



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“PROPUESTA DE TRATAMIENTO GRUPAL PARA EL MANEJO
DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS JÓVENES”.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ARRIAGA ARROYO VIRIDIANA

BAUTISTA JUÁREZ LAURENCIO

DIRECTORA: MTRA. NELLY FLORES PINEDA.

REVISORA: DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN.

SINODALES:

MC. DAVID AURÓN ZALTZMAN.

MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA.

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ.



**Facultad
de Psicología**

México, D.F.

Ciudad Universitaria, Enero 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS VIRIDIANA

A mi mamá, porque siempre me ha brindado apoyo, protección, cariño, confianza, pero sobre todo amor. Por siempre mandarme desayunada y con lunch, por vestirme y calzarme. Mil GRACIAS por todo lo que has hecho como madre, porque sin ti, no estaría aquí. Te amo, Jovis.

A mi papá, quién me ha apoyado en todas mis decisiones profesionales. Porque sin su apoyo económico, sus palabras de aliento y sus consejos, no hubiera alcanzado esta meta. GRACIAS por ser un gran padre e inculcarnos amor al estudio y no permitirnos la “vida fácil”. Te amo, papi.

A Valo, sin ti ni las infinitas noches de risa, de esperarme a dormir o de no dejarme dormir, los gustos compartidos, tus Starkeadas, la vida sería aburrida y poco sencilla. He cambiado muchos de mis defectos y eso gracias a tu amor. GRACIAS por ser una gran hermana, mi “roomie” y mi amiga. Te amo, Valonish bebé.

A Raúl, porque tú forma de ser regala sonrisas, y muchas veces molestias, pero poco a poco voy aprendiendo de ti. Admiro tu dedicación a lo que haces. GRACIAS por el apoyo que me has brindado, las palabras y consejos adecuados cuando los he necesitado. Aunque pongas cara de “ash”, te amo.

A Víctor, con quien he crecido y madurado estos últimos años. Por no rendirnos y aprender de la vida y nuestra carrera, juntos. GRACIAS por el apoyo que me has dado, en las buenas y malas, pero sobre todo por tu amor incondicional. Y gracias a tus papás, por hacer de ti una gran persona y todo el apoyo que de ellos hemos recibido. Te amo, amor.

A la Mtra. Nelly, quién fue parte importante en la elaboración de este trabajo, su apoyo, dedicación y supervisión, rindieron frutos. GRACIAS por permitirme ser su alumna y adquirir conocimientos a través de su enseñanza. Día con día aprendí algo nuevo de usted, gracias por ser una excelente docente.

A Lau, con quién trabajé arduamente para concluir nuestra tesis. GRACIAS por todo tu esfuerzo, apoyo y comprensión en momentos de debilidad. Tus conocimientos se complementaron con los míos logrando un buen trabajo como este.

A la UNAM, mi alma máter, por todos los conocimientos, apoyos y rincones que me ha brindado. Por los excelentes maestros que me dio a lo largo de mi estancia, sobre todo a la Dra. Andrómeda Valencia y Mtra. Hilda Esquivel, quienes complementaron y me ayudaron a mejorar mis conocimientos.

A la Dra. Noemí y al “Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila”, por permitirnos el uso de sus instalaciones para la aplicación de nuestro tratamiento y todas las facilidades otorgadas por medio de su personal, especialmente a Susy y Patty.

A mis “carnales”, la “Banda Inodora”, por estar unidos desde el CCH-N hasta ahora. Cheché, Andy, René, Sixto, Dani, Tania, M. Ale, Martha, Vero, Javier, Fanie, Ale y Carla; a todos ustedes GRACIAS

por los grandes momentos a su lado, por su bella amistad y lealtad, esas tardes bohemias y de pláticas, siempre nos han servido a todos. Han sido, y serán, parte importante de mi vida, hermanos. Los amo.

A Andy, Mely, Palito y Kary; quiénes han estado cerca para nunca dejarme, ni dejarnos, caer. Sus locuras y aventuras, me han acompañado desde 2012 a la fecha, añadiendo que la partida de Cherry nos unió para siempre, con ella a nuestro lado, infinitamente. GRACIAS por su hermandad y amistad, únicas en su especie. Las adoro.

A Ger, quién siempre ha tenido las palabras correctas en el momento exacto. GRACIAS por todos los consejos que me has dado hasta hoy, por nunca dejarme caer, por ser un acompañante en mis múltiples desvelos, por ser un grandioso amigo, del tamaño de Goyo. Loco, siempre estaré agradecida contigo, te quiero muchísimo.

A Erick, por siempre estar al pendiente de nosotros y compartir un sinfín de aventuras y eventos importantes. GRACIAS por mostrar interés en lo que hago y estar siempre con tu cariño y amor únicos. Pronto compartiremos el logro de titularnos con tesis. Eres el mejor, te adoro primito.

A Iñaki, quién desde el día uno de la Universidad, hasta hoy, ha estado presente, siempre apoyando y mostrando interés a lo que hago. GRACIAS por ser mi amigo, de los grandes, y por despertarme a las 3 de la mañana con tus whatsapp. Te quiero y gracias por tu amistad y cariño.

A Cherry, Elizo, mis abuelitas Clarita, Alex y mi tía Carmen; quiénes no pudieron compartir este logro físicamente, haciéndolo espiritualmente. GRACIAS a ustedes por enorgullecerse y manifestarlo cada vez que nos veíamos y, tras su partida, fortalecerme física y mentalmente. Los ama, eternamente, su doctora.

AGRADECIMIENTOS LAURENCIO

Cuando me dijeron que tenía que escribir estos agradecimientos por llegar a este momento de mi vida, ciertamente no sabía qué y a quién escribirle, sólo tenía en mi pequeña lista a las personas más importantes, por lo que espero no omitir a nadie que precie de serlo.

1

Primero quiero agradecer a cada uno mis padres.

Mamá, gracias por todos tus esfuerzos para darnos mucho de tu tiempo a mis hermanos y a mí. Gracias también por todos los consejos que me diste y que me sigues dando. Por cuidarme tanto y enseñarme muchas cosas ya que te habías dado cuenta que los tiempos habían cambiado. Pero gracias sobre todo por darme la oportunidad de tomar mis propias decisiones y aprender de mis errores; sin ello no hubiera llegado hasta aquí.

Gracias papá porque siempre te has esforzado por el bienestar de mis hermanos y el mío, aún cuando esto fuera difícil. Por los regalos que me hacías cuando estaba en el hospital. Por enseñarnos que aunque pequeña nuestra familia debe ser unida; que debemos apoyarnos aún a pesar de las diferencias entre mis hermanos y yo. Y lo más importante gracias por enseñarme que no hay mejor vicio que el deporte.

Por eso y muchas otras cosas más, muchas gracias a los dos.

2

A mis hermanos:

Quiero agradecerles a ustedes dos, Moy y Yola, por todo el apoyo que me dieron durante todos esos años de escuela. Por estar ahí cuando los necesitaba. Sé que fueron complicados un par de estos últimos años, pero ya la llevamos de gane. Gracias por la confianza, y los ratos de humor. Sé que peleamos o pelearíamos en algunas ocasiones, pero tal vez no hay problema que no se arregle entre nosotros con una pizza grande y un litro de helado.

3

A mis profesoras:

Muy especial a la Mtra. Nelly, que nos guió durante este proyecto, sin usted esto no sería posible. Agradezco y agradeceré siempre sus enseñanzas (ya sea en sus clases o fuera de ellas), sus consejos y más que nada su amistad ya que gracias a ello crecí personalmente y creo que el no haberlo hecho hubiera sido un abuzo de confianza.

También a la Dra. Andrómeda, aunque poco el tiempo de convivencia y de clases fue una influencia vital y finalmente a la Mtra. Hilda E. que me enseñó mucho en muy poco tiempo.

4

A Viry:

Viry, a veces trato de recordar el primer día que te vi y parece no ser relevante, sólo agradezco el que estuvieras en el momento y lugar correcto.

Reconozco que eres la mejor amiga que he tenido y tendré en la vida, sin ti, me sentiría perdido y lo digo porque realmente lo he experimentado. Compartimos las clases, partidos de fútbol, alegrías, algunas tristezas y casi parecemos inseparables. Ciertamente son muchas las cosas que hemos vivido. Agradezco la confianza cuando necesitabas a un amigo (creo que no daba los mejores conejos, así que, si te di alguno terrible debiste o debes reclamarme).

Debo darte las gracias por compartir este proyecto conmigo, no lo niego fue fácil y difícil a la vez. Y sí, sé que más de una vez corregiste mis errores ortográficos (como ahora), pero créeme, mejore mucho después de esto.

Quiero que sepas que eres única y muy importante para mí, gracias por aceptarme como tu amigo.

5

A Nadia:

Decir o tratar de describirte como mi mejor amiga, sería poco correcto e inclusive hay veces que ni yo lo tengo claro. De lo que si estoy seguro es que eres una persona muy especial que me enseñó muchas cosas, tal vez una de las más importantes es ser perseverante aún en las adversidades. No siempre te lo dije, pero fue un honor que llegaras en uno de los mejores momentos de mi vida.

Cada momento que viví y he vivido contigo son grades recuerdos y los atesoro, porque han sido los mejores. Tú bien sabes que hay muchos sentimientos que nunca te he dicho, pero que de antemano los conoces. Y aunque no estuviste algún tiempo, siempre fuiste y serás uno de los pilares de mi vida. Sobre todo porque gracias a ti soy una mejor persona.

6

A Paty A. y Susy:

Gracias a cada una por todo el apoyo que nos brindaron durante el desarrollo de este proyecto. Y no sólo eso, también por los consejos y el apoyo en cuestiones personales cuando lo necesite.

7

A las amigas y los amigos:

Disculpen ustedes si no soy tan emotivo, pero siempre he estado agradecido con ustedes por el camino que recorrí y tal vez recorreré con ustedes:

A las Mens un grupo de principio a fin y donde encontré un lugar al cual pertenecer. Sufrimos bajas, pero lo que fue siempre será. Amelia, Carla, Rous, Saida, no todas las clases las compartimos pero si más de una vez grandes momentos. Gracias por tantas locuras, siempre recordare ese programa de noticias para la clase de Transdisciplina "Charlas con Law-Rencio", nuestra obra-monologo "Diálogos entre la vagina y el pene" que como saben fue difícil aceptar me maquillaran pero quedo genial, o esa inolvidable interpretación de "Don't Speak" de Rous. Podría escribir más pero no creo sea necesario. Y de nuevo Gracias amigas.

A los y las amigas de siempre en la facultad, Sayuri no solo por la amistad sino también porque compartimos el gusto por Stephen King, Dexter, Ricardo R. usted siempre será recordado por lo de su moto, a Paulina A. por las pláticas y el café, al buen Zacks, Mariana B., Graciela A., Iñaki, Diana S. sabes que eres la única que merece ser nombrada del sequito que tienen, Esmeralda V. y Alexia R. porque eres de esas personas que siempre alegran el día.

Los buenos CCHros de siempre, Calos, a Gaby T., Luis (Cerati). Ya qué son y serán parte de una época irrepetible en mi vida.

8

Y al final y como siempre, al soldado desconocido:

Así como he agradecido abiertamente a las personas que aprecio, también debo de reconocer a todas esas personas (buenas o malas) que no quiero nombrarlas en este documento, pero que gracias a ellas aprendí grandes cosas de la vida.

Índice

Resumen	X
Introducción	XI

Marco Teórico.

Capítulo I. Ansiedad y Depresión

1.1. Ansiedad	1
1.1.1. <i>Clasificación</i>	4
1.1.2. <i>Síntomas</i>	5
1.1.3. <i>Tratamientos</i>	13
1.2. Depresión	15
1.2.1. <i>Clasificación</i>	17
1.2.2. <i>Síntomas</i>	18
1.2.3. <i>Tratamientos</i>	21
1.3. Instrumentos de medición para ansiedad y depresión	24
1.4. Ansiedad y depresión en México	27
1.4.1. <i>Salud mental en México</i>	27
1.4.2. <i>Ansiedad y depresión</i>	28
1.4.3. <i>Centro de Servicios Psicológicos</i>	29

Capítulo II. Grupos

2.1. ¿Qué es un grupo?	33
2.2. Características generales de los grupos	35
2.3. Clasificación de grupos	38
2.3.1. <i>Grupo primario</i>	38
2.3.2. <i>Grupo secundario</i>	39

2.3.3. Grupo formal	39
2.3.4. Grupo Informal	40
2.3.5. Grupo de referencia	40
2.3.6. Grupo de pertenencia	40
2.4. Grupos terapéuticos: Psicoterapia de grupo	41
2.4.1. Antecedentes de la psicoterapia de grupo	42
2.4.2. Características de los grupos terapéuticos	44
2.4.3. Deserción en el proceso terapéutico	47

Capítulo III. Terapia Cognitivo-Conductual

3.1. Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual	51
3.2. Características básicas de la TCC	54
3.3. Técnicas de intervención en la TCC	57
3.3.1. Formulación de caso clínico	58
3.3.2. Técnicas de autorregistros	59
3.3.3. Técnicas cognitivas	63
3.3.4. Técnicas conductuales	68
3.3.5. Técnicas de relajación	74
3.4. TCC aplicada en el tratamiento de la ansiedad	78
3.5. TCC aplicada en el tratamiento de la depresión	80
3.6. TCC aplicada en el tratamiento grupal	84
3.6.1. Algunas características a considerar en la TCC grupal	86

Metodología

1. Justificación	91
2. Planteamiento del problema	92

3. Preguntas de investigación	92
4. Objetivos	93
5. Variables	93
6. Diseño experimental	96
7. Instrumentos de medición	96
8. Participantes	100
9. Escenario	102
10. Procedimiento	102
11. Análisis estadístico	107
Resultados	108
Discusión	119
Conclusiones	128
Limitaciones	130
Recomendaciones	131
Anexos	132
Referencias	161

Resumen

En México, y en especial el Distrito Federal, se cuenta con instituciones para la atención de salud mental, que no sólo se ven rebasadas por la demanda de la población, sino también por la falta de espacios y de personal capacitado para brindar la atención requerida.

El presente trabajo, es una propuesta de tratamiento grupal de corte cognitivo-conductual, dirigido a jóvenes-adultos de entre 20 a 32 años, con presencia de sintomatología asociada a ansiedad y depresión. La finalidad, es proporcionar las herramientas necesarias para la disminución de síntomas y el mejoramiento de la calidad de vida de cada participante. La población total, estuvo compuesta por nueve participantes.

La aplicación de dicho tratamiento, se llevo a cabo dentro de las instalaciones del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, estructurada en 9 sesiones.

Los resultados mostraron que al término de la intervención hubo una mejoría clínicamente significativa en cada una de las variables medidas (ansiedad, depresión y calidad de vida); demostrando la efectividad de la TCC para la atención de estos padecimientos de manera conjunta.

Palabras clave: ***Ansiedad, Depresión, Terapia Cognitivo-Conductual, Tratamiento grupal, Calidad de vida.***

Introducción

A través del tiempo, algunas especies han sobrevivido a un sinnúmero de cambios en las condiciones ambientales; sin embargo, otras simplemente dejaron de existir.

Las especies que aún están vigentes en nuestro tiempo, lograron adaptarse a estos cambios, incluso modificaron ciertas particularidades (conductas, fisonomía y/o morfología) para poder seguir viviendo adecuadamente sobre el mundo. En pocas palabras, evolucionaron.

Particularmente, los seres humanos han modificado estilos de vida, de alimentación e incluso actividades; que le han permitido llevar a cabo su vida diaria adecuadamente. Sin embargo, hay conductas que, a pesar de ayudar a sobrellevar los conflictos que surgen en el día a día, también pueden llegar a perjudicar a la persona si éstas son excesivas. Un ejemplo de esto es el miedo que sentimos al ver una araña y alejarnos rápidamente de ella evitando el lugar indefinidamente.

La ansiedad, es una de estas conductas adaptativas que suele volverse desadaptativa, y la cual permite dar una respuesta ante una amenaza o peligro que atente a nuestra persona. Pero la ansiedad se vuelve desadaptativa cuando esa respuesta interfiere en nuestras actividades diarias llegando a un punto donde evitemos sitios o situaciones que desencadenen esta respuesta.

Por otro lado, el estado de ánimo de las personas es fundamental para actuar en el día a día. Este nos permite responder de cierto modo a determinadas situaciones. Cuando se está feliz, se tiende a disfrutar más de las cosas. En cambio, cuando se está triste, hay una evidente apatía por las cosas y por el entorno. Pero ¿qué pasa cuando esta tristeza perdura por mucho tiempo? Hay presencia de depresión, padecimiento que atenta contra la persona, pues no sólo genera una tristeza excesiva, sino que puede llevar a terminar con la vida de quien lo padece.

Con el paso del tiempo, se han propuesto diferentes alternativas de tratamiento para darles una solución a estas dos problemáticas planteadas. Las terapias farmacológicas, los remedios caseros, las sesiones o encuentros espirituales y las terapias psicológicas, son algunas de ellas y solo algunas han logrado darle una solución adecuada.

Una de ellas, es la Terapia Cognitivo-Conductual, la cual está basada en supuestos y teorías de modificación cognitiva y conductual que permiten restablecer una relación adaptativa con el mundo, y así retomar nuestras actividades cotidianas adecuadamente.

Por lo que queda aún patente que el ser humano necesita un cambio constante, en un mundo de diversas condiciones, sobre todo si este le permitirá continuar desarrollándose en su ambiente social, familiar, físico y mental.

El siguiente trabajo, propone una alternativa de tratamiento cognitivo-conductual, orientado a la atención de jóvenes adultos, que brinda algunas herramientas que permiten al participante afrontar sus problemas adecuadamente. Así como una forma poco explorada, dentro de la terapia cognitivo-conductual grupal, que permite una atención rápida, oportuna y económica a los problemas que llevan la ansiedad y depresión.

Marco Teórico

Capítulo I. Ansiedad y Depresión.

1.1. Ansiedad.

Entendemos que la ansiedad es una respuesta emocional que se produce ante la presencia de una situación de amenaza o peligro, es decir, tiene una función biológico-adaptativa (Sandín y Chorot, 2009). Sin embargo, suele considerarse enfermedad cuando produce un malestar físico y psicológico en las personas.

En un inicio, se consideró a la ansiedad como aquel estado emocional de un miedo no resuelto o la activación psicofisiológica inapropiada tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972; en Sandín y Chorot, 2009). En 1979, Wolpe (Sandín y Chorot, 2009) mencionaba que la ansiedad es una reacción autónoma de un individuo tras la presentación de un estímulo que le signifique algún tipo de amenaza y peligro. Spielberger, Pollans y Worden (1984; en Sandín y Chorot, 2009), definen que es una reacción emocional caracterizada por la presencia de sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación; así como la activación o descarga del sistema nervioso autónomo. En 1975, la *American Psychiatric Association* (APA) definió a la ansiedad como el estado emocional desencadenado por la aprensión, tensión o dificultad que surge a partir de la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida (Cía, 2007). Mientras tanto, Barlow (1998; en Sandín y Chorot, 2009), expone que la ansiedad abarca una esfera cognitivo-afectiva, es una reacción anticipada hacia la expectativa del futuro. En el glosario de términos técnicos del *“Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición”* (DSM-V, por sus siglas en inglés), se define como *“la anticipación aprensiva de un peligro o amenaza futuro acompañado por sentimientos de preocupación, angustia y/o síntomas somáticos de tensión. El foco de peligro puede ser interno o externo”* (American Psychiatric

Association, 2013, p. 818). Finalmente, para Alzate, Orozco y Ávila (2013), la ansiedad es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas, ante las necesidades del organismo para alcanzar un nivel adecuado o ante el temor de perder un bien preciado.

No obstante, recordemos que la ansiedad tiene una función adaptativa, pues ha sido desarrollada de forma filogenética, por lo que forma parte del repertorio de respuestas psicofisiológicas y conductuales de la vida de los seres vivos, en especial de los humanos. Es decir, se trata de una reacción que prepara a un organismo para emitir una respuesta y, aparentemente, una solución a una situación evaluada como peligrosa o dañina. En un sentido más estricto, Rodríguez Correa (2008) menciona que la ansiedad cumple una función esencial para la supervivencia de un individuo actuando como un mecanismo de alerta y preparación ante posibles peligros, amenazas o exigencias ambientales, facilitando así un afrontamiento rápido, ajustado y eficaz. Principalmente motiva al organismo a generar conductas apropiadas a la situación para poder superarla eficazmente (Cía, 2007).

Sin embargo, la ansiedad se vuelve patológica cuando la presencia de los síntomas tiene una duración prolongada injustificada, de intensidad excesiva y por la anticipación de un peligro irreal (valoraciones irreales de amenaza); generando una incapacidad en el individuo afectando áreas de desarrollo personal como el rendimiento laboral, escolar y social (relaciones interpersonales). Rodríguez Correa (2008), enlista una serie de características que permiten obtener un mejor panorama acerca de la ansiedad patológica:

- Debe ser desproporcionada y/o injustificada.
- Suele escapar del control voluntario del individuo.
- Esta puede ser intensa o presentarse de manera recurrente.
- Genera incomodidad y malestar significativos.
- Tiende a interferir, de forma negativa, en diferentes ámbitos en la vida de la persona.

Ellis y Caballo (2002; en Alzate et al., 2013), distinguen entre dos tipos de ansiedad; la ansiedad del ego y la ansiedad situacional. La primera hace referencia a aquella ansiedad que suele estar acompañada por síntomas de depresión y la cual es “una tensión emocional que es resultado de sentirse amenazado, de sentir que se deben comportar perfectamente y es horrible cuando los rechazan y por eso siempre deben de ser aceptados”, p. ej., aquellas personas que realizan sus actividades a la perfección, al no hacerlo de esta manera, tienden a sentirse preocupados, inútiles, con ira e incluso llegan a desechar el trabajo que habían realizado. Mientras que la ansiedad situacional, aparece en “situaciones de incomodidad o peligro, suele tener un síntoma primario como el miedo, y uno secundario como la ansiedad”, p. ej., cuando una persona va a exponer, hay temor de equivocarse y ser evaluado de manera negativa (Ellis y Caballo, 2002; en Alzate et al., 2013). En la tabla 1, se muestra una comparación entre la ansiedad patológica y la ansiedad adaptativa.

Tabla 1. *Diferencias entre Ansiedad Adaptativa y Ansiedad Patológica (adaptada de Rodríguez Correa, 2008).*

	Ansiedad Adaptativa	Ansiedad Patológica
Análisis topográfico	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia ocasional. - Intensidad Leve/Moderada. - Duración limitada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia recurrente. - Intensidad elevada. - Duración prolongada
Origen	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones objetivas de amenaza, desafío o peligro potencial. P. ej., “correr al cruzar la calle ante la proximidad de un automóvil”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones dónde el peligro es sobrevalorado o injustificado. P. ej., “correr al cruzar la calle sin la presencia de un automóvil”.
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> - Interfiere en las actividades cotidianas, de manera leve o moderada. P. ej., “esperar a que el semáforo cambie a rojo, sin importar la prisa que tengas”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interfiere, de manera grave y significativa, en las actividades cotidianas. P. ej., “dejar de salir a la calle, evitar cruzar calles, salir siempre acompañado”.

En pocas palabras, la ansiedad se puede definir como una respuesta psicobiológica básica y adaptativa ligada al instinto de supervivencia, que ayuda a responder a situaciones de peligro o amenaza. Generalmente ocurre cuando hay cambios importantes en la vida cotidiana de los individuos o cuando se modifican los ambientes externos del mismo (laboral, familiar, escolar), los cuales causan una incomodidad o sufrimiento, según sea el caso, prolongados y obsesivos. Esta respuesta aparece y varía en intensidad según el estímulo, real o imaginario, que la produzca.

1.1.1. Clasificación.

En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), la clasificación para los trastornos de ansiedad, es la siguiente:

- Trastorno de ansiedad por separación,
- Mutismo selectivo,
- Fobia específica,
- Trastorno de ansiedad social (fobia social),
- Trastorno de pánico
- Agorafobia,
- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG),
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos,
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica,
- Otro trastorno de ansiedad especificado,
- Otro trastorno de ansiedad no especificado.

Estos trastornos pueden abordarse uno a uno, sin embargo comparten criterios y síntomas similares, descritos más adelante, para poder ser diagnosticados. Cabe mencionar que para este trabajo se tomaron principalmente los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), y que tienen mayor presencia dentro de la población mexicana, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Medina-Mora et al., 2003).

El TAG, puede estar asociado a síntomas depresivos y suele coexistir con trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (fobia específica o fobia social), Trastorno Obsesivo-Compulsivo, inducidos por sustancias u otros asociados con el estrés (trastorno por estrés postraumático, colon irritable o dolores de cabeza).

1.1.2. Síntomas.

Con anterioridad se han descrito síntomas característicos de la ansiedad, los cuales pueden ser categorizados de acuerdo al tipo de respuesta que se emite: psicofisiológicos, cognitivos y conductuales (Sandín y Chorot, 2009). En palabras de Cía (2007), la ansiedad puede manifestarse a través de cambios en la cognición, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), se establecen criterios para poder determinar los diferentes trastornos mencionados, dentro de los cuales encontramos signos y síntomas, persistentes durante al menos un periodo mínimo de seis meses, como son la preocupación excesiva de difícil control para el individuo, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, sensación de quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas del sueño (dificultad para dormir o continuar durmiendo, o sueño inquieto y no reparador). Cabe destacar que la ansiedad leve produce una sensación de inquietud, intranquilidad y desasosiego; mientras que la ansiedad severa puede llegar a paralizar al individuo, convirtiéndose en una especie de pánico (Cía, 2007). Rodríguez Correa (2008), enlista un conjunto de síntomas correspondientes a las áreas mencionadas con anterioridad, es decir, las áreas psicofisiológica, cognitiva y conductual (ver tabla 2).

Tabla 2. *Síntomas presentes en la ansiedad (adaptada de Rodríguez Correa, 2008).*

Psicofisiológicos	Cognitivos	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema nervioso: cefaleas, mareos, vértigo, alteraciones visuales, amnesia. • Sistema autónomo simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos. • Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica. • Sistema respiratorio: disnea, hiperventilación, disfonía. • Sistema digestivo: disfagia, dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea y estreñimiento. • Aparato locomotor: tensión muscular, temblores, hormigueo, parestesias, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular. • Sistema genitourinario: disuria, alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dispareunia, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada y disfunción eréctil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación intensa, injustificada y constante. • Miedo o temor injustificado, irracional y desproporcionado. • Aprensión generalizada. • Anticipación temerosa de situaciones evaluadas como amenazantes. • Recurrencia de ideas negativas, irracionales e inquietantes. • Disminución del rendimiento en procesos mentales superiores (atención, aprendizaje, memoria y concentración). • Entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones. • Pérdida de la confianza en uno mismo. • Indefensión o sensación de pérdida del control sobre el entorno. • Sensación de despersonalización, distanciamiento e irrealidad. • Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad. • Sensación general de desorganización y desestructuración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enlentecimiento motor, torpeza del movimiento. • Inquietud, hiperactividad y movimientos repetitivos. • Reacciones de sobresalto. • Irritabilidad, escasa tolerancia a la frustración y agresividad. • Tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal. • Dificultades para la conciliación y el mantenimiento del sueño. • Conductas sistemáticas y planificadas de evitación. • Retraimiento y aislamiento social. • Comportamientos compulsivos. • Conductas de riesgo para la salud.

- **Síntomas psicofisiológicos.**

Estos síntomas, se deben a los cambios neurofisiológicos que sufre el Sistema Nervioso Central (SNC), funcionamiento y cambios neuroquímicos; y el Sistema Nervioso Periférico (SNP) (actividad electrodermal, cardiovascular, respiratoria, muscular); y cambios en el pH (Sandín, 2009), dando lugar a los cambios conductuales, dado que estos cambios repercuten en nuestra conducta. En primer lugar, abordaremos aquellos cambios o sucesos presentes en el SNC y el SNP, seguido de los cambios en la neurotransmisión asociados a la ansiedad.

El SNC, es un sistema complejo que involucra una serie de conexiones de neuronas en toda su estructura y que genera reacciones (conductuales, motoras, fisiológicas, químicas; por mencionar algunas). En cuanto a ansiedad se refiere, de acuerdo con varios teóricos, Flores Lázaro (2006), Cía (2007), Flores Lázaro y Ostrosky-Solís (2008); el SNC presenta los siguientes cambios:

- **Lóbulo frontal.** Es la estructura que mayor importancia tiene cuando se habla de ansiedad, tanto para el desarrollo de ésta como de su tratamiento, en especial cuando se trabaja desde el enfoque cognitivo-conductual.
- **Corteza premotora.** Encargada del sentir y el hacer, es decir, planea y predice el futuro, selecciona pensamientos y percepciones, focaliza la atención y otorga un significado a las percepciones.
- **Corteza orbitofrontal (COF).** Codifica la información proveniente del entorno y la vincula a las representaciones corporales de la experiencia e inhibe las acciones inadecuadas. Esta conecta con la amígdala y el tálamo y controla la memoria de trabajo y su consolidación a largo plazo.
- **Giro anterior del cíngulo (GAC).** Filtra la información proveniente del cuerpo y discrimina los estímulos como provenientes del exterior o interior, focalizándose en éstos últimos (interocepción).
- **Corteza prefrontal (CPF).** Se encarga del mantenimiento y procesamiento de la información necesaria para efectuar las tareas cotidianas (memoria de trabajo), el mantenimiento de la atención consciente, otorgar significado a la información sensorial percibida (corteza ventromedial frontal) y a la

preparación y desarrollo de respuestas comportamentales (corteza prefrontal dorsolateral).

- **CPF derecha.** Importante para la evocación de la memoria (visual y episódica), apreciación del humor, interpretación y coordinación de estímulos peligrosos durante diferentes estados de ansiedad, reconocimiento espacial (solución de problema no verbales), y el cumplimiento de movimientos complejos.
- **CPF izquierda.** A partir de los cuatro años de edad, cumple con funciones interpretativas y ejecutivas para la toma de decisiones, inhibe brevemente la manifestación emocional, es capaz de regular los estados emocionales (reflexionar y aprender a manejar dichos estados), planear y manejar problemas (disminuye la preocupación excesiva), permite controlar impulsos, permite mayor conciencia y ejerce mayor control sobre las áreas subcorticales.
- **Ganglios basales.** Coordinan la conducta con los impulsos y la motivación, regulan el control de impulsos y la expresión emocional, control motor y los temblores emocionales, e intermedian en las cogniciones ejecutivas. Una hiperactividad neuronal en esta zona, está relacionada con la tensión y ansiedad.
- **Sistema límbico.** Integra los estímulos entrantes con las respuestas rápidas automáticas y autonómicas sin la participación de la cognición, aporta información necesaria acerca de todo lo que sucede en el entorno, regula el tono emocional, entre otras funciones.
- **Hipocampo.** Permite el registro de los recuerdos (tomando en cuenta el contexto) manteniendo los detalles propios de la emoción generada en la amígdala, permite la huida o retirada ante estímulos peligrosos o generadores de ansiedad, impide proceso de alivio de estrés (en presencia de ansiedad) y problemas en el sueño (no reparador).
- **Tálamo.** Procesa los estímulos externos, regula la actividad de ondas cerebrales, coordina la información acerca de la actividad motora y está involucrado en los problemas de sueño.

- **Hipotálamo.** Monitorea y controla los sistemas endócrino e internos, regula el ritmo del sueño, la sed y el apetito; analiza la información que proviene del funcionamiento orgánico, registra los niveles de oxígeno y glucosa en sangre, verifica la información que proviene del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), es fundamental para la retroalimentación biológica, inicia la respuesta al estrés y produce el Factor Liberador de Corticotropina (CFR).
- **Hipófisis.** Coordina la actividad del sistema endócrino y el sistema de respuesta al estrés, y alerta a la corteza suprarrenal para que libere los glucocorticoides (adrenalina y cortisol) en respuesta a un estímulo estresante.
- **Locus coeruleus.** Lleva a cabo la regulación de los estados de alerta físicos ante el estrés (elevación de la presión arterial, incremento en la frecuencia cardíaca, entre otros) y es responsable del estado de hiperalertamiento y de los síntomas somáticos de la depresión.
- **Bulbo raquídeo.** Se encarga de funciones basales (control respiratorio, digestivo y cardiovascular).
- **Cerebelo.** Encargado del control motor (posición y movimientos corporales, equilibrio, postura, caminar, entre otras) e integra la información sensorial.
- **Amígdala.** Evalúa los estímulos percibidos de posibles cambios en el entorno inmediato adjudicándoles un valor emocional (positivo o negativo), establece el tono emocional, constituye un sistema de alerta temprano y rápido, aprende a diferenciar lo que es amenazante de lo que no formando asociaciones rápidas de las situaciones específicas (determina las experiencias negativas o peligrosas) y estimula la respuesta al estrés y el tono simpático (antes de que la CPF actúe) iniciando la respuesta de incremento de frecuencia respiratoria, elevando la presión arterial, entre otras.
- **SNP.** Conecta los diferentes órganos y el cerebro (piel, sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema digestivo, entre otros). Durante la aparición de ansiedad, este sistema es activado por la noradrenalina

(NA), provocando taquicardia, sudoración, temblor, rubor, aumento de la tensión muscular y nos pone en estado de alerta.

- **SNA.** Inerva y controla la acción de todos los órganos internos a partir de tres sistemas adicionales: Sistema Nervioso Simpático (estado de vigilia o alerta del cuerpo), Sistema Nervioso Parasimpático (inhibe alerta y la atención) y el Sistema Nervioso Entérico y Difuso (digestión y movimientos peristálticos del aparato digestivo).

Por otra parte, actúan los siguientes neurotransmisores teniendo determinadas consecuencias (Cascardo y Resenik, 2005; Carlson, 2006; Cía 2007; Purves, et al., 2007):

- **Glutamato:** estimula la actividad del músculo liso y la potenciación a largo plazo de la plasticidad neuronal en el hipocampo.
- **Ácido Gama-Amino-Butírico (GABA):** regula la ansiedad enlenteciendo e inhibiendo la actividad neuronal.
- **Noradrenalina (NA):** se encarga de la vigilia o alerta del cerebro y activa los sistemas corporales, participa en la activación autonómica del SNP, modula la presión sanguínea. Los altos niveles de este neurotransmisor generan problemas de tensión, dificultad para relajarse, alteraciones del sueño, mantiene hiperalerta a la persona, sensación de agotamiento, irritabilidad y pobre control de impulsos.
- **Histamina:** promueve a la vigilancia e incrementa la atención.
- **Dopamina (DA):** importante en el control motor, responsable de la sensación de placer y recompensa, mantiene la alerta, la concentración y la atención, tiene un papel fundamental en la motivación, ayuda a dar respuestas rápidas y eficaces ante situaciones de peligro o emocionales y en toma de decisiones. Los niveles elevados de dopamina, posibilitan un escaneo constante del entorno.
- **Factor liberador de corticotropina (neuropéptido):** genera las respuestas al estrés como taquicardia, incremento de la presión arterial, reducción de

conductas alimentarias, respuesta de sobresalto y la respuesta de retirada o huida.

- **Serotonina (5-HT):** regula el humor, el apetito, los patrones de sueño, el deseo sexual y el control de impulsos; se encarga de la recepción sensorial, la respuesta al estrés, la respuesta al dolor, la percepción, de la memoria, regula la temperatura corporal, la cognición, solución de problemas eficiente, planeación y toma de decisiones.
- **Acetilcolina (ACh):** regula el estado de vigilia, responsable de producir varias características del sueño REM, facilita el aprendizaje, en especial el perceptual; forma determinados tipos de memoria, controla la frecuencia cardiaca, el sistema motor visceral y la contracción muscular. Cuando hay ansiedad, se presenta taquicardia, los movimientos repetitivos, hiperactividad, alteraciones del sueño, movimientos peristálticos, entre otras reacciones.

- ***Síntomas cognitivos.***

Estos provienen después de la presentación o recuerdo de estímulos, generando pensamientos alusivos a ellos, generalmente automáticos, influenciando a la emoción y el comportamiento. Beck (1964; en Beck, 2011), mencionaba que los pensamientos automáticos son una experiencia común en nosotros, es decir, no es exclusivo de malestar psicológico o enfermedad mental. La mayor parte del tiempo apenas somos conscientes de estos pensamientos, no obstante cuando se hacen conscientes con mayor facilidad, podemos hacer una verificación automáticamente de la realidad y saber si estamos, o no, sufriendo una disfunción psicológica. Por ejemplo, al leer este texto mientras focalizamos la atención en este capítulo podemos tener el siguiente pensamiento automático “No comprendo esto” y sentir ligeramente ansiedad; sin embargo, se puede responder espontáneamente (sin ser conscientes) con un pensamiento de manera productiva “Entendí parte del texto; podría releer esta sección”. Asimismo estos pueden ser, o no, exactos pero la conclusión a la que se llega puede estar deformada; por ejemplo, “Yo no hice lo que le prometí a mi amigo”, que puede ser un pensamiento

válido, pero no la conclusión a la que se llega “Por lo tanto soy mala persona”, que suele ser un pensamiento disfuncional. En la ansiedad, prevalecen los pensamientos catastróficos, razón por la cual se potencian los síntomas fisiológicos de la misma. Estos pensamientos suelen ser breves, y por consiguiente, las personas suelen ser más conscientes a las emociones resultado de sus pensamientos que a éstos mismos, por lo tanto, el responder a pensamientos negativos es una experiencia común. Las emociones suelen estar conectadas de modo lógico con el contenido de dichos pensamientos, los cuales son de tipo: verbal, visual o ambas; representando imágenes determinadas a la situación vivida y son evaluados de acuerdo a la viabilidad y utilidad. La terapia cognitivo-conductual brinda las herramientas necesarias para saber evaluar estructuradamente estos pensamientos en la consciencia, en especial cuando estos generan malestar psicológico.

- ***Síntomas conductuales.***

Como anteriormente se mencionó, muchos de los síntomas conductuales que las personas con ansiedad presentan, suelen ser causados por las diferentes reacciones fisiológicas y debido a la presencia de uno o varios síntomas cognitivos. Estos síntomas, son los que con mayor frecuencia se presentan, además de ser los que se perciben con mayor facilidad, pero a su vez son complejos de comprender.

Generalmente, se dice que una persona padece ansiedad con sólo observar sus conductas (p. ej., tartamudeo, conductas de evitación, aislamiento social, sobresalto), sin cuestionar los otros factores (cognitivo y neurobiológico). Es necesario realizar un análisis exhaustivo de estos para determinar un diagnóstico certero y ofrecer un tratamiento adecuado. Por ejemplo, el conocer el contenido de los pensamientos, nos ayudará a determinar si una conducta es consecuencia de ansiedad o no.

La frecuencia y la duración, también son factores que deben tomarse en cuenta al diagnosticar un trastorno de ansiedad, tal y como se menciona en el DSM-V, pues en cuanto mayor sea la ansiedad que se padece, estos incrementan.

1.1.3. *Tratamientos.*

La ansiedad puede ser tratada tanto farmacológica como psicológicamente.

