



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



Facultad de psicología

Efectos de la Intervención Psicológica Grupal en las
Funciones Cognitivas de Pacientes con Depresión y Ansiedad

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MORA JIMENEZ NICOLE

Directora: Dra. Angélica Juárez Loya

Revisora: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Sinodales: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dra. Alicia Vélez García

Mtra. Guadalupe C. Medina Hernández

México. Ciudad Universitaria.



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


Supongo que si alguien me preguntara sobre las cosas que la pandemia me dejó, la gratitud tendría el encabezado. Poco o nada de idea tuve sobre lo que estaba por venir una vez que la noticia se esparció por todos los medios de comunicación, solo sé que en ese momento remotamente recordé la pandemia por el virus AH1N1, en la que, y si mi memoria no me falla, fueron 2 semanas de suspensión de actividades y en todas partes lo recibían a uno con gel antibacterial. Hasta ahí llegaba mi conocimiento pandémico, evidentemente la pandemia por SARS-CoV2 estuvo muy lejos de poderse comparar con mi modesto pero honesto bagaje epidemiológico.

Al igual que la mayoría de la población tuve muchas pérdidas en mi vida, algunas sutiles que no se perciben hasta que ha pasado el tiempo y uno nota lo que ya no está, algo así como el fenómeno en ciencias cognitivas que llaman habituación, en el que se percibe un estímulo a partir de su ausencia; y otras tantas que aunque el tiempo pase siguen sintiéndose igual de recientes, igual de impactantes y repentinas. En medio de ese panorama, que con algo de imaginación parecía un escenario postbélico en dónde quizá no se veía ni humo, ni cenizas pero sí que habían duelos y despedidas forzadas en cada hogar donde uno volteara a mirar, de pronto me volví experta en buscar tutoriales en YouTube sobre casi cualquier tema, desde psicología hasta adiestramiento canino, pasando por jardinería, cocina y cómo sobrevivir un encierro con tu familia sin morir en el intento. Me vi intercambiando roles con mi familia y algunos días tuve que ser más fuerte de lo que mis capacidades sabían que podía y al igual que mi padre sentí el peso de mi familia encima, otros días debía potenciar mi atención a nivel sobrehumano y estar en todo sin incendiar mi propia casa, ahí como mi madre tuve que aprender a sonreír incluso cuando solo quería llorar, y finalmente, de pronto me veía aferrándome al lado bueno de la vida, expresando palabras de amor, admiración y gratitud sin razón aparente, buscaba sostenerme de algo en qué creer para no ceder ante la desesperanza y comencé a notar lo bonito que tiene este mundo por ofrecer, así como mi

compañera de aventuras solía enseñarme antes de mudarse, no me siento mal por su partida, solo no estaba lista para decir adiós.

No fue un camino sencillo de recorrer, pero asumo que para nadie lo fue; y aun así hoy nos volvemos a poner de pie. Este fragmento es en agradecimiento a todos aquellos en mi camino que me ayudaron en más de una ocasión a ponerme de pie, si bien no hay certeza de lo que trae el devenir he aprendido a agradecer el presente, y por ello hoy agradezco a mi gran compañero de vida, mejor amigo y guía por haberme enseñado el significado de la lealtad, por lo andado y desandado juntos desde hace 11 años sin vacaciones ni días de asueto, siempre con un amable consejo, una afable sonrisa y su amor incondicional. A mi hermana por enseñarme que todos merecemos amar y ser amados, que se puede perseguir el sol aun cuando los ojos solo ven oscuridad. A mis padres, por mostrarme el amor implícito en la labor bien hecha que implica ser padres, a veces perdemos de vista que invariablemente todos somos propensos a equivocarnos y nos exigimos de más, pero quisiera agradecerles y reconocerles el esfuerzo maratónico dedicado de ustedes hacia mí, hoy comparto este logro con ustedes quienes estuvieron, se mantuvieron y no dejaron de sostenerme; mamá y papá esta va por nosotros. Y sobre todo a Dios, al universo, o como sea llamado, quien hace que el milagro de la existencia sea posible.



