiquen cuáles síntomas han presentado sobre ansiedad.	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Tema: Depresión.	Que los pacientes conozcan los síntomas de los trastornos depresivos.	Que los pacientes identifiquen cuáles síntomas han presentado sobre depresión.	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Actividad: 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.	No se requiere material.	30 Minutos
Actividad: Atención Plena, profundizando un poco más.	Que los pacientes conozcan distintas maneras de practicar la Atención Plena enfocándose en un sonido o tacto.	Que los pacientes realizarán la práctica de Atención Plena utilizando otros métodos.	Audio	20 Minutos
Práctica de respiración y relajación.	Que los pacientes aprendan a respirar para relajarse y conozcan los beneficios de esta práctica.	Práctica de respiración y relajación.	Audio	10 Minutos
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de las participantes, así como invitarlos a asistir a la siguiente sesión.	Charla final y frases motivacionales	No se requiere material.	5 Minutos

Carta descriptiva sesión 7

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACION DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL		CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA SESIÓN 7: GENERALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS APRENDIDAS. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN/RESPIRACIÓN.	
NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013 FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013 PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.		NUMERO DE SESIONES:8 NUMERO DE PARTICIPANTES:12 HORARIO:JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS		
OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.				
CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Recibimiento resolución de dudas de la sesión anterior.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Resumen general de la sesión y despejar dudas.	No se requiere material.	5 Minutos
Tarea para la próxima sesión.	Se les asignará tercera tarea que 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.	Hoja de tarea	10 Minutos
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 en la sesión número dos.	Lap top, power point, proyector.	25 Minutos
Tema: Solución de problemas, técnicas de relajación.	Que los pacientes mencionen las dudas que hayan surgido respecto a estos temas.	Que los pacientes refuercen lo aprendido en la sesión número tres.	Lap top, power point, proyector.	25 Minutos
Tema: Entrenamiento en habilidades sociales y pensamientos racionales.	Que los pacientes mencionen las dudas que hayan surgido respecto a estos temas.	Reforzarán habilidades sociales e identificarán ideas irracionales.	Lap top, power point, proyector.	20 Minutos
Tema: Control del enojo.	Que los pacientes mencionen dudas que hayan surgido respecto a este tema.	Que los pacientes refuercen lo aprendido con el control del enojo.	Audio	20 Minutos
Práctica de Atención Plena.	Que los pacientes refuercen la técnica de atención plena.	Que los pacientes practiquen la técnica de atención plena.	Audio	10 Minutos
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de las participantes e invitarlos a la siguiente sesión.	Frases motivacionales.	No se requiere material.	5 Minutos

Carta descriptiva sesión 8

 <p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA COORDINACIÓN DE LOS CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL</p>	 <p>Facultad de Psicología</p>	<p>CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA</p> <p>SESIÓN 8: CIERRE DEL TALLER Y POST EVALUACIÓN</p>		
<p>NOMBRE: APRENDIENDO A MEJORAR MI ESTADO DE ÁNIMO LUGAR: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS FECHA DE INICIO: 16 DE MAYO DEL 2013 FECHA DE TERMINO: 27 DE JUNIO DEL 2013 PERFIL DE PARTICIPANTES: Mujeres y hombres mayores de 40 años que hayan solicitado atención en el CSP y presenten trastornos de ansiedad y/o depresión. INSTRUCTOR: Jesús Morfín Suárez.</p>		<p>NUMERO DE SESIONES:8 NUMERO DE PARTICIPANTES:12 HORARIO:JUEVES DE 13:00 –15:00 HRS</p>		
<p>OBJETIVO GENERAL DEL TALLER: 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 y mejorar la calidad de vida.</p>				
CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD	MATERIAL	TIEMPO
Recibimiento resolución de dudas de la sesión anterior.	Reforzar los conocimientos de la sesión anterior.	Despejar dudas.	No se requiere material.	5 Minutos
Revisión de tarea.	Revisión de las actividades placenteras realizadas para incrementar la autoestima	Se les pedirá que comenten sobre las actividades realizadas para aumentar la autoestima.	Hoja de tarea	10 Minutos
Tema: Meditación y Atención Plena.	Que los pacientes conozcan una técnica de meditación y refuercen la Atención Plena.	Que los pacientes realicen un ejercicio de meditación y Atención Plena.	Lap top, power point, proyector.	30 Minutos
Actividad: Compartir mis logros.	Que los pacientes identifiquen las metas alcanzadas.	Que los pacientes de manera breve compartan como han manejado la problemática que están estado viviendo con las herramientas que se les han proporcionado en el taller.	No se requiere material.	30 Minutos
Actividad: Convivio.	Que los pacientes apliquen la técnica en habilidades sociales para lograr una sana integración en el grupo.	Que los pacientes logren una agradable convivencia con la realización de un convivio.	Audio	40 Minutos
Cierre de la sesión.	Agradecer y reconocer la asistencia de las participantes durante el taller.	Conclusiones individuales y frases motivacionales.	No se requiere material.	5 Minutos