- ***Tratamiento farmacológico.***

Este tratamiento tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar secuelas de los trastornos de ansiedad (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2008) y consiste en la toma de ansiolíticos en dos periodos: a corto y largo plazo. Para el tratamiento a corto plazo, suele ser recomendado el uso de benzodiazepinas (BZD), tratamiento que dura aproximadamente entre 8 y 12 semanas, entre los que se encuentran diazepam, lorazepam, entre otros. En cambio, para el tratamiento a largo plazo, se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ([ISRS] moduladores del sistema serotoninérgico), por ejemplo, paroxetina, sertralina. En la *“Guía de Referencia Rápida: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto”* (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010), se enlistan los medicamentos que suelen ser suministrados en la población mexicana (ver tabla 3).

Tabla 3. *Tratamiento farmacológico para la ansiedad (tomada de Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010)*

Principio Activo	Periodo de uso
Alprazolam (BDZ)	4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica.
Diazepam (BDZ)	4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica.
Bromazepam (BDZ)	4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica.
Citalopram (ISRS)	Exclusivamente durante la fase depresiva.
Clonazepam (BDZ)	4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica.
Fluoxetina (ISRS)	18 a 24 meses.
Imipramina (ISRS)	18 a 24 meses.
Lorazepam (BDZ)	4-8 semanas con horario, posteriormente a necesidad clínica.
Paroxetina (ISRS)	18 a 24 meses.

- ***Tratamientos psicológicos.***

La ansiedad puede ser tratada por tratamiento psicológico, que puede o no, estar combinada con el tratamiento farmacológico. Podemos trabajar con la ansiedad de diferente manera, esto de acuerdo a la corriente psicológica que se desee.

Para la terapia conductual, la ansiedad es un estado del organismo condicionado, relacionado con algún evento que generó esta respuesta, que impulsará al organismo a reaccionar de la misma manera ante situaciones iguales o similares (Alzate, et al., 2013). Por lo tanto, para brindar tratamiento, es necesario generar nuevas respuestas adaptativas, ya sea desde el condicionamiento clásico (Pavlov) o el condicionamiento operante (Skinner).

La perspectiva psicoanalítica hace énfasis en la búsqueda de las causas del malestar, explorando el aparato psíquico de la persona para obtener información acerca de la etiología de la ansiedad (González García et al., 2001).

En la terapia racional emotiva, se ayuda al paciente a identificar las creencias irracionales sobre la situación que le genera ansiedad y facilitar la formación de nuevas estructuras cognitivas mediante la discusión (Alzate et al., 2013).

Finalmente, la terapia cognitivo-conductual brinda las herramientas necesarias al paciente para que sea capaz de identificar sus pensamientos automáticos, sus creencias y sus ideas irracionales, y las modifique de manera favorable a su salud (Alzate et al., 2013). En este tipo de tratamiento, se trabaja con diferentes técnicas con las cuáles se intenta reducir los síntomas de la ansiedad, como: reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, técnicas de autocontrol, técnicas de relajación, entre otras (MSC, 2008). La terapia cognitivo-conductual ha sido de las terapias que mayor eficacia tiene, dado que es un método activo, directivo y de trabajo conjunto “paciente-terapeuta”, de poca duración (entre 15 y 20 sesiones máximo) facilitando el cumplimiento de objetivos de tratamiento y la cooperación del paciente en el trabajo que se realiza evitando que deserte el tratamiento, mantiene sus efectos a largo plazo (6 meses a 2 años) después de finalizado el tratamiento y hay una mejoría clínicamente significativa (MSC, 2008).

- **Tratamientos combinados.**

Se han llevado a cabo tratamientos combinados, farmacológicos con terapia psicológica (cognitivo-conductual, generalmente), en dónde se ha llegado a demostrar que hay mejores resultados cuando se trata de tratamientos combinados, dónde la toma de medicamentos no interfiere con los efectos a largo plazo de la terapia cognitivo-conductual (MSC, 2008). Sin embargo, Fernández Teruel (2010), menciona que la combinación de tratamiento psicológico cognitivo-conductual con tratamiento farmacológico (benzodiazepina o imipramina), disminuye los efectos de la intervención psicológica a largo plazo, así como también aumentan las probabilidades de recaídas debido a que los fármacos reducen síntomas y los pacientes comienzan a abandonar el tratamiento psicológico al observar y sentir, parcialmente, mejoría.

1.2. Depresión.

La depresión, en términos estrictos, es una alteración patológica, caracterizada por un cambio en el estado de ánimo, en el que predomina una tristeza constante y que aumenta si este padecimiento no recibe tratamiento. Cabe resaltar que, para que se distinga a la depresión de una simple tristeza, deben de tomarse en cuenta diferentes síntomas que se citarán más adelante.

Para poder hablar de depresión, debemos comprender con mayor exactitud a qué nos referimos cuando hablamos de ella. Su estudio, se remonta a varios siglos atrás, ya que dentro de la literatura podemos encontrar los diferentes abordajes que se le ha dado. Por ejemplo, Hipócrates afirmaba que los actuales problemas mentales (psiquiátricos hoy en día), eran resultado de reacciones fisiológicas, definidos como temperamentos hipocráticos: sangre (sanguíneo), bilis amarilla (colérico), bilis negra (melancólico) y flema (flemático); ubicando, a la actual depresión, dentro del temperamento melancólico (Calderón Narváez, 2001). De acuerdo a lo anterior, los síntomas asociados a la melancolía eran tristeza, deseos de morir, tendencia al llanto, entre los más comunes. En tiempos más actuales,

Aaron Beck (1976), mencionaba que la depresión es una alteración específica del estado de ánimo caracterizada por una sensación de soledad, tristeza y apatía; y la cual viene acompañada por una serie de cambios conductuales y cognitivos. Rojtenberg (2001), De la Garza Gutiérrez (2004), Yapko (2006; en Hernández Silva, 2010) y Rodríguez Ávila y Ortiz Ramírez (2008), coinciden en que la depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo de las personas repercutiendo en la vida personal, laboral, social, la salud física y mental de quién lo padece. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la depresión “es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

En pocas palabras, la depresión es una afectación en el estado de ánimo de las personas que decae y trae consigo una serie de cambios que afectan su calidad de vida. Dichos cambios son en las áreas cognitiva, conductual y psicofisiológica; y los cuales van a variar en aparición, tiempo de duración y en sintomatología.

Uno de los modelos más representativos para la depresión, es el planteado por Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Clark, Beck y Alford, 1999; Nezu et al., 2006), compuesto por tres elementos fundamentales, es decir, cogniciones negativas generalmente evaluadas por las personas que padecen depresión, las cuales son:

- a) *Triada cognitiva negativa*: son patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a los individuos deprimidos, abarcando opiniones negativas respecto a sí mismos, sobre el mundo y del futuro. P. ej., “No le importo a la gente que está a mi alrededor”.
- b) *Esquemas negativos*: son patrones de pensamientos estables y duraderos que representan las generalizaciones de las personas en experiencias pasadas. P. ej., “Nunca le importé a mi novio, era igual que el anterior”.
- c) *Distorsiones cognitivas*. Los errores cognitivos abarcan la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y/o la minimización, personalización y pensamiento dicotómico. P. ej. (para

sobregeneralización), “Todas las mujeres son iguales, nunca se conforman con nada”.

De igual manera, es necesario recalcar que los esquemas negativos operan para organizar la información pertinente para una situación en curso a partir de experiencias pasadas y así determinar la manera en cómo se percibe, almacena y se recuerda dicha información. Los individuos propensos a la depresión, tienden a responder a su ambiente de manera rígida y negativa y, desde una perspectiva lógica, interpretan las experiencias nuevas de forma inexacta.

1.2.1. Clasificación.

En el DSM-V, se distinguen los trastornos depresivos, caracterizándose por un estado de ánimo decaído, y que permiten tener una mejor visión de las distintas manifestaciones de la ansiedad (American Psychiatric Association, 2013):

- Trastorno de desregulación destructiva del estado del ánimo,
- Trastorno de depresión mayor,
- Trastorno depresivo persistente (distimia),
- Trastorno disfórico premenstrual,
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento,
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica,
- Otro trastorno depresivo especificado,
- Otro trastorno depresivo no especificado.

Es importante resaltar que los periodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana, por lo que hay que aprender a distinguirlos de un episodio depresivo mayor de acuerdo a los criterios de diagnóstico (gravedad, duración y malestar clínico), así como también tomar en cuenta la situación o circunstancia que los genera (p. ej., la pérdida de un ser querido). Cabe mencionar que los pacientes atendidos en esta propuesta terapéutica no fueron diagnosticados con estos trastornos; sin embargo, refirieron por lo menos alguno de los síntomas que

caracterizan a los trastornos (descritos a continuación), cuyo objetivo inicial fue disminuir y prevenir un trastorno o un episodio depresivo mayor.

1.2.2. Síntomas.

Anteriormente se mencionó que la depresión puede manifestarse por síntomas y signos que involucran tres esferas del individuo: cognitiva, conductual y psicofisiológica. Generalmente aparecen síntomas como el abatimiento, el pesimismo, la autocrítica y el retardo o la agitación. Campbell (1953; en Beck, 1976), refiere que para la depresión, o en pacientes maniacodepresivos, debe haber presencia de síntomas como los bochornos, taquicardia, disnea, debilidad, dolores de cabeza, enfriamiento y entumecimiento de extremidades, cefaleas frontales y mareos. Para Cassidy, Flanagan y Spellman (1957; en Beck, 1976), hay mayor prevalencia de síntomas como trastornos del sueño, trastornos alimenticios, abatimiento, pensamientos suicidas, llanto, dificultad para concentrarse, irritabilidad, entre otros. A continuación, se enlistan los síntomas que han sido descritos y los cuáles encontramos clasificados en las tres esferas (ver tabla 4), los cuales se encuentran en diferentes proporciones en cada paciente, por lo que puede haber casos en los que predominen síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y/o psicofisiológicos.

Tabla 4. *Síntomas presentes en la depresión (adaptada de Gutiérrez, 2006).*

Físicos y motores	Emocionales	Cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia). • Trastornos del apetito (hiporexia, anorexia). • Pérdida o aumento de peso. • Cefaleas que se presentan por tensión. • Enlentecimiento motor y/o fatiga. • Dolores faciales. • Aturdimiento. • Vértigo o mareos. • Desvanecimiento. • Dolores abdominales. • Trastornos o dificultades en la digestión. • Constipación y/o diarreas crónicas. • Dificultad respiratoria. • Palpitaciones (taquicardia). • Dolor de pecho. • Dolor crónico y difuso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humor melancólico. • Llanto inexplicable. • Alteraciones en los afectos. • Tristeza intensa. • Anhedonia (pérdida de experimentar placer). • Indecisión. • Pérdida del deseo sexual. • Apatía. • Desgano. • Desesperanza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión. • Pérdida de memoria. • Pérdida de la capacidad de concentración. • Ideas delirantes. • Desvalorización personal. • Sentimientos de culpa. • Impulso suicida. • Percepción de pérdida. • Abatimiento. • Pérdida de interés por el mundo externo. • Pensamiento lento, rumiante y monotemático. • Ideas de ruina. • Necesidad de castigo.

Aaron Beck (1976), menciona algunos de los síntomas característicos y, que generalmente, son descritos con mayor frecuencia por los teóricos. Estos síntomas son: ánimo abatido, sentimientos negativos hacia sí mismos, insatisfacción, indiferencia afectiva, pérdida del sentido del humor, baja valoración hacia sí mismo, previsiones negativas, autoacusación y autocrítica, indecisión, distorsión de la imagen corporal, parálisis de la voluntad, deseos de evasión, escape y aislamiento, deseos suicidas, aumento de la dependencia, pérdida del apetito, trastornos del sueño, disminución de la libido, fatiga, retardo psicomotor y agitación.

Es necesario indagarse de manera exhaustiva cada uno de ellos para jerarquizarlos y así poder evaluar la evolución de un estado depresivo y poder observar otras causas que la desencadenen (Gutiérrez, 2006).

Asimismo, Gutiérrez (2006) menciona que deben de ser considerados los factores de riesgo, es decir, las situaciones que predisponen a un individuo a este trastorno, como podrían ser:

- Episodios previos de depresión.
- Historia familiar de depresión.
- Intención o intentos suicidas previos.
- Sexo femenino.
- Edad de comienzo por debajo de los 40 años.
- Un periodo de seis meses después del parto.
- La presencia de una enfermedad orgánica.
- Falta de apoyo social.
- Abuso o dependencia a sustancias.
- Situaciones que pueden generar estrés.

Generalmente, la depresión comienza en la edad adulta temprana, por lo que las personas, en su adolescencia y principios o mediados de los 20 años, representan una población con mayor riesgo de padecerla. En un estudio llevado a cabo en 1991 por “The National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (Área de Medición Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud Mental)”, arrojó que el 20% de los casos presentados cumplían con los criterios diagnósticos por primera vez antes de los 25 años y el 50% antes de los 39 años (Ingram et al., 2011). Sin embargo, la depresión puede comenzar a cualquier edad, primera o segunda infancia, pero puede acrecentar su presencia durante la adolescencia (Garber, Gallerani y Frankel, 2009; en Ingram et al., 2011). Cabe resaltar, que la depresión mantiene una alta comorbilidad con diferentes tipos de padecimientos, médicos o psiquiátricos. Por ejemplo, en Estados Unidos “The National Comorbidity Survey (NCS)”, señala que 75% de las personas que padecen

depresión fueron diagnosticadas con otro trastorno psiquiátrico (Kessler y Wang, 2009; en Ingram et al., 2011). De este modo, la depresión tiene mayor comorbilidad con la ansiedad, aunque esta se deba a la relación de criterios diagnósticos para estos padecimientos (dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, fatiga, entre otros). En este sentido, de acuerdo con la NCS, el 59% de las personas que han sido diagnosticadas con depresión, también reúnen síntomas de ansiedad (Kessler y Wang, 2009; en Ingram et al., 2011).

- ***Síntomas físicos y motores.***

La depresión puede causarse por cuestiones neurobiológicas. Kandel, Schwartz y Jessell (2001) y Carlson (2006), han encontrado daños en la CPF (disminución de la cantidad de tejido) en personas que padecen algún trastorno depresivo, hay un aumento en el tamaño de los ventrículos laterales (pérdida de tejido cerebral), hay un aumento en el flujo sanguíneo y metabolismo de la amígdala, hay poca actividad de la CF subcallosa (no hay inhibición de las emociones y memoria emocional), daños en ganglios basales (disminución de la motivación) y cerebelo (disminución de la actividad motora: letargo), hiperactividad de la COF vinculada a la labilidad emocional, pobre control de impulsos, conductas inadecuadas y falta de criterio en las relaciones sociales (Cía, 2007). De igual forma, hay alteraciones a nivel neuroquímico, pues hay una disminución de la liberación de neurotransmisores como la dopamina (DO), noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT); en los que se ha demostrado que un déficit funcional de la neurotransmisión serotoninérgica, los bajos niveles de DO y NA, predisponen a la aparición de un trastorno afectivo (González de Rivera y Monterrey, 2009).

1.2.3. Tratamientos.

- ***Tratamientos farmacológicos.***

Los trastornos depresivos, o la depresión, suelen ser tratados farmacológicamente con antidepresivos, los cuales principalmente actúan sobre los tres neurotransmisores ya mencionados. Así, los antidepresivos, suelen ser inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) que destruyen el exceso de las sustancias

transmisoras monoaminérgicas en el interior de los botones terminales aumentando la liberación de DO, NA y 5-HT, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores mixtos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), inhibidores de la recaptación dopaminérgica, inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN), inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN), entre otros. La imipramina y los IMAO's, prolongan la acción de NA disminuyendo su catabolismo (transformación de moléculas complejas a moléculas simples). Sin embargo, actualmente los IMAO ya no son empleados por los efectos secundarios que tenía sobre las personas. En la tabla 5, se presentan algunos de los medicamentos usados para el tratamiento de la depresión.

Tabla 5. *Tratamiento farmacológico para la depresión (adaptada de De la Garza Gutiérrez, 2004; e Instituto Mexicano del Seguro Social, 2015).*

Principio Activo	Tipo de antidepresivo
Amitriptilina	ISRS
Anfebutamona	IRDN
Fluoxetina, citalopram, sertralina, paroxetina.	ISRS
Venlafaxina.	ISRN
Imipramina.	Heterocíclico

- **Tratamientos psicológicos.**

Igualmente, podemos trabajar psicológicamente con la depresión, ya sea como atención secundaria o emparejada con el tratamiento farmacológico. Por una parte, el psicoanálisis, no es recomendado para el tratamiento de la depresión, por el tiempo de duración (de 3 semanas a años), y la cual está enfocada en determinar las razones inconscientes por las que la persona se genera dicho malestar (De la Garza Gutiérrez, 2004).

La terapia cognitivo-conductual ofrece estrategias al paciente para que este pueda identificar sus dificultades y trabaje en ellas. Estas estrategias, intervienen en tres áreas: cognitiva (sobre los pensamientos automáticos distorsionados, irreales e irracionales), el comportamiento (modificar comportamiento dañino) y la fisiológica

(disminución de signos y síntomas) (Sanderson y McGinn, 2002). Esta terapia es la más recomendada para el tratamiento de esta patología y, la que generalmente, se parea con el tratamiento farmacológico.

- ***Tratamientos combinados.***

En gran parte de la literatura, se establece la utilización de tratamientos farmacológicos, con grandes resultados comprobados a través de diversos estudios realizados a lo largo del tiempo, pero aunado a éstos, la terapia cognitivo-conductual es la más recomendada por tener mejores resultados, ya que se basa sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, y en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro; debidos a ciertos esquemas y a errores lógicos en el procesamiento de la información (Pérez Álvarez y García Montes, 2001).

En uno de los primeros estudios, se comparó la terapia cognitiva con el tratamiento farmacológico (imipramina) (Kovac, Rush, Beck y Hollon, 1981; en Pérez Álvarez y García Montes, 2001), en el que se demostró que a pesar de que ambos tratamientos mostraron resultados efectivos, pues ambos redujeron significativamente la depresión, la terapia cognitiva se mostró superior a la farmacológica, manteniéndose estos resultados un año después. Este primer estudio, si bien produjo polémica debido al manejo de ciertas variables: la dosis de imipramina (200 mg. diarios), pues se consideraba una dosis baja y escasa para un tratamiento de 12 semanas y su suspensión 2 semanas antes de la medición postratamiento. Después de este estudio, se han realizado otros tantos, los cuales han validado la eficacia de la terapia cognitiva-conductual, como Butler, Chapman, Formas y Beck (2006; en Leahy, Holland y McGinn, 2012) han demostrado que ésta es equivalente o superior a la medicación antidepresiva, en términos terapéuticos y de eficacia. En varios estudios, se ha demostrado que la mayoría de los pacientes mantienen mejoras en su estado de ánimo aún después de 12 meses (Leahy et al., 2012).

En general, se ha encontrado que la terapia cognitivo-conductual puede ser tan eficaz como los medicamentos para el tratamiento de la depresión, ya sea moderada o severa (DeRubieis, 2005; en Leahy et al., 2012).

1.3. Instrumentos de medición para ansiedad y depresión.

Además de las clasificaciones psiquiátricas descritas para cada trastorno por el DSM-V, existe una gran variedad de pruebas y cuestionarios autoaplicables para medir la gravedad de los síntomas. A continuación, se enlistan algunas de las pruebas más utilizadas para obtener información sobre ansiedad (Nezu et al., 2006; Cía, 2007; Rodríguez Correa, 2008), ya sea de manera general o en su caso como trastorno (TAG, fobia social, fobia específica, entre otros):

Escalas generales.

- *Inventario de Ansiedad de Beck* ([Beck Anxiety Inventory], Beck y Steer, 1988). Inventario autoaplicable, el cual brinda una medida general de ansiedad, basado en los criterios diagnósticos de la ansiedad clínica. Adaptada para la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez, (2001).
- *Escala de Ansiedad de Hamilton* ([Hamilton Anxiety Rating Scale], Hamilton, 1959). Evalúa la intensidad de la ansiedad, otorgando una medida general de ansiedad. Consta de 14 ítems, los cuales evalúan los aspectos psicológicos, fisiológicos y conductuales de la ansiedad.
- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* ([State-Trait Anxiety Inventory], Spilberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Inventario de autoadministración, desarrollado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: La ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Inventarios específicos.

- *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz* ([Liebowitz Social Anxiety Scale], Liebowitz, 1987). Evalúa la gravedad del trastorno de ansiedad social, ésta puede ser autoaplicada o aplicada por alguien más.
- *Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow* ([The Panic and Agoraphobia Scale], Bandelow). Consta de dos versiones, heteroaplicada y autoaplicada, y que ayuda a conocer la gravedad del trastorno de pánico en la última semana.
- *Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el médico* ([Clinician Administered PTSD Scale], Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney y Keane, 1990). Diseñada para colaborar con el diagnóstico y la gravedad de los síntomas del TPEP.

Existen más escalas que nos pueden aportar información sobre el padecimiento que deseamos medir de los trastornos de ansiedad, las citadas anteriormente sólo son algunas de las más relevantes y que pueden ayudar, de primera mano, a establecer la gravedad de los síntomas para cada padecimiento.

Para obtener información acerca de la sintomatología de depresión o para establecer un diagnóstico de trastorno depresivo, podemos aplicar algunas escalas que aportan dicha información. Estas se encuentran clasificadas en tres apartados: evaluaciones clínicas, pruebas autoaplicables y las dirigidas a poblaciones especiales; poniendo mayor énfasis en las dos primeras. Nezu y colaboradores (2006), Cía (2007) y Rodríguez Correa (2008), enlistan las siguientes escalas.

Evaluaciones clínicas.

- *Escala de Depresión de Hamilton* ([Hamilton Rating Scale for Depression], Hamilton, 1969). Escala de uso común con 17 ítems que se encargan de evaluar la gravedad de los síntomas depresivos.

- *Inventario de trastornos afectivos y esquizofrenia* ([Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia], 1978). Proporciona medios para diagnosticar la depresión de manera diferencial.

Escalas autoaplicables.

- *Inventario de Depresión de Beck* ([Beck Depression Inventory] Beck, Steer & Brown, 1996, 2da. edición). Consta de 21 ítems basados principalmente en los criterios diagnósticos del DSM- IV, siendo de los más usados para la medición de la gravedad de los síntomas de este padecimiento. Adaptado para la población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998).
- *Escala de Depresión de Carroll-revisada* ([Carroll Depression Scale-Revised], Carroll, 1998). Evalúa la sintomatología depresiva de los días anteriores.
- *Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos* ([Center for Epidemiological Studies Depression Scale], Radloff, 1977). Escala de 20 ítems que permite conocer sintomatología de depresión y la cual es aplicable a público en general.
- *Escala de Depresión de Zung* ([Zung Depression Self-Rating Depression Scale], Zung, 1965). Determina la gravedad de la depresión en el momento del llenado de los 20 ítems.

Estas escalas son sólo algunas de las que existen actualmente con el objetivo de medir y registrar en los pacientes su grado de depresión al ingresar a un servicio de atención psicológica, médica o psiquiátrica.

1.4. Ansiedad y depresión en México.

1.4.1. Salud Mental en México.

En las últimas décadas en nuestro país, los temas de salud, así como la atención a sus poblaciones vulnerables han incrementado; en cambio, en salud mental aún se presentan rezagos tanto en atención como en prevención.

Durante 2007, la Secretaría de Salud elaboró el *“Programa de Acción Específico de Atención en Salud Mental 2007-2012”* con la finalidad de proporcionar a la población mexicana salud mental comunitaria, multidisciplinaria, integral y continua; mediante acciones de promoción, prevención, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación psicosocial; así como para combatir el estigma y discriminación para la población que padece alguna enfermedad mental (Secretaría de Salud, 2008).

Por otro lado, durante los años 2009 y 2010, mediante el “Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental”, desarrollado por la OMS (IESM-OMS), y publicado en 2011, arrojó que del total del presupuesto asignado para el sector salud, únicamente el 2% es orientado a la salud mental; y del cual, cerca del 80% es destinado a la operación de hospitales psiquiátricos, por lo tanto, las acciones de atención primaria y secundaria o trabajo comunitario, se ven reducidas (SS; OPS; OMS, 2011).

En este sentido, la distribución de personal que labora en instituciones de atención y salud mental asciende a 10,000 por cada 100,000 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeros, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.019 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de salud, agrupados, en su mayoría, en instituciones psiquiátricas (SS; OPS; OMS, 2011).

Como puede observarse, estos recursos son insuficientes para que se pueda articular, como punto inicial, la atención primaria y secundaria. Aunado a esta problemática, son pocas las instituciones de salud, de nivel socioeconómico medio o medio superior, que cuentan con psicólogos o realizan actividades de promoción

o prevención en salud mental. Asimismo, estos datos nos dan una referencia de las mejoras que deberán llevarse a cabo para la prevención y tratamiento de los padecimientos mentales, desde una perspectiva multifactorial, sobre todo en edades tempranas, en donde existe mayor riesgo (Kohn et al., 2005).

1.4.2. Ansiedad y depresión.

Kohn menciona que la población latinoamericana, según estima la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aumentará 23% aproximadamente, entre 2005 y 2025, es decir, de 558 millones a 668 millones de personas (Banco Mundial, 2002; en Kohn, 2005), lo que indica que el crecimiento poblacional se registrará más rápido en personas de edad avanzada, pues la población de 50 a 64 años aumentará en un 76%, y la de 65 años o más lo hará en un 100%. Mientras tanto, la población de entre 15 a 49 años, población con mayor riesgo de padecer trastornos mentales, aumentará en un 19%. En conclusión, la prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales, constituye un problema cada vez mayor para la salud pública y que merece ser solucionado.

En cuanto a esta situación, es importante tomar en cuenta los estudios epidemiológicos que han sido realizados en el país. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2001-2002), publicada en 2003 (Medina-Mora et al., 2003), proporciona datos de diagnóstico en la población mexicana con base a los criterios descritos por el DSM-IV y el CIE-10, en la cual se encontró que la atención a los enfermos mentales sigue siendo deficiente, dejando claro que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales, es la medicina general. Del mismo modo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados, es insuficiente, ya que aún existe un importante estigma social que aparta a los pacientes de la búsqueda de atención (Medina-Mora et al., 2003).

Dicha encuesta, muestra que alrededor del 54% de la población entrevistada eran de sexo femenino, mientras que el 40% de la muestra se ubicó entre el grupo de edad más joven, 18 a 29 años. Las prevalencias de 23 trastornos mentales se

desglosaron por sexo y por tipo de respuestas: “alguna vez en la vida”, “últimos 12 meses” y “últimos 30 días”. En los resultados finales, se observa que 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos mentales reportados en el CIE-10, alguna vez en su vida; el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses; mientras que el 5.8% reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días (Medina-Mora et al., 2003).

Este estudio epidemiológico es de gran importancia para obtener conocimiento de la salud mental en la población mexicana, así como para ayudar a estructurar planes de intervención. Sin embargo, es importante resaltar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en dicha población. De la población encuestada se obtuvo que un 14.3% han presentado trastornos de ansiedad “alguna vez en la vida” así como el 9.1% lo hizo en trastornos del estado de ánimo. A partir del tipo de respuestas, se observó que para la respuesta “los últimos 12 meses” y “últimos 30 días”, hubo mayor prevalencia para determinar como más común a los trastornos ansiedad, seguido por los trastornos del estado de ánimo (Medina-Mora et al., 2003). También se encontró mayor prevalencia en mujeres que padecen trastornos del estado de ánimo, mientras que para los hombres hay mayor prevalencia para los trastornos por uso de sustancias. Finalmente, haciendo referencia a la media de edad para los trastornos citados (investigación en la que se enlistan desde el primer año de vida de las personas de los hogares encuestados), la edad de inicio para los trastornos de ansiedad se encuentra en un rango de 9 a 26 años, y para los trastornos del estado de ánimo se encuentra entre los 21 a 26 años.

1.4.3. Centro de Servicios Psicológicos.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), dependencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se encarga de brindar atención psicológica, a través de académicos y estudiantes (Licenciatura, Especialidades, Maestría o Doctorado), al público en general, ofreciendo servicios de evaluación y psicoterapia para solucionar las

problemáticas que refieren al llegar a dicha institución, a partir de diferentes abordajes teóricos.

Durante el año 2012, el CSP atendió a una población de 1616 usuarios, de los cuales el 58.7% (948 usuarios) fueron mujeres y el 41.6% (667 usuarios) fueron hombres, con una media de edad de 25.9 años. En la figura 1, podemos observar que la mayor concentración de los usuarios que solicitaron servicio se encuentran en edades tempranas y, por lo tanto, es un factor de riesgo para que se pueda formar un trastorno mental (Medina-Mora et al., 2003; Ingram et al., 2011).

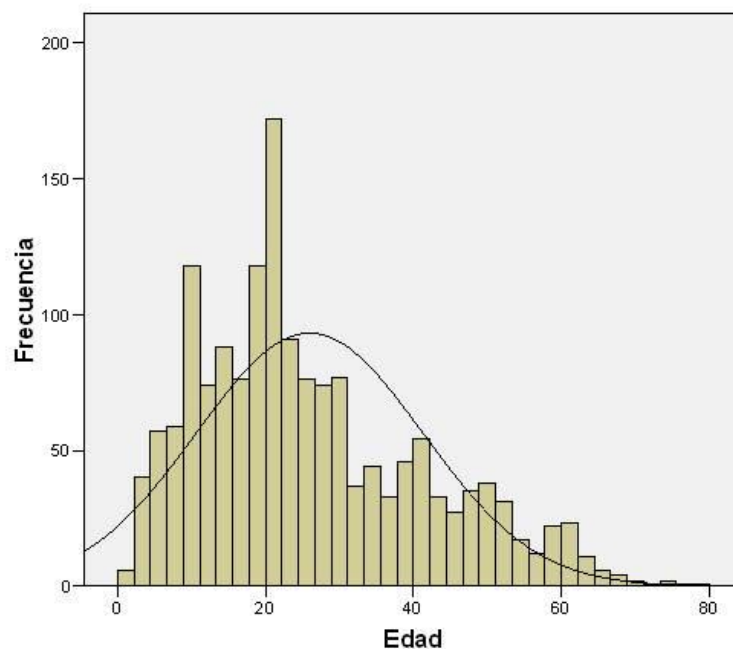


Figura 1. Edad de usuarios del CSP correspondientes al año 2012.

Para el año 2013 (ver figura 2), se recibieron a un total de 895 usuarios (cerca de un 50% menos que el año anterior), donde el 56.6% (507 usuarios) de la población atendida correspondían al sexo femenino, y para el sexo masculino correspondió a un 43.4% (388 usuarios); con una media de edad de 26.7 años.

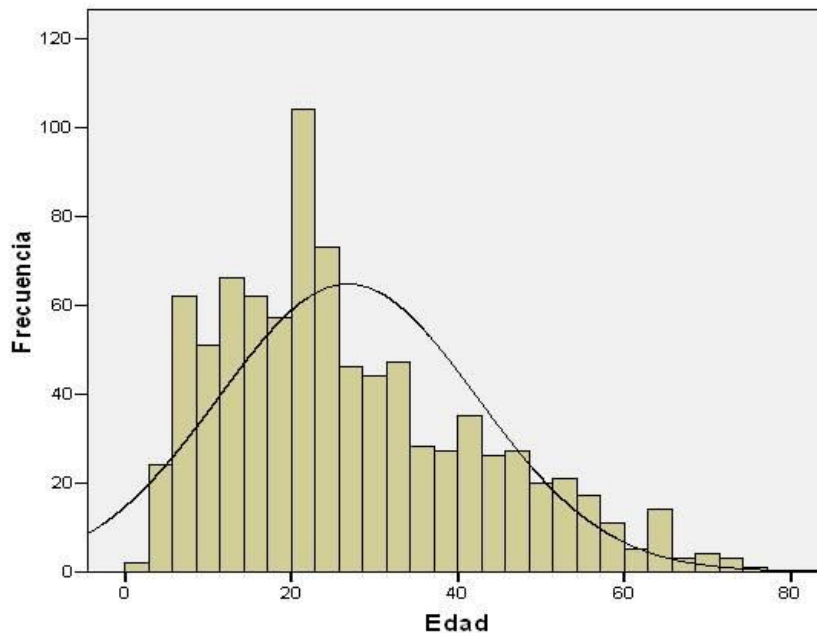


Figura 2. Edad de usuarios del CSP correspondientes al año 2012.

La población correspondiente a edades de entre 20 y 30 años, adultos jóvenes, en 2012 correspondió a un 24.2% (461 usuarios) solicitantes del servicio y para 2013 fue de un 24.7% (261 usuarios).

En lo que refiere a los motivos de consulta reportados por los usuarios del CSP, abarcaron sintomatología para diversos apartados del DSM-V o del CIE-10; aunque únicamente se reportarán los datos correspondientes a ansiedad y depresión. Del total de usuarios que ingresó en 2012, cerca del 36.5% (590 usuarios) refirieron síntomas relacionados a Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado de Ánimo o ambos; de los cuales 162 mencionaron sintomatología para ansiedad, 319 para depresión y 109 para ambos.

Para 2013, el total de usuarios que reportó alguna de estas características correspondió al 31.8% (285 usuarios), de los cuales 108 reportó padecer algún síntoma relacionado a los Trastornos de Ansiedad, 137 reportaron síntomas

relacionados con los Trastornos del Estado de Ánimo, y 40 usuarios reportaron síntomas referentes a ambos trastornos.

Los resultados aquí mostrados son generales, por lo que se realizó la propuesta al personal del CSP de realizar mejoras para establecer más y mejores parámetros de los expuestos en este apartado.

Asimismo, podemos decir que la capacidad de atención en la instalación es reducida debido a la demanda y disponibilidad de terapeutas, dificultando la atención integral a todos los usuarios que solicitan dicho servicio; por esta razón, se realizó la propuesta terapéutica grupal expuesta en este trabajo.

En este capítulo revisamos que la ansiedad y la depresión, son padecimientos que tienen mayor prevalencia en la población, incluyendo la mexicana. La ansiedad es una enfermedad caracterizada por la preocupación excesiva y el miedo a que pase lo peor, provocando una respuesta de huida, retirada o evitación en quién lo padece. Mientras que la depresión se caracteriza por ser una alteración del estado de ánimo, tendiendo a ser decaído, y que trae consigo una serie de cambios negativos en la vida de quien lo padece, pudiendo terminar en la muerte.

Ambos padecimientos suelen ser diagnosticados simultáneamente, lo que favorece tanto el tratamiento farmacológico como el psicológico. Los diferentes enfoques psicológicos han desarrollado herramientas para obtener mejores resultados en el tratamiento de la ansiedad y depresión; sin embargo, la Terapia Cognitivo-Conductual, ha mostrado tener mayor efectividad y mejores resultados a largo plazo.

Los centros de salud mental del país, se ven limitados en presupuesto, en personal, en espacios y tiempos de atención; por lo que surge la necesidad de brindar atención psicológica a la población sin descuidar estas condiciones. La terapia de grupo, es una buena alternativa para ello.

Capítulo II. Grupos.

2.1. ¿Qué es un grupo?

Para diversos teóricos, el desarrollo de la humanidad, como actualmente la conocemos, es resultado de la suma de diversos factores como lo son el habla, el uso de herramientas, la creación de tecnología; sólo por mencionar algunas. Pero algo más importante que eso, es la conformación de grupos que permitieron la expansión de dichos conocimientos.

Kurt Lewin (1948; en Blanco Abarca, Caballero y de la Corte, 2009) manifestó que “la mayor parte de su vida, la persona adulta no actúa puramente como un individuo sino como miembro de un grupo social”. Por lo tanto, el grupo está conformado por individuos y se convierte en un hecho social, ya que éstos se constituyen, se perciben y se organizan en una categoría social cuya razón se aleja de aquellos elementos (individuos) del que está compuesto. Asimismo, definía al grupo, no por la cantidad o semejanzas (en especial actitudes) que existieran en éste, sino que lo hacía a través de las interacciones e independencia que los individuos tienen entre sí. De este supuesto nacen dos términos medulares en el estudio y la definición de un grupo: la interacción y el sentido o sentimiento de pertenencia.

Slavson (1976; en Blanco Abarca, et al., 2009), introdujo el término “grupo” que se entiende por la reunión voluntaria de tres o más personas en una relación de carácter libre, cara a cara, sujeta a una meta común y dónde sus miembros generan una relación recíproca.

Para Olmsted (1981; en Blanco Abarca, et al., 2009), en el grupo los individuos son puestos juntos, existe una conciencia de relación común, una pluralidad de individuos en contacto que tienen en cuenta la existencia de unos y otros, además de elementos en común de cierta relevancia. La unidad descansa en la mutua identificación, pero también en la diferencia y la competitividad.

Pichón-Riviére (1985; en Blanco Abarca, et al. 2009), define dos tipos de grupos: el grupo “interno” el cual es el conjunto de relaciones interiorizadas en permanente interacción y sufriendo la actividad de mecanismos o técnicas defensivas; y el grupo “operativo”, aquel que se centra en una tarea fomentando a pensar en la resolución de dicha tarea en grupo y no de manera individual, es decir, se trabaja en dos dimensiones: lo grupal y lo individual.

En 1992, González Núñez (1999) expresó que “un grupo es una reunión de dos o más personas que se congregan, interactúan, perciben e interfluyen entre sí, con diferentes metas, las cuales cumplen en o por el grupo”.

Finalmente, para Vaimberg (2012), un grupo es un espacio de relación, un transportador y transformador de representaciones eficaz en el proceso de construcción del sujeto.

Por lo tanto, podemos definir al grupo como la reunión de dos o más individuos, con diversas características intrapersonales compartiendo un número considerable de ellas; y que se integran con la finalidad de llevar a cabo una tarea o actividad específica.

Homans (1963; en Blanco Abarca, et al., 2009), precisa que son tres los ejes fundamentales de la interacción grupal, los cuales son: la actividad (las cosas que la gente realiza), la interacción (cuando la actividad de un sujeto es activada por otro) y el sentimiento (estados internos que surgen de la actividad y la interacción); aunque hace hincapié en que el definir a un grupo por su interacción no es equivalente a decir que ésta lo es todo en la vida del grupo.

Asimismo, Newcomb (Ávila y García de la Hoz, 1994), menciona que son necesarias dos condiciones básicas para la formación de un grupo, las cuales especifican que los miembros deben de compartir normas acerca de algo en particular, dentro de un amplio margen de contenidos, y los roles de dichos miembros deben estar entrelazados.

2.2. Características generales de los grupos.

Los grupos tienen características, propiedades, interacciones y, a su vez, no son estáticos sino que se encuentran en constante cambio, es decir, son dinámicos.

Rapaport (1960; en González Núñez, 1999), afirma que para que un grupo se conforme deben de estar presentes las siguientes características y que éstas se cumplan:

- **Cohesividad y permanencia.** Los miembros del grupo están sujetos a un código de conducta, el cual permitirá a estos identificarse y sentirse parte del grupo.
- **Establecimiento de un código del grupo.** Debe de ser lo más explícito, específico y exclusivo para estar lo más cercano posible a ser un grupo. Por el contrario, entre menos implícito y general sea dicho código, se observa una menor cohesión y permanencia.
- **Liderazgo.** Representada en una figura de autoridad (individuo) el cual tiene la capacidad de regir el comportamiento y reglas de los integrantes de un grupo; este puede ser impuesto o democrático, esto último determinado por las características por las cuales se forma un grupo.
- **Tradicición.** Puede, o no, ser respaldada por las costumbres e instituciones.
- **Estructura.** Determina si un grupo es flexible o rígido, se asignan los roles entre el grupo y se definen las relaciones entre el líder y el grupo.
- **Metas comunes y participación en los informes pertinentes.** Los individuos llegan al grupo con metas propias y permanecen en éste por dichas metas, pero directa o indirectamente, dichas metas pueden ser propias del grupo.
- **Balance entre el dar y tomar.** Es decir, lo que el individuo dé al grupo y lo que el grupo le dé al individuo.
- **Las relaciones del grupo con otros grupos y la sociedad.** Normas, reglas o comportamientos, que influyen en la relación con otros.

- **La moral del grupo.** Se puede entender como pautas de comportamiento y éticas de un grupo.
- **Impulsar la productividad.** Para alcanzar las metas del grupo y las metas adicionales (surgen por el mero hecho de vivir y permanecer al grupo).
- **Adopción de técnicas para tomar decisiones de grupo.**

Por su parte, Cartwright y Zander (1971; en González Núñez, 1999), describen que el grupo debe caracterizarse por lo siguiente:

- Que las personas interactúen constantemente.
- Los integrantes deben de reconocerse como pertenecientes al grupo.
- Que otras personas, ajenas al grupo, los reconozcan como miembros de este.
- Deben de aceptarse las mismas reglas.
- El grupo se inclina por temas de interés común.
- Los miembros deben de constituir una red de papeles entrelazados.
- Identificarse con un mismo modelo que rijas sus conductas y exprese sus ideales.
- El grupo debe de proporcionarles algún tipo de recompensa.
- Las metas que se desean alcanzar, deben ser interdependientes.
- Todos los miembros perciben al grupo como una unidad.
- Los integrantes del grupo, actúan en forma similar con respecto al ambiente.

Siguiendo con ciertas características que contribuyen en la formación de un grupo, González Núñez consideraba que éstos se definían con base a las siguientes características:

1. **Interacción.** Implica una dimensión espacio-temporal, es decir, que las personas permanecen dentro de un espacio determinado, donde éstos pueden comunicarse cara a cara frecuentemente (Homans, 1950; en González Núñez, 1992). Esta interacción no sólo se basa en la comunicación, sino también puede darse de diversas formas (física,

emocional, intelectual, entre otras). Asimismo, pueden ser desiguales, en cuanto a calidad y cantidad, hacia los compañeros del grupo y, que en general, pueden ser hacia la persona más activa a quienes se dirigen.

- 2. Percepciones y conocimiento de los miembros del grupo.** De acuerdo a este punto, Smith (1967; en González Núñez, 1992), postula que el grupo es una unidad formada por personas o agentes que tienen percepción colectiva de su unidad y la capacidad de actuar de forma integral en su ambiente. A partir de ello, se dan cuenta de la relación entre ellos y perciben la existencia del grupo, ya que cada uno es parte de un todo y que el ambiente percibe igualmente esa unidad grupal.
- 3. Motivación y necesidad de satisfacción.** Los individuos pueden incorporarse a un grupo porque creen, o se cree, que éste logrará satisfacer una necesidad e incluso podría pensarse que alguien permanecería en un conglomerado que no le aporte nada. Puede haber diferentes tipos de necesidades que puede satisfacer un grupo (González Núñez, 1992): de afiliación, de pertenencia, de éxito, de estatus, de cariño, de reconocimiento, de autoevaluación, de seguridad, de nuevas experiencias, de aceptación, entre otras.
- 4. Metas de grupo.** Se basan y están relacionadas con la motivación. Las personas pueden estar reunidas en cuanto a una meta o propósito y considerándola como algo significativo. Así, tenemos diferentes tipos de metas en diferentes ámbitos que van desde lo laboral, escolar, social, deportivo, entre otras.
- 5. Organización del grupo.** Enfocado en propiedades estructurales como lo son: roles, estatus, jerarquías o normas; que regulan el funcionamiento del grupo.
- 6. Interdependencia de los miembros del grupo.**

Si consideramos la importancia que conlleva para el individuo pertenecer a un grupo de manera voluntaria o involuntaria; en cierto grado experimentará cada una de estas características la mayoría de las veces implícitas (en la familia, el

ambiente escolar o laboral, etc.) al formar o pertenecer a un grupo, y son tal su importancia que sin ellas sería difícil hablar de una sociedad o cultura.

2.3. Clasificación de grupos.

Dentro de las doctrinas más tradicionales de la teoría grupal, se ha mantenido que los grupos cumplen una doble función como lo son satisfacer necesidades emocionales y ayudar a sus miembros a conseguir objetivos que se han planteado o imponer los que ha decidido la mayoría, las personas de mayor estatus o el propio líder.

Algunos grupos, más que otros, tienen una dimensión emocional dando satisfacción a necesidades afectivas que son indispensables para el equilibrio y funcionamiento psicológico de las personas.

2.3.1. Grupo primario.

Muchas de estas funciones recaen primordialmente en un tipo de grupo, normalmente de tamaño reducido que, en muchos casos, terminan acompañándonos largos periodos de nuestra vida. Estos grupos se caracterizan porque las relaciones que se mantienen son estrechas, directas, espontáneas e íntimas. A este tipo de grupos se les conoce como “*grupos primarios*”, pues tienen verdadera relevancia en la vida de las personas, ya que son los que nos proporcionan calor emocional y siempre están ahí. La familia, es un claro ejemplo de este tipo de grupos, dado las características que tiene ésta en relación con las de los grupos primarios.

Charles Cooley (1909; en Blanco Abarca, et al., 2009) fue el primero en definir este tipo de grupo de la siguiente manera:

“Por grupos primarios me refiero a grupos que se caracterizan por interacciones cara a cara. Son primarios por muchas razones que resultan fundamentales en la

formación de la naturaleza social y los ideales del individuo". (Blanco Abarca, et al., 2009, p.34).

El grupo primario debe cumplir ciertas características, ya que la principal función de éste es la propia creación de la naturaleza humana:

1. Relación cara a cara.
2. Relación desde la persona no del rol.
3. Duración permanente.
4. Número reducido de integrantes.
5. Relativa intimidad entre ellos.

2.3.2. Grupo secundario.

No todos los grupos a los que pertenece el ser humano son de la naturaleza anteriormente mencionada, también encontramos a los grupos secundarios, considerados como los antagónicos de los grupos primarios, ya que son conformados por una gran cantidad de personas dificultando la comunicación cara a cara y conduce a una relación más distante o instrumental, es decir, una relación orientada a una meta o un fin (Blanco Abarca, et al., 2009). Dentro de este tipo de grupos, podemos encontrar a las empresas, organizaciones o instituciones; dada la cantidad de gente que interactúa buscando un fin en común (colectivo y personal).

2.3.3. Grupo formal.

Este tipo de grupo fue descrito por Newcomb en 1964 (Blanco Abarca, et al., 2009), dónde la interacción de las personas se define por las conductas del rol, esperando que éstas sean relativamente independientes de ella como persona. En pocas palabras, la estructura del grupo está fundamentada por el rol y las actividades que realiza cada individuo en un esquema social muy definido. Un buen ejemplo de ellos, puede ser un equipo hospitalario.

2.3.4. Grupo informal.

En los grupos informales ocurre lo contrario a lo que sucede en los grupos formales. Aquí los roles giran en torno a las personas puesto que la interacción surge espontáneamente, pues no está atada a una meta; la dinámica se basa en acuerdos personales y prácticas habituales de relación y de interacción (Blanco Abarca, et al., 2009). Este tipo de grupo está centrado en la persona y las prácticas grupales están basadas en la costumbre más que en las normas. Un ejemplo de este grupo puede ser un grupo de amigos o de estudio que se reúnen, periódicamente, y dichas reuniones están determinadas por necesidades de los integrantes más que por una organización jerárquica.

2.3.5. Grupo de referencia.

Son aquellos que influyen en las actitudes y comportamientos de las personas; en tanto las normas devienen pautas para el individuo y son un modelo a seguir en su vida (González García y Russell González, 2011). Los individuos toman los modelos de otros que consideran significantes para sí mismos y que pueden ayudarlos a conseguir sus propios objetivos, por lo tanto, permiten que el grupo influya en su comportamiento, actitudes y sentimientos para conseguir dichos objetivos (Delgado Herrera, 2006). Un ejemplo muy claro sería el grupo musical de nuestra preferencia, pues pueden adquirirse ciertos comportamientos y actitudes pero sin formar parte del mismo.

2.3.6. Grupo de pertenencia.

Galimberti (2002), define a este tipo de grupos como aquellos en los que el individuo pertenece y cuyas reglas conforman su comportamiento. Dichos grupos están constituidos por el grupo donde el individuo nace (por ejemplo, la familia) o a causa de una afiliación elegida (por ejemplo, la escuela o un partido político). Se les denomina “de pertenencia” porque la persona forma parte a ellos. Para entender mejor el grupo de pertenencia, podemos observar la nacionalidad, pues se pertenece al país, por lo tanto las reglas y normas regirán el comportamiento.

2.4. Grupos terapéuticos: Psicoterapia de grupo.

En la sociedad, podemos encontrar agrupaciones de diferente índole, como son los grupos musicales, de trabajo, escolares, de animación, deportivos, entre otros. En el ámbito que nos compete, encontramos a los grupos terapéuticos, o psicoterapia de grupo, los cuales se caracterizan por tener una función de tratamiento y mejoramiento de la salud de las personas que forman parte de este.

En palabras de García de la Hoz (1976; en Ávila y García de la Hoz, 1994), un grupo terapéutico es aquel formado por un conjunto de personas (de 3 a 12) que comparten un objetivo en común (“la curación”), y que, para cubrirlo, ponen en juego unos esquemas y roles aprendidos, que por momentos facilitan o dificultan la consecución del mismo.

De forma similar, Battegay (1978; en González Núñez, 1999), González Núñez (1999) y Maldonado y colaboradores (2006), coinciden en que los grupos terapéuticos son integrados por tres o más personas interactuando terapéuticamente, con objetivos propios y que comparten entre sí, regidos por reglas y normas (contrato terapéutico) establecidos por un terapeuta. Los objetivos son encaminados a la solución de conflictos y problemas de cada uno de los miembros y la corrección de comportamientos.

En un documento emitido por la “Escuela de Psicodrama y Humanidades: IMPRONTA” (2012), se menciona que un grupo terapéutico se centra en el proceso del propio grupo, es decir, en los beneficios relacionados con el funcionamiento individual que proporciona a sus miembros la experiencia de pertenecer a estos grupos. Del mismo modo, en estos grupos los contextos de intervención son fundamentalmente los ámbitos de la salud (prevención y tratamiento) y de servicios sociales; en pocas palabras, este tipo de intervención es un instrumento para la prevención orientado al aprendizaje (psicoeducación) y promoviendo el cambio en la calidad de vida y los hábitos de las personas (IMPRONTA, 2012).

En resumen, el grupo terapéutico es formado con fines de promover y contribuir a la recuperación de los problemas psicológicos o los trastornos mentales de un grupo de pacientes, elegidos por los terapeutas a partir de ciertos requerimientos para dicho grupo.

2.4.1. Antecedentes de la Psicoterapia de Grupo.

Antes de continuar, debemos abordar los orígenes del grupo terapéutico o psicoterapia de grupo remontándonos a tiempos muy antiguos. Ejemplo de ello, según autores como Ellenberger (1970; en Vaimberg, 2012), los ritos y ceremonias eran usados como métodos de curación. En las ceremonias, los sistemas de comunicación eran intracomunitarios, es decir, todos los participantes bailaban y se sumergían en un mismo espíritu participativo. En estas interacciones el “chaman” tenía la principal intención de curar. Cabe resaltar que algunos de estos intentos y técnicas para sanar a una persona, se relacionan con la medicina actual.

En ciertas enseñanzas filosóficas o religiosas, existen técnicas altamente desarrolladas para el entrenamiento mental, con ciertas implicaciones terapéuticas, como el yoga, que tiene mayor presencia en las escuelas y religiones de la India; así como técnicas utilizadas en el budismo (Vaimberg, 2012).

En 1905 Pratt (Ávila y García de la Hoz, 1994; y García, Robles, Rojas y Torrelli, 2008), el pionero de la psicoterapia de grupo, al trabajar en una clínica de tuberculosis, se dio cuenta que durante la estancia en la sala de espera, las pláticas que los pacientes mantenían entre sí, influían en el tratamiento gracias a las emociones que en ellas se expresaban. Así decidió reunirlos una vez por semana, durante una hora y media, y en donde les explicaba ciertas características de la enfermedad tuberculosa, después se daba un tiempo para la discusión con la información previa y, finalmente, se incluían ejercicios de relajación mental y muscular. En este punto, podemos afirmar que se trataba de grupos homogéneos, es decir, cuentan con una característica en común. Posteriormente, Chapel y Low (Ávila y García de la Hoz, 1994; y García, et al.,

2008), siguieron la misma línea de trabajo que Pratt. Chapel trabajó con pacientes ulcerosos y Low con psicóticos. En general, el principal objetivo era lograr que los pacientes siguieran las recomendaciones del terapeuta y, con base a esto, premiar (a aquellos que sí las seguían) o castigar (a los que no seguían dichas recomendaciones).

Para 1921, Lassell (García, et al., 2008), realizó trabajos con pacientes esquizofrénicos, manteniendo una relación igualitaria con ellos, es decir, la autoridad médica era reconocida más no se imponía a la opinión de los pacientes, ya que importaba la creación de un ambiente propio.

En 1935 (Ávila y García de la Hoz, 1994), surgieron los grupos denominados “*Alcohólicos Anónimos*”, centrados en las tendencias al consumo y control de las bebidas alcohólicas. Sin embargo, este más bien es un grupo denominado de “autoayuda”, es decir, grupos compuestos por personas, de manera voluntaria, que comparten algún tipo de problema para discutir sobre el mismo y buscar formas para solucionarlo.

Posteriormente, se fueron integrando algunos términos utilizados en el campo de la psicología social dentro de la psicoterapia de grupo. Allport (1924; en Ávila y García de la Hoz, 1994), introdujo el término “facilitación social”, es decir, todos aquellos elementos que un grupo aporta al individuo, a pesar de su concepción marcadamente individualista. En la misma línea, White (1930; en García, et al., 2008), habló de términos como “estructura social”, “cohesión de grupo”, “liderazgo”, “estatus”, “movilidad social”, entre otros; y puede estar considerado, junto con Lewin, como iniciador de la corriente de la dinámica de grupo teórico-experimental.

García y cols. (2008), mencionan los trabajos de Sherif (1935) y Asch (1950), también como pioneros de la psicoterapia de grupo. Al primero se le atribuye el conocimiento sobre la influencia de la presión social en las opiniones personales; mientras que el segundo comprobó que realmente existe una tendencia a adoptar un punto de vista mayoritario aunque este sea erróneo, y a observar al grupo

como un generador de cambio. Finalmente, Freedman y Fraser (1966; en Ávila y García de la Hoz, 1994), trabajaron en el “asentimiento sin o con escasa presión”.

Un avance importante para la evolución de la psicoterapia de grupo, fue el trabajo llevado a cabo por Moreno, creador del “Psicodrama”, donde se aplicaban métodos de interpretación dramática. Moreno (Blanco Abarca, et al., 2009), explica que la psicoterapia de grupo es un método para tratar conscientemente, y en el marco de una ciencia empírica, las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos en un grupo.

2.4.2. Características de los grupos terapéuticos.

Generalmente los grupos se forman de acuerdo a ciertas características, lo mismo pasa con los grupos terapéuticos. Hay que esclarecer que las características de estos tipos de grupos van de acuerdo a las necesidades que se requieren, es decir, a las metas que se persiguen al formarlos.

En el documento de la escuela IMPRONTA (2012), se describen las siguientes características o criterios para la formación de los grupos terapéuticos y, que sin duda alguna, deben considerarse antes y después de la formación de este.

- La admisión a los grupos se establece en función de alguna deficiencia reconocida y admitida.
- La selección de los miembros es a partir de criterios terapéuticos definidos por el terapeuta.
- Los miembros no tienen un objetivo en común, más bien se encuentran ligados por la ansiedad y el conflicto interpersonal.
- La cohesión grupal obstruye, a veces, el avance de los pacientes y del grupo, constituyendo una resistencia, la cual debe de interpretarse.
- Las interacciones son espontáneas, predominando las que corresponden a emociones y sentimientos, y es necesario explorar sus fuentes psicológicas.
- La realidad es condicionada, planificada y estructurada por el terapeuta.
- No existe un líder, sin embargo, los miembros del grupo terminan reconociendo al terapeuta como tal.

- La única asimetría entre pacientes y terapeutas consiste en la función normativa y actitud interpretativa de estos últimos.
- Los miembros constituyen un ambiente contenedor y de apoyo (asistencia mutua) para vencer resistencias, observar patrones repetitivos y obtener insight; ayudando al proceso terapéutico.

Tenemos que tomar en cuenta diversos aspectos que van a estar implicados en la consolidación o disolución del grupo terapéutico (ver tabla 6 y 7).

Tabla 6. *Elementos integrativos en la psicoterapia de grupo (adaptada de González Núñez, 1999).*

Aspectos integrativos de la psicoterapia de grupo.	
- Afectos como valor, fortaleza o gratitud.	- Demanda que permita satisfacer las necesidades internas.
- Admisión de la propia culpa	- Capacidad de insight.
- Expectativas realistas en cuanto al tratamiento.	- Capacidad de ser.
- Control adaptativo de los impulsos; capacidad de demora.	- Consciencia de los problemas personales.
- Actitud expectante y esperanza de salud y bienestar; confianza en la unión y alianza positiva con los demás.	- Actitud positiva originada por los afectos de gratitud, reconocimiento y cariño hacia el grupo y el terapeuta.

Tabla 7. *Elementos desintegrativos de la psicoterapia de grupo (adaptada de González Núñez, 1999).*

Aspectos desintegrativos de la psicoterapia de grupo.	
- Búsqueda de objetivos inalcanzables, conduciendo a la desilusión.	- Exigencia de un miembro sin retribución al grupo.
- Actuaciones destructivas.	- Afectos negativos dentro de la sesión.
- Desconfianza en uno mismo y en los demás.	- Actitud negativa hacia el grupo y al terapeuta.
- Compulsión a la repetición.	- Inconsciencia del padecimiento.

Asimismo, la psicoterapia de grupo nos ofrece ciertas ventajas y desventajas en cuanto a su efectividad antes y durante la práctica. González Núñez (1999), Zrebiec (2009) e IMPRONTA (2012), han descrito las siguientes ventajas y desventajas.

- ***Ventajas de la psicoterapia de grupo.***

La psicoterapia de grupo permite al individuo “ser” y “crecer” adaptativamente, así como éste se sienta identificado y se exprese abiertamente sin tabúes sociales; disminuye culpas y ansiedades gracias a la universalización, conduce a la autoestima, autoconfianza, mutua comprensión y respeto; y se crea un ambiente contenedor y de apoyo que ayuda en el proceso terapéutico. Asimismo, la terapia de grupo proporciona retroalimentación a los miembros, proveniente de ellos mismos, y promueve experimentar con conductas más sanas la realidad, primero dentro del grupo y después en el mundo exterior.

Dentro del grupo, el individuo es capaz de lidiar y reconocer su propio comportamiento desadaptativo mediante las observaciones que se hacen durante las sesiones de trabajo, tanto por parte del terapeuta como de los otros miembros; le facilitará obtener modelos de identificación, explorar un conjunto de problemas y generar soluciones posibles para cada uno de ellos. Cabe resaltar que al hacer público un secreto “vergonzoso”, le proporcionará alivio al individuo que lo revela. Finalmente, la psicoterapia de grupo le brindará al terapeuta la oportunidad de utilizar este tipo de terapia en conjunto con otras.

En otro sentido, la psicoterapia de grupo dentro de una institución de salud, tiene como objetivo atender un número mayor de pacientes, y favorecer, a partir de la interacción de éstos, un proceso terapéutico que les permita (con base a las diferentes experiencias planteadas) alcanzar una conciencia de lo que las origina y, finalmente, encontrar maneras más adaptativas para solucionarlas (Gómez, Aldana, González, Mota y Sánchez, 2009). Por otro lado, suponen menor gasto de tiempo para los especialistas, favoreciendo el alcance de atención de dichas instituciones (Sánchez del Hoy, Sanz, Baro y Gómez, 2006).

- ***Desventajas de la psicoterapia de grupo.***

Así como la psicoterapia de grupo ayuda al terapeuta y a los pacientes, también nos proporciona ciertas trabas que es necesario tener presentes durante la práctica. En primer lugar, se pone en juego la confidencialidad, pues aunque el terapeuta la garantice, los miembros mantendrán cautela y posiblemente no se

animen a trabajar todos los aspectos que desean. Del mismo modo, los pacientes tienen la sensación de que hay menor tiempo y menor atención hacia ellos, lo que podría afectar el desarrollo de la terapia. Por último, la finalización de la terapia, es más complicada que en la terapia individual, ya que es menos flexible.

2.4.3. Deserción en el proceso terapéutico.

Hasta ahora, hemos enunciado las características que deben considerarse en un proceso terapéutico, sea individual o grupal. Sin embargo, existe un fenómeno, poco nombrado en investigaciones, conocido como la “deserción terapéutica”, también presentado en la modalidad individual o grupal.

Mahoney (1991; en Rondón, Otálora, y Salamanca, 2009), establece que la deserción terapéutica, en el ámbito de la investigación, es nombrada de diferentes maneras: abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia, o discontinuidad terapéutica; y que se debe entender en todos los casos como la no culminación de un proceso terapéutico solicitado luego de haber establecido algún contacto con el proveedor de un servicio psicológico. Esta interrupción se da antes o durante el desarrollo formal del proceso, sin notificación alguna.

- **Factores asociados a la deserción terapéutica.**

La deserción terapéutica es un fenómeno que se presenta en muchas ocasiones, los estudios realizados sobre los factores que influyen en ella, son pocos, aún cuando esto puede generar conflictos teóricos y técnicos en nuestra disciplina.

Alcázar Olán (2007), menciona que es frecuente que los pacientes dejen de asistir a sus citas con el terapeuta, especialmente después de las tres primeras sesiones; y México no es la excepción a esto. Tres sesiones no son suficientes para obtener algún beneficio de la terapia, lo que podría explicar este fenómeno, ya que generalmente se recomiendan de ocho a doce sesiones para alcanzar efectos del tratamiento (Steenbarger, 1994; en Alcázar Olán, 2007).

Las expectativas también forman un papel importante dentro de este fenómeno. Esto quizás podría deberse a que cuando un paciente busca a un terapeuta y este último no cumpla con lo que esperaba, es probable que el primero deje de asistir a sesiones futuras (Alcázar Olán, 2007). Sin embargo, no siempre se encuentra relación entre las expectativas de los pacientes y la deserción (Hardin, Subich, y Holvey, 1988; en Alcázar Olán, 2007).

En un estudio realizado por Rondón Benítez, Otálora Bastidas, y Salamanca Camargo (2009), de una muestra de 74 casos atendidos, 65 de ellos no lograron concluir el proceso terapéutico, describieron factores de deserción asociados a rubros como: propios del consultante, de la terapia y terapeuta; factores relacionados con el ambiente y otros motivos. Debe considerarse que estos motivos o factores no son mutuamente excluyentes, ya que cada participante expuso dos o tres argumentos.

Respecto a las variables relacionadas con el consultante, se encontró una relación entre el abandono terapéutico, el diagnóstico o motivo de consulta y que algunos no manifestaron necesitar terapia. Las relacionadas con cuestiones ambientales, atribuyeron la deserción a sucesos como cambios inesperados de residencia, cambios de actividad a raíz del cambio de año (trabajo, estudios, prácticas, entre otros) o el cambio de institución educativa; el evento más mencionado fue la ruptura de la continuidad con el terapeuta. En cuanto a las variables relacionadas con la terapia y el terapeuta, los consultantes manifestaron una sensación de mejoría, disminución de la sintomatología y bienestar subjetivo como consecuencia de la terapia, y que esto contribuye al abandono de la terapia sin consultarlo con el terapeuta; en estos casos se manifestó la disminución en la importancia del proceso y sobrellevar la problemática solos desde ese punto, otros argumentaron insatisfacción con las actividades llevadas a cabo durante el proceso o con el rol del terapeuta dentro del mismo. Finalmente, cuando se analizaron los factores asociados al contexto, se manifestó que los consultantes percibieron indiferencia en los procesos institucionales y esto los motivó al

abandono de la consulta, también se manifestaron inconvenientes laborales, académicos y económicos (Rondón Benítez, et al., 2009).

Si bien se han encontrado factores que nos explican la deserción en ambientes de atención psicológica, se debe tomar en cuenta que existen diferentes expectativas, poco exploradas, de las personas que asisten a alguna institución. Éstas rondan, como lo menciona Alcázar Olán (2007), en que los pacientes esperan que sus terapeutas sean amables, confiables, comprensivos, los escuchen, que puedan dar solución a sus problemas, que se sientan mejor, entre otras; y que difícilmente alguna de ellas pueda cumplirse en la primera sesión (p. ej., dar una solución concreta al problema, una mejoría desde la primera sesión).

- ***Deserción en la psicoterapia de grupo.***

Los datos anteriormente mencionados, corresponder a sesiones individuales, aunque no son independientes de la psicoterapia de grupo, es decir, que también pueden presentarse e influir en el proceso terapéutico grupal.

Díaz Portillo (2000), menciona que dentro de la terapia grupal el funcionamiento o permanencia dependerán de diferentes factores que van desde la selección de los pacientes para el grupo, la personalidad de cada uno de ellos, el motivo de consulta, entre otros. Estos factores corresponden a las tareas que debe realizar el terapeuta encargado; sin embargo, existen factores, como las “resistencias” que son obstáculos al proceso terapéutico, pero que son manifestaciones propias de este.

Las resistencias pueden proceder de diferentes fuentes (Díaz Portillo, 2000):

- Temor de perder el equilibrio psíquico logrado hasta ese momento. En donde el paciente puede buscar el confirmar la validez de sus racionalizaciones.
- La terapia frustra porque cuestiona y presiona hacia el cambio de conductas y motivaciones.

- Revela pensamientos, acciones, recuerdos y sentimientos que se viven prohibidos o criticables; produce culpa y amenaza la autoestima.
- La fachada social exitosa (artistas, profesionales, entre otros).
- Fallas del terapeuta, que van desde la selección de los pacientes, el incluir nuevos miembros, su actitud autoritaria o la incapacidad para cumplir el encuadre.

Lo anterior no sólo puede afectar el funcionamiento de un grupo, sino también condicionar la asistencia a sesiones terapéuticas, el mantenerse en ellas o simplemente abandonar el tratamiento.

Algunos de los efectos provocados por estas “resistencias”, se encuentran el ausentismo, retrasos crónicos del tratamiento, retraso en el pago, poca disposición al trabajo en equipo, falta de disposición de aprender de sí mismos, evitar el cambio e inclusive intentar establecer normas antiterapéuticas.

Sí tomamos en cuenta toda la información anterior, sea de grupos o individual, encontramos variables multifactoriales que explican la deserción de los pacientes en un proceso terapéutico. Y, sin duda, al iniciar un tratamiento psicológico, deberán tomarse en cuenta estos factores para poder establecer metas de trabajo, o incluso conocer más factores que influyan en este fenómeno poco reportado.

En este capítulo, revisamos que la terapia de grupo es una alternativa de tratamiento psicológico que busca un fin común: el bienestar psicológico del paciente. Los grupos son dirigidos por profesionales de salud mental, organizados con base en objetivos terapéuticos reales y regidos por contratos terapéuticos.

Para la formación de un grupo terapéutico, es necesario considerar ciertas características, sobre todo aquellas que van de acuerdo a las necesidades que se busca cubrir. Las intervenciones terapéuticas promueven la resolución de los conflictos de los miembros del grupo, adquiriendo las herramientas necesarias para ello. La Terapia Cognitivo-Conductual, es una de ellas.

Capítulo III. Terapia Cognitivo-Conductual.

3.1. Antecedentes de la Terapia Cognitivo-Conductual.

Es importante no sólo conocer que es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), sino también algunos de sus postulados básicos que dan sustento a esta forma de tratamiento.

El surgimiento de la TCC, supone un cambio radical respecto a las formas terapéuticas tradicionales hasta los años 70. El paso más importante que se dio fue la sustitución del término “salud mental” por el de “conducta anormal”, adoptando “anormal” en función de la adaptación al medio ambiente de un individuo, por lo que no debe considerarse que las personas sean “anormales” (o falta de salud mental), sino que realizan conductas que no son del todo adaptativas (Oblitas, 2008).

En este sentido, para Rimm y Masters (1974), la TCC puede definirse como un conjunto de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, principalmente del aprendizaje, para tratar la conducta humana ante una desadaptación. Dentro de estas técnicas encontramos la extinción de la conducta, la desensibilización sistemática, el condicionamiento operante de Skinner, el entrenamiento asertivo, el condicionamiento asertivo; así como técnicas dirigidas a la modificación de patrones de pensamiento.

Para Kazdin (1991), la TCC refleja un enfoque de tratamiento de difusión clínica y de la conducta desadaptativa, que ha aumentado su especialización en diferentes posiciones teóricas, y dónde es imposible detectar un enfoque unitario. Asimismo, la TCC surge en contraposición a aquellas terapias que predominaban en los años anteriores a su creación, como las teorías psicodinámicas, principalmente el psicoanálisis.

Franks (1991), refería que los principios de reforzamiento, tanto positivo como negativo, se han utilizado de manera instintiva a lo largo de toda la historia, siendo

así que fue hasta finales de los años 50 cuando se comenzaron a registrar notables intentos para sistematizar estos principios; por lo que se podría considerar como el nacimiento de la TCC tal y como la conocemos actualmente.

El trabajo de teóricos como Pavlov sobre condicionamiento clásico, el de Watson sobre conductismo, el de Thorndike sobre el aprendizaje y el de Skinner sobre condicionamiento operante; constituyen las bases o piedras angulares de la TCC. Cabe mencionar que hubo que esperar hasta finales de los años 70 para que los fundamentos conceptuales de sus trabajos pudieran sostener toda la estructura de la TCC.

Durante los años 60, Aaron Beck desarrolló la TCC como alternativa de tratamiento para padecimientos como la depresión, de manera estructurada y breve, destinada a resolver problemáticas actuales así como para modificar pensamientos y conductas disfuncionales (Beck, 1964; en Beck, 2011). A partir de entonces, Beck y otros teóricos extendieron la TCC a diversos trastornos psiquiátricos y poblaciones (ver tabla 8).

Durante la década de los 80, se dio paso a la búsqueda de mayores enfoques y prácticas para mejorar el campo de la TCC, dando como resultado el descubrimiento de nuevos enfoques, entre los cuales destacan la práctica de la medicina general, el “biofeedback”, la psicofarmacología, la psicología ecológica, entre otros. Fue una época en la que se buscó ampliar conceptos intelectuales, metodologías y formas de observar datos, más allá de los considerados primordialmente por la “teoría del aprendizaje” tradicional. Más que buscar una mayor expansión en campos de conocimiento, surgió la necesidad de profundizar en la metodología buscando expectativas más allá de la dualidad Estímulo-Respuesta tradicional (Franks, 1991).

Es importante destacar que la TCC es una psicoterapia validada empíricamente y que ha demostrado ser eficaz en más de 350 estudios, que abarcan trastornos de ansiedad, y más recientemente, trastornos de personalidad y desórdenes psicóticos (Beck y Weishaar, 2000; en Bieling, McCabe, y Antony, 2008).

Tabla 8. *Enfermedades que pueden recibir tratamiento cognitivo-conductual (adaptada de Beck, 2011).*

Trastornos mentales.	Problemas psicológicos	Problemas médicos con componentes psicológicos.
-Trastorno depresivo mayor.	-Problemas de pareja.	-Dolor crónico de espalda.
-Depresión geriátrica.	-Problemas familiares.	-Dolor de cabeza y migraña.
-Trastorno de Ansiedad Generalizada.	-Ludopatía.	-Dolor producido por cáncer.
-Ataques de pánico.	-Duelo.	-Zumbido en los oídos.
-Agorafobia.	-Enojo.	-Trastornos somatomorfos.
-Fobia Social.	-Hostilidad.	-Síndrome de intestino irritable.
-Trastorno Obsesivo-Compulsivo.		-Síndrome de fatiga crónica.
-Abuso de sustancias.		-Dolor por enfermedades reumáticas.
-Déficit de Atención e Hiperactividad.		-Disfunción eréctil.
- Trastorno Dismórfico Corporal.		-Insomnio.
-Desórdenes alimenticios.		-Obesidad.
-Trastornos de personalidad.		-Hipertensión.
-Abuso sexual.		-Vulvodinia.
-Trastorno Bipolar (con medicación).		-Síndrome de la guerra del Golfo.
-Esquizofrenia (con medicación).		

Asimismo, Burns y Perloff (1988; en Beck, 2011), demostraron que la TCC es eficaz para pacientes que cuentan con distintos niveles de educación, ingresos o clase social.

3.2. Características básicas de la TCC.

Si bien la TCC es una corriente de tratamiento para diversos padecimientos y trastornos, se ha derivado que ésta sea una ciencia que puede comprobarse empíricamente y donde terapeutas, la práctica y las sesiones deben de cumplir con ciertas características.

o Características generales de la TCC.

Beck (1983; en Hernández, 2010), Cía (2007), Jena (2008) y Oblitas (2008), coinciden en que la TCC debe de regirse por ciertos supuestos y características como son:

- Debe ser un procedimiento activo, es decir, el terapeuta deberá de interactuar intencionalmente con el paciente, pues toma el papel de guía a lo largo de las sesiones del tratamiento.
- La intervención se realiza a partir de objetivos del paciente y terapéuticos, los cuales deben de ser claros y reales, y serán alcanzados según la estructura de la terapia.
- Se estructura de acuerdo al tiempo, las técnicas y estrategias empleadas, con el fin de lograr que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos; por lo tanto se focaliza en el comportamiento y la cognición.
- Los progresos obtenidos pueden ser medidos, ya que la TCC pone énfasis en la cuantificación.
- La relación paciente-terapeuta es de cooperación y el enfoque dialéctico.
- Fomenta la independencia del paciente, a diferencia de otros enfoques.
- Centrada en los síntomas y su resolución, más no en la sustitución de ellos.
- La TCC es una ciencia comprobada empíricamente, del mismo modo, los métodos usados son adaptados a la situación individual de cada paciente.
- El comportamiento, adaptativo y desadaptativo, es aprendido y, por lo tanto, puede desaprenderse y modificarse.

- El proceso de diagnóstico consiste en la evaluación continua de los repertorios conductuales, alterados o no, del sujeto.
- Es un enfoque centrado en el aquí y en el ahora; sin embargo, el pasado se vuelve relevante siempre y cuando aporte información sobre variables que influyen en la conducta actual.

- ***Características de los terapeutas.***

Wolpe (1979), refiere que los terapeutas adquieren autoridad en cuanto el plan de tratamiento se establece y conforme las sesiones van avanzando. Del mismo modo, el terapeuta debe de admitirle al paciente cuando no está capacitado para proporcionar algún tipo de ayuda, aunque puede apoyarse del tiempo y experiencia para adquirir nuevas herramientas terapéuticas.

En 1983, Beck (Hernández, 2010), mencionaba que los terapeutas deben de fortalecer la relación terapéutica mediante las siguientes cualidades y/o habilidades:

- **Aceptación.** Se debe mostrar interés hacia el paciente y su situación actual.
- **Empatía.** Entender como el paciente estructura ciertas situaciones y su reacción ante ellas.
- **Autenticidad.** Debe ser honesto y sincero, asertivamente, al emitir comentarios, esto ayudará a corregir ideas poco razonables y conductas que puedan perjudicar al paciente o la relación terapéutica.
- **Confianza.** Mostrarse seguro y debe de mantener el control de las sesiones (a partir del establecimiento de límites) sin perder cordialidad, debe ser objetivo y discreto.
- **Rapport.** Permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que lo comprende, lo acepta, con el que puede comunicarse sin tener juicios en su contra; y puede usarse para reforzar conductas adaptativas del paciente.
- **Colaboración terapéutica.** Debe de trabajar en equipo, con el paciente, para alcanzar los objetivos terapéuticos.

Asimismo, el terapeuta debe centrarse en el análisis evaluación-tratamiento de conductas específicas (Oblitas, 2008).

o ***Estructura de las sesiones.***

A lo largo del tratamiento, el terapeuta recolecta resultados de la intervención, con el fin de observar si los objetivos terapéuticos se van alcanzando conforme se avanza en la intervención. Por lo tanto, es de gran utilidad tener un tratamiento estructurado, Beck (1983; en Hernández, 2010), propone hacerlo de la siguiente manera:

1. Obtención de datos generales de la problemática.
2. Presentación del plan general del tratamiento, con base a los objetivos terapéuticos, y el fundamento teórico.
3. Tratamiento de acuerdo a las condiciones de la problemática. Iniciando siempre con los registros de pensamientos y conductas presentados actualmente y durante la problemática.
4. Durante la intervención, debe de establecerse un tiempo aproximado de duración, en el cual deben de cumplirse todos los objetivos terapéuticos al finalizar el tratamiento y corroborarse, en conjunto con el paciente, si éstos fueron alcanzados.
5. Sesiones de seguimiento, las cuales deben de ser entre cuatro o cinco al año, con el fin de reforzar lo aprendido en terapia y evitar recaídas.

Cabe mencionar que, para dar fin al tratamiento se recomienda animar a los pacientes a reflexionar sobre las diferentes etapas del tratamiento para observar que los cambios no se dieron todos a la vez, esto con el fin de motivarlos a poner en práctica las herramientas proporcionadas durante el tratamiento. A menudo, los pacientes olvidan como eran las cosas antes de llegar a terapia, por eso es importante darle una revisada a sus autorregistros, para que se apoyen de ellos y observen las diferencias del antes y después del tratamiento (Verduyn, Rogers y Wood, 2010).

Teóricos como Dudley (1984; en White, 2000), mencionan que las terapias de corte cognitivo-conductual, duran entre 6 o 20 sesiones, es decir, es una terapia breve pero efectiva. Asimismo, Verduyn y colaboradores (2010), refieren que las sesiones individuales deben de estar estructuradas entre 8 y 20 sesiones. Finalmente, Hernández (2010), menciona que la TCC consta generalmente de 15 a 20 sesiones, realizadas una vez por semana, recomendando que en casos graves se lleven dos sesiones a la semana, disminuyéndolas gradualmente.

Estas características y supuestos han permitido que este procedimiento se mantenga y que la eficacia de sus procedimientos y técnicas, se vean reflejados en su vigencia, además de que permiten el desarrollo de nuevas corrientes experimentales.

3.3. Técnicas de intervención en la TCC.

Para promover un cambio en las conductas desadaptativas, ya sea disminuyéndolas, eliminándolas o desarrollando alternativas; debemos apoyarnos en técnicas de intervención teniendo presentes las características del medio dónde se practican éstas.

Uno de los aspectos más destacados de la TCC ha sido precisamente el desarrollo de procedimientos de intervención breve, que han probado reiteradamente su eficacia, general o específica, en diferentes ámbitos de intervención. La aparición y presentación de la TCC comenzó a finales de los años 60, siendo las primeras técnicas empleadas la desensibilización sistemática, técnicas aversivas, técnicas operantes, entre otras; y las cuales se comenzaron a desarrollar a partir de la teoría del aprendizaje (Oblitas, 2008).

Posteriormente, conforme se han ido estudiando otros métodos y estrategias de intervención, y dónde la teoría del aprendizaje no permitía o era capaz de dar una explicación; se desarrollaron técnicas al margen de ésta, lo que dio paso a nuevas

técnicas de autocontrol, psicoterapias racionales, biofeedback y terapias orientadas a la solución del problema.

3.3.1. Formulación de caso clínico.

El trabajo de Nezu y sus colaboradores (2006), plantean la formulación de casos clínicos, desarrollada para los psicólogos de la salud enfocados en la TCC, la cual permite tener un panorama general y profundo del problema del paciente mediante la detección de variables causantes de éste (obtenidas de la historia clínica o la de entrevista a profundidad). Esta formulación, puede plantearse mediante dos herramientas:

1. Mapa clínico de patogénesis. Descripción gráfica de las variables que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las problemáticas de los pacientes. Proporciona bases importantes para el plan de tratamiento del paciente. El mapa clínico de patogénesis (MCP), se constituye de los siguientes elementos:

- **Variables distantes.** Factores del desarrollo que pueden ser responsables del origen del problema.
- **Variables de antecedentes.** Son variables que desencadenan la conducta o el malestar del paciente.
- **Variables orgánicas.** Son propias del paciente, pueden derivarse de factores físicos, psicológicos, cognitivos y/o conductuales; y pueden mediar o moderar la conducta.
- **Variables de respuesta.** Son el resultado de una variable relacionada con el paciente (físicas, psicológicas, cognitivas y/o conductuales) o con el ambiente y reflejan el resultado que el paciente desea obtener. O bien, pueden presentarse como síntomas presentes en determinada situación.
- **Consecuencias.** Son todas aquellas reacciones a las variables de respuesta del paciente relacionadas con este o con el ambiente, y las cuales van a influir en la relación respuesta-consecuencia, es

decir, se aumentará o disminuirá la probabilidad de que la respuesta se manifieste en situaciones futuras.

2. Mapa de alcance de metas. Representación gráfica de la situación actual del paciente y lo que se quiere alcanzar al concluir el tratamiento. Se enlistan aquellas técnicas que podrán ayudar al paciente a alcanzar las metas finales, potenciando un buen resultado al final del tratamiento. El mapa de alcance de metas, describe los siguientes puntos:

- **Estrategias potenciales de intervención.** Se enlistan todas las técnicas que se cree tendrán efecto en los objetivos del tratamiento, es decir, sobre las conductas y cogniciones inadecuados de los pacientes.
- **Objetivos del tratamiento.** En esta, se mencionan todas aquellas cogniciones o conductas en las que se tiene interés en intervenir y modificar.
- **Metas de resultados.** Se proponen todas las metas reales que se buscan alcanzar al finalizar el tratamiento.

En cuanto a las técnicas propias de la TCC, desarrolladas al paso del tiempo, encontramos de dos tipos: técnicas cognitivas y conductuales. Las primeras son un conjunto de técnicas que facilitan el cuestionamiento socrático de los pensamientos (Beck; en INCOSAME, 2012); mientras que las técnicas conductuales son un medio para conseguir modificar las cogniciones de los pacientes (INCOSAME, 2012). A continuación, se enlistan algunas técnicas empleadas en la práctica de la TCC.

3.3.2. Técnicas de autorregistro.

La entrevista es una herramienta útil para la recolección de información, la cual permite obtener un panorama general de la problemática del paciente, observado a grandes rasgos en el mapa clínico de patogénesis; sin embargo, también suelen emplearse los autorregistros, herramientas que se usan a lo largo del proceso terapéutico, y que ayudan, al paciente y al terapeuta, a obtener información sobre

lo que realmente ocurre con relación al problema y los entornos reales (Cormier y Cormier, 2000). Este método permite comprobar las hipótesis formuladas sobre la problemática, así como identificar las relaciones entre las distintas clases de sucesos (pensamientos, emociones y conductas) (Hollon y Kendall, 1981; en Cormier y Cormier, 2000).

Este tipo de evaluación se realiza a través de la auto-observación del paciente (en su interacción con el medio ambiente y con otros individuos), pidiendo que se registre por escrito lo acontecido. Existen diferentes tipos de autorregistros, los cuales cumplen una función en específico.

- ***Autorregistros descriptivos.***

Registro que puede ser introducido en la sesión inicial, con la finalidad de saber qué, cuándo y dónde, le sucede al paciente (ver tabla 9). Son muy útiles cuando el paciente tiene dificultades constantemente para identificar el problema, o los problemas; y, una vez identificados, pueden ser empleados para definir concretamente los “A-B-C” (ver reestructuración cognitiva).

Tabla 9. *Ejemplo de un autorregistro descriptivo (tomada de Cormier y Cormier, 2000).*

Hoja de registro					
Día	Hora	Lugar	Actividad	Personas	Conducta observada

- ***Autorregistros conductuales.***

Los registros conductuales, son una prolongación de los registros descriptivos. En estos se registra el problema (su intensidad) y la conducta (condiciones, frecuencia y duración) (ver tabla 10). Cuando se registra la duración y la frecuencia de la conducta, se puede construir una línea base, es decir, nos da un grado de nivel del problema antes de la intervención terapéutica y establece la dirección y el nivel de cambio que desea el paciente, pero sobre todo servirá para

delimitar los objetivos del paciente. Del mismo modo, permitirá al paciente comparar su mejoría a lo largo del proceso terapéutico.

Tabla 10. *Ejemplo de un autorregistro conductual (adaptada de Cormier y Cormier, 2000).*

Hoja de registro						
Observación de conductas	Día	Hora	Lugar	Frecuencia y duración	Antecedentes que preceden a la conducta	Consecuencias que siguen a la conducta

- ***Autorregistros cognitivos.***

Son herramientas útiles para el paciente que le permitirán identificar sus pensamientos automáticos, emociones y conductas; con ello se pretende explicar la relación A-B-C y la importancia de identificar los pensamientos automáticos (Ruíz Sánchez y Cano Sánchez, 2002) (ver tabla 11). En pocas palabras, recogen información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día, con el fin de conocer en que situaciones, personas o conductas, se incrementa o disminuye el malestar; así como analizar el grado de dominio y agrado de las actividades diarias. Cabe resaltar que este instrumento nos servirá de base para comparar, junto con el paciente, los cambios posteriores, para así retroalimentar y reforzar el aprendizaje.

Tabla 11. *Ejemplo de un autorregistro cognitivo.*

Día	Situación	Hoja de registro		
		Pensamientos automáticos	Emociones	Consecuencias Conductas

De acuerdo con Bados y García-Grau (2010) y Ruíz Sánchez y Cano Sánchez (2002), antes del llenado de estos autorregistros, es necesario indicarle al paciente lo siguiente:

1. Los pensamientos son automáticos e involuntarios, por lo que se escapan fácilmente de la atención consciente; sin embargo, es importante hacer un esfuerzo para poder identificarlos.
2. Debe de asegurarse de identificar los pensamientos importantes que le generan el malestar emocional.
3. Explicarle la importancia de detectar cogniciones verbales e imágenes.
4. Que procure no confundir emociones con pensamientos.
5. Escriba el pensamiento concreto a la situación y por separado, es decir, no hacer párrafos largos, sino separar cada pensamiento. Por ejemplo, “Está harto de mí y hace lo posible por dejarme” “Haré el ridículo y todos se burlarán de mí”.
6. Es importante identificar los pensamientos automáticos justo cuando se desarrolla la situación, ya que lo contrario podría tener una visión más objetiva y perturbar el tratamiento.

- ***Empleo de los registros.***

Cormier y Cormier (2000), mencionan que el éxito de los autorregistros depende de la motivación del paciente para hacerlos, así como las instrucciones y el entrenamiento que recibe para realizarlo. Los autores sugieren cinco consejos para aumentar la motivación del paciente:

1. Explicar las razones del uso de los registros. Es más probable que mantengan un registro si es consciente del propósito que se persigue.
2. Proporcionar instrucciones específicas y detalladas sobre la forma del llenado del registro. Esto puede aumentar la probabilidad que se registre la información de manera precisa (informar sobre qué, cómo, cuándo y cuánto tiempo debe de registrar) y consistente.

3. Adaptar el registro a la capacidad de autoobservación del paciente. Puede iniciarse con un registro sencillo e ir aumentando la cantidad de información requerida para el tratamiento.
4. Adaptar el registro y las instrucciones al problema del paciente.
5. Se debe de involucrar al paciente en la discusión y análisis del registro durante las sesiones, esto servirá como incentivo para su mejoramiento.

Es importante que el terapeuta recuerde que este proceso de autoobservación puede ser reactivo en el paciente, es decir, esto puede influir sobre la conducta que está siendo observada. Cuando este tipo de estrategia se emplea como método de evaluación, la reactividad puede empeorar algún aspecto de la conducta problema, sobre todo si se observan los aspectos negativos de la misma conducta, lo que puede ser señal del estado de ánimo, aumentando la intensidad o frecuencia de dicha conducta. Si esto llega a presentarse, debe detenerse la autoobservación como método de evaluación y emplearse como una estrategia de cambio o modificación, lo que puede reactivar en la dirección deseada.

3.3.3. Técnicas cognitivas.

- **Psicoeducación.**

Esta técnica, es la base de la TCC, pues implica brindar información relacionada con el quehacer de la psicología y del padecimiento que el paciente presenta. La psicoeducación es una técnica que sirve de apoyo en el tratamiento de los trastornos mentales, ya que permite comprender mejor la enfermedad y responder apropiadamente a sus manifestaciones, y muestra eficacia en la disminución de recaídas (Builes Correa y Bedoya Hernández, 2006). Dota al paciente de herramientas que le permiten ser más proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad con la finalidad de reducir recaídas y reingresos a instituciones psiquiátricas o psicológicas (Colom, 2011).

La psicoeducación consiste en la explicación lógica y promueve la comprensión del malestar, cumple una función informativa y construye un nexo entre la lógica del paciente y la lógica del terapeuta.

- **Reestructuración cognitiva.**

Las primeras aplicaciones de esta técnica se remontan a Ellis y Beck, ya que se enfocaron en trabajar en lo que las personas pensaban para así modificar aquellos pensamientos automáticos negativos que suelen aparecer en situaciones que derivan en trastornos mentales como la ansiedad y depresión, entre otros (Meichenbaum, 1988).

Esta técnica, es una de las más empleadas en la TCC por su interés en la modificación cognitiva; sin embargo, es una de las más complejas y su aplicación no es nada fácil, puesto que se requiere un buen conocimiento del problema a tratar, se necesita de velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente; y no está tan pautada a diferencia de otras técnicas (Bados y García-Grau, 2010).

El objetivo de la reestructuración cognitiva es desarrollar estrategias y herramientas que ayuden al paciente a identificar, contrastar con la realidad y modificar las ideas distorsionadas y las creencias disfuncionales que se tienen de la vida diaria (Meichenbaum, 1988).

Dicha técnica se basa en un modelo cognitivo denominado “Modelo A-B-C” (Bados y García-Grau, 2010). Este modelo es empleado para simplificar el comportamiento a los pacientes, pues aborda desde lo que ocurre a nivel cognitivo hasta nivel conductual en todas las situaciones a las que se enfrentan. Se denomina de esta manera, ya que cada letra se refiere a lo siguiente (Bados y García-Grau, 2010):

A: representa la situación, suceso o experiencia de la vida real. Por ejemplo, “avergonzarse al exponer”, “discusión con un familiar”, por citar algunas.

B: se refiere a los pensamientos, apropiados o inapropiados, de los pacientes, sean conscientes o no. Algunos de los ejemplos de pensamientos inapropiados, podrían ser: “todo mundo se burlará de mí”, “siempre hace lo posible por hacerme enojar”, “no valgo nada”.

C: se refiere a aquellas consecuencias emocionales (enojo, tristeza, ira, miedo, sorpresa, entre otras), conductuales (gritos hacia otra persona, evitación, suicidio, etcétera) y fisiológicas (hormigueo, enrojecimiento, problemas gastrointestinales, entre otras) de **B**.

Para llevar a cabo la reestructuración cognitiva, es vital conocer algunos términos y técnicas centrales que permitirán una mayor profundidad y eficacia de la misma durante el tratamiento.

- **Reconocimiento de emociones.**

Esta técnica es empleada comúnmente como apoyo para asesorar a los pacientes acerca de las emociones que conocen y en el cómo las manejan en su vida diaria. Las emociones proveen de información sobre el entorno, comunican a los demás como es que se está percibiendo el entorno y afecta el comportamiento de los demás hacia el individuo que siente (INCOSAME, 2012). En resumen, las emociones son básicas, primarias y de naturaleza social, por lo que para su desarrollo, expresión y comprensión se requieren de experiencias sociales (Pérez Lizeretti, 2009).

Pérez Lizeretti (2009), enlista algunas ideas básicas que deben de considerarse al trabajar con emociones en el tratamiento psicológico:

1. La emoción es multifuncional y multidimensional, pues implica y afecta todas las dimensiones de la persona (afectiva, cognitiva, corporal, ética, entre otras).
2. El carácter funcional o disfuncional de las emociones dependerá de un adecuado aprendizaje de las habilidades emocionales.
3. La cualidad e intensidad de las emociones es personal y depende de muchos factores que influyen en la forma en que éstas son procesadas por quién las experimenta (Clore y Ortony, 2000).
4. El conocimiento de las fases del proceso emocional y su dinámica, posibilita la identificación y diferenciación de múltiples disfunciones emocionales que se observan en el proceso terapéutico.

La técnica suele aplicarse para regular emocionalmente al paciente, es decir, se espera que éste sea capaz de experimentar, influenciar, controlar y expresar sus emociones, siempre y cuando éstas no interfieran en la conducta de manera negativa, se trabaja con el autocontrol de las emociones (INCOSAME, 2012). El objetivo es lograr que las emociones influyan en las reacciones, en la forma de pensar, en la toma de decisiones, en la planificación, en las relaciones interpersonales, en la forma de entender y comportarse en el mundo; de manera adecuada y adaptativa, que generen un bienestar más no un malestar en el paciente (Pérez Lizeretti, 2009).

Las emociones acompañan al ser humano desde su nacimiento, incluso se enlistan las emociones básicas (enojo, alegría, tristeza, sorpresa, asco y miedo), de las cuales, comúnmente, se reportan con mayor frecuencia (por la mayoría de los individuos) las tres primeras. La importancia del “reconocimiento de emociones”, es permitir al paciente un repertorio más amplio de emociones y el conocimiento de las sensaciones físicas que cada una trae consigo.

Hay muchas clasificaciones de emociones, sin embargo, para facilitar la tarea, suele emplearse la clasificación “positivas/negativas” de Vázquez y Pérez-Sales (2003; en Pérez Lizeretti, 2009), en dónde se observa el grado de placer o displacer que provocan. Algunas de estas emociones pueden revisarse en el anexo 3 y 4.

- o ***Pensamientos automáticos.***

Son pensamientos evaluativos, rápidos y breves que aparecen automáticamente ante determinada situación. Generalmente surgen de las creencias, tomadas como verdades absolutas y que generan una interpretación de las cosas y de los hechos, y se expresan de forma de verbal y/o visual (Morgan Donoso, 2011).

En la práctica clínica, a los pacientes se le brindan herramientas, como el modelo A-B-C, para identificar estos pensamientos y comenzar a cuestionar sí estos son, o no, reales.

- ***Distorsiones cognitivas.***

Las distorsiones cognitivas, son aquellos pensamientos no válidos de las situaciones, es decir, son pensamientos automáticos negativos de las situaciones, donde hay una intensa respuesta emocional, a las que nos enfrentamos en la vida diaria, son errores cognitivos. Son generadas a partir de las creencias personales o significados subjetivos aprendidos a lo largo de la vida (Morgan Donoso, 2011). Beck y Sacco (1995), proponen 15 tipos de distorsiones cognitivas, descritas en el anexo 7. Esta herramienta es útil para los pacientes, ya que les proporcionan un panorama de sus cogniciones, el cual pueden identificar que tan creíbles, o no, son éstas.

- ***Pensamientos alternativos.***

Durante el proceso terapéutico, el paciente y el terapeuta trabajan en conjunto para identificar si las cogniciones del primero son válidas o no. En caso de que el paciente presente cogniciones distorsionadas, resultará útil para que puedan cuestionarse y así generar pensamientos alternativos, los cuales deben de ayudar a alcanzar los objetivos reales. Es necesario cuestionar las cogniciones de la siguiente manera (Bados y García-Grau, 2010):

1. **Verbalmente.** Mediante el análisis lógico y considerando la información basándose en las propias experiencias y en las de otros.
2. **Conductualmente.** Buscando datos obtenidos a partir de pruebas o experimentos realizados a propósito.

Estos cuestionamientos, someterán a prueba las cogniciones en la vida real, lo que llevará a generar nuevas cogniciones válidas y positivas respecto a la realidad repercutiendo en la conducta y generando nuevas experiencias.

De acuerdo con Bados y García-Grau (2010), algunas preguntas que podemos sugerir al paciente al momento de poner en disputa sus cogniciones, podrían ser “¿Qué le hace pensar eso?”, “¿Qué razones tiene para creer que esto que piensa pasará?”, “¿Son buenas estas razones?”, “¿Cuál es la probabilidad de que pase lo

pensado?, “¿Qué datos hay a favor y en contra?”, “¿Qué le diría usted a otra persona que tuviera este problema?”, entre otras.

3.3.4. Técnicas conductuales.

- **Reforzamiento positivo.**

Para Domjan (2010), el reforzamiento positivo (parte del condicionamiento operante) es una respuesta que se emite (instrumental) y que produce un estímulo apetitivo (o satisfactorio), lo que permite que las tasas de respuestas para un evento (físico, psíquico o social) aumenten.

El reforzamiento positivo surge de las investigaciones realizadas por Thorndike en 1898 “*La ley del efecto*”, la cual plantea que si una respuesta dada en presencia de un estímulo y es seguida de un evento satisfactorio, la asociación entre estímulo (E) y la respuesta (R), es fortalecida. Si la respuesta es seguida de un evento molesto, la asociación E-R se debilita. En pocas palabras, la consecuencia satisfactoria fortalecerá la asociación E-R, o todo lo contrario (Domjan, 2010).

Martin y Pear (2008), mencionan que un reforzador positivo es, a grandes rasgos, lo que se denomina como un premio o recompensa. Por lo que una vez que un acontecimiento se establece y funciona como reforzador positivo, puede ser empleado como una forma de fortalecer comportamientos de un individuo en otras situaciones. En resumen:

“Sí, en una situación determinada, alguien hace algo que es seguido inmediatamente de un reforzador positivo (consecuencia agradable), es más probable que repita la misma acción la próxima vez que se enfrente a la misma situación”. (Martin y Pear, 2008, p. 32).

Pero también se deben de tomar en cuenta factores que pueden influir en la eficacia del reforzamiento positivo (Martin y Pear, 2008):

- 1. La selección del comportamiento que se quiere aumentar.** Se debe identificar la conducta que se desea reforzar específicamente.
- 2. La elección del reforzador.** La mayoría de los reforzadores positivos se organizan conforme a cinco categorías: de consumo (cualquier tipo de alimento), de actividad (leer un libro, jugar), manipulativo (andar en bici, acceso a un entretenimiento), de posesión (tener un vestido, una pelota) y social (abrazos, elogios, palabras de aliento).

Cualquiera tiene la noción de lo que es un premio o una recompensa, pero muy pocos somos conscientes que el reforzamiento positivo influye en la vida cotidiana, pues los efectos de los eventos diarios están presentes constantemente y las consecuencias que emanan de ellos pueden activar, desactivar o no producen efectos.

Para esta propuesta terapéutica, con el trabajo de Peterson y Seligman “*Values in Action Classification of Strengths*” (2001; en Carr, 2007; y en Peterson y Park, 2009), se adaptó una actividad con las 24 fortalezas propuestas por los autores, con el fin de reducir sintomatología de ansiedad y depresión de los pacientes, fortalecer su autoestima, aumentar habilidades sociales y mejorar la respuesta al tratamiento.

Las fortalezas son fuerzas distintivas que se emplean cada día en los ámbitos principales de la vida (relaciones interpersonales, trabajo y actividades de ocio) y que permiten obtener gratificaciones, las cuales aumentarían la felicidad de las personas (Carr, 2007). Asimismo, se pretende que dichas fortalezas sean una herramienta útil que permita al paciente identificar los aspectos positivos de su personalidad y ayude en la solución de problemas efectiva.

A continuación, se presenta la clasificación de las fortalezas desglosadas de seis virtudes (Carr, 2007):

- 1. Sabiduría.** Curiosidad por el mundo. Pasión por aprender. Juicio, pensamiento crítico y mentalidad abierta. Inteligencia personal, social y emocional. Visión del mundo.

2. **Valor.** Coraje. Perseverancia, laboriosidad y diligencia. Autenticidad, integridad y honradez.
3. **Humanidad.** Amabilidad y generosidad. Capacidad de amar y ser amado.
4. **Justicia.** Ciudadanía, deber, trabajo en equipo y lealtad. Imparcialidad, equidad y justicia. Liderazgo.
5. **Templanza.** Autocontrol y autorregulación. Prudencia, cautela, cuidado y discreción. Modestia y humildad.
6. **Trascendencia.** Respeto y apreciación de la belleza. Gratitud. Esperanza, optimismo y visión de futuro. Espiritualidad, sensación de propósito, religiosidad y fe. Perdón y clemencia. Alegría y buen humor. Pasión, energía y entusiasmo.

- ***Solución de problemas y toma de decisiones.***

La solución de problemas y la toma de decisiones son técnicas cognitivas, y conductuales, pues vienen de la mano; cuyo objetivo es proporcionar al paciente herramientas para la adecuada solución de problemas a los que se enfrentan en la vida diaria.

En primera instancia, se le brindan herramientas al paciente para que éste pueda identificar y solucionar sus problemas de manera adecuada, siempre y cuando éstos tengan una solución posible. Para ello, se han descrito un conjunto de modelos para identificar y trabajar en la solución del problema.

En la misma línea, es importante identificar que orientación tiene el paciente del problema, ya sea positiva (son vistos como retos que pueden solucionarse y para ello están dispuestos a invertir tiempo y esfuerzo) ó negativa (no tienen solución, dudan de su posibilidad para solucionarlos generando frustración y estrés cuando se enfrenta al problema) (Gutiérrez Díaz, 2009).

Bransford y Stein (Hernández Domínguez y Socas Robayna, 1994), propusieron el modelo IDEAL de solución de problemas, el cual facilita la identificación del problema y el reconocimiento de las distintas fases de la solución del problema. Se llama así porque cada letra compone una fase:

- **I:** Identificación del problema.
- **D:** Definición y representación del problema.
- **E:** Exploración de posibles estrategias.
- **A:** Actuación fundada en una estrategia.
- **L:** Logros, observación y evaluación de los efectos de nuestras actividades.

Los dos primeros pasos son muy similares, pues pretenden centrar el problema lo mejor posible, para ello suelen emplearse preguntas de apoyo como “¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué?”. El tercer paso, consiste en explorar todas las posibles alternativas de solución, analizarlas y optar por la que mejor solucione el problema. Finalmente, los dos últimos pasos se refieren al poner en práctica la estrategia elegida y comprobar los logros obtenidos.

Por otra parte, la toma de decisiones no se aleja mucho de la solución de problema. Hay situaciones que exigen de una solución inmediata y otras de una solución más retardada. Esto no quiere decir que la primera sea la menos adecuada y que sea tomada sin analizarse. Por ello, a los pacientes se les ofrece una premisa esencial: tomar la decisión por sí mismos, sin esperar que esta sea forzada o tomada por alguien más (Martínez Clares, 2004). Asimismo, se les ofrece una serie de recomendaciones para la toma de decisiones efectiva (descritas en el anexo 14).

Martínez Clares (2004), describe el siguiente proceso para la toma de decisiones, donde en cada paso debe responderse una cuestión. Este proceso no muestra mucha diferencia con el modelo IDEAL de solución de problemas.

- Identificación del problema: *¿qué hay que decidir?*
- Análisis del problema: *¿cuáles son las opciones posibles?*
- Evaluación o estudio de opciones o alternativas: *¿cuáles son las ventajas e inconvenientes de cada alternativa?*
- Selección de la mejor opción: *¿cuál es la mejor opción?*

- Poner en práctica las medidas tomadas: *¿es correcta la decisión?*
- Evaluación del resultado: *¿la decisión tomada produce los resultados deseados?*

- ***Role-playing.***

Es una técnica conductual que mediante el ensayo conductual, o modelado, en conjunto con el terapeuta, permitirá comprobar o refutar las hipótesis planteadas por los pacientes en relación a sus creencias de las situaciones que les generan el malestar emocional.

En ella se trabajan aspectos como la dirección de las relaciones interpersonales y las motivaciones racionales y emocionales que actúan en la toma de decisiones. Al mismo tiempo, los pacientes exploran emociones, actitudes, percepciones y valores que influyen en su conducta; y mejora su capacidad de solucionar problemas (Martín, 1992).

El Role-playing, consiste en dramatizar (actuar) una situación que presente un conflicto propio o ajeno, a través del diálogo y la interpretación improvisada, con el fin de generar opciones para solucionar el conflicto y tener diferentes modelos de conducta para responder a la situación. Esta técnica, tiene mayor eficacia en la terapia de grupo, ya que permite más puntos de vista y lecturas diferentes de la misma situación (Martín, 1992).

- ***Comunicación asertiva.***

La comunicación es esencial, tanto verbal como no verbal, para poder relacionarnos con las personas que nos rodean. Para ello es importante saber que queremos comunicar, pero sobre todo, como debemos comunicarlo.

Se llama comunicación asertiva, a aquella que nos permite comunicar de manera clara y concisa lo nuestro a los demás, siempre y cuando haya respeto de por medio. Esta comunicación, permite que nuestro mensaje sea interpretado tal y como deseamos que se interprete.

A la hora de practicar esta comunicación en las sesiones, es indispensable presentar los tipos de comunicación y conducta: pasiva-assertiva-agresiva (descritas en el anexo 18), para que ellos logren identificar sus deficiencias comunicativas y conductuales, y así fomentar el trabajo para mejorarlas. Asimismo, es fundamental presentar las técnicas de comunicación asertiva que pueden emplearse cuando se enfrente a una situación de discusión con otro, ya que generalmente son situaciones que nos llevan a perder el control y con ello, puede perjudicarse al otro sin pretender hacerlo.

Las técnicas de comunicación asertiva para discusiones, son las siguientes (Castanyer Mayer-Spiess, 1996; Castellanos Martínez y Tovar Rivas, 2008):

1. **Formas de decir no.** Las personas pasivas, tienen problemas para decir “no”, por lo que esta técnica es adecuada para estos casos y se compone de cuatro tipo de respuesta:
 - *No natural.* Es la manera individual y espontánea de decir NO.
 - *Escuchar activamente después de decir NO.* Se repite lo que dijo la otra persona reflejando que sí se entendió la petición respondiendo inmediatamente “no”.
 - *No razonado.* Se dice NO y se da una explicación sincera.
 - *No temporal.* Con esta respuesta se dice no por el momento, pero se sugiere que se vuelva a pedir en otra ocasión, siempre y cuando se considere cambiar ese “no” por un “sí”.
2. **Disco rayado.** Esta técnica implica repetir el mismo mensaje, con tranquilidad y sin modificarlo, las veces necesarias para que la otra persona comprenda lo que se quiere decir.
3. **Banco de niebla.** Se da la razón a la otra persona en lo que se considere necesario respecto a sus críticas, lo que conllevara a evitar conflictos o discusiones con el otro. Hay un “ceder terreno” aparente, sin embargo, se mantienen las posturas propias.
4. **Aplazamiento asertivo.** Técnica útil para personas que no responden rápidamente a una situación o se sienten abrumados por ella, pues no

tienen la capacidad de responder con claridad y seguridad. Para ello, se solicita aplazar la respuesta hasta que se esté en condiciones óptimas para responder.

5. **Técnica para procesar el cambio.** Desplaza el foco de atención hacia el análisis de lo que ocurre, es decir, se analiza la situación “desde afuera” con el fin de evitar una discusión mayor y tener herramientas para solucionar el problema.
6. **Técnica de ignorar.** Con esta técnica busca dar una pauta a la discusión, permitiendo que la otra persona se calme, para posteriormente conversar sobre el problema con la cabeza fría. Esta pauta debe buscarse de la manera más tranquila y amable posible.
7. **Técnica del acuerdo asertivo.** Es una técnica parecida a la de “Banco de niebla”, sólo que en esta se acepta el enojo o crítica del otro, pero lo que no es aceptable, es la forma en que se dirigen hacia uno mismo.
8. **Técnica de la pregunta asertiva.** Consiste en “pensar bien” de la persona que nos critica y que sus comentarios lo hacen a nuestro favor (independientemente de que lo sean o no). Con ello, se obliga a la persona, por medio de preguntas, a que nos brinde mayor información respecto a sus comentarios y qué es lo que quiere que se cambie.

3.3.5. Técnicas de relajación.

Las técnicas de relajación son fundamentales para la regulación emocional, cognitiva y corporal, es decir, permite que la persona que las practica disminuya la sobreactivación física y regrese a estados basales. Para conseguir lo anterior, se requiere tener dos tipos de entrenamiento, en respiración y en relajación, empezando por el primero se conseguirá el segundo. Por lo tanto, podemos decir que es una técnica conductual específica.

- **Entrenamiento en respiración.**

La respiración es una función principal en los seres vivos, fundamental para sobrevivir y oxigenar los órganos para obtener energía y funcionar adecuadamente, permitiendo que se tenga un buen desarrollo en el ambiente.

Con el paso de los años, la frecuencia respiratoria se acelera, lo que disminuye la cantidad de oxígeno que entra al cuerpo, y por lo tanto, repercutiendo en el organismo. Por ello, es importante respirar correctamente (García-Grau, Fusté Escolano, y Bados López, 2008).

Para poder realizar este entrenamiento, es importante aclarar la importancia de la respiración profunda a los pacientes, así como las posibles ventajas de tener una adecuada respiración. Si es empleada en manejo de ansiedad, es vital informar lo que ocurre fisiológicamente con el fin de fomentar la práctica de la respiración adecuada cuando haya manifestaciones de ansiedad excesiva e incontrolable para autorregularse.

La respiración diafragmática, es la respiración más adecuada, pues hay mayor movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen (INCOSAME, 2012). Debido a esto, se sugiere la respiración diafragmática para el entrenamiento en respiración. De acuerdo con Chóliz Montañés (2005), la respiración diafragmática se caracteriza por lo siguiente:

- El establecimiento de una respiración que llene la parte inferior, media y superior de los pulmones.
- El flujo del aire durante la respiración suele ser el siguiente:
 1. Inspiración. Debe llenarse primero la parte inferior (abdominal) y posteriormente la zona costal media y costal superior.
 2. Espiración. Se expulsa el aire siguiendo el mismo orden que la inspiración.
- La secuencia más característica es la de inspiración-pausa-espriación-pausa. No obstante, la duración de cada etapa es variable.
- La respiración debe ser fluida, constante y no forzada.

- Puede acompañarse por movimientos de brazos u hombros.
 - **Entrenamiento en relajación muscular progresiva.**

La relajación muscular progresiva (RMP), desarrollada por Jacobson (1938; en Payné, 2002), busca conseguir un nivel de relajación general y la autorregulación del organismo mediante ejercicios de tensión-distensión (Chóliz Montañés, 2005). Actualmente, se usa la versión adaptada de Bernstein y Borkovec (1973; en Chóliz Montañés, 2005), por ser una de las mejores adaptaciones, en la cual se trabajan alrededor de 16 grupos musculares alrededor de 30-40 minutos.

Lo que caracteriza a esta técnica, es que a través de la tensión-distensión, se perciben las sensaciones corporales al disminuir la tensión muscular. En dónde durante la fase de tensión muscular se debe percibir la situación de forma activa, pero no cuando hay distensión de los músculos (INCOSAME, 2012).

La RMP, consiste en el trabajo sistemático de los principales grupos musculares, creando y liberando la tensión de éstos, consiguiendo que el paciente aprenda a identificar la tensión muscular (Payné, 2002).

De acuerdo con Payné (2002), la RMP debe llevarse a cabo en una habitación tranquila y con espacio suficiente para tenderse, así como algún tipo de apoyo (cojín, tapete, colchoneta, entre otro). Asimismo, debe describirse el proceso y el objetivo de dicha actividad, pedir que se tome una postura adecuada libre de tensión y, finalmente, se inicia con el ejercicio de relajación, siendo claros en las instrucciones y permitiendo, durante las primeras aplicaciones, interrupciones para aclarar dudas de los pacientes (ver anexo 15).

- **Mindfulness: atención plena.**

La atención plena viene del budismo y es una técnica de meditación conocida como “*Sati*” (“mindfulness” en inglés), la cual es un particular estado de la mente que implica una mezcla de **momento-presente/atención enfocada**, abierta a la conciencia y a la memoria de uno mismo (Kabat-Zinn, 2009; y Siegel, Germer y Olendzki, 2009; en Leahy, Tirch, y Napolitano, 2011). Sin embargo, comenzó a

emplearse en la psicología clínica hace treinta años en Estados Unidos y de ahí se extendió su aplicación a otras partes del mundo (Mañas Mañas, 2009).

Debe entenderse como aquella capacidad básica de la conciencia fundamental para el establecimiento y mantenimiento de una orientación adaptativa y flexible a experimentar emocionalmente (Leahy, et al., 2011). En pocas palabras, es una técnica empleada para incrementar la conciencia y, consecuentemente, responder adecuadamente a los procesos mentales que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales y a problemas de conducta (Mañas Mañas, 2009).

Esta técnica se emplea para enfocar la atención a un objeto determinado, en primera instancia en nuestra respiración observando nuestras emociones, sensaciones e ideas en el “aquí y ahora” sin juzgarlas, sólo dejándolas pasar (Moñivas, García-Diex, y García-de-Silva, 2012). Se enseña a los pacientes emplearla en el ejercicio de la respiración como una nueva herramienta para el desarrollo de una nueva perspectiva sobre sus pensamientos y sentimientos (Leahy, et al., 2011). Del mismo modo, aumenta la aceptación, es decir, se acepta una culpa sin prejuicios; se reconoce que las emociones no tienen que ser controladas o suprimidas sino que pueden ser toleradas y obtener experiencia de esa situación. Se invita al paciente a suspender juicios de sus experiencias y de forma diligente, pero precavida, se llama a nuestra conciencia, una y otra vez, el flujo de eventos en nuestra conciencia (Leahy, et al., 2011). Implica ver el proceso, a ser consciente de este; la práctica del mindfulness genera un espacio entre los estímulos (externos e internos) y las respuestas (externas e internas), es decir habrá un tiempo para responder adecuada y habilidosamente (Mañas Mañas, 2009).

El terapeuta debe de entrenar al paciente en la atención plena de la respiración, y por lo general, lo hace llevando una guía de meditación durante la sesión (ver anexo 19), del mismo modo, debe ser partícipe, es decir, también debe de practicar la meditación en conjunto. Generalmente, se proporciona en intervenciones en grupo, sin embargo, también puede ser empleada en la práctica

individual (Leahy, et al., 2011). Al finalizar la aplicación, debe de cuestionarse a cada participante de la siguiente manera:

- ¿Qué notaste durante este periodo de la práctica?
- ¿Cuál es la diferencia entre esta manera de prestar atención a la que comúnmente empleamos?
- ¿En qué podría ayudar esta práctica de prestar atención a nuestra respiración y al trato de las emociones difíciles?

3.4. TCC aplicada en el tratamiento para la ansiedad.

Básicamente las metas al trabajar con individuos que padecen ansiedad son: disminuir la preocupación, la dificultad para su control y la angustia derivada de ésta. Lo anterior es consecuencia de síntomas cognitivos (pensamientos negativos, miedo a perder el control, preocupación excesiva, entre otros) en conjunto con síntomas físicos (dolor de cabeza, temblor, taquicardia, entre otros). Un propósito importante para su tratamiento, es comprender mejor el origen de esta preocupación, así como la diferencia entre la inquietud benéfica y la poco constructiva (Nezu, et al., 2006).

Cuando hablamos de tratamiento, debemos de enfocarnos en la reducción de síntomas de ansiedad del paciente para que éste pueda llevar una vida cotidiana adecuada. En pocas palabras, se busca mejorar tanto la calidad de vida como la capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes de los individuos que padecen ansiedad.

Se ha observado, en pacientes que refieren síntomas de ansiedad, que el padecimiento tiende a ser una maximización de riesgos y una minimización de recursos personales para hacer frente a una amenaza o peligro percibido. En estos casos, esquemas como el de “amenaza-peligro-vulnerabilidad”, se encuentran latentes filtrando información del exterior que pueda confirmar a las acciones futuras como “amenaza-riesgo-catástrofe”. Lo que conllevará a los

pacientes, en el futuro, a temerle más a los síntomas que a las situaciones que los pueden amenazar (Lamberto, 2007).

Beck (Lamberto, 2007), refería que la TCC para los trastornos de ansiedad era como un proceso psicoeducativo, en donde la comprensión de la naturaleza del problema se hará en un lenguaje sencillo, se delimitarán los objetivos del paciente a mediano y corto plazo, y las tareas realizadas entre sesiones potenciarán la motivación al cambio y la adherencia en el vínculo terapéutico.

En el tratamiento de ansiedad, se empleará la aplicación de técnicas conductuales de relajación o entrenamiento en relajación, pues serán útiles para reducir los síntomas físicos presentes. Asimismo, la exposición a estímulos, o desensibilización, disminuirá la evitación de situaciones estresantes, además pondrá a prueba los pensamientos disfuncionales o imágenes catastróficas de sí mismos.

Aquellas técnicas de corte cognitivo, facilitarán al paciente a reconocer y modificar pensamientos automáticos, asociados a las sensaciones corporales. Esto se hará mediante la autoobservación, habilidad (desarrollada o a desarrollarse) necesaria para reconocer las cogniciones mediante una herramienta de gran utilidad, los autorregistros, empleados para desafiar dichas cogniciones y, posteriormente, considerarlas desde un punto alternativo. La lectura que hará el paciente de la reformulación de sus cogniciones, permitirá que redirija los procesos de atención selectiva, favoreciendo una mayor autopercepción de dominio a las situaciones.

Es importante resaltar, que si bien las terapias se dan dentro de un tiempo limitado, las técnicas aprendidas durante este proceso podrán ser aplicadas a lo largo de toda la vida (Lamberto, 2007).

Se ha comprobado que la TCC empleada como apoyo para el tratamiento de la ansiedad ha resultado ser efectiva. Por ejemplo, Jupp y Dudley (1984; en White, 2000), en su libro *“Descriptivo para el manejo de la ansiedad”*, reportan el trabajo con tres grupos distintos en los que se empleo la TCC: se trabajó durante seis sesiones semanales, con siete participantes con sintomatología de ansiedad, y

realizando intervención en los pensamientos, se establecieron metas reales personales, exposición y relajación. Al finalizar el tratamiento, los cuestionarios y puntuaciones mostraron resultados significativos.

Eayrs y sus colaboradores (1984; en White, 2000), trabajaron durante seis sesiones con dos grupos de pacientes con ansiedad generalizada: uno trabajó con relajación y el otro con habilidades de afrontamiento (relajación progresiva, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, plática positiva sobre sí mismo, focalización y automonitoreo). Al finalizar el tratamiento en ambos grupos, se concluyó que el trabajo con habilidades de afrontamiento, era demasiado complejo para trabajar en sólo seis sesiones.

En 1987, Powell (White, 2000), reportó seis grupos, con 47 pacientes en total, para el manejo de la ansiedad, y de los cuales sólo un tercio padecían ansiedad generalizada, empleando como técnicas de intervención la relajación profunda y con claves, control de la respiración, relajación autógena y la distracción racional. Los resultados que se obtuvieron reflejaron un decremento significativo en los niveles de sintomatología de ansiedad, aunque se mantuvieron niveles moderadamente altos. Cambell y sus colaboradores, en 1993 (White, 2000), reportaron hallazgos similares a los de Powell.

3.5. TCC aplicada en el tratamiento de la depresión.

Para el tratamiento de la depresión, desde el enfoque de la TCC, Beck (Baringoltz y Levy, 2007) establecía los siguientes objetivos básicos:

1. Eliminar síntomas mediante el entrenamiento del paciente para reconocer y expresar sus emociones; identificar y modificar pensamientos distorsionados y conductas desadaptativas. Para disminuir los síntomas somáticos, se orienta a definir y solucionar problemas, a través de técnicas específicas para un mejor afrontamiento.

2. Prevenir recaídas mediante la reestructuración cognitiva, es decir, se capacita al paciente para que reconozca y cambie patrones cognitivos que producen pensamientos erróneos y conductas desajustadas. En esta fase, se trabaja la flexibilización y relativización de supuestos subyacentes y esquemas (sistema de creencias).

Continuando con lo anterior, el cambio y solución de problemas, dependerá de cambiar las cosas, que se logra principalmente mediante la reestructuración cognitiva: cambiando las interpretaciones o expectativas que puede tener un paciente respecto a alguna situación; así como utilizando técnicas conductuales y modificando su conducta. Para Greenberger y Padesky (1998; en Rosas Uribe y López Ramírez, 2011), los sistemas cognitivos de las personas con problemas emocionales, pueden ser modificados a partir de la manipulación conductual y verbal, con el fin de reajustar las emociones y generar cambios positivos en la persona que padece depresión.

Al dar inicio al tratamiento, será importante explicar al paciente los fundamentos de la TCC. Del mismo modo, se empleará el uso de ejemplos que definan cogniciones o pensamientos automáticos, así como la relación entre pensamiento, emoción y conducta, será vital dentro del proceso de aprendizaje. Se deberá establecer un procedimiento para explicar cada paso del tratamiento, las tareas para casa, los fundamentos y objetivos de cada técnica y los métodos psicoeducativos; que debe de mantenerse durante toda la terapia con la finalidad de aumentar el compromiso del paciente y reducir la tasa de abandonos durante el proceso (Levy, 2007).

El modelo TCC (Rosselló y Bernal, 2007), plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y conductas que influyen en el estado de ánimo para tener un mayor control sobre las emociones; por ello es importante trabajar durante por lo menos 12 sesiones de la siguiente manera:

1. En por lo menos las primeras cuatro sesiones, se trabajará la influencia de los pensamientos sobre el estado de ánimo.

2. Las siguientes sesiones, abordarán el trabajo con aquellas actividades de la vida diaria que afectan el estado de ánimo.
3. Para finalizar, deben de trabajarse las relaciones interpersonales que afectan el estado de ánimo.

La mayoría de las tareas están centradas en la escritura: llenado y utilización de registros, escalas, descripción de acontecimientos cotidianos, guiones o cartas. El uso de estas herramientas permite conocer al terapeuta dificultades entre sesiones, además de que se realiza una revisión y evaluación más objetiva por parte del paciente.

A diferencia de lo propuesto por Rosselló y Bernal, Nezu y sus colaboradores, recomiendan el uso de técnicas como la terapia de autocontrol, siendo ésta una tarea conductual estructurada que cuenta con un límite de tiempo y que se centra en resolver tres dificultades propias del paciente (automonitoreo, autoevaluación y autoreforzamiento). De esta manera, se le pide al paciente:

- a) Mantener un registro de experiencias que le sean positivas y su estado de ánimo.
- b) Establecer metas explícitas y específicas que se puedan llevar a cabo y que sean relacionadas con actividades positivas.
- c) Identificar aquellas recompensas adquiridas de una situación (autorrecompensarse cuando se logra una meta).

Asimismo, la activación conductual, desarrollada por Jacobson en 1996 (Nezu, et al., 2006), permite aumentar conductas y/o actividades gratificantes a los pacientes deprimidos. En este enfoque, debe de combinarse la planeación de recompensas y actividades placenteras con el fin de que éstas se logren. Se recomienda que esto se haga gradualmente para evitar una saturación de actividades y no tengan efectos contraproducentes. Es importante emplear técnicas de relajación y técnicas de habilidades para el manejo del estrés, pues permitirán afrontar los síntomas derivados de situaciones estresantes en pacientes con depresión.

Al iniciar el tratamiento con pacientes que padecen depresión grave, deberá de restablecerse el funcionamiento o actividades del paciente antes de presentarse el padecimiento; desafiando principalmente aquellas conclusiones que son incorrectas sobre conductas y cogniciones, por ejemplo, verse como inútiles al realizar una actividad decepcionándose de sí mismos. En estos casos, las técnicas conductuales recomendadas, son la programación de actividades, escalas de dominio y el placer al realizar alguna actividad, asignación de tareas graduales, entrenamiento en asertividad y role playing. Si nos encontramos trabajando con pacientes con depresiones moderadas, se deberán aplicar técnicas cognitivas sin que se utilicen técnicas conductuales previamente. En estos casos, las más utilizadas son: solución de problemas, registro de pensamientos distorsionados y retribución (Levy, 2007).

En varios estudios, se ha tratado de demostrar la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión. Rush, Khatami y Beck (1957; en Beck, Rush, Shaw, y Emery, 2012), realizaron un tratamiento con técnicas conductuales (programación de actividades) y técnicas cognitivas (distorsiones cognitivas), en pacientes con depresión severa, siendo que al finalizar el tratamiento, se observaron mejorías rápidas y estables, cosa que no se consiguió con el tratamiento farmacológico.

El empleo de técnicas conductuales y cognitivas combinadas, han demostrado ser más eficaces en el tratamiento de la depresión, esto comparado con otros métodos de apoyo y no directivos. Shipley y Fazio (1973; en Beck, et al., 2012), emplearon un tratamiento de tres sesiones de una hora enfocadas a alternativas de solución de problemas, el cual mostró tener una mejoría mayor a comparación con un grupo de interés-apoyo.

En el mismo rubro, Taylor (1974; en Beck, et al., 2012), realizó una comparación de tres grupos con diferentes intervenciones (modificación conductual, modificación cognitiva; y modificación cognitiva y conductual). Los resultados arrojaron que en la intervención cognitivo-conductual se tuvo una mejoría superior en comparación con las intervenciones individuales.

Finalmente, Morris (1975; en Beck, et al., 2012), comparó un programa “Dialéctico cognitivo-conductual”, una “terapia orientada al insight” y un “grupo en lista de espera”, con pacientes deprimidas. Al finalizar, encontró que la intervención cognitivo-conductual era efectiva en periodos de tres semanas o seis semanas, siempre y cuando el número de seis sesiones se mantuviera constante. Este hallazgo es importante, pues permite observar que pueden conseguirse resultados significativos en un periodo de intervención limitado.

3.6. TCC aplicada en el tratamiento grupal

Hollander y Kazaoka (1988; en Wessler, 1991), definen a la TCC grupal como:

“Cualquier intento por parte de una persona, o personas, para modificar la conducta de por lo menos dos o más personas que se reúnen en grupo; por medio de la aplicación de procedimientos válidos empíricamente, dentro de un marco que permita la recolección de datos relevantes para la evaluación del impacto de los procedimientos sobre los miembros del grupo y sobre el grupo como un todo”. (Caballo, 1991, p. 819)

Para Wessler (1991), la TCC grupal combina los supuestos y procedimientos de la TCC individual con los procesos que pueden encontrarse en la terapia de grupo. Es así como cualquier procedimiento o técnica utilizada en la TCC individual puede utilizarse dentro de un grupo. Por lo tanto, la TCC grupal se enfoca en la cognición, lo somático y la conducta; donde generalmente se emplean técnicas como la relajación, exposición y la reestructuración cognitiva (White, 2000).

Tradicionalmente, la TCC ha sido descrita y practicada en su formato individual, en mayor parte de la literatura. Sin embargo, en textos clásicos acerca del tratamiento de la depresión, autores como Beck, Rush, Shaw y Emry, en los años 70 aproximadamente, ya describían el uso de la TCC grupal.

Hollon y Shaw (1979; en Bieling et al., 2008), expresan una de las razones más importantes para realizar la exploración grupal dentro de este enfoque:

“Más pacientes pueden ser tratados dentro de un periodo determinado de tiempo por terapeutas capacitados, de los que pueden ser tratados individualmente”. (Bieling, et al., 2008, p. 3)

Algunos autores han encontrado, que en términos de grupos y tiempo-terapeutas, se ofrece hasta un poco más de 50% de eficiencia en comparación con el tratamiento individual (Morrison, 2001; en Bieling, et al., 2008). Aunado a esto, supone un posible ahorro en finanzas en el sistema de salud público cuando un formato de grupo es empleado.

La eficacia del enfoque de la TCC grupal también ha sido comprobada cuidadosamente mediante la investigación y la cual ha sido desarrollada desde los años 70 (Bieling, et al., 2008). Pues se ha demostrado que técnicas empleadas en la TCC, como la relajación, la reestructuración cognitiva, la mejora del autoestima y el entrenamiento en solución de problemas; tienden a potenciar sus efectos cuando el tratamiento es grupal, siendo los componentes terapéuticos más comprometedores (Echeburúa, Salaberría, de Corral, Cenea, y Berasategui, 2000).

Ormrod (1995; en White, 2000), realizó un entrenamiento grupal en el manejo de ansiedad y depresión, dónde encontró que los resultados obtenidos por los pacientes se mantuvieron en el seguimiento, tanto a corto plazo (entre seis meses y dos años) así como a largo plazo (de dos a cinco años).

Se han encontrado algunos estudios los cuales sufren de problemas metodológicos comunes (falta de control en el grupo, incertidumbre en el diagnóstico, medidas o técnicas inapropiadas, confusión de variables de tratamiento, mezcla ecléctica de los tratamientos teóricamente incoherentes).

Bieling (2008), refiere que dentro de un proceso de TCC, deben de considerarse los siguientes factores:

- Los efectos de los síntomas de un miembro a otro.
- Los efectos del estilo de personalidad de un participante a otro.
- Los efectos de la mejora/empeoramiento en uno de los miembros del grupo con respecto a los otros.
- La manera en que un miembro del grupo interactúa con otros.
- La relación terapéutica que se establece entre el grupo y el terapeuta.
- La relación terapéutica entre los miembros del grupo.
- La relación terapéutica entre coterapeutas (sí es que el coterapeuta está presente).
- Los efectos de la deserción y ausentismo en el grupo.
- Los mecanismos de cambio grupales: inspiración, inclusión, aprendizaje grupal, cohesión grupal, cambio de auto-enfoque y procesamiento emocional en el ambiente de grupo.
- Los efectos de las variables individuales dentro del grupo: expectativas de los pacientes, la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, variables del paciente que predicen el resultado y la conveniencia del tratamiento grupal.

Estos factores interactúan con la TCC específica y la entrega de resultados finales del tratamiento. Debe considerarse que esta clasificación puede diferir de algunas otras experiencias al realizar la TCC grupal.

3.6.1. Algunas características a considerar en la TCC grupal.

De acuerdo con Bieling (2008), para poder desarrollar la TCC en su modalidad grupal, es necesario considerar algunos aspectos extras a los mencionados anteriormente, con el fin de alcanzar mejores resultados y ofrecer un tratamiento de calidad a los pacientes.

- **Número de terapeutas.**

Generalmente, en la mayoría de las aplicaciones, se recomienda ser únicamente dos terapeutas, terapeuta primario y el coterapeuta, a cargo de la TCC grupal. Por una parte, el terapeuta primario es el encargado de dirigir las discusiones del grupo y tomar las decisiones sobre el plan de tratamiento; en cambio, el coterapeuta tiene menos responsabilidades inmediatas, es decir, puede cubrir parte del material y el trabajo con algunos ejemplos, pero su función más importante es ofrecer un segundo par de ojos y oídos clínicos, ya que mientras el terapeuta primario se ocupa de la presentación del material, el coterapeuta es capaz de observar las interacciones del grupo y los factores del proceso relevantes.

Normalmente, los terapeutas se reúnen antes de cada sesión para planear quién se hará cargo de cada material de cada sesión, así como discutir sobre los posibles problemas con los miembros del grupo y el material. Del mismo modo, después de cada sesión, deben de discutirse las observaciones relacionadas con el uso de técnicas o procesos, para así realizar acciones correctivas de ser necesarias.

Es importante que los terapeutas involucrados en la aplicación de la TCC grupal trabajen como equipo, es decir, los terapeutas deberán mostrar el mensaje de trabajo en conjunto y de frente unificado al grupo en todo momento. Esto puede lograrse turnándose para participar en el interrogatorio o haciendo intervenciones, siempre y cuando no haya contradicciones en el discurso de ambos terapeutas, pues esto podría confundir al grupo y posiblemente afectar la dinámica de éste. Por eso es elemental reunirse, antes y después de cada sesión, como anteriormente se mencionó.

Otra de las ventajas de contar con un coterapeuta, es que la carga de trabajo puede dividirse (realizar llamadas a los pacientes, notas clínicas o informes psicológicos, entrevistas, entre otros).

En el contexto de la TCC, los grupos tienen mucho que ofrecer en términos de formación, por lo que los alumnos de semestres avanzados de psicología pueden ser coterapeutas competentes para brindar ésta terapia, incluso puede involucrarse un tercer terapeuta cuya función será observar y adquirir conocimientos a partir de la supervisión del terapeuta principal.

- ***Duración de las sesiones.***

Generalmente, los grupos de TCC son susceptibles de ser cerrados, es decir, los miembros del grupo son preseleccionados y están todos presentes en cada una de las sesiones; a excepción de escenarios hospitalarios, donde los pacientes pueden ser dados de alta en un periodo relativamente corto de tiempo y, por ende, dejar de acudir al tratamiento.

Las sesiones de grupo tienden a durar entre una o dos horas. El durar una hora, puede indicar mayor eficiencia; mientras que la duración de dos horas permite más tiempo para trabajar ampliamente los contenidos. Que la TCC dure dos horas, nos trae un conjunto de ventajas, entre las que destacan la flexibilidad en el manejo del grupo y permite más oportunidades para incluir a tantas personas como sea posible en la discusión y ejemplos. Por otro lado, la TCC grupal que dura más de dos horas, tienden a ser largas, cansadas y, por lo tanto, disminuye la capacidad de los pacientes para atender a los materiales y ejercicios.

Por lo tanto, se recomienda que se realicen aproximadamente seis sesiones de dos horas cada una, y durante las cuales deberán distribuirse las siguientes técnicas para mayor efectividad: técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, autorregistros, role playing, comunicación asertiva e incrementar la frecuencia de las actividades placenteras (Verduyn, Rogers y Wood, 2010).

- ***Consideraciones generales en el tratamiento grupal.***

Generalmente, los pacientes llegan con la ilusión de ser atendidos de forma individual y, al ver lo contrario, tienden a rechazar el tratamiento o pierden el interés en ser atendidos. Sin embargo, es importante explicarle al grupo la

finalidad de la intervención en modalidad grupal y los beneficios que ésta tiene para cada persona. Incluso, en cada sesión, es recomendable pedirle a cada integrante que externé su opinión acerca de la sesión y su experiencia con el grupo, esto permite la identificación y fortalecer la relación entre pacientes. Del mismo modo, se recomienda ser exactos en las indicaciones y reglas de convivencia para generar un ambiente de confianza y compromiso entre los pacientes.

Es importante que cuando un paciente se ausente de alguna sesión, se le invite a regresar a la siguiente, en la cual los participantes expondrán lo trabajado en la sesión anterior, con el fin de que todos los pacientes adquieran la mayor cantidad de herramientas posibles para solucionar sus problemas. Por lo que respecta a los terapeutas, estos deberán de aclarar y resolver las dudas que se presenten, esto va a permitir que la tensión, del paciente que se reintegra, disminuya.

Cabe resaltar que en ocasiones la asistencia decae con el paso de las sesiones, lo que puede deberse a factores externos al tratamiento, es decir, a cuestiones administrativas, generalmente de instituciones públicas, que no permiten tener los espacios o flexibilidad deseados, conllevando a la deserción o falta de interés en el tratamiento. Esto no significa que el tratamiento no funcione o no se cumpla con los objetivos del mismo.

Para finalizar, las actividades que se planean con el grupo, deben de ser flexibles, ya que permite el avance y mejoramiento de los pacientes. Es conveniente que se planeen una o dos sesiones extras, por si es necesario que se retomen temáticas o actividades pendientes o de repaso.

En el capítulo tres, se aborda el tratamiento para la ansiedad y depresión desde el enfoque cognitivo-conductual. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), ofrece técnicas cognitivas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, reconocimiento de emociones), conductuales (programas de reforzamiento, solución de problemas, habilidades sociales) y de relajación (respiración diafragmática, mindfulness,

relajación muscular progresiva); empleadas para solucionar una amplia gama de padecimientos.

La TCC se enfoca en alcanzar ciertos objetivos al finalizar un tratamiento, Para el tratamiento en ansiedad, los objetivos se centran en disminuir la preocupación y mejorar el autocontrol emocional, principalmente. Mientras que en depresión, se busca la regulación emocional, identificación de pensamientos distorsionados y solución de problemas adecuadamente.

Las técnicas y características de la TCC, permiten obtener buenos resultados cuando de trastornos psicológicos se trata. En su modalidad grupal, busca facilitar la atención en instituciones públicas, pero sobre todo beneficia a las personas que padecen alguno de los trastornos o padecimientos antes mencionados. A continuación, se presenta una propuesta que cumple con lo mencionado anteriormente.

Metodología

1. Justificación.

Actualmente en México, la población que llega a presentar algún trastorno psiquiátrico, se ha incrementado de manera significativa en los últimos años (Medina-Mora et. al., 2013), esto limita la capacidad de atención en instituciones especializadas. Algunos estudios llevados a cabo en ambientes hospitalarios, permiten conocer que el contar con protocolos de atención y prevención (primarios o secundarios), reducirán costos, no sólo económicos, sino de tiempo invertido por especialistas.

Las habilidades y conocimientos adquiridos por los psicólogos en su formación profesional deben, y están, dirigidos a la prevención y cuidado de la salud mental de la población, pues se cuentan con estrategias de intervención efectivas probadas de manera empírica con resultados positivos. Actualmente, los psicólogos deben de tomar un papel relevante en la sociedad, innovando y planteando nuevas y mejores propuestas para realizar su labor eficazmente.

La siguiente propuesta de tratamiento grupal cognitivo-conductual, surge de la premisa antes expuesta, ya que en México sólo se cuenta con un psicólogo por cada 100,000 habitantes. Se intenta lograr que aquellas personas propensas a padecer algunos de los trastornos psiquiátricos, puedan ser atendidas al presentar los primeros síntomas antes de ser graves y, sobre todo, antes de llegar a ambientes psiquiátricos.

Dos de los trastornos más comunes en nuestra sociedad, son la ansiedad y la depresión. Sus síntomas alteran significativamente la vida de las personas que los padecen, limitando su rendimiento en ambientes escolares, familiares, laborales, entre otros. Aun conociendo cifras relacionadas a estos padecimientos (u otros), la atención a la población se ve limitada, debido a los deficientes presupuestos destinados a la atención en salud mental. Por lo que es importante generar

alternativas de tratamiento que sean económicas, efectivas y que permitan atender a más población, no limitándose sólo a nivel institucional, sino de manera pública, social y privada.

Con el empleo de esta alternativa de intervención, se brindará atención breve en hospitales y centros comunitarios, incluso en la práctica privada, dando la oportunidad de ofrecer atención y prevención psicológica a jóvenes con manifestaciones de los padecimientos mencionados. Permite accesibilidad en horarios, ya que está pensado en ser flexible en duración, tanto en horas como sesiones (estructuradas para este tipo de población).

2. Planteamiento del problema.

Para el tratamiento de determinados padecimientos, se debe prestar mayor atención en etapas primarias, para evitar deterioros en la salud. Específicamente, los síntomas asociados a ansiedad y depresión que afectan la salud, no sólo mental, también física y social de quién la padece. Por esta razón, deben plantearse nuevas estrategias de intervención, poco exploradas o practicadas en nuestro país. Por lo tanto, nuestro planteamiento del problema, se establece de la siguiente manera:

¿Qué efecto tiene un tratamiento cognitivo-conductual grupal en personas que presentan síntomas de ansiedad y depresión?

3. Preguntas de investigación.

¿El tratamiento grupal cognitivo-conductual permite la disminución de síntomas de ansiedad?

¿El tratamiento grupal cognitivo-conductual permite la disminución de sintomatología de depresión?

¿Se observarán cambios en la percepción de calidad de vida, por parte de los participantes, después del tratamiento?

4. Objetivos.

- **General.**

Conocer el efecto que tiene un tratamiento grupal cognitivo-conductual en el manejo de ansiedad y depresión en jóvenes adultos.

- **Específicos.**

Determinar si existen cambios en los puntajes de los instrumentos de ansiedad, depresión y calidad de vida; antes y después de asistir al tratamiento grupal cognitivo-conductual.

Identificar los cambios en los niveles de sintomatología de ansiedad y depresión después de la asistencia al tratamiento grupal.

Mejorar la percepción de calidad de vida de los jóvenes adultos, con problemas de ansiedad y depresión, que asistieron al tratamiento grupal.

5. Variables.

Variables dependientes.

- **Variable dependiente 1: Ansiedad.**

Definición conceptual. Conjunto de síntomas clínicamente significativos como: preocupación excesiva, inquietud, dificultad para concentrarse y mantener la atención, sudoración excesiva, sensación de ahogo, insomnio o hipersomnia, fatiga, sensación de huída, miedo o temor injustificados, incremento en la frecuencia cardiaca y respiratoria, movimientos repetitivos, entre otros. (Rodríguez Correa, 2008).

Definición operacional. Puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad de Beck y en la Escala de Ansiedad de Hamilton.

- **Variable dependiente 2: Depresión.**

Definición conceptual. Alteración del estado de ánimo caracterizado por una tristeza excesiva, pesimismo, autocrítica, pensamientos negativos, insomnio o hipersomnias, letargo, disminución del deseo sexual, sentimientos de culpa, pérdida o aumento del apetito y del peso, insatisfacción, aislamiento, apatía, desesperanza, entre otros; los cuales están presentes durante las últimas dos semanas (American Psychiatric Association, 2013).

Definición operacional. Puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck y en la Escala de Depresión de Hamilton.

Variable independiente.

- **Variable independiente. Tratamiento grupal cognitivo-conductual “Manejo de emociones”.**

Definición conceptual. Supuestos y procedimientos de la Terapia Cognitivo-Conductual individual aplicada a la terapia de grupo. (Wessler, 1991).

Definición operacional. Técnicas seleccionadas y específicas para tratamiento de ansiedad y/o depresión en terapia cognitivo conductual (ver tabla 12).

Tabla 12. *Técnicas empleadas en el Tratamiento Grupal Cognitivo-Conductual “Manejo de emociones”.*

Técnica	Descripción Breve
Reconocimiento de emociones	Técnica empleada para reconocer las diferentes emociones manifestadas en diversas situaciones. Permite conocer nuevas emociones y la expresión adecuada de estas.
Modelo A-B-C	Herramienta cognitiva-conductual útil para simplificar y apoyar al entendimiento de nuestra conducta.
Reestructuración cognitiva	Permite identificar y cuestionar sus pensamientos irracionales y modificarlos por pensamientos reales.
Entrenamiento en respiración diafragmática	Técnica empleada para reducir la actividad simpática del sistema nervioso central o el estado de alerta.
Fortalezas	Término de psicología positiva. Éstas son parte del ser humano, tienen un componente moral y pueden ser entrenadas y mejoradas.
Toma de decisiones	Permite al paciente modificar y mejorar su forma de tomar decisiones mediante un sistema de pasos sistemáticos y sencillos.
Técnica de relajación muscular progresiva	Empleada para relajar y disminuir la tensión de ciertos músculos corporales. Reduce síntomas de ansiedad y de depresión.
Solución de problemas	Se empleó la técnica IDEAL, promoviendo y beneficiando a una correcta solución de problemas.
Comunicación asertiva	Útil para mejorar la comunicación de los participantes. Se emplean técnicas adecuadas para el manejo emocional propio durante una discusión o situación que los sobrepase.
Mindfulness (Atención plena)	Técnica de relajación basada en formas de meditación orientales. Permite al paciente situarse en el aquí y en el ahora.

6. Diseño experimental.

Estudio no-experimental transversal descriptivo, en el que únicamente se analizarán las diferencias de las variables a observar, en tres grupos seleccionados a partir del perfil adecuado al tratamiento. A todos los grupos se les aplicaron cinco pruebas previas al tratamiento grupal, el siguiente paso fue la aplicación del tratamiento grupal, finalizando con la aplicación de las mismas cinco pruebas al terminar el tratamiento.

7. Instrumentos de medición.

Se llevó a cabo la aplicación de los siguientes instrumentos:

- ***Inventario de Ansiedad de Beck.***

Conocido como “*Beck Anxiety Inventory*” (BAI) y creado por Beck y Steer en 1988. Instrumento autoaplicable útil para cuantificar los niveles de ansiedad, basado en los criterios diagnósticos de la ansiedad clínica, por lo que podría representar un síndrome general de ansiedad.

La versión en español fue estandarizada para la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), por lo tanto, es confiable y válida para medir la sintomatología de ansiedad en nuestros participantes.

Este instrumento consta de 20 reactivos con cuatro posibles respuestas tipo Likert, las cuales están especificadas de la siguiente manera: “poco o nada”, “más o menos”, “moderadamente” y “severamente”.

Para su aplicación, se le pide al participante que indique con una “X” la respuesta con la que se identifique, esto por cada reactivo, procurando no dejar sin contestar ninguno. Para su calificación se hará de la siguiente manera, la opción “poco o nada” equivale a 0, “más o menos” tiene un valor de 1, “moderadamente” es igual a 2 y “severamente” se calificará con 3. La suma total de los reactivos, nos dará un parámetro de interpretación:

- 0-5= ansiedad mínima
- 6-15= ansiedad leve
- 16-30= ansiedad moderada
- 31-63= ansiedad severa

- ***Inventario de Depresión de Beck.***

El “*Beck Depression Inventory*” (BDI) fue creado por Beck, Steer y Brown (1996, segunda edición) y publicado por Psychological Corporation. Es un instrumento útil para cuantificar los niveles de depresión, por lo que representa un síndrome general de depresión, el cual se puede dividir en tres aspectos intercorrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteraciones somáticas.

El inventario fue adaptado y estandarizado para la población mexicana en 1998 por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, por lo tanto, cumple con la confiabilidad, validez de contenido, de criterio y de constructo.

Dicho instrumento, consta de 21 ítems con cuatro posibles respuestas en escala tipo Likert que va de 0 a 3, dónde el participante deberá seleccionar en cada reactivo la frase, o las frases, con las que se identifique.

Para su aplicación, se le pide al participante que elija y encierre en un círculo la respuesta que más lo represente, con la opción de poder encerrar una o más respuestas, sí así lo desea. Por otra parte, para su calificación, debe de considerarse la opción con mayor valor numérico para cada reactivo, realizando una suma total, la cual nos brindará un nivel de depresión correspondiente a cada puntaje (Jurado, et al., 1998):

- 0-9= depresión mínima
- 10-16= depresión leve
- 17-29= depresión moderada

- 30-63 = depresión severa

- **Escala de Ansiedad de Hamilton.**

Escala elaborada por M. Hamilton en el año de 1959 y conocida como “*Hamilton Anxiety Rating Scale*” (HARS). Como una de sus particularidades, se encuentra la autoaplicación; sin embargo, ésta debe de llevarse a cabo ante la presencia de profesionales de la salud mental. Se aplica con el único fin de conocer la severidad de los síntomas de ansiedad (Secretaría de Salud, 2010). Hay varias versiones en español para esta escala, sin embargo, la validación de esta escala se consiguió en 2002.

Esta escala no sólo determina una interpretación para los niveles de ansiedad generales, ya que se compone por dos sub-escalas: ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Consta de 14 reactivos, siete para evaluar cada sub-escala, con opciones de respuesta estructuradas tipo escala Likert, cuyas calificaciones son las siguientes: 0= ausente, 1= leve, 2= moderado, 3= severo, y 4= muy grave o incapacitante.

Para la interpretación pertinente de la escala, deben de considerarse los puntajes para cada sub-escala para una visión más clara. Asimismo, de la suma total de los reactivos, se obtendrá el puntaje general para determinar el nivel de ansiedad:

- 0-5= ausencia de ansiedad
- 6-14= ansiedad leve
- >15= ansiedad moderada/grave, requiere tratamiento

- **Escala de Depresión de Hamilton.**

Esta escala es conocida como “*Hamilton Rating Scale for Depression*” (HRSD) y fue elaborada por M. Hamilton en 1969. Es un instrumento que puede ser autoaplicable y que sirve para cuantificar los niveles de depresión en la población.

Originalmente constaba de 21 ítems, sin embargo, se realizó una versión reducida con 17 ítems, la cual está recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva (Universidad Complutense de Madrid, 2006).

La “Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud” (DGPLDES, 2009), de la Secretaría de Salud de México, establece que es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población adulta de todas las edades afectadas por esta enfermedad.

Esta escala se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan, en escala Likert, de 0 a 4, y ocho temas de 0 a 2. El punto de corte entre “ausencia de depresión” y “posible depresión”, es de 6; por lo tanto, la escala máxima es de 52 (temas 1 a 17). Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de ésta enfermedad o corresponden a síntomas raros.

Para su aplicación, es necesario que se lleve a cabo por médicos o psicólogos familiarizados con la escala. Puede llevarse de 15 a 20 minutos en aplicarse, recomendándose el uso de lápiz y goma.

La interpretación de la prueba se hará de la siguiente manera:

- 0-7= no deprimido
- 8-13= depresión ligera/menor
- 14-18= depresión moderada
- 19-22= depresión severa
- >23= depresión muy severa

- ***Instrumento WHO-QOL-Breve.***

Cuestionario elaborado por el WHOQOL Group en 1998, desarrollado como una versión breve del WHO-QOL-100 (de 100 reactivos) encargado de evaluar la calidad de vida, en áreas, de los individuos. Para la validación de este cuestionario, pasó por un proceso de traducción y adaptación de los ítems

evaluados por 21 jueces, encontrándose de acuerdo entre los ítems de 69.05% para darle validez de contenido al instrumento (Acosta Quiroz, et al, 2013).

Dicho instrumento cuenta con 26 reactivos, los cuales resumen cuatro áreas importantes: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente; dando un panorama general de dicha área, entre más alto sea el porcentaje por área, mayor percepción del paciente en su calidad de vida.

Es un instrumento que puede ser autoaplicable, siempre y cuando esté presente el profesional de la salud. Cada reactivo tiene 5 opciones de respuesta tipo escala Likert, que van de 1 a 5, cambiando la opción de respuesta en determinado número de reactivos.

Para la calificación de la prueba, deben de considerarse determinados ítems por cada área sumándolo y obteniendo un puntaje crudo (ver tabla 13):

La pregunta **1**, evalúa la *calidad de vida en general* que la persona percibe poseer.

La pregunta **2**, evalúa la percepción de *salud general* que la persona percibe poseer.

Tabla 13. *Calificación del WHO-QOL-Breve.*

Factor	Ecuación para obtener puntaje crudo
Factor físico	$(6-P3)+(6-P4)+P10+P15+P16+P17+P18$
Factor Psicológico	$P5+P6+P7+P11+P19+(6-P26)$
Factor de relaciones sociales	$P20+P21+P22$
Factor ambiente	$P8+P9+P12+P13+P14+P23+P24+P25$

8. Participantes.

Este tratamiento se replicó en tres ocasiones durante un periodo de seis meses (agosto-febrero). El primer grupo inició con seis participantes, finalizando el tratamiento cuatro de ellos. Para el segundo grupo, se obtuvo un total de cuatro

participantes, concluyendo el tratamiento dos de ellos. Finalmente, para el tercer grupo se obtuvo la participación de seis participantes, concluyendo únicamente tres de ellos. Por lo tanto, el total de participantes al inicio del tratamiento fue de 16, finalizando nueve de ellos, de los cuales seis son del sexo femenino y tres del sexo masculino.

Para la selección de los participantes, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Jóvenes adultos de edades entre 20 y 35 años de edad.
- La presencia de síntomas asociados a la ansiedad, tales como: inquietud e impaciencia, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño (problemas para conciliar o mantener el sueño, sensación de sueño no reparador después de despertarse), sensación de ahogo, entre otros; los cuales deben de estar presentes en un periodo no menor a los 6 meses y no mayor a los 4 años.
- Presencia de ansiedad “moderada o severa”, de acuerdo al “Inventario de Ansiedad de Beck”.
- La presencia de síntomas asociados a la depresión, como son: estado depresivo la mayor parte del día (sentimiento de vacío o tristeza, llanto), disminución del placer en casi todas sus actividades durante todo el día y casi todos los días, pérdida de peso drásticamente, aumento o pérdida del apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, entre otros; los cuales deben de estar presentes en un periodo no menor a los 6 meses y no mayor a los 4 años.
- Presentar, de acuerdo al “Inventario de Depresión de Beck”, depresión moderada o severa.

- Deben de tener una escolaridad mínima de bachillerato.

Criterios de exclusión:

- Los participantes no deben de estar recibiendo tratamiento en alguna institución psiquiátrica.
- Los síntomas de ansiedad o depresión no deben de estar asociados a alguna enfermedad mental o inducida por el consumo de sustancias.
- Los participantes no deben de llevar tratamiento psicofarmacológico para contrarrestar estos padecimientos.
- Personas que vengan con diagnóstico de depresión mayor o trastorno depresivo mixto.

9. Escenario.

Para la realización de dicho tratamiento, se requirió el uso de las instalaciones del CSP, en específico de las cámaras de Gesell, sin observadores.

El primer grupo trabajó los días jueves de 12:00-14:00 hrs, para las últimas dos sesiones, se trabajó en un horario de 10:00-12:00 hrs los días viernes, esto debido a la solicitud de la jefatura por disponibilidad de espacios.

El segundo grupo, acudió al centro los días viernes de 10:00-12:00 hrs, con modificaciones del horario a conveniencia de los participantes, determinando un horario de 11:00-13:00 hrs el mismo día.

Para el tercer grupo, se requirió trabajar en un horario vespertino, por lo que se convino realizarlo los días jueves de 17:00-19:00 hrs.

10. Procedimiento.

Se realizó una revisión de 30 expedientes, junto con la jefatura, para formar el primer grupo, de los cuales se obtuvo un conjunto de 9 candidatos a los cuales se

les contactó para que acudieran al tratamiento, asistiendo seis participantes. Para el segundo grupo, la jefatura nos facilitó 10 expedientes, de los cuales fueron contactados seis participantes acudiendo únicamente cuatro de ellos. Finalmente, para el tercer grupo, se realizó la revisión de 20 solicitudes de ingreso, proporcionados por la jefatura del CSP, donde 12 de ellos eran candidatos para el tratamiento, siendo contactados y acudiendo solamente seis de ellos.

Se elaboraron los Mapas Clínicos de Patogénesis del primer grupo (Nezu, et al., 2006), para conocer las necesidades individuales de cada participante y así poder realizar el plan de tratamiento pertinente para los grupos (ver anexo 1). Dicho plan, se realizó a partir de la investigación bibliográfica, en la que se eligieron las técnicas adecuadas para llevar a cabo el tratamiento grupal cognitivo-conductual “Manejo de emociones”, determinando que este tendría una duración de 9 sesiones semanales de 2 horas cada una. La temática y actividades de cada sesión se pueden conocer en las cartas descriptivas adjuntas (ver anexo 2).

En la primera sesión, se les dio una bienvenida al taller y se realizaron dinámicas para que los integrantes se conocieran y dieran a conocer sus expectativas al recibir el tratamiento. Asimismo, se dio a conocer, de manera general, el plan de tratamiento que se llevaría a cabo. Se les dio una breve introducción en cuanto a lo que es la ansiedad, depresión y el tratamiento cognitivo-conductual. Finalmente, se evaluó a los participantes con los instrumentos mencionados anteriormente.

Para la segunda sesión, se retroalimentaron los conceptos de ansiedad y depresión revisados la semana anterior. Posteriormente, se les presentó una serie de rostros representando diferentes emociones, las cuales debían identificar de acuerdo a su experiencia (ver anexo 3). Al finalizar esta actividad, se les proporcionó una lista de emociones para determinar su clasificación (positivas, negativas o neutras) (ver anexo 4), se revisaron en grupo las opiniones y se les ofreció orientación en dichas clasificaciones. A continuación, se les proporcionaron los rostros nuevamente para que, basándose en el listado, renombraran las emociones representadas. A continuación, se les explicó parte del modelo A-B-C, dónde se trabajó con A (situación) y C (consecuencias), dejando como tarea,

identificar sus reacciones ante las situaciones con el apoyo del autorregistro 1 (anexo 5). Finalmente, se proporcionó la técnica de respiración diafragmática, con el fin de que la practicaran durante la semana y esperar mejoría en sus niveles de ansiedad y depresión.

En la tercera sesión, se revisó lo trabajado en la semana por cada uno de los participantes y, en caso de dudas, fueron aclaradas. Se trabajó con el autoconcepto de cada uno, realizaron una descripción propia respecto a su percepción, así como lo que los demás piensan respecto al participante en turno; asimismo, identificaron las ideas irracionales respecto a su persona. A continuación, se les presentó el concepto de los pensamientos automáticos, trabajando con base al modelo A-B-C y a los autorregistros que se llevaron de actividad en casa, ayudándoles a identificar los pensamientos en sus situaciones semanales y reforzando con situaciones ficticias. Para finalizar la sesión, se realizó el entrenamiento respiración diafragmática. Como ejercicio en casa, se les proporcionó el autorregistro 2 (ver anexo 6).

Para la cuarta sesión, se trabajó con los pensamientos automáticos que los participantes tuvieron durante la semana, con dos objetivos. El primero, fue analizar los pensamientos e identificar las distorsiones cognitivas que previamente fueron explicadas y ejemplificadas en la sesión (ver anexo 7). El segundo objetivo, fue promover la modificación de pensamientos automáticos para generar y elaborar pensamientos alternativos positivos. Para finalizar la sesión, y reforzar los conocimientos, se pidió a los participantes se dividieran en dos equipos, se les presentó un conjunto de situaciones en las cuales los participantes debían identificar las distorsiones cognitivas de cada situación y formularan pensamientos alternativos (ver anexo 8). Se realizó un entrenamiento sencillo en relajación, para disminuir su sintomatología de ansiedad y depresión, en cualquier situación que lo crean pertinente. Para actividad en casa, se les proporcionó el autorregistro 3 (ver anexo 9) en el que debían evaluar la credibilidad de los pensamientos automáticos; asimismo, se les entregó el autorregistro 4 (ver anexo 10), en el cual debían generar pensamientos alternativos para sus pensamientos automáticos; y

el autorregistro 5 (ver anexo 11), en el cual debían identificar sus distorsiones cognitivas y generar pensamientos alternativos positivos para cada pensamiento automático. Se les proporcionó un listado con las diferentes distorsiones cognitivas trabajadas en la sesión.

En la quinta sesión, se trabajó con las fortalezas personales de cada participante, realizando dos actividades. La primera consistió en la realización de un Dibujo de la Figura Humana (DFH), para trabajar autoimagen; y el segundo, la elaboración de una silueta humana, dentro de ella expresaron sus aspectos positivos personales y fuera de ella los negativos. Posteriormente, se les presentaron una serie de enunciados (fortalezas), los cuales debían elegir respecto a lo que son como persona (ver anexo 12), a continuación, se les pidió que formaran parejas, para reflexionar sobre ambas actividades. Al concluir esta actividad, se les pidió hicieran la observación respecto a lo que notaron cuando su compañero explicaba sus fortalezas y aspectos negativos, esto con el fin de reforzar su autoconcepto positivamente. De nueva cuenta, se llevó a cabo la práctica del entrenamiento en relajación y pidiendo a los participantes la llevaran a cabo durante la semana. Asimismo, se les hizo entrega de los autorregistros 3, 4 y 5, para trabajo semanal.

El trabajo de la sexta sesión se centró en la toma de decisiones, evaluando, en primera instancia, la toma de decisiones personal, para que a continuación se trabajara con base al modelo de toma de decisiones efectiva así como la presentación de los tipos de decisiones (ver anexo 13) y las recomendaciones para la toma efectiva de decisiones (ver anexo 14), a continuación se formaron en parejas para realizar la actividad, se les pidió que tomaran una decisión para una situación ficticia, con el fin de que ellos comprendieran los conceptos trabajados en la sesión y así mejorar la destreza en la toma de decisiones personales; al concluir el ejercicio, se les pidió comenzar a realizarlo en situaciones cotidianas. Para finalizar, se les enseñó la técnica de “Relajación Muscular Progresiva” propuesta por Jacobson en 1938, pero usando la adaptación de Bernstein y Borkovec (1973), esto como alternativa para reducir sus niveles de ansiedad y depresión en el momento que lo requieran. Se les proporcionó en una fotocopia

con las instrucciones para tensar-destensar los 16 grupos musculares, con la finalidad de tener una mayor efectividad de la técnica (ver anexo 15) y se les volvió a solicitar el llenado de los autorregistros 3, 4 y 5.

La séptima sesión se enfocó en la solución de problemas, apoyándonos con el modelo IDEAL. Antes de iniciar, se retomaron los conocimientos de la sesión anterior, por la similitud de temáticas. Para obtener mayor efectividad en la identificación del problema, se les presentó un conjunto de preguntas (ver anexo 16) como apoyo. A cada participante se le pidió que representara una escena, junto con otro compañero, para que los demás participantes generaran alternativas de solución y ellos mismos pudieran aplicarlas en las situaciones ficticias y reales. Estas situaciones se tomaron de los autorregistros que ellos llenaron semanalmente. Para concluir la sesión, se trabajó nuevamente en la relajación muscular progresiva.

Para la octava sesión, se trabajó con comunicación asertiva. A los participantes se les presentaron varias técnicas para tener una comunicación adecuada al momento de solucionar problemas. De nueva cuenta, se les pidió que en parejas, escenificaran alguna situación e intentaran ser lo más asertivos posible, según la técnica que les correspondía (ver anexo 17). Al finalizar, se les entregó un material para que ellos identificaran que tan asertivos eran (anexo 18). Se volvió a trabajar con relajación muscular progresiva para dar por finalizada la sesión.

Para la novena y última sesión, se les pidió a los participantes que de nueva cuenta llenaran las evaluaciones correspondientes al tratamiento. Al concluir dicha petición, se llevó a cabo por última vez el ejercicio de respiración muscular progresiva. A continuación, se les pidió que se acomodaran en una colchoneta, proporcionada por el CSP, para practicar la última técnica de relajación, “mindfulness” o conocida, por su traducción al español, como “atención plena”. Para dar por finalizado el tratamiento, se les proporcionaron sus evaluaciones iniciales y las finales para que notaran la reducción de síntomas asociados a ansiedad y depresión. Se les recomendó seguir trabajando con las herramientas proporcionadas durante todo el tratamiento.

11. Análisis estadístico.

Para este trabajo, los resultados se analizaron con la prueba no paramétrica para grupos apareados, conocida como T de Wilcoxon.

Con la finalidad de conocer el tamaño del efecto en cada variable, se realizó la prueba d de Cohen.

Finalmente, se realizó el cálculo del porcentaje de cambio con la finalidad de conocer el impacto del tratamiento, en cada paciente, al término de este.

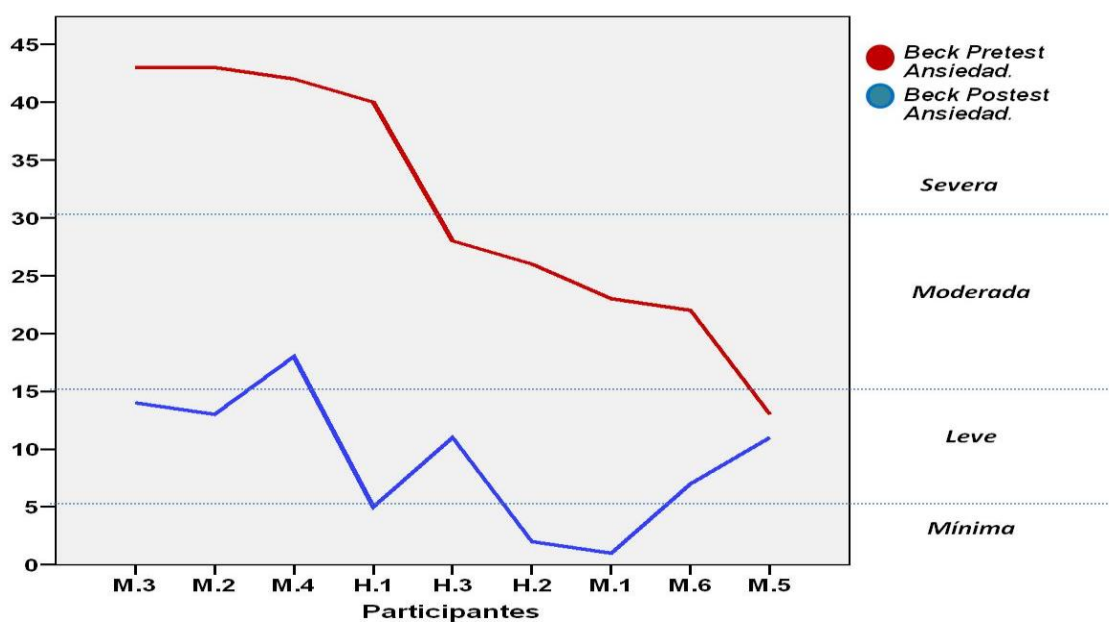
El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa IBM SPSS Statistics 20.

Resultados

Se trabajó con un total de nueve participantes, con una media de edad de $\bar{x} = 24.7$ años; de los cuales seis fueron mujeres de entre 20 a 29 años, y tres hombres de 24 a 32 años. Del total de mujeres, cinco contaban con nivel educativo de licenciatura y una, maestría. Mientras que del total de hombres, dos tenían licenciatura y uno con bachillerato.

Los resultados obtenidos de la aplicación individual de los instrumentos para medir los niveles percibidos de los síntomas de ansiedad y depresión, se presentan a continuación. En cada caso, se llevó a cabo una comparación de los puntajes pre-test/post-test para conocer si los resultados obtenidos son estadísticamente significativos, esto a partir de una prueba no paramétrica T de Wilcoxon, además de realizar la prueba d de Cohen para conocer el tamaño del efecto en cada una de las variables.

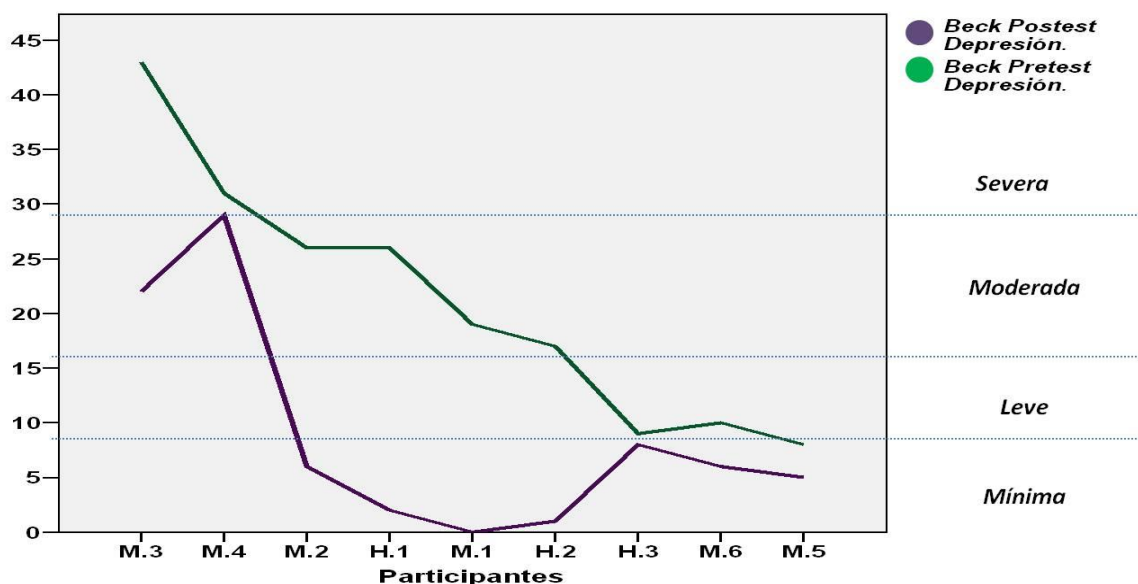
Las puntuaciones pre-test del instrumento BAI ($\bar{x} = 31.11$; $\sigma = 11.141$) se sitúan en niveles de ansiedad moderada o severa (de acuerdo a la clasificación para la población mexicana) en la mayoría de los participantes. Mientras que para la aplicación post-test, de este instrumento, los puntajes obtenidos muestran que los síntomas autorreportados para esta escala ($\bar{x} = 9.11$; $\sigma = 5.72$) disminuyeron, situándolos para su clasificación en rangos de ansiedad leve. Sin embargo, el puntaje para la paciente **M4**, se mantuvo en el rango establecido para ansiedad moderada, $t_{(8)} = -2.668$, $p = .008$, $d = .77$ (ver gráfica 3).



Gráfica 3. Puntajes totales: BAI pre-test y post-test.

Los resultados de la aplicación pre-test del BDI mostraron puntuaciones clasificadas en niveles de depresión moderada y/o severa ($\bar{x} = 21$; $\sigma = 11.662$). En la aplicación post-test, los participantes obtuvieron puntajes ($\bar{x} = 8.78$; $\sigma = 9.98$) clasificados como depresión mínima. Estos puntajes demuestran una disminución en la mayoría de los casos; sin embargo, en las participantes **M3** y **M4**, los niveles

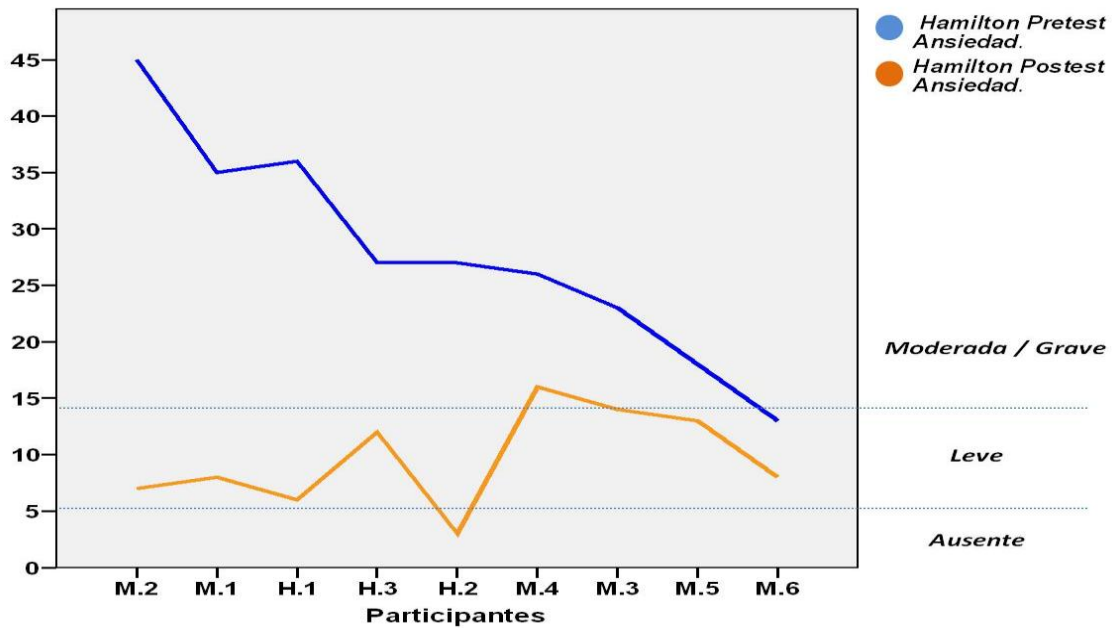
autorreportados para este padecimiento se mantuvieron en el rango de depresión moderada, $t_{(8)}=-2.666$, $p=.008$, $d=.49$ (ver gráfica 4).



Gráfica 4. Puntajes totales: BDI pre-test y post-test.

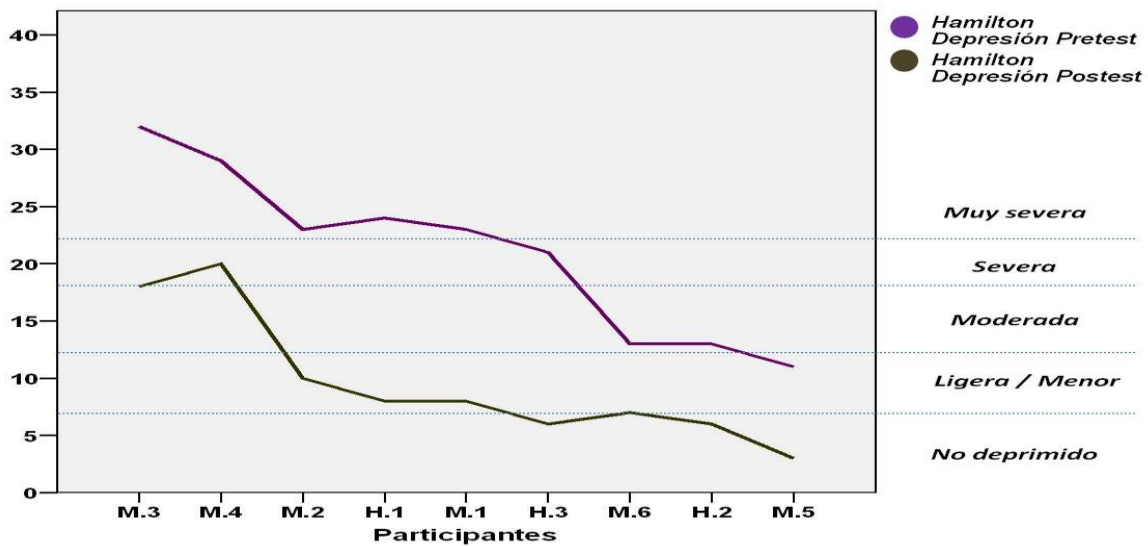
Como anteriormente se mencionó, se utilizaron dos instrumentos adicionales a los aplicados en el CSP, con la finalidad de obtener mayor confiabilidad de los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes; destacando que estos dos instrumentos son utilizados por la Secretaría de Salud (2009).

Los resultados de la aplicación pre-test del HARS, mostraron que las puntuaciones obtenidas ($\bar{x} = 27.78$; $\sigma = 9.7$) se clasifican dentro de los rangos establecidos para niveles de ansiedad moderada o grave, por lo tanto, requieren tratamiento. Mientras que la aplicación post-test mostró que los puntajes obtenidos ($\bar{x} = 9.67$; $\sigma = 4.27$) situaron a cada participante en ansiedad leve, $t_{(8)}=-2.668$, $p=.008$, $d=.77$ (ver gráfica 5).



Gráfica 5. Puntajes totales: HARS pre-test y post-test.

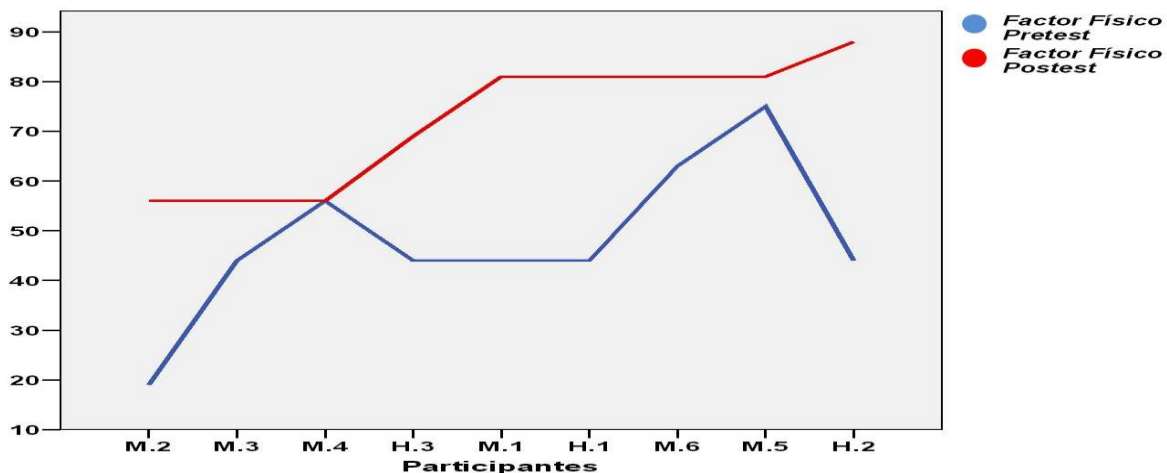
Por último, la aplicación pre-test del HRSD, mostró puntajes ($\bar{x} = 21$; $\sigma = 7.23$) que se ubicaron en niveles de depresión severa. En la aplicación post-test, se observó una disminución en los puntajes ($\bar{x} = 9.56$; $\sigma = 5.70$), ubicándolos en niveles de depresión ligera/menor, $t_{(8)} = -2.668$, $p = .008$, $d = .66$ (ver gráfica 6).



Gráfica 6. Puntajes totales: HRSD pre-test y post-test.

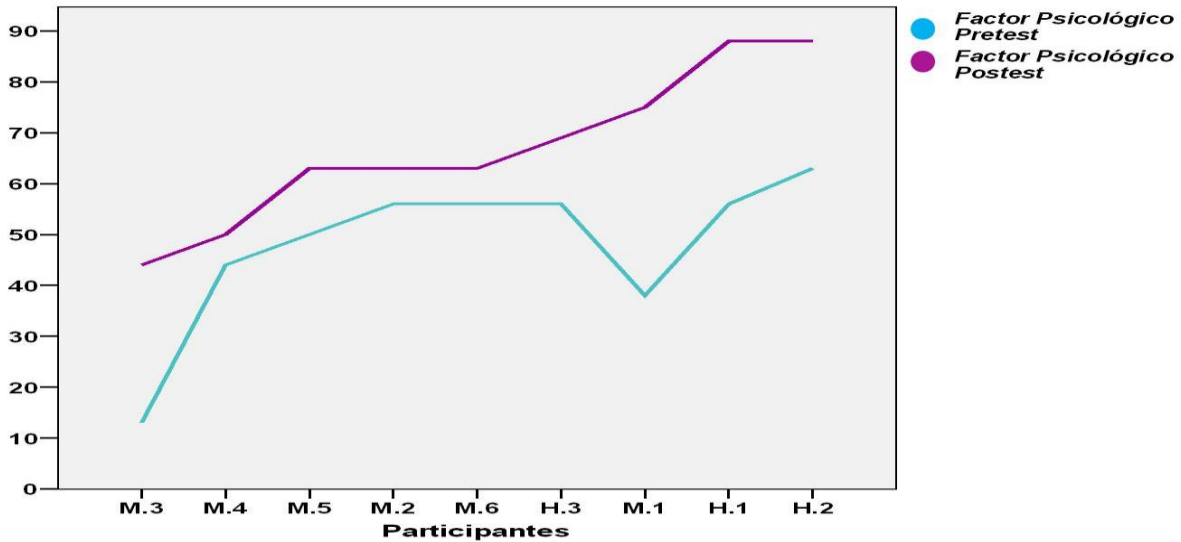
Dentro del proceso inicial del CSP, se realiza la aplicación del instrumento *WHO-QOL-Breve*, el cual permite conocer el porcentaje de la percepción de la calidad de vida de cada paciente y abarcando los factores físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente. Los resultados se describen enseguida, presentando las calificaciones pre-test y post-test.

En el **factor físico**, se observa un incremento del porcentaje entre el pre-test ($\bar{x} = 48.11$; $\sigma = 15.56$) y con la mayoría de los puntajes post-test obtenidos por el grupo ($\bar{x} = 72.11$; $\sigma = 13.02$) $t_{(8)} = -2.533$, $p = .011$, $d = .64$. En este factor destaca el participante **H2** con un aumento del 44%, mientras que se incrementó en un 37% para los casos **H1**, **M1** y **M2**; 25% para **H3**, 18% en **M6**, 12% en **M3**, 6% para **M5** y, finalmente, se mantuvo sin cambios la puntuación obtenida por **M4** (ver gráfica 7).



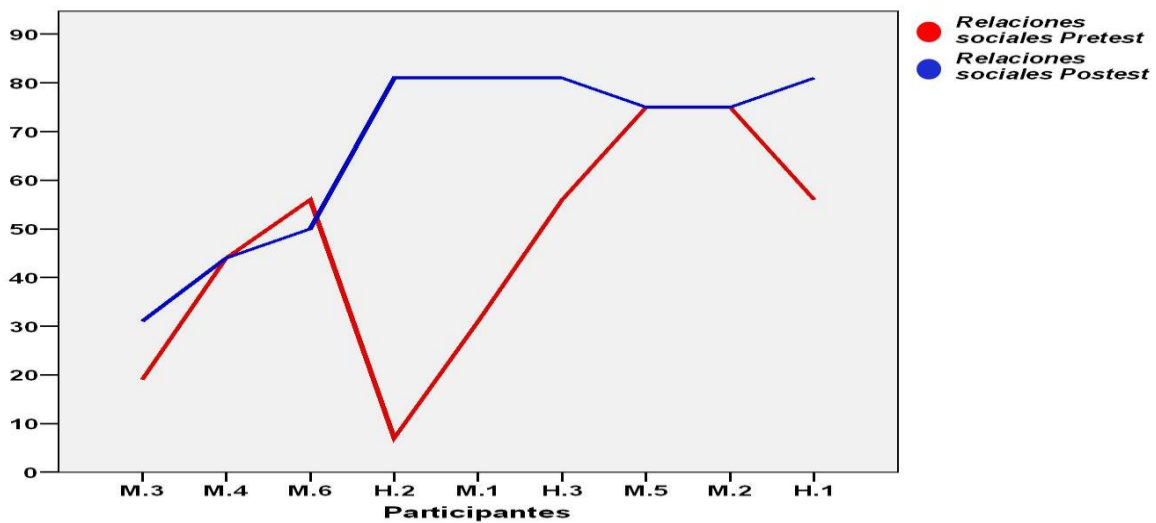
Gráfica 7. Porcentajes pre-test/post-test WHO-QOL-Breve: Factor Físico.

En el **factor psicológico**, se observaron cambios en los puntajes obtenidos pre-test ($\bar{x} = 48$; $\sigma = 15.10$) en comparación con la aplicación post-test ($\bar{x} = 67$; $\sigma = 15.06$). El incremento mayor se presentó en la participante **M1** con 37%, mientras que para los casos **M4** y **M6** el aumento fue de sólo 6% y 7% respectivamente. En la comparación estadística, los resultados obtenidos son los siguientes $t_{(8)} = -2.670$, $p = .008$, $d = .53$ (ver gráfica 8).



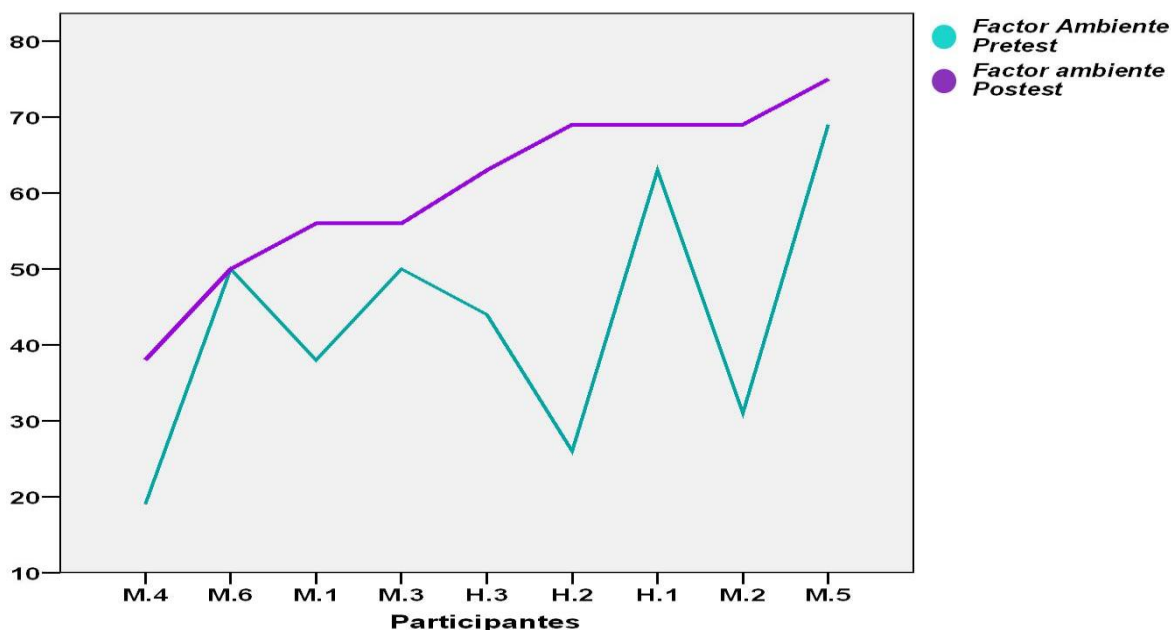
Gráfica 8. Porcentajes pre-test/post-test WHO-QOL-Breve: Factor Psicológico.

El **factor de relaciones sociales**, en su comparación mostró un leve aumento en las puntuaciones entre la primera aplicación ($\bar{x} = 46.56$; $\sigma = 23.6$) y la segunda aplicación ($\bar{x} = 66.56$; $\sigma = 19.44$), $t_{(8)} = 1.997$, $p = .046$, $d = .41$. En este factor, el participante **H2** reportó un aumento del 74%, la participante **M1** tuvo un aumento del 50%, los casos **H1** y **H3** mostraron un incremento del 25%, 12% en **M3**, -6% para **M6**. Mientras que **M2**, **M4** y **M5** no presentaron cambios (ver gráfica 9).



Gráfica 9. Porcentajes pre-test/post-test WHO-QOL-Breve: Factor Relaciones Sociales.

Finalmente, el factor relacionado con el **ambiente**, presentó modificaciones en comparación con la aplicación pre-test ($\bar{x} = 43.33$; $\sigma = 16.61$) y la aplicación pos-test ($\bar{x} = 60.56$; $\sigma = 11.67$) $t_{(8)} = -2.536$, $p = .011$, $d = .51$. En lo particular, con un 43% los participantes **H2** y **M2** se sitúan con un mayor aumento, mientras que para los casos **H3** y **M4** el aumento presentado fue de 19%, 18% en **M1**, 6% para el caso **M5**, **M3** y **H1**; y **M6** no presentó cambios en sus puntajes (ver gráfica 10).



Gráfica 10. Porcentajes pre-test/post-test WHO-QOL-Breve: Factor Ambiente.

Se realizaron las siguientes correlaciones, entre los puntajes obtenidos, para conocer la relación entre instrumentos (ver tabla 14).

Tabla 14. Correlación de puntajes totales post-test de pruebas aplicadas.

	Puntuación Total Beck- Ansiedad	Puntuación Total Beck- Depresión	Puntuación Total Hamilton- Ansiedad	Puntuación Total Hamilton- Depresión
Puntuación Total Beck- Ansiedad	1	.841	.803	.636
Puntuación Total Beck- Depresión		1	.804	.896
Puntuación Total Hamilton- Ansiedad			1	.552
Puntuación Total Hamilton- Depresión				1

Se realizó una correlación de los porcentajes obtenidos en el instrumento *WHO-QOL-Breve* con los puntajes obtenidos en los instrumentos de Beck y Hamilton, con la finalidad de conocer si existe una relación entre la alteración percibida en los factores que componen el instrumento y la gravedad de los síntomas autoreportados por los participantes.

Al realizar la prueba en el pre-test, sólo se encontró una fuerte correlación negativa (significativa) entre HARS y la calidad percibida de los pacientes en el factor físico (-.855). De igual manera, se observaron correlaciones moderadas entre el factor físico y BAI (-.649), así como el factor psicológico y BDI (-.695). Al realizar este mismo procedimiento para el post-test, se encontró que en la mayoría de los casos se mantuvieron correlaciones negativas entre la disminución de los síntomas de ansiedad o depresión y el aumento de porcentajes totales obtenidos para los diversos factores (ver tabla 15).

Tabla 15. Correlaciones entre puntuaciones de ansiedad y depresión y factores obtenidos de *WHO-QOL-Breve* en la aplicación post-test.

	Puntuación Factor Físico	Puntuación Factor Psicológico	Puntuación Factor de Relaciones sociales	Puntuación Factor Ambiente
Puntuación Total Beck- Ansiedad	-.861	-.832	-.608	-.362
Puntuación Total Hamilton- Ansiedad	-.617	-.833	-.607	-.485
Puntuación Total Hamilton- Depresión	-.783	-.675	-.781	-.719
Puntuación Total Beck- Depresión	-.780	-.821	-.827	-.697

La última revisión de correlaciones se hizo entre los factores que componen el instrumento *WHO-QOL-Breve*. En este análisis se compararon los resultados post-test, donde las correlaciones indican que el aumento de las puntuaciones en un factor influyen o están relacionadas con otras, siendo relevantes en los casos de

correlaciones fuertes: factor psicológico con factor relaciones sociales, y factor físico con factor psicológico; con rango moderado se ubicó la relación del factor ambiente con el factor relaciones sociales; y leves entre los factores de relaciones sociales y el factor físico, y entre el factor ambiente y el factor físico (ver tabla 16).

Tabla 16. *Correlaciones entre porcentajes de factores obtenidos de WHO-QOL-Breve en la aplicación post-test.*

	Puntuación Factor Físico	Puntuación Factor Psicológico	Puntuación Factor de Relaciones Sociales	Puntuación Factor Ambiente
Puntuación Factor Físico	1	.779	.577	.408
Puntuación Factor Psicológico		1	.833	.542
Puntuación Factor de Relaciones Sociales			1	.690
Puntuación Factor Ambiente				1

Finalmente, para complementar el análisis de los cambios presentados a lo largo de la intervención y observar los efectos de la intervención por área de cada participante, se utilizaron los porcentajes totales en dos de los instrumentos aplicados (BAI y BDI).

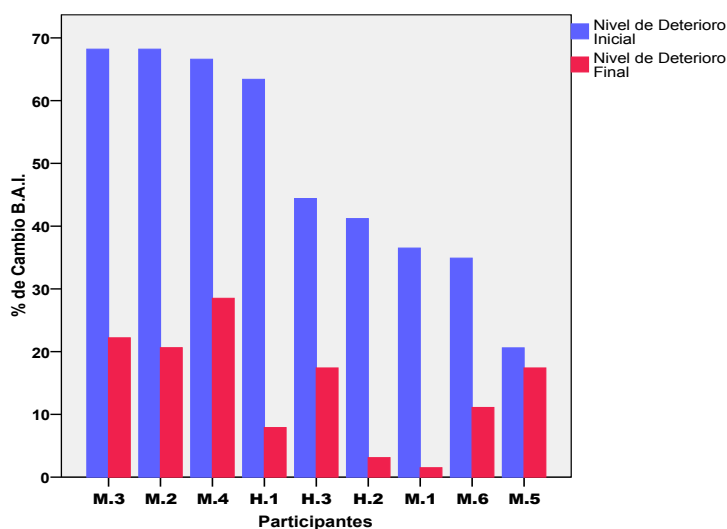
En los porcentajes obtenidos para el BAI (ver tabla 17), se observaron cambios significativos en ocho de los nueve participantes (ver gráfica 11).

Tabla 17. Porcentaje de cambio del instrumento BAI.

Participante	Nivel de deterioro Inicial*	Nivel de deterioro Final*	Porcentaje de Cambio**
H1	63.4 %	7.9 %	-55.5 %
H2	41.2 %	3.17 %	-38.3 %
H3	44.4 %	17.4 %	-27 %
M1	36.5 %	1.5 %	-35 %
M2	68.2 %	20.6 %	-47.6 %
M3	68.2 %	22.2 %	-46 %
M4	66.6 %	28.5 %	-38.1 %
M5	20.6 %	17.4 %	-3.2 %
M6	34.9 %	11.1 %	-23.8 %

*Calculado para el instrumento en su Pre-test y Post-test, a través de la suma del puntaje obtenido de cada paciente, multiplicado por 100 dividido entre el máximo de deterioro posible.

**Calculado de la resta de nivel de deterioro final menos el deterioro inicial, debido al objetivo del tratamiento (disminución de sintomatología).



Gráfica 11. Porcentaje de cambio del instrumento BAI.

Como se observa, el porcentaje de cambio calculado de la participante **M5**, tuvo una disminución mínima comparando pre-test y post-test, es decir, una diferencia solo de -3.2 %. Mientras que para las demás puntuaciones el cambio fue mayor (diferencia \geq a 20%). Los puntajes obtenidos fueron calculados con base a un deterioro máximo esperado de 63 puntos, es decir, la puntuación máxima establecida para el BAI.

Para el BDI, los resultados presentados indican ser cambios importantes en cinco de los nueve participantes (ver tabla 18), en los cuales se observó una

disminución \geq a 20%, es decir, se presentó un cambio mayor con respecto a la aplicación pre-test. Mientras que los cuatro pacientes restantes presentaron cambios mínimos en sus puntuaciones (puntajes \leq a 20).

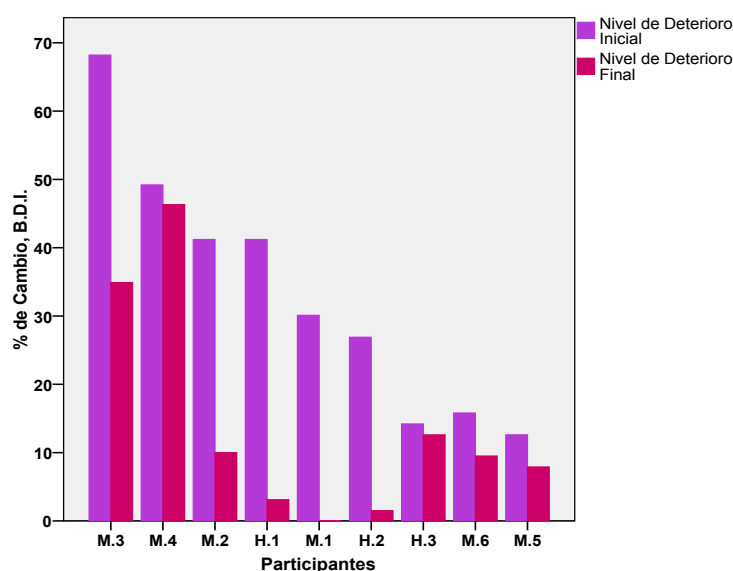
Tabla 18. Porcentaje de cambio del instrumento BDI.

Participante	Nivel de deterioro Inicial*	Nivel de deterioro Final*	Porcentaje de Cambio**
H1	41.2 %	3.1 %	-38 %
H2	29.2 %	1.58 %	-25.3 %
H3	14.2 %	12.69 %	-1.51 %
M1	30.1 %	0 %	-30.1 %
M2	41.2 %	10 %	-31.2 %
M3	68.2 %	34.9 %	-33.3 %
M4	49.2 %	46 %	-3.17 %
M5	12.6 %	7.9 %	-4.7 %
M6	15.87 %	9.5 %	-6.3 %

*Calculado para el instrumento en su Pre-test y Post-test, a través de la suma del puntaje obtenido de cada paciente, multiplicado por 100 dividido entre el máximo de deterioro posible.

**Calculado de la resta de nivel de deterioro final menos el deterioro inicial, debido al objetivo del tratamiento (disminución de sintomatología).

En el caso de **M4**, el cambio presentado fue de tan solo -3.17%, es decir, el puntaje obtenido entre el pre-test y el post-test presentó cambios no significativos (ver gráfica 12) debido a consideraciones clínicas que se abordaran más adelante.



Gráfica 12. Porcentaje de cambio del instrumento BDI.

Discusión

El principal objetivo de esta investigación, fue conocer el efecto que tiene un tratamiento grupal cognitivo-conductual en el manejo de la ansiedad y depresión en jóvenes adultos. Esto se consiguió a través de la aplicación del tratamiento propuesto y la medición de la sintomatología con instrumentos psicológicos, empleados en la práctica clínica y en la población mexicana.

La ansiedad y la depresión, son padecimientos que tienen mayor incidencia en la población mexicana (Medina-Mora, et. al, 2003), y los cuales representan un peligro latente, urgentes de intervención.

Los resultados indicaron que existe una mejora en síntomas de ansiedad y depresión después de la aplicación del tratamiento grupal cognitivo-conductual propuesto (duración de nueve semanas), en dónde se intervino a nivel cognitivo (psicoeducación: pensamientos y emociones), a nivel conductual (reforzamiento positivo, solución de problemas, toma de decisiones y comunicación asertiva) y a nivel fisiológico (entrenamiento en respiración diafragmática, relajación muscular progresiva y mindfulness).

En lo que a ansiedad se refiere, se encontró una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología de cada paciente, reportados en cada uno de los instrumentos aplicados (BAI y HARS). Lo que apoya la eficacia del tratamiento grupal en cuanto a sus efectos, y coincide con los hallazgos de Jupp y Dudley (1984; en White, 2000). En la misma línea, se han reportado investigaciones de intervenciones que tienen una duración de seis semanas, las cuales concluyen que el tratamiento grupal debe de estar estructurado con más de seis sesiones debido a la complejidad del padecimiento y con el fin de obtener una mayor eficacia (Eayrs, et. al, 1984; en White, 2000). Este tratamiento, al estar estructurado en nueve sesiones, potenció los efectos al término de este.

Mientras tanto, Powell (1987; en White, 2000), al intervenir a nivel fisiológico (relajación profunda, control de la respiración, relajación autógena y distracción racional), obtuvo un decremento significativo en los niveles de ansiedad manteniéndose moderadamente altos. Por lo tanto, de acuerdo a los hallazgos de Jupp, Dudley y Eayrs, el plan de tratamiento de esta propuesta terapéutica, pudo establecerse con objetivos más claros y reales, siendo alcanzados con éxito.

Para la depresión, se obtuvo una disminución significativa de los síntomas autorreportados por cada paciente en los instrumentos BDI y HRSD. Dichos resultados coinciden con los reportados por Rush, Khatami y Beck (1957; en Beck, et al., 2012); en donde se emplearon técnicas conductuales (programación de actividades) y cognitivas (reestructuración cognitiva), obteniendo una mejoría rápida de la sintomatología de depresión.

Por otro lado, Kovac, Rush, Beck y Hollon (1981; en Pérez Álvarez, et al., 2001), llevaron a cabo la comparación de dos grupos: el primer grupo tuvo una intervención con terapia cognitiva (psicoeducación y reestructuración cognitiva) y el segundo grupo con tratamiento farmacológico (imipramina). Aunque ambos mostraron resultados significativos, la terapia cognitiva se mostró superior al mantener sus resultados un año después, efecto a largo plazo esperado para el tratamiento propuesto, siendo observados únicamente a corto plazo, y que apoyó los resultados obtenidos en los niveles de depresión, ya sea moderada o severa (DeRubieis, 2005; en Leahy, et al., 2012).

Al igual que otros estudios, este tratamiento grupal cognitivo-conductual, se enfocó en intervenir en tres áreas importantes para la intervención de la depresión: cognitiva (pensamientos automáticos, irreales e irracionales), conductual (modificación de comportamiento) y fisiológica (disminución de signos y síntomas) (Sanderson, et al., 2002). Demostrando que el empleo, en conjunto, de técnicas cognitivas y conductuales, tiene mayor efectividad en comparación con métodos de apoyo (farmacológicos, grupos de autoayuda, entre otros) y no directivos (psicoanálisis, entre otros) (Beck, et al., 2012).

Taylor (1974; en Beck, et al., 2012), encontró que la terapia cognitivo-conductual tiene mayor efecto, en cuanto a la mejoría significativa de síntomas de depresión, en comparación con la terapia cognitiva y la terapia conductual; apoyando, nuevamente, los hallazgos obtenidos en esta propuesta terapéutica.

Por último, la terapia cognitivo-conductual, es una psicoterapia validada empíricamente que ha demostrado ser eficaz en más de 350 estudios, que van desde los trastornos de ansiedad y, más recientemente, trastornos de personalidad y desórdenes psicóticos (Beck y Weishaar, 2000; en Bieling, et al., 2008).

El tratamiento grupal cognitivo-conductual, ha mostrado tener un poco más del 50% de eficiencia en comparación con el tratamiento individual (Morrison, 2001; en Bieling, et al., 2008), y que se ve reflejado en la mayoría de las puntuaciones de los instrumentos aplicados.

Al utilizar la modalidad grupal para este tratamiento, se pudo manejar y potenciar los efectos de las técnicas como el reforzamiento positivo (mejoramiento del autoestima) por medio del reconocimiento de las fortalezas personales propuestas por Peterson y Seligman (2001; en Carr, 2007; y Peterson y Park, 2009), la solución de problemas y la toma de decisiones (empleando el modelo IDEAL) y la comunicación asertiva (técnicas como formas para decir no, banco de niebla, entre otras); para esta población, y que concuerda con lo descrito por Echeburúa y sus colaboradores (2000), disminuyendo así el tiempo de intervención (Hollon y Shaw, 1979; en Bieling, et al., 2008).

El primer grupo, se formó a partir de una patología reconocida, ansiedad, y seleccionados a través del análisis de sus entrevistas iniciales y con base a los criterios de inclusión y exclusión propuestos en este trabajo. El tratamiento grupal cognitivo-conductual, se estructuró basándose en sus necesidades (objetivos personales) y apoyándonos con la elaboración de los mapas clínicos de patogénesis (Nezu, et al., 2006). Siguiendo esta línea, los participantes ayudaron al insight al apoyar al ambiente contenedor y de apoyo. Estas características,

concuerdan con las descritas en el documento elaborado por la “Escuela de Psicodrama y Humanidades: IMPRONTA” (2012), las cuales permiten el desarrollo de la terapia grupal de manera adecuada.

Lo anterior, permitió a los terapeutas establecer metas de trabajo (Bieling, et al., 2008) y estructurar el tratamiento en nueve sesiones, pues Dudley (1984; en White, 2000), menciona que las terapias de corte cognitivo-conductual duran entre seis y veinte sesiones, aproximadamente, por lo que se habla de una terapia breve pero efectiva. Con los hallazgos de Morris (1975; en Beck, et al., 2012), se puede reafirmar que se consiguen resultados importantes cuando el número de sesiones es breve y constante.

Se ha encontrado que la ansiedad y la depresión, tienen cierta comorbilidad en relación con los criterios diagnósticos de cada padecimiento (Ingram, et al., 2011; y Alzate, et al., 2013), por lo que al integrar el empleo conjunto de técnicas cognitivas y conductuales, para estos padecimientos, aumenta la posibilidad de cambios significativos como los expuestos para el tratamiento de la depresión (Beck, et al., 2012).

Dentro de la observación clínica entre terapeutas, se encontraron algunas diferencias en los resultados por participante. Esto no indica que los objetivos del tratamiento no hayan sido alcanzados, al contrario nos demuestra la individualidad de cada uno.

En el caso **M4**, a pesar de los cambios mostrados a lo largo del tratamiento, los niveles de ansiedad y depresión autorreportados en los instrumentos aplicados al final del tratamiento, seguían manteniéndose altos. Esto llevó a una observación minuciosa y, por lo tanto, el replanteamiento del MCP, dónde se observó que la impresión diagnóstica proporcionada por los terapeutas encargados de la entrevista inicial, estaba mal elaborada. Los síntomas de ansiedad que la paciente reportaba estaban relacionados con problemas en el manejo del enojo; por lo que posteriormente se atendió de manera individual. Después de este tratamiento individual, se logró la disminución de los síntomas asociados a ansiedad. Estos

resultados no fueron reportados, por no ser parte de la evaluación y tratamiento grupal.

Uno de los criterios de inclusión establecidos para la selección de candidatos, menciona que el tratamiento va dirigido a pacientes con niveles moderados o severos de ansiedad en los puntajes de BAI. Durante el proceso de admisión, llevado a cabo en el CSP, esta puntuación se cumplía en todos los participantes; sin embargo, para el inicio de la intervención, los niveles de ansiedad presentados por **M5** se encontraban en una clasificación menor. Esto pudo ser consecuencia del largo tiempo de espera de la paciente, entre la entrevista y el inicio de la intervención (aproximadamente seis meses después). Si bien la paciente no presentaba puntuaciones altas en sus inventarios, tenía la disposición para iniciar tratamiento pues consideraba que aún tenía algunas cuestiones que trabajar. Uno de los argumentos de la paciente al iniciar las sesiones terapéuticas, es que había comenzado a sentirse mejor, esto se explicaba porque comenzó a evitar las situaciones que le generaban ansiedad, (p. ej., evitar conversaciones con sus maestros de piano o evitar clase), información que se obtuvo en la primera sesión donde cada participante exponía su problemática. Hacia el final de las sesiones expresó que sus relaciones sociales comenzaron a modificarse para mejorar y retomó sus clases de música. Estos resultados pueden ser un indicativo de que la intervención puede funcionar en personas “psicológicamente sanas” como lo plantea Villarroel (2005; en Vergara y González, 2009).

En la gráfica 4, se pudo observar que los puntajes post-test ubicaron a siete de los nueve participantes en los niveles de depresión mínima. La participante **M3**, tuvo una disminución de los síntomas de por lo menos 50%, pasando de una depresión severa a una depresión moderada. En cambio la participante **M4**, no mostró una disminución en los puntajes después de la aplicación post-test, manteniéndose en depresión severa.

Para estos dos últimos casos (**M3** y **M4**), no se logró la disminución de síntomas autorreportados para depresión, pues sus niveles se mantuvieron altos una vez finalizado el tratamiento. En **M3**, el no alcanzar esta meta, pudo deberse a un error

de diagnóstico establecido en el proceso de admisión; mientras que para **M4**, su sintomatología era derivada de sus problemas con el manejo del enojo.

En los casos que iniciaron con niveles de depresión leve, se esperaba que estos se mantuvieran o disminuyeran mínimamente, pues se consideró que algunos de los síntomas evaluados se presentaban de forma adaptativa o estaban relacionados con algunos rasgos ansiosos.

La correlación pre-test/post-test, elaborada para los puntajes de depresión y ansiedad, mostraron una alta relación entre éstos. Esto indica que los puntajes obtenidos en la prueba, tienen la misma fiabilidad tanto para la medición de síntomas de ansiedad como los síntomas depresivos. Estos hallazgos, apoyan el uso en la evaluación con estos instrumentos en ambientes de salud mental.

Las correlaciones realizadas de los puntajes de las evaluaciones iniciales, no eran altas, probablemente esto pudo deberse a la cantidad de ítems que componen a cada prueba; mientras que las puntuaciones post-test sí mostraron correlaciones altas. Esto indica que, aunque en un principio los puntajes derivados de la medición de los síntomas, se agrupan de manera independiente en niveles altos; la disminución de éstos y las altas correlaciones, se dieron gracias al tratamiento grupal cognitivo-conductual aplicado.

Para finalizar este punto, el post-test mostró que la disminución de los síntomas, permitirá una mejor evaluación de los participantes en el instrumento WHO-QOL-Breve, siendo el factor físico y psicológico los que fueron mejor evaluados por parte de los participantes. En este sentido, la evaluación fue contraria al pre-test, es decir, que entre menor sintomatología, mayor bienestar percibido.

Se decidió realizar el análisis del instrumento WHO-QOL-Breve, pues se hallaron resultados favorables para el tratamiento propuesto. Este instrumento es parte de las evaluaciones iniciales que el CSP realiza a todos los pacientes que ingresan y permite conocer la percepción de calidad de vida, de cuatro áreas importantes (física, psicológica, relaciones sociales y ambiente) de cada paciente.

Se observaron cambios en cada participante después de la aplicación pre-test/post-test, debido al tratamiento grupal planteado. Esto apoya lo referido por Beck (1983; en Hernández, 2010), Cía (2007), Jena (2008) y Oblitas (2008), que la TCC es una terapia centrada los síntomas y su resolución más que en su sustitución.

Los síntomas físicos y cognitivos, descritos por Rodríguez Correa (2008) para ansiedad y Gutiérrez (2006) para depresión; disminuyeron gracias a las técnicas empleadas para ello. Técnicas como los autorregistros (Ruíz Sánchez y Cano Sánchez, 2002), la reestructuración cognitiva (Meichenbaum, 1988) y técnicas de relajación (Bernstein y Borkovec, 1973; García-Grau, et al., 2008; y Leahy, et al., 2011); permitieron la mejoría de los niveles de sintomatología de los participantes, así como el aumento de su percepción de bienestar en los factores físico y psicológico al término del tratamiento, siendo éstos los que mayor impacto mostraron.

Para el factor de relaciones sociales, el empleo de técnicas orientadas a su mejoramiento (comunicación asertiva, solución de problemas y toma de decisiones), permitieron tener un aumento en las puntuaciones pre-test/post-test y, como mencionan Echeburúa y colaboradores (2000), el uso de estas técnicas en modalidad grupal, aumentan sus efectos. Estos resultados, muestran que existió un cambio significativo en cuatro de los nueve participantes; mientras que dos de ellos se mantuvieron estables en esta área.

De manera particular, en el caso **M6**, se observó una disminución en el porcentaje del factor de relaciones sociales, debido a que al término del tratamiento, la participante refirió que “me encuentro en un ambiente nuevo de trabajo y al término de mis estudios”, lo que podría explicar este cambio. Mientras que para los casos **M3** y **M4**, como anteriormente se mencionó, otros factores clínicos influyeron en la respuesta al tratamiento, por lo tanto, no se modificaron sus puntuaciones de manera significativa en esta área.

En el último factor, relacionado a la percepción del ambiente, los cambios obtenidos muestran un aumento en las puntuaciones de los participantes. La modificación se debió al cambio de pensamientos a través de la reestructuración cognitiva y al uso de autorregistros; pues estos permitían comprobar las hipótesis formuladas sobre sus respectivas problemáticas, así como identificar las relaciones entre las distintas clases de sucesos (pensamientos, emociones y conductas) (Hollon y Kendal, 1981; en Cormier y Cormier, 2000). Al contrarrestar algunos síntomas cognitivos (p. ej., miedo a que pase lo peor), permitió restablecer mayor autoconfianza e independencia en los participantes, aún cuando algunos factores ambientales, que resultaban estresantes, se mantuvieran constantes.

En cuanto al cálculo del porcentaje de cambio del instrumento BAI, muestra que las modificaciones en las puntuaciones totales se dieron sólo en ocho de los nueve participantes, y manteniéndose sólo en uno de los casos (**M5**), lo que nuevamente refuerza los objetivos planteados para cada estrategia de intervención para este padecimiento (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, mindfulness y psicoeducación).

Para el instrumento BDI, se obtuvieron cambios significativos, en sólo cinco de los nueve casos. Para los casos restantes, se muestran cambios en su mayoría mínimos, puesto que al inicio del tratamiento éstos se encontraban en clasificaciones leves o moderadas, lo que puede indicar que estos síntomas asociados a depresión, se encontraron de manera adaptativa en tres casos (**H3**, **M6** y **M5**); mientras que para el caso **M4**, ya se han mencionado los factores que contribuyeron a que no se modificaran algunas de sus puntuaciones. Estos resultados, dan mayor sustento a los que anteriormente fueron mencionados, además de que permiten una mejor observación clínica de manera individual.

Una parte vital de este trabajo es la promoción de la prevención, ya sea primaria o secundaria en la población, lo que apoya lo descrito por Villarroel (2005; en Vergara, y González, 2009) y que es que este tipo de intervenciones se aplican y prueban en sujetos que muestran algún tipo de trastorno emocional o patológico,

más no en población “psicológicamente sana”, lo que deja de lado los aspectos positivos, de protección, prevención y promoción de la salud que pueden proporcionar las intervenciones psicológicas. Siendo esto último una de las aplicaciones y rumbo que pueden tomar este tipo de intervenciones.

Finalmente, se deben de atender sucesos como la deserción o abandono terapéutico, que se dio en siete de los 16 casos. A pesar de que es un número considerable, la mayoría de ellos abandonaron el proceso entre la quinta o sexta sesión, aún cuando la asistencia a por lo menos tres sesiones no son determinantes para establecer una mejoría (Alcázar Olán, 2007). Sin embargo, algunas de las razones del abandono pudieron estar ligadas a factores descritos por Rondón Benítez, et al. (2009) como lo son una mejoría subjetiva del paciente, puesto que el plan de tratamiento contempla en la primera parte del mismo la disminución de síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos (pensamientos distorsionados). Inclusive algunos otros factores mencionados por los propios participantes como lo fueron: el cambio de actividad o domicilio, en horarios escolares (ya que la mayoría de la población atendida, se encontraba cursando estudios de licenciatura) o problemas laborales.

También, en este suceso de la deserción, deberán contemplarse factores como los mencionados por Díaz Portillo (2010): la falta de compromiso para trabajar en equipo, el incumplimiento del encuadre y, quizás, el error en la selección de los participantes.

Conclusiones

Después de haber finalizado el tratamiento con todos los participantes, se obtuvieron los resultados esperados, con pocas excepciones, pero que lograron demostrar la eficacia del tratamiento grupal cognitivo-conductual propuesto en este trabajo.

En todos los participantes se logró la disminución de los síntomas de ansiedad, los cuales pasaron de ser moderados/severos a mínimos/leves. Las técnicas empleadas para este propósito (de relajación, autorregistros y reestructuración cognitiva), permitieron que este objetivo de tratamiento, y del trabajo, se cumpliera.

En la misma línea, se obtuvo la disminución de los síntomas de depresión, de niveles autorreportados moderados y/o severos a niveles mínimos. Estos resultados reflejan el efecto que este tratamiento grupal tuvo sobre los síntomas de depresión de los participantes. Estos se alcanzaron gracias al trabajo realizado con el apoyo de técnicas cognitivas y conductuales.

Se observó que el tratamiento grupal cognitivo-conductual, tuvo impacto en la evaluación de calidad de vida de cada participante; es decir, al disminuir los síntomas ansiosos y depresivos, se mejoró la percepción de cada participante en las áreas evaluadas por el instrumento WHO-QOL-Breve, siendo los factores físico y psicológico los que mayor beneficio obtuvieron.

A través del cálculo del porcentaje de cambio, se observó que las modificaciones de los puntajes son clínicamente significativas, lo que se traduce como el éxito de este tratamiento grupal cognitivo-conductual propuesto.

Las correlaciones realizadas, permiten conocer y comprobar la relación que existe entre las pruebas aplicadas a determinado trastorno en diferentes instituciones de salud mental. Éstas permitieron observar los signos y síntomas relacionados con el malestar de cada participante, así como también su bienestar. Estos resultados

pueden aportar información relevante para la aplicación de este tipo de intervenciones en diferentes ambientes de atención en salud mental.

Con respecto a las sesiones, la organización en dos horas para cada una de ellas, permitió que los temas fueran mejor abordados y fueran empleados mayor número de ejemplos para apoyar el aprendizaje y aplicación de las técnicas propuestas. De igual forma, se planteó una mayor cantidad de actividades placenteras para los pacientes.

Es importante señalar que, si bien los síntomas suelen estar acompañados con otros trastornos o problemas, aquellos casos que con el tiempo no tengan mejoría después de recibir un tratamiento cognitivo-conductual, sean valorados por instituciones psiquiátricas para complementar el tratamiento, ya que para algunos casos será necesario el suministro de medicamento.

La deserción de los participantes, puede obedecer a diferentes variables, por lo que en futuras aplicaciones, o propuestas terapéuticas, deberán tomarse en cuenta. Esto permitirá un mejor ajuste de la propuesta hacia los pacientes y no de los pacientes a la propuesta. Mejorando así las posibilidades de atender a más, y mejor, solicitantes de servicios psicológicos.

Una parte importante de esta propuesta es que, a pesar de estar estructurada y que permite intervenciones que intenten replicar este estudio, se continúe replanteando y se adapte la intervención al grupo y no en caso contrario. Lo que se intenta proponer es que se admitan modificaciones en la práctica común de la psicoterapia de grupo (ya sea desde el punto sistémico o psicoanalítico, o inclusive de la TCC, en nuestro país) replanteando actividades, tiempos de intervención y la población a la que está dirigida.

Limitaciones

Este trabajo forma parte de un proceso institucional, por lo que existen factores que influyen en el tratamiento, pero que pueden ser susceptibles de mejora y que beneficiarán, no sólo a las instituciones, sino también al público usuario y a los terapeutas que pongan en práctica este tipo de intervenciones grupales.

1. Disponibilidad de espacios y horarios para la aplicación de esta propuesta.
2. En algunos casos, los expedientes no presentaban historia clínica o entrevistas a profundidad.
3. Número limitado de candidatos.
4. Las posibilidades de dar seguimiento fueron pocas, no se contaban con datos exactos (por errores de captura) para contactar a los pacientes, así como la dificultad en tiempos.
5. Cantidad limitada de pacientes en la intervención.
6. Candidatos descartados por problemas de horario.
7. Poco o nulo conocimiento, de los solicitantes, de modalidades de tratamiento grupal.
8. En algunos casos, no existió el primer acercamiento directo con los terapeutas encargados de la intervención, lo que limitó la adherencia terapéutica, ya que una parte importante, en cualquier proceso terapéutico es el establecimiento del rapport.

Recomendaciones

Finalmente, es necesario llevar a cabo las siguientes recomendaciones para obtener mejores resultados a los reportados en este trabajo. Esto no sólo ayudará en los procesos institucionales, pues también permite que el participante se beneficie de esta propuesta terapéutica.

1. Ofrecer información a los usuarios sobre las modalidades de terapia antes de iniciar un proceso de admisión o terapéutico.
2. El terapeuta encargado de este tratamiento, debe atender a los pacientes desde el proceso de admisión, teniendo una entrevista a profundidad con los solicitantes.
3. Aumentar la cantidad de participantes en cada grupo.
4. Buscar horarios que sean adecuados y permitan mayor posibilidad de aplicar la propuesta aquí planteada.
5. Tener mayor número de terapeutas, permitiendo brindar más atención a candidatos.

Anexos

Anexo 1. Plan de tratamiento.

SESIÓN	OBJETIVO TERAPEUTICO	TÉCNICA/ESTRATEGIA PSICOLÓGICA PROPUESTA
1	Dar a conocer el plan de tratamiento y presentación del grupo.	-Presentación del plan de tratamiento. -Encuadre terapéutico. -Establecimiento de rapport.
2	Identificar emociones en las diferentes situaciones que se presenten cotidianamente.	-Reconocimiento de emociones.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las deficiencias emocionales de los pacientes. • Identificar pensamientos negativos y ver cómo afectan en la vida cotidiana. 	-Autoconcepto. -Pensamientos automáticos: Modelo A-B-C
4	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer el tipo de distorsiones cognitivas con el fin de disminuirlas. • Generar pensamientos alternativos para cada distorsión cognitiva y pensamiento automático. 	-Distorsiones cognitivas. -Pensamientos alternativos. -Entrenamiento en relajación.
5	Reconocer las fortalezas en cada participante y que ellos las usen en la vida cotidiana y en solución de problemas.	-Psicología Positiva. -Fortalezas.
6	Brindar las herramientas necesarias para una toma de decisiones adecuada.	-Toma de decisiones. -Técnica de relajación muscular progresiva.
7	Promover, en cada participante, una solución de problemas adecuada para cada situación.	-Solución de problemas.
8	Los participantes mejorarán sus relaciones interpersonales al tener herramientas para una comunicación asertiva.	-Comunicación asertiva.
9	Presentar, a los participantes, diferentes técnicas de relajación que podrán emplear en situaciones que les generen síntomas desadaptativos.	-Mindfulness. -Cierre de sesión.

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 1 Presentación de plan tratamiento.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Dar a conocer el plan de tratamiento y presentación del grupo.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Bienvenida: presentación de los terapeutas y los participantes.	Fomentar la integración de los participantes como un grupo.	Se sabrá con cuál miembro del grupo se comparten gustos y problemáticas.	Dinámica de presentación.	Etiquetas (fichas) plumones.	20 Minutos
Presentación del taller.	Presentación de los objetivos de tratamiento.	Los participantes, conocerán el contenido del taller así como las temáticas que se abordarán.		Pizarrón y marcador.	10 Minutos
Encuadre terapéutico.	Establecer las reglas de convivencia.	Los terapeutas, establecerán las reglas de convivencia que se seguirán durante cada sesión, complementándolas con sugerencias realizadas por los participantes.		Plumones, cartulina.	10 Minutos
Ansiedad y depresión como padecimientos.	Que los participantes conozcan aspectos relevantes de estos padecimientos.	Definición y presentación de signos y síntomas de forma general.		Pizarrón y marcador.	20 Minutos
Signos y síntomas personales.	Concientizar la problemática de manera personal.	Se tendrá conocimiento de las problemáticas de cada participante, así como las expectativas personales.		Hojas blancas. Plumas.	20 Minutos
Evaluación.	Conocer niveles de ansiedad y depresión.	Conocer el nivel actual de ansiedad y depresión, al iniciar el taller, para poder compararlo en un post-test.	Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck; Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton; WHO-QOL-Breve	Lápiz.	20 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.	Cierre de sesión y comentarios finales.			10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 2 Reconocimiento de emociones.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Identificar emociones en las diferentes situaciones que se presenten cotidianamente.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Periodo de dudas sobre la sesión anterior.	Retomar los conocimientos previos y trabajar con base a ellos.	Retroalimentación de conceptos básicos.			15 Minutos
Reconocimiento de emociones.	Ayudar a los participantes a reconocer emociones y la forma correcta de expresarlas.	Los participantes serán exactos al momento de expresar sus emociones.	Reconocimiento de emociones en rostros. Reconocer emociones positivas, negativas y neutras.	Rostros de personas representando la emoción, fotocopias con emociones, plumones.	45 Minutos
Modelo A-B-C.	Dar a conocer el modelo A-B-C para comenzar a trabajarlo y permitir mejor reconocimiento de los pensamientos propios.	Participantes tendrán conocimiento de la causa de sus emociones.	Autoregistro A-B-C	Pizarrón y marcador.	40 Minutos
Respiración diafragmática.	Fomentar la práctica de la respiración diafragmática para reducir sintomatología de ansiedad y depresión.	Los participantes podrán poner en práctica la respiración diafragmática para reducir niveles de ansiedad antes, durante y después de la sesión.	Práctica dentro y fuera de la sesión.		10 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.	Se comentará lo trabajado durante la sesión, para valorar lo aprendido. Se darán las últimas instrucciones de la actividad en casa que se entregará para la siguiente sesión.	Autoregistro A-B-C		10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 3 Autoconcepto y pensamientos automáticos.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Conocer las deficiencias emocionales de los pacientes. Identificar pensamientos negativos y ver cómo afectan en la vida cotidiana.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Sesión anterior.	Reforzamiento de conocimientos adquiridos la sesión anterior.	Se conocerá la experiencia, de cada participante, respecto a la actividad asignada la semana anterior; de ser necesario, se aclararán dudas.		Pizarrón, marcador.	30 Minutos
Autoconcepto.	Valoración personal de los participantes.	El grupo conocerá el concepto de cada participante, para identificar distorsiones cognitivas que presentan respecto su autoimagen. Los participantes, reflexionarán sobre el grado de veracidad de sus distorsiones.	Descripción de uno mismo, respecto al autoconcepto y lo que los demás piensan de ellos.	Hojas blancas y lápices.	20 Minutos
Pensamientos automáticos.	Que los participantes conozcan aspectos relevantes de éstos.	Reconocerán de manera personal los pensamientos automáticos que presentan ante una situación de ansiedad y depresión.	Modelos A-B-C	Pizarrón, marcador, hojas blancas y lápices.	30 Minutos
Detención del pensamiento y respiración diafragmática	Fomentar y practicar el autocontrol personal. Perfeccionar la técnica para poder pasar al entrenamiento en relajación.	*Explicación breve de la técnica, así como realizar una evaluación individual de pensamientos perturbadores. *La técnica de autocontrol, ayudará a la eliminación de pensamientos irracionales, a partir del ensayo conductual semanal, que impiden el desarrollo cotidiano. *Lo anterior con ayuda de la respiración diafragmática.		Hojas blancas y lápices.	30 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de la sesión.	Cierre de sesión y comentarios finales.	Autorregistros A-B-C		10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 4 Distorsiones cognitivas y pensamientos alternativos.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Reconocer el tipo de distorsiones cognitivas con el fin de disminuirlas. Generar pensamientos alternativos para cada distorsión cognitiva y pensamiento automático.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Distorsiones cognitivas.	Conocer las diferentes distorsiones cognitivas, desde un marco cognitivo-conductual, en específico las desarrolladas por Beck.	Los participantes, conocerán las conductas y pensamientos que interfieren en sus actividades cotidianas, a través de explicaciones simples y ejemplos cotidianos.		Letreros de las distorsiones cognitivas y su breve explicación	30 Minutos
Distorsiones cognitivas en mi vida.	Identificar las distorsiones cognitivas personales.	Autoanálisis sobre cuáles son, y como interfieren en su vida cotidiana, las distorsiones cognitivas.		Hojas blancas y lápices.	20 Minutos
Generando un cambio.	Generar una nueva forma de pensamiento para afrontar la problemática que aqueje.	Se generaran pensamientos alternativos sobre la situación o distorsión, basados en una experiencia racional, lógica y no emocional; para disminuir la problemática o emociones negativas.		Lápiz, plumas, hojas de papel.	20 Minutos
Relanzamiento de aprendizaje	Reforzar lo trabajado en la sesión.	A partir de situaciones ficticias, se identificarán distorsiones cognitivas; posteriormente generarán pensamientos alternativos para solucionar cada situación.		Hojas blancas y lápices.	30 Minutos
Entrenamiento en relajación.	Practicar una relajación sencilla con el fin de reducir sintomatología de ansiedad y depresión.	Los participantes podrán poner en práctica esta técnica dentro y fuera de la sesión.			10 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.	Cierre de sesión y comentarios finales.	Autoregistros. Tipos de distorsiones cognitivas.		10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 5 Fortalezas.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Reconocer las fortalezas en cada participante y que ellos las usen en la vida cotidiana y en solución de problemas.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Mis aptitudes, actitudes y emociones.	Los participantes expresarán las emociones, actitudes y aptitudes positivas que posea cada uno de ellos.	Los participantes serán conscientes de las emociones o actitudes positivas que poseen a partir de realizar dos dibujos.	Dibujos: uno en referencia al DFH (autoimagen; el otro una silueta humana, dónde escribirán dentro de ella lo positivo de su persona, y en el exterior, lo negativo).	Lápiz, hojas de papel.	30 Minutos
Mis fortalezas.	Los participantes identificarán las fortalezas personales.	Los participantes podrán adquirir conciencia acerca de lo que son y de sus fortalezas diarias.	Discusión en parejas del porque se eligieron estos enunciados recibiendo retroalimentación positiva, para favorecer su autoconcepto.	Enunciados impresos	40 Minutos
Conociendo mis fortalezas.	Conocer las fortalezas que posee cada uno de los participantes.	Los participantes leerán los enunciados elegidos a los terapeutas y éstos a su vez le darán el nombre de la fortaleza.	Se leerán los enunciados elegidos; los terapeutas darán a conocer el tipo de fortaleza que poseen.	Pizarrón y marcador	30 Minutos
Entrenamiento en relajación.	Practicar una relajación sencilla con el fin de reducir sintomatología de ansiedad y depresión.	Los participantes podrán poner en práctica esta técnica dentro y fuera de la sesión.			10 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.	Cierre de sesión y comentarios finales.	Autoregistros		10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 6 Toma de decisiones.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Brindar las herramientas necesarias para una toma de decisiones adecuada.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Toma de decisiones.	Expresar como toman decisiones y evaluar el método que emplean.	Los participantes expresarán la manera personal en la que trazan un plan para tomar decisiones y evaluarán si les ha sido o no efectiva.		Lápiz, plumas y hojas de papel.	40 Minutos
Toma de decisión efectiva.	Conocer un modelo rápido para la toma de decisiones.	Toma de decisiones efectiva: *Identificar el tema a solucionar. *Identificar opciones negativas y positivas. *Identificar consecuencias positivas y negativas. *Metas. *Logros.		Hojas blancas y lápices.	40 Minutos
Relajación muscular progresiva.	Reducir síntomas de ansiedad a través del uso de la técnica de relajación.	Los participantes aprenderán a controlar la tensión corporal a través de la tensión y distensión de grupos musculares.			30 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.	Cierre de sesión y comentarios finales.	Autorregistros.		10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 7 Solución de problemas.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Promover, en cada participante, una solución de problemas adecuada para cada situación.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Toma de decisiones.	Se retroalimentará de acuerdo a la sesión anterior.	Los participantes deberán de comentar lo trabajado en la semana tras la sesión anterior, con el fin de observar su toma de decisiones efectiva.		Letreros de las distorsiones cognitivas y su breve explicación	30 Minutos
Solución de problemas.	Enseñar, a los participantes, las técnicas para solucionar los problemas de manera efectiva.	Los participantes conocerán alternativas de solución de problemas con base a sus fortalezas, a través del modelo IDEAL.		Hojas blancas y lápices.	60 Minutos
Relajación muscular progresiva.	Reducir síntomas de ansiedad a través del uso de la técnica de relajación.	Los participantes aprenderán a controlar la tensión corporal a través de la tensión y distensión de grupos musculares.			20 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.	Cierre de sesión y comentarios finales.			10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 8 Comunicación asertiva.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Los participantes mejorarán sus relaciones interpersonales al tener herramientas para una comunicación asertiva.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Comunicación asertiva.	Otorgar herramientas de comunicación a los participantes para que mejoren relaciones interpersonales.	Técnicas para mejorar la comunicación y así lograr mejorar las relaciones interpersonales y dar una mejor solución a los problemas.	Se llevará a cabo la dramatización de problemáticas en comunicación para poder aplicar las diferentes técnicas trabajadas durante la sesión	Pizarrón, marcador, plumones, espacio amplio	90 Minutos
Relajación muscular progresiva.	Reducir síntomas de ansiedad a través del uso de la técnica de relajación.	Los participantes aprenderán a controlar la tensión corporal a través de la tensión y distensión de grupos musculares.			20 Minutos
Cierre de la sesión.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.	Cierre de sesión y comentarios finales.			10 Minutos

NOMBRE: MANEJO DE EMOCIONES	NUMERO DE SESIONES: 9
LUGAR: Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	
PERFIL DE PARTICIPANTES: Jóvenes que hayan solicitado atención en el CSP, con sintomatología de ansiedad y depresión.	CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN No. 9 Mindfulness y término del tratamiento.
INSTRUCTORES: Viridiana Arriaga; Laurencio Bautista.	
OBJETIVO GENERAL: Presentar, a los participantes, diferentes técnicas de relajación que podrán emplear en situaciones que les generen síntomas desadaptativos.	

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MATERIAL DIDÁCTICO	TIEMPO
Relajación muscular progresiva.	Reducir síntomas de ansiedad a través del uso de la técnica de relajación.	Los participantes aprenderán a controlar la tensión corporal a través de la tensión y distensión de grupos musculares.			30 Minutos
Mindfulness.	Aprenderán una técnica de relajación y concentración.	A través de esta técnica de concentración, además de atención, centrarse en las sensaciones corporales y los aprendizajes realizados durante el proceso terapéutico. Se recogerán los comentarios de todos los participantes después de realizar el ejercicio.			45 Minutos
Evaluación.	Conocer niveles de ansiedad y depresión.	Conocer el nivel actual de ansiedad y depresión, al finalizar el taller, para poder compararlo con la evaluación inicial.	Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck; Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton; WHO-QOL Breve	Lápiz.	20 Minutos
Término del tratamiento.	Recoger los comentarios de los participantes acerca de la sesión.				5 Minutos

Anexo 3. Emociones a identificar



Vergüenza



Temor



Enojo



Ansiedad



Tristeza



Sorpresa



Preocupación



Felicidad



Miedo



Hostilidad



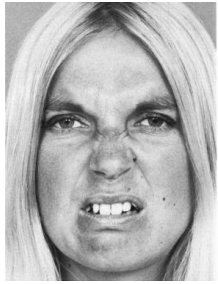
Alegría



Insatisfacción



Odio



Asco



Euforia



Remordimiento



Frustración



Envidia



Depresión



Humillación

Anexo 4. Clasificación de emociones.

Emociones.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas en respuesta a situaciones o pensamientos a los cuáles la persona les da importancia. Hay cambios tanto fisiológicos como conductuales.

- *Emociones negativas.* Emociones desagradables experimentadas cuándo se bloquea una meta, se produce una amenaza o sucede una pérdida.
- *Emociones positivas.* Emociones agradables que se experimentan al obtener una meta.
- *Emociones neutras.* No son ni agradables ni desagradables, pero comparte características de ambas.

ACTIVIDAD. Identifica a qué tipo de emociones pertenece cada una de las siguientes.

Vergüenza	Temor	Ansiedad
Amor	Hostilidad	Tristeza
Felicidad	Sorpresa	Miedo
Preocupación	Alegría	Insatisfacción
Pesimismo	Enojo	Afecto
Placer	Asco	Inquietud
Aversión	Imitación	Euforia
Remordimiento	Odio	Paciencia
Nostalgia	Inseguridad	Frustración
Depresión	Apego	Empatía
Culpa	Angustia	Deseo
Confianza	Envidia	Celos
Humillación	Pánico	Melancolía
Seguridad	Pena	

Anexo 5. Autorregistro 1.

Estado de ánimo	Intensidad (1-10)	Situación

Anexo 6. Autorregistro 2.

Situación	Pensamientos	Estado de ánimo	Intensidad (1-10)

Anexo 7. Distorsiones cognitivas.

- **Filtraje.** Se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación. El resultado es que estos pensamientos negativos excluyen todo lo demás.
- **Pensamiento polarizado.** Se tiende a percibir las cosas de forma extremista, sin términos medios. Son buenos o malos, blancos o negros. Si no se es perfecto, entonces se es imbécil. No existe término medio.
- **Sobregeneralización.** Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en alguna ocasión esperara que ocurra una y otra vez.
- **Interpretación del pensamiento.** Se hacen interpretaciones sobre cómo se sienten los demás y qué les motiva a ello. También implica hacer interpretaciones de cómo reacciona la gente ante las cosas que le rodean y ante nuestra propia actuación. Las interpretaciones dependen de un proceso llamado proyección. La persona imagina que la gente siente y reacciona a los pensamientos de la misma forma que ella.
- **Visión catastrófica.** A menudo estos pensamientos empiezan por las palabras "y si". Si alguien lee una noticia negativa, empieza a preguntarse si le podría ocurrir a él.
- **Personalización.** Las personas que los sufre creen que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás intentando determinar quién es más elegante, tiene mejor aspecto, etc.
- **Falacias de control.** Existen dos formas de distorsión del sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse a sí misma impotente y extremadamente controlada, o puede verse omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor.
- **La falacia de justicia.** La persona está resentida porque piensa que conoce que es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.
- **Culpabilidad.** La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a si misma de todos los problemas ajenos.

- **"Los debería"**. La persona tiene una serie de normas rígidas de cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que no siguen estas reglas le enojan y también se siente culpable cuando las viola él mismo.
- **Razonamiento emocional**. Se está en la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente perdedor, tiene que serlo. Si se siente culpable, algo tiene que haber hecho mal.
- **Falacia del cambio**. Una persona espera que los demás cambiaran para seguirle si los influye o camela lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender de ello.
- **Etiquetas globales**. Aunque pueden contener algo de verdad, en el juicio global se generalizan una o dos cualidades, ignorando la evidencia contraria y convirtiendo la visión del mundo en estereotipada y unidimensional.
- **Tener razón**. Continuamente esta en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.
- **La falacia de la recompensa divina**. La persona se comporta correctamente porque espera obtener una recompensa. Se sacrifica y se esfuerza por ese.

Anexo 8. Identificación de distorsiones cognitivas y elaboración de pensamientos alternativos.

-Un día, José caminaba por una calle con poca luz a las 11 de la noche, de repente salen dos personas que le despojan de todas sus pertenencias. Después de eso a él le tiemblan las manos y suda excesivamente. Ahora, cada vez que pasa por una calle con poca luz aproximadamente a la misma hora, tiene las mismas reacciones.

R:

-Juan es un estudiante muy dedicado e invierte muchas horas a la escuela; debido a esto sus papás consideran que es un perfecto estudiante, hasta que un día Juan reprueba una materia y ahora sus papás solo piensan que es mal estudiante.

R:

-Antonio, convive frecuentemente los fines de semana con la mamá de su esposa María. Su suegra prepara la comida, cuida a los niños, le pregunta a Antonio como le fue en la semana y lo trata muy bien; pero cuando él está en el trabajo o con amigos, menciona que ella lo trata muy mal, que no lo quiere, que lo quiere envenenar y que cuando le pide un favor su suegra no quiere ayudarlo.

R:

-A Andrea le gusta caminar y disfrutar su tiempo libre a solas en el recreo de la escuela, había tenido problemas con algunas compañeras ya que ellas le habían dicho que era “rara” por no tener muchas amigas en la escuela. Ahora cada vez que escucha “rara”, dicho por alguien más, se enoja pues considera que hablan de ella.

R:

-Antonio se siente muy culpable y molesto, porque es un esposo, detallista, sensible, con un buen trabajo, buen padre; pero su padre le ha dicho que eso no es de machos sino de hombres débiles que no tienen control sobre su mujer y que tarde o temprano lo dejará por otro.

R:

-Andrea ha sentido que sus compañeras de escuela han cambiado en los últimos meses, ya que un día platico con ellas del porque tenían que criticarla o juzgarla solamente a ella si había más personas para molestar. Ahora ella también se unió para molestar a otras compañeras, por lo que se siente feliz en su grupo de amigas aunque sigue disfrutando sola el tiempo de recreo.

R:

-Manuel piensa que, después de haber realizado un buen trabajo, lo más probable es que alguien le dé uno mejor del que tiene actualmente, pero se ha esforzado más para poder conseguir otras oportunidades. Después de algún tiempo de esperar y no obtener nada, él comienza a molestarse ya que el último trabajo debió de darle ese “buen trabajo que esperaba”.

R:

-Luis piensa que no es inteligente ya que nunca ha tenido buenas calificaciones y siempre ha recibido críticas sobre su rendimiento, pero nunca ha reprobado una materia buscando siempre otras razones para creerlo.

R:

-Karla últimamente ha tenido problemas con Carlos, su pareja, ya que discuten que ella acude a fiestas sin él, por lo que Karla siempre se siente culpable, durante y después de la discusión, a pesar de que Carlos le ha explicado que no es así.

R:

-Antonio se siente eufórico durante la exposición de una nueva película. Creyendo que María se siente igual de eufórico que él, Antonio comenta con singular alegría la trama de la película sin recibir comentario alguno molestándose por ello. Él nunca le preguntó si le había gustado o no la película.

R:

-Karla ha llegado a una fiesta organizada por sus compañeros de la escuela. Al estar ahí, pasa la mayor parte del tiempo sola por lo que ha llegado a pensar que nadie la quiere y que siempre estará sola.

R:

- Manuel ha tenido exigencias constantes en su trabajo por la entrega de diversos proyectos de mercado, a pesar de que tiene las capacidades y conocimientos necesarios, él se siente incompetente de poder cumplir con dichas exigencias.

R:

-Eva cree que es injusto que, durante la cena de esta noche, sólo le hayan servido carne asada con ensalada, ya que a la persona de la mesa de lado se le sirvió carne asada con ensalada y papas a la francesa. Eva comienza a exigir el mismo plato, pues eso fue lo que ordenó; sin embargo, el mesero le explica que el plato de la mesa es de diferente nombre y precio, aunque Eva sigue exigiendo justicia.

R:

-En el grupo escolar de Andrea, se ha integrado una nueva alumna. Andrea comienza a comentarle a una de sus compañeras que esa chica no es agradable, se le hace muy hipócrita y grosera, por lo tanto, se niega a hablarle cada vez que su compañera nueva se acerca.

R:

-Antonio ha tenido una discusión con María, pues cree que ella le ha contestado de mala manera a pesar de que María expresa lo contrario. Antonio sigue insistiendo en que no fue así esperando que María le dé la razón y se disculpe con él.

R:

-Karla había estudiado y preparado un tema de exposición durante días y ella estaba muy satisfecha con los resultados que había obtenido. Diez minutos después de comenzar a presentarla, tres de sus compañeros comienzan a reírse, por lo que ahora cada vez que expone tiene miedo que alguien más se vuelva a reír de ella.

R:

-José realiza maquetas como parte de su trabajo en una compañía de construcción, sus compañeros le mencionan que realiza un excelente trabajo siempre, pero él dice que a veces hace muy buen trabajo y en ocasiones un muy mal trabajo pero nunca se considera en un término medio.

R:

-Karla tiene un trabajo estupendo, el cual ha mantenido desde hace mucho tiempo. Tiene muy buenos amigos y compañeros de trabajo, su desempeño laboral ha sido reconocido por sus jefes inmediatos, sin embargo ella dice que no ha hecho nada de su vida, que no ha progresado como persona, que no tiene amigos y sobre todo no realiza un buen trabajo.

R:

-Un día, María iba con su hermana a una fiesta en la cual todas las personas que estaban vestían ropa muy elegante, igual que ella, pero se sentía incomoda pues consideraba que inclusive su hermana llevaba mejor ropa que ella.

R:

-Antonio ha pensado dejar su trabajo ya que por más que se esfuerza no ha conseguido un ascenso como recompensa al tiempo que lleva en la empresa, tratar muy bien a sus compañeros y además del constante reconocimiento de sus jefes, aunque tiene un buen sueldo, siente que no es lo que él quisiera.

R:

-Karla después de las horas de clase toma parte de su tiempo libre para participar en un grupo de baile que ha formado. Ha convencido a compañeras de que es una buena opción para que tengan más amigas, puesto que tampoco tienen muchas amistades. Piensa que, si las demás pueden tener más amigas, ella también puede.

R:

-Lupita acudió a un lugar donde leen la mano y el tarot, la adivina le dijo que si se mantenía soltera durante los próximos tres años, el amor de su vida, y además rico, llegaría inesperadamente y sentiría una atracción inmediata hacia él. Desde entonces no salió con amigas a fiestas, no ha salido con muchachos a los que les gustaba o querían conocerla... Han pasado cuatro años y ella sigue esperando a que llegue lo que predijo la adivina y enamorarse.

R:

-Manuel siente que se ha estancado en su vida, a pesar de trabajar de lo que estudió. Se siente fracasado y no tiene expectativas de superarse; cree que está en lo correcto por no rendir mejor en su época de estudiante.

R:

-Manuel ha tenido un leve choque con el auto de su padre, comienza a sentirse muy culpable y nervioso, a pesar de que los testigos le han comentado que no es su culpa.

R:

-Karla está muy enojada con su padre después de que este le hizo una pequeña observación respecto a su vestimenta del día, el cual tomó como regaño. Durante toda la tarde se la pasa sumamente molesta con su padre porque cree que él está enojado con ella.

R:

-Eva no acudió a su trabajo porque tuvo un pequeño problema familiar, sin embargo durante el día y días posteriores ha pensado recurrentemente que será despedida por esa falta, así como que perderá todo su patrimonio y quedará viviendo en la calle.

R:

-Antonio, se ha comportado muy controlador con María dado que ha llegado a pensar que es responsable de todo lo malo que le pase a ella, por lo que ha limitado las actividades de su esposa considerablemente.

R:

-José está a punto de entregar un proyecto, sin embargo su jefe le menciona que tiene que añadir unas cosas que le ha pedido el responsable del proyecto en curso. José comienza a sentirse mal, dado que piensa que es injusto que apenas se le haya informado de ello y no antes de terminar su trabajo.

R:

-Karla, después de una mala experiencia al trabajar en equipo, ha optado por realizar sus trabajos escolares sola. Ella cree que todos sus compañeros son flojos e irresponsables, aunque muchos de ellos demuestran lo contrario.

R:

-Karla ha tenido problemas en el trabajo después de la entrega de un reporte, ya que su supervisora le hizo notar un error, cosa que Karla ha negado pues cree que la equivocada es su supervisora, no ella.

R:

Anexo 9. Autorregistro 3.

Situación	Pensamientos automáticos	Probabilidad de que pasen (0-100%)	Emoción (Intensidad 0-10)	Probabilidad de que pasara lo pensado (0-100%)	Emoción (Intensidad 0-10)

Anexo 10. Autorregistro 4.

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Anexo 11. Autorregistro 5.

PENSAMIENTOS NEGATIVOS	DISTORSIÓN COGNITIVA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Anexo 12. Ejercicio de fortalezas.

Me gusta pensar en formas nuevas de hacer las cosas.	Me intereso por lo que pasa a mí alrededor.	Veo las cosas desde muchas perspectivas.	Me gusta adquirir nuevas destrezas y conocimientos.
Doy sabios consejos a los demás.	Cuando conozco a alguien nuevo lo hago con autenticidad.	No le tengo miedo a la amenaza, a un desafío, la dificultad o el dolor.	Siempre termino lo que empiezo.
Todos los días disfruto la vida y las experiencias que me da.	Ayudo a los demás, doy y recibo favores.	Valoro la amistad y cariño con las demás personas.	Son consciente de los motivos y sentimientos de los demás y los propios.
Trato todo el mundo de la misma forma con justicia y equidad.	Se organizar a un grupo y logro que sus actividades sucedan.	Perdono a las personas que me hecho daño.	Dejo que mis propios logros hablen por sí mismos.
Digo las cosas pero luego me podría arrepentir.	Puedo controlar lo siento y digo.	Percibo y aprecio lo belleza y la excelencia de diferentes ámbitos de la vida.	Soy consciente y agradezco las buenas cosas que suceden.
Espero siempre lo mejor y trabajo para lograrlo.	Genero sonrisas en los demás, me gustan las bromas y las risas.	Tengo creencias coherentes sobre un propósito más alto, y propósito en la vida.	

Anexo 13. Tipos de decisiones.

CARACTERÍSTICAS.	SUPUESTO.
<p>Irreversible. Una vez tomada la decisión no puede anularse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compromete de manera irrevocable cuando no existe otra alternativa satisfactoria. • Nunca debe de usarse para solventar la incertidumbre.
<p>Reversible. La decisión puede modificarse por completo, ya sea antes, durante o después de iniciada un acción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permita reconocer un error al principio del proceso. • Puede ser útil cuando se considera que las circunstancias pueden cambiar y podría ser necesaria una modificación.
<p>Experimental. La decisión no es definitiva hasta que no aparezcan los primeros resultados que demuestres que es satisfactoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere una reacción positiva antes de poder decidir una medida. • Útil cuando una medida correcta no está clara, pero no sabe el sentido general que debe tener.
<p>Ensayo y error. Tomada considerando que los cambios serán resultados de lo que ocurra durante la aplicación de un acción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permite adaptar los planes de manera continua antes del compromiso final. • Requiere razones positivas y negativas antes de seguir con las acciones.
<p>En etapas. A la decisión inicial le siguen otras decisiones a medida que cada etapa de la decisión acordada se completa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permite un control estrecho de los riesgos a medida que se acumulan indicios relativos a los resultados y obstáculos. • Permite obtener reacciones y seguir discutiendo antes de aplicar la siguiente fase de la decisión.
<p>Cautelosas. Las decisiones permiten considerar posibilidades y problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limita los riesgos, pero también puede limitar las metas finales. • Permite reducir una meta que parece demasiado arriesgada al principio.
<p>Condicionales. La decisión se modifica si surgen circunstancias imprevistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permiten reacciones si las cosas se tornan impredecibles o cambian de manera radical. • Permiten reaccionar rápidamente.
<p>Retrasada. Se pone en acción en el momento adecuado o se cumplen los factores que son necesarios para que funcione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evita tomar decisiones en el momento inadecuado o antes de saber todos los datos. • Puede significar perder oportunidades en el mercado que requieran una medida rápida.

Anexo 14. Recomendaciones para tomar una decisión efectiva.

- Antes de tomar una decisión, examina todas las posibilidades.
- Intenta prever y prepararte para cualquier cambio en una situación.
- Al tomar una decisión pregúntate que puede salir mal.
- Considera los resultados posibles.
- Evalúa tu aptitud para tomar decisiones e intenta mejorarla.
- Intenta equilibrar una intuición, con un análisis lógico y sólido.
- Atente a un precedente si funciona, pero sino, cambia.
- Evita las decisiones basadas en factores azarosos.
- Vigila lo que puede ocultarse tras una decisión.
- Si una decisión falla, actúa de inmediato.
- No postergues decisiones esenciales o importantes.
- Sé sincero y objetivo al describir una situación.
- Pide que se haga una crítica objetiva a tu decisión.
- Estimula nuevas y no exploradas maneras de pensar.
- Al obtener información trabaja con un programa realista pero exigente.
- Utiliza tus recursos y fortalezas.
- Investiga correctamente.
- Busca datos que no hayan sido analizados.
- Centra tu investigación preguntándote cual sería la información ideal para tomar tu decisión.
- Organiza tu información y compruébala a fondo.
- Al planear objetivos futuros sé optimista, pero sin dejar de ser realista.
- Nunca tomes una decisión apresurada, es menos probable que tenga éxito.
- Prepárate para cambiar y adaptarte a nuevas circunstancias.

Anexo 15. Ejercicios para tensar los músculos.

1. Mano, muñeca y antebrazo: Aprieta el puño hasta sentir como se contraen los músculos de éstas partes del cuerpo.
2. Bíceps: Empuja el codo contra el respaldo del sillón, silla o colchón, según sea el caso.
3. Frente: para tensar es necesario alzar las cejas y/o arrugar la frente.
4. Parte superior del rostro (nariz): arrugar la nariz y los labios.

5. Parte inferior del rostro (mandíbula): apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada tirando de la comisura de los labios hacia afuera.
6. Pecho y garganta: empujar la barbilla hacia abajo como si quisiera tocar su pecho pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no se consiga.
7. Hombros y espalda: a la vez que inspira aire, arquee la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí.
8. Abdomen: poner el estómago duro y tenso, como si se quisiera contrarrestar un golpe fuerte.
9. Piernas: colocar la pierna estirada y subirla aproximadamente 20 cm, tensando y haciendo fuerza como si tuviera peso en el pie (para relajar, soltar la pierna y que caiga a peso).
10. Pantorrilla y pie: para éstas partes del cuerpo, pueden realizarse dos movimientos:
 - a. Estirar la pierna y la punta de los dedos, como si quisiera tocar un objeto delante.
 - b. Doblar los dedos hacia atrás como si quisiera tocarse la rodilla con ellos.

*Es importante tener en cuenta que estos dos últimos ejercicios de tensión debe hacerlos **SIN FORZAR**. La tensión debe ser suave, es suficiente para relajar las pantorrillas y los pies sin producir ningún daño.

Anexo 16. Identificación del problema.

PROBLEMA: _____

QUIÉN: _____

QUÉ: _____

DÓNDE: _____

CUÁNDO: _____

POR QUÉ: _____

Anexo 17. Ejercicios asertividad.

Situación	Técnicas
Acércate a uno de tus compañeros e insiste en venderle un producto aunque su respuesta sea NO.	<p data-bbox="954 327 1317 363">Técnica del Disco Rayado</p> <p data-bbox="1024 422 1247 457">Banco de niebla</p>
Discutes con tu compañero (a) porque lo invitaste a tu casa y no te ayudo a lavar los trastes que utilizaron, ya que te comenta que ese es tu deber. (Tomando en cuenta que tú, cuando vas a su casa, lo haces).	<p data-bbox="980 527 1292 562">Aplazamiento asertivo</p> <p data-bbox="911 625 1362 661">Técnica para procesar el cambio</p> <p data-bbox="1005 747 1268 783">Técnica de ignorar</p>
Culpas a tu compañero (a) por llegar tarde a la sesión, lo agredes verbalmente.	<p data-bbox="935 835 1338 871">Técnica del acuerdo asertivo</p>
Critica el carácter de alguno de tus compañeros insistentemente.	<p data-bbox="919 951 1354 987">Técnica de la pregunta asertiva</p>
Tu compañero (a) toma tus cosas sin tu consentimiento, tú estás muy molesto y discutes agresivamente con el (ella).	<p data-bbox="1000 1066 1273 1102">Formas de decir no</p>
Tu compañero (a), llega tarde a una cita contigo, haciéndolo la mayoría de las veces, reclámale la situación.	
Invitas a tu compañero (a) a salir y te deja plantado, es la primera vez que lo hace, aunque a ti te molesta demasiado.	

Anexo 18. Elementos de la conducta asertiva.

Característica	Conducta no verbal	Conducta verbal	Efectos
No asertivo Inhibido, ansioso, permite que los otros decidan por él.	<ul style="list-style-type: none"> Ojos que miran hacia abajo Voz baja Vacilaciones Gestos desviados Poca importancia a la situación Postura hundida Puede evitar totalmente la situación Se retuerce la manos Tono vacilante o de queja Risitas falsas. 	<ul style="list-style-type: none"> Quizás Supongo Me pregunto sí podríamos Te importaría mucho No crees que Realmente no es importante No te molestes. 	<ul style="list-style-type: none"> Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Imagen pobre de uno mismo Perdida de oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gusta a sí mismo ni a los demás
Asertivo Lo suficiente de las conductas apropiadas en momento correcto. Se siente bien, y decide por sí mismo, puede lograr las metas deseadas.	<ul style="list-style-type: none"> Contacto ocular directo Nivel de voz convencional Habla fluida Gestos firmes Postura erecta Mensajes en primera persona Honesto Verbalizaciones positivas Respuestas directas a la situación 	<ul style="list-style-type: none"> Pienso Siento Quiero Hagamos ¿Cómo podemos resolver esto? ¿Qué piensas? ¿Qué te parece? 	<ul style="list-style-type: none"> Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho A gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás Es bueno para sí y para los demás
Agresivo Actúa a expensas del otro, desprecia a otros, elige por los demás, logra las metas lastimando a otros.	<ul style="list-style-type: none"> Mirada fija Voz alta Habla fluida/rápida Enfrentamiento Gestos de amenaza Postura intimidatoria Deshonesto Mensajes impersonales 	<ul style="list-style-type: none"> Harías mejor en que Haz Ten cuidado Deben de estar bromeando Si no lo haces No sabes Deberías Mal 	<ul style="list-style-type: none"> Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismos Hacen daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gusta a los demás Se siente enfadado

Anexo 19. Práctica del Mindfulness: atención plena.

Las siguientes instrucciones le servirán de guía a través de la experiencia del “Mindfulness: atención plena” (Adaptada de Leahy, Tirch, y Napolitano, 2011).

- Encuentre un lugar cómodo y tranquilo, y que sea, relativamente, libre de distracciones o interrupciones.
- Esta es una meditación que se realiza normalmente sentado, puede optar por sentarse en una silla de respaldo recto sin cruzar las piernas, en un

cojín de meditación, o incluso en algunas almohadas. Sí lo prefiere, y no hay problemas en ello, puede sentarse con las piernas cruzadas con el cojín o una almohada debajo. Sí está familiarizado con las posturas de meditación, puede emplearlas.

El objetivo principal es mantener la espalda recta pero relajada. Esto le permitirá tomar una respiración profunda y completa en la parte inferior de los pulmones. Para lograr esto, es necesario mantener las rodillas más bajas que las caderas así es menos probable que se apoye ni se incline hacia delante. Esto podría tomar un poco de tiempo para acostumbrarse, ya que no siempre usamos esta postura recta al sentarnos, pero es probable que se sienta, muy natural con un poco de práctica. Es bueno para mantener los pies en el suelo si se está sentado en una silla; si se encuentra en un cojín, permita que sus rodillas descansen en el suelo.

- Al comenzar, permita que sus ojos se cierren completamente.
- A continuación, dirija su atención a los sonidos que se oigan a su alrededor y que se encuentran en la habitación. Sí está tranquilo, o incluso en silencio, apenas notará la ausencia de sonido, sintiendo el espacio alrededor.
- Cuando esté listo, dirija su atención a los sonidos fuera de la habitación.
- Después, dirija su atención a los sonidos más lejanos.
- En la próxima inhalación, centre su atención hacia las sensaciones físicas que experimenta sólo sentado en esta postura relajada.

Debe permitirse centrar su atención cuando inhala, observando las sensaciones que emergen en su conciencia. Al exhalar, debe dejar de lado la conciencia y sentir como el aire sale de su cuerpo.

- Dirija su atención a las sensaciones de la parte inferior del abdomen. Observe cualquier sensación presente continuando con su patrón de inhalación y exhalación. La sensación de sus músculos a medida que se expanden y contraen al ritmo de su respiración.
- No existe algún ritmo especial o método que guíe su respiración, deje que la respiración encuentre su propio ritmo, esencialmente lo que le permite “respirar en sí”. Esto debe de hacerse consciente, pero a su vez atento y relajado y debe notar los cambios en la sensibilidad así como el ciclo de la respiración continua.

Al hacer esto, debemos estar conscientes de que no hay necesidad de cambiar esta experiencia de ninguna manera. Del mismo modo, no estamos apuntando a la creación de algún estado especial de relajación o trascendencia. Estamos simplemente dejando que verdaderamente nuestra experiencia esté en un nivel fundamental, con una actitud de

buena voluntad y la suspensión de juicio, momento a momento. Con el tiempo, durante el ejercicio, la mente puede divagar, cuando esto ocurra, recuérdese que está en la naturaleza de la mente, y que esto es parte de la práctica de la atención plena.

Nuestra atención plena en el ejercicio de la respiración consiste en un ciclo de regresar suavemente nuestra atención a la respiración, y no es una experiencia para luchar en contra de esta sensación. Cuando en los pensamientos surgen imágenes, emociones o recuerdos, debe permitirse que sean y se experimenten donde están, haciendo espacio para ellos en nuestra conciencia, es decir: **“No hay necesidad de luchar contra estos eventos mentales o de aferrarse a ellos”**.

- Cuando se dé cuenta de que su mente empieza a divagar, permita que su atención vuelva suavemente al flujo de su respiración.
- Durante todo el proceso, adopte intencionalmente una gentil perspectiva de manera compasiva sobre el flujo de los acontecimientos en su conciencia. Sin prejuicios y totalmente aceptándose como observador. De vez en cuando, puede ser útil para conectarse con el espacio en el presente, sintiendo las sensaciones físicas que está experimentando.
- Se puede conectar con las sensaciones de los pies o las rodillas en el suelo, sus glúteos en la silla o cojín, la columna vertebral recta y apoyada, y el flujo de la respiración dentro y fuera del cuerpo.

Se puede continuar con esta práctica durante unos 20 minutos antes de finalizarla, a fin de que deje que el ejercicio se experimente.

Para concluir, dirija su atención a los sonidos alrededor en el ambiente, a los sonidos que están fuera de la habitación y a los sonidos que están lejanos. Cuando esté listo, abra sus ojos suavemente y, finalmente, continúe con sus actividades diarias.

Referencias

- Alcázar Olán, R. J. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental* , 30 (5), 55-62.
- Alzate, G., P., Orozco, S., y Ávila, C. A. (2013). *Conductas ansiosas ¿en qué forma la ansiedad, suscitada por ciertas actividades, situaciones o metodologías, influye en el aprendizaje de los estudiantes?* Psicoideas: revista estudiantil. Universidad de Manizales, 26-34.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth edition ed.). Arlington: New School Library.
- Ávila Espada, A. y García de la Hoz, A., (1994). De las concepciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales. En J. M. Delgado, y J. Gutiérrez, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (págs. 317-357). Madrid: Síntesis.
- Bados, A. y García-Grau, E. (15 de abril de 2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Recuperado el 11 de diciembre de 2014, de Dipòsit Digital de la UB:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Baringoltz, S. y Levy, R. (2007). *Terapia cognitiva: Del dicho al hecho (comp)*. Buenos aires: Editorial Polemos.
- Beck, A. T. (1976). *Definición de la Depresión*. En A. T. Beck, *Diagnóstico y tratamiento de la Depresión* (págs. 3-8). México: Merck Sharp & Dohme International.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basic and beyond* . Nueva York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2012). *Estudios sobre la terapia cognitiva*. En Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G., *Terapia cognitiva de la depresión* (págs. 363-371). Bilbao: Desclée de Brower
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., y Antony, M. M. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy Groups: Possibilities and challenges*. Estados Unidos: The Guilford Press.
- Blanco Abarca, A., Caballero, A., y De la Corte, L. (2009). *El grupo no es una falacia*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Bousoño García, M., Fernández Domínguez, J., M., Trabajo Vega, P., y Fernández González, C. (2001). *Tratamiento farmacológico de los trastornos del humor*. En J. Bobes García, M. Bousoño García, M. P. González García-Portilla, y P. A. Sáiz Martínez, *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (págs. 141-150). Barcelona: Masson.
- Builes Correa, M., V. y Bedoya Hernández, M., H., (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 35 (4), 463-475.
- Calderón Narváez, G. (2001). *Consideraciones generales*. En G. Calderón Narváez, *Depresión: un libro para enfermos deprimidos y médicos en general* (págs. 11-15). México: Trillas.
- Carlson, N. R. (2006). Estructura del sistema nervioso. En N. R. Carlson, *Fisiología de la conducta* (8va ed., págs. 71-106). México: Pearson.
- Cascardo, E. y Resenik, P. (2005). Aspectos neurobiológicos. En E. Cascardo, P. Resenik, *Trastorno de Ansiedad Generalizada: bases para el diagnóstico y tratamiento del paciente con preocupación excesiva* (págs. 89-121). Buenos Aires: Polemos.

- Castanyer Mayer-Spiess, O. (1996). Mejorando mi asertividad: Técnicas para ser más asertivo. En O. Castanyer Mayer-Spiess, *La asertividad, expresión de una sana autoestima* (págs. 79-127). Madrid: Desclee de Brouwer.
- Castellanos Martínez, C. I. y Tovar Rivas, M. (20 de agosto de 2008). *Asertividad: una herramienta para la formación profesional*. Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de Universidad Tecnológica de Jalisco:
http://www.utj.edu.mx/tutorias/archivos/manual_asertividad.pdf
- Chóliz Montañés, M. (24 de mayo de 2005). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Recuperado el 17 de diciembre de 2014, de Universidad de Valencia:
<http://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion.pdf>
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 40 (Suplemento), 147-165
- Cormier, H. W., & Cormier, L. S. (2000). Definición de los problemas del cliente mediante una entrevista de evaluación. En H. W. Cormier, & L. S. Cormier, *Estrategias de entrevista para terapeutas: habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales* (3 edición ed., págs. 236-280). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- De la Garza Gutiérrez, F. (2004). *Depresión*. En F. De la Garza Gutiérrez, *Depresión, angustia y bipolaridad: guía para pacientes y familiares* (págs. 9-11). México: Trillas.
- Delgado Herrera, O. (2006). El grupo de referencia y su influencia en el comportamiento del consumidor. *Saberes. Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales* , 4, 1-11.

- Díaz Portillo, I. (2000). Resistencia. En I. Díaz Portillo, *Bases de la terapia de grupo* (págs. 249-280). México: Pax México.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., Cenea, R., y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta* , 26 (108), 509-535.
- Fernández Teruel, A. (2010). Integración de tratamientos farmacológicos y psicológicos en los trastornos de ansiedad. En A. Fernández Teruel, *Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados* (págs. 57-89). Barcelona: Editorial UOC.
- Flores Lázaro, J. C. (2006). Anatomía funcional de los lóbulos frontales. En J. C. Flores Lázaro, *Neuropsicología de lóbulos frontales* (págs. 33-51). Villahermosa: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Flores Lázaro, J., C. y Ostrosky-Solís, F. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* , 8 (1), 47-58.
- Franks, C., M. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estuts futuro de la terapia de conducta: una revisión conductual. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 3-25). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- García, D., Robles, C., Rojas, V., y Torrelli, A. (2008). El espacio grupal. En D. García, C. Robles, V. Rojas, A. Torrelli, *El trabajo con grupos: aportes teóricos e instrumentales* (págs. 27-35). Buenos Aires: Espacio.
- García-Grau, E., Fusté Escolano, A., y Bados López, A. (13 de junio de 2008). *Manual de entrenamiento en respiración*. Recuperado el 17 de diciembre de 2014, de Dipòsit Digital de la UB:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACI%C3%93N.pdf>

- Gómez López, M., E., Aldana Calva, E., González Campillo, G., Mota González, C., y Sánchez Pichardo, M. A. (2009). Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo. *Terapia Psicológica* , 27 (2), 215-225.
- González de Rivera, J., L. y Monterrey, A., L. (2009). Psicobiología de la depresión . En A. Belloch, B. Sandín, R. Franciso, *Manual de psicopatología* (Vol. 2). Madrid: Mc-Graw Hill.
- González García, E., Paino Piñeiro, M., Ramos Vicente, Y., y Bousño García, M. (2001). *Tratamiento psicológico y psicoterapéutico del paciente con trastornos de ansiedad y depresión*. En J. Bobes García, M. Bousño García, M. P. González García-Portilla, P. A. Sáiz Martínez, *Trastornos de Ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (págs. 151-164). Barcelona: Masson.
- González García, M., y Russell González, L. (2011). Características generales de los grupos y su manifestación en el ámbito de la educación física y el deporte. Técnicas para el diagnóstico grupal. *EDU-FÍSICA.COM: Revista Digital de Ciencias Aplicadas al deporte* , 3 (7), 1-44.
- González Núñez, J., d. (1992). *Interacción grupal*. México: Planeta Mexicana.
- González Núñez, J., d. (1999). Descripción del grupo terapéutico. En J. d. González Núñez, *Psicoterapia de grupos: teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas* (págs. 3-13). México: Manual Moderno.
- Gutiérrez Díaz, A. (6 de abril de 2009). *Toma de decisiones*. Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de Centro Cultural Itaca S.C.:
<http://www.aiu.edu/cursos/toma%20de%20decisiones/pdf%20leccion%201/leccion%201.pdf>
- Gutiérrez, A. J. (2006). *Depresión: definición y reconocimiento*. En A. J. Gutiérrez, *Un deprimido en la familia: manual para el grupo familiar* (págs. 18-23). Rosario: Corpus Editorial y Distribuidora.

- Hernández Domínguez, J. y Socas Robayna, M. M. (1994). Modelos de competencia para la resolución de problemas basados en los sistemas de representación en Matemáticas. *I Seminario nacional sobre lenguaje y matemáticas*, 16, 82-90.
- Hernández Silva, M., A. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario, Atlacomulco.
- IMPRONTA. (28 de febrero de 2012). *Terapia de grupo. Diferentes tipos de grupos: grupos terapéuticos, grupos de autoayuda*. Recuperado el 25 de junio de 2014, de IMPRONTA-Escuela de Psicodrama y Humanidades: <http://www.impronta-psicodrama.es/docs/temario%20alumnos%20formacion/Terapia%20de%20grupo.%20Los%20diferentes%20tipos%20de%20grupos.pdf>
- INCOSAME. (8 de mayo de 2012). *Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Recuperado el 17 de diciembre de 2014, de INCOSAME: <http://www.incosame.com.mx/uploads/material/95-299-511e7499e226c.pdf>
- Ingram, R., E., Atchley, R., A., y Segal, Z., V. (2011). *Depression: an overview of a public health problem*. En R. E. Ingram, R. A. Atchley, y Z. V. Segal, *Vulnerability to depression: from cognitive Neuroscience to Prevention and treatment* (págs. 1-19). New York: The Guilford Press.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (9 de febrero de 2015). *Grupo N°30: Psiquiatría*. Recuperado el 29 de octubre de 2015, de Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/cuadros-basicos/G20-Psiquiatria.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). *Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*. México.

- Jena, S. P. (2008). The philosophical and historical foundations. En S. P. Jena, *Behaviour therapy: techniques, research and applications* (págs. 3-13). California, EU: Ed. Sage.
- Kandel, E., R., Schwartz, J., H., y Jessell, T., M. (2001). *Principios de neurociencia*. Madrid: Mc-Graw Hill.
- Kazdin, A., E. (1991). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 27-50). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., J., y otros. (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Revista Panamericana Salud Pública, 229-240.
- Lamberto, M., L. (2007). Terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad. En S. Baringoltz, R. Levy, *Terapia cognitiva: del dicho al hecho* (págs. 179-194). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Leahy, R., L., Holland, S., y McGinn, L., K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (Second edition ed.). New York: The Guilford Press.
- Leahy, R. L., Tirch, D., y Napolitano, L., A. (2011). Mindfulness. En R. L. Leahy, D. Tirch, L. A. Napolitano, *Emotion regulation in psychotherapy : a practitioner's guide* (págs. 91-116). Nueva York: The gildford press.
- Levy, R. (2007). Terapia cognitiva de la depresión. En S. Baringoltz, R. Levy, *Terapia cognitiva: Del dicho al hecho (comp)* (págs. 153-159). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Maldonado Martínez, I., Aurón Zaltzman, F., Díaz Leal Aldana, L., García Ascot, S., Oseguera García, M., y Reséndiz Juárez, G. (2006). *Manual de lineamientos para el trabajo en grupos terapéuticos: la experiencia de*

CAVIDA en el trabajo con grupos de hombres y grupos de mujeres que viven violencia. México: CAVIDA.

Mañas Mañas, I. (2009). Mindfulness (atención plena): la meditación en psicología clínica. *Gaceta de Psicología* (50), 13-29.

Martin, G., y Pear, J. (2008). Conseguir que una conducta ocurra más a menudo mediante reforzamiento positivo. En G. Martin, y J. Pear, *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla* (Octava ed., págs. 31-51). Madrid: Pearson.

Martín, X. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación, Lenguaje y Educación* , 15, 63-67.

Martínez Clares, P. (16 de febrero de 2004). *La importancia de la toma de decisiones*. Recuperado el 18 de diciembre de 2014, de Universidad de Murcia: <https://www.um.es/coie/guia-salidas/guia-salidas-08-toma-decisiones.pdf>

Medina-Mora, M., E., Guilherme, B., Lara Muñóz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., y otros. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud Mental*, 1-16.

Meichenbaum. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En S. J. Linn, J. Garske, *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (págs. 331-362). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Lain Entralgo.

Moñivas, A., García-Diex, G., y García-de-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia* , 12 (Extra), 83-89.

- Morgan Donoso, D. (2011). *Estudio de caso basado en la terapia cognitiva conductual*. (Tesis de licenciatura). Universidad San Francisco de Quito, colegio de Artes Liberales, Quito.
- Nezu, A., M., Nezu, C., M., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento Cognitivo-Conductual: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Oblitas, L., A. (2008). Terapia cognitivo-conductual. En L. A. Oblitas, *Psicoterapias contemporáneas* (págs. 113-136). México: Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Depresión*. Recuperado el 28 de 02 de 2014, de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Payné, R. A. (2002). Relajación progresiva. En R. A. Payné, *Técnicas de relajación* (págs. 55-70). Barcelona: Paidotribo.
- Pérez Álvarez, M., y García Montes, J., M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* , 13 (3), 493-501.
- Pérez Lizeretti, N. (2009). *Tratamiento de los trastornos de ansiedad: Diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional*. (Tesis de doctorado). Universitat Ramon Llull, Departamento de Psicología de la Facultat de Psicologia, Barcelona.
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W., Lamantia, A.-S., McNamara, J., y otros. (2007). *Neurociencia* (Tercera edición ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rimm, D., Masters, J. (1974). *Terapia de las conductas: técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
- Rodríguez Ávila, J., y Ortiz Ramírez, M. I. (2008). *Depresión Infantil*. Revista Psicológica de Investigación Básica y Aplicada, 77-88.

- Rodríguez Correa, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rojtenberg, S. L. (2001). *Depresión: una introducción a su estudio*. En S. L. Rojtenberg, *Depresiones y antidepresivos* (págs. 1-13). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Rondón Benítez, Á. P., Otálora Bastidas, I. L., & Salamanca Camargo, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2 (2), 137-147.
- Rosas Uribe, M., E., y López Ramírez, E., O. (2011). La depresión: un trastorno del estado de ánimo. En M. E. Rosas Uribe, E. O. López Ramírez, *La depresión: nuevas herramientas psicoterapéuticas* (págs. 11-30). México: Trillas.
- Rosselló, J., y Bernal, G. (2007). *Manual de tratamiento para la terapia cognitivo-conductual de la depresión. Formato individual (manual para terapeutas)*. Río Piedras: Instituto de Investigación Psicológica, Universidad de Puerto Rico.
- Ruiz Sánchez, J., J., y Cano Sánchez, J., J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: R&C Editores.
- Sánchez del Hoy, P., Sanz Rodríguez, L. J., Baro Santamarta, C., & Gómez García de la Pedrosa, M. (2006). Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (98), 217-229.
- Sanderson, W., C., y McGinn, L., K. (2002). *Terapia cognitivo-conductual para la depresión*. En M. M. Weissman, *Tratamiento de la depresión: una puerta al siglo XXI* (págs. 235-263). Barcelona: Ars Medica.

- Sandín, B. (2009) *Teorías sobre los trastornos de ansiedad*. En A. Belloch, B. Sandín, F. Ramos, *Manual de Psicopatología. Volumen II* (págs. 91-135). Madrid: Mc-Graw Hill.
- Sandín, B., Chorot, P. (2009). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología. Volumen II* (págs. 43-23). Madrid: Mc-Graw Hill.
- Secretaría de Salud de México; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud*. México: Organización Panamericana de la Salud.
- Secretaría de Salud. (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012: Atención en Salud Mental*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2010). *Guía de referencia rápida: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Guía de Práctica Clínica*. México.
- Universidad Complutense de Madrid. (2006). *Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión*. Recuperado el 13 de noviembre de 2014, de Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/ESCALA%20DE%20HAMILTON%20PARA%20LA%20EVALUACION%20DE%20LA%20DEPRESION%20HAM-D/HAM-D_F.PDF
- Vaimberg Grillo, R. (2012). Breve historia de la psicoterapia de grupo. En R. Vaimberg Grillo, *Psicoterapia de grupo, Psicoterapia de grupo on line: teoría, técnica e investigación* (págs. 3-41). Barcelona: Octaedro Psicoterapias.

- Verduyn, C., Rogers, J., & Wood, A. (2010). *Depression: cognitive behaviour therapy with children and young people*. New York: Routledge.
- Wessler, R. (1991). Terapia de grupo cognitivo conductual. En V. Caballo, *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 818-825). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- White, J. (2000). The problems in primary care. En J. White, *Treating Anxiety and Stress: a group psycho-educational, approach using brief CBT* (págs. 47-49). Michigan: Wiley.
- Wolpe, J. (1979). Introducción. En J. Wolpe, *Práctica de la terapia de la conducta* (págs. 15-28). México: Trillas.
- Zrebiec, J. F. (28 de enero de 2009). 45. *Terapias de grupo*. Recuperado el 31 de julio de 2014, de Familianova schola: http://www.familianova-schola.com/files/Terapias_grupo.pdf