A la doctora Paty por darme la oportunidad, por compartir su experiencia y amor por su trabajo que hoy son una inspiración para dar lo mejor y un día llegar a ser como ella, a la doctora Angélica por su calidez, empatía y sobresaliente entrega a todo lo que hace; a la doctora Marisol del INPRFM por contribuir con su valioso conocimiento; y en general a los grandes de la Facultad de Psicología, doctores y doctoras que dedican más de lo que uno podrá siquiera imaginar a la formación de mentes del mañana por amor al arte. Ustedes son la razón por la que es y seguirá siendo La Máxima Casa de Estudios. A mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México por teñir mi sangre azul y pintar mi piel en oro; por permitirme superar todos y cada uno de mis límites para llegar a ser un ser humano decente que pueda aportar algo a su sociedad.



ÍNDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	9
Capítulo I Trastornos mentales y de comportamiento: ansiedad y depresión.....	20
Ansiedad.....	20
Definición de ansiedad.....	21
Bases biológicas y fisiológicas de la ansiedad.....	21
Trastornos de ansiedad	22
Bases psicobiológicas del trastorno de ansiedad.....	25
Factores de riesgo de la ansiedad.....	27
Epidemiología de los trastornos de ansiedad.....	32
Trastornos de ansiedad en el contexto de la pandemia por virus SARS-CoV2.....	32
Depresión.....	34
Definición de depresión.....	34
Trastornos depresivos.....	34
Bases biológicas y fisiológicas del trastorno depresivo.....	36
Factores de riesgo	39
Epidemiología de los trastornos de la depresión.....	44
Trastornos depresivos en el contexto de la pandemia por virus SARS-CoV2.....	45
Capítulo II Cognición y emoción.....	46
Definición de cognición	46
Funciones cognitivas.....	47

Cognición y emoción.....	49
Funciones cognitivas y las emociones.....	51
Funciones cognitivas en trastornos de ansiedad	54
Funciones cognitivas en trastornos depresivos	55
Capítulo III Intervención psicológica grupal.....	58
Definición	58
El cerebro y la intervención psicológica grupal	59
Intervención psicológica grupal en pacientes con ansiedad y depresión.....	61
Planteamiento del problema y justificación.....	62
Método.....	65
Pregunta de investigación.....	65
Objetivos.....	65
Definición operacional de variables.....	66
Hipótesis.....	68
Diseño y tipo de estudio.....	68
Participantes.....	69
Materiales.....	70
Instrumentos de evaluación.....	70
Procedimiento	73
Resultados.....	74

Características sociodemográficas de los participantes.....	74
Descripción de datos obtenidos en la evaluación de funciones cognitivas.....	76
Descripción de la Evaluación de Síntomas de Ansiedad, Depresión y Estrés Pretest- Postest.....	81
Descripción de la Evaluación Pretest-Postest de las Respuestas de Ansiedad.....	86
Discusión	90
Conclusiones.....	98
Limitaciones.....	100
Referencias.....	102
Anexos.....	135

Resumen

En los últimos años se han observado cambios importantes debido a la pandemia por el virus SARS-COV-2 incluyendo la salud mental de las personas y la prevalencia de trastornos mentales y de comportamiento. Hasta ahora se ha investigado sobre el efecto que tiene la intervención psicológica grupal en los síntomas de ansiedad y de depresión, sin embargo, es de igual relevancia conocer los efectos de la misma en las funciones cognitivas. El propósito de este estudio fue medir los efectos de la intervención psicológica grupal en las funciones cognitivas de pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión. Se evaluaron cinco participantes antes y después de la intervención psicológica grupal y se realizaron los análisis estadísticos correspondientes para determinar las diferencias pretest-postest en las funciones cognitivas y en los síntomas de ansiedad y depresión de los participantes. Se obtienen diferencias significativas entre el desempeño de las funciones cognitivas de los participantes antes y después de la intervención ($t=2.9, p<.03$), sin embargo, las diferencias encontradas en los síntomas de ansiedad y de depresión no fueron estadísticamente significativas (ansiedad $t=.82, p<.44$, depresión $t=1.09, p<.32$, estrés $t=1.27, p<.25$) en este estudio. Considerando lo anterior es posible que la intervención psicológica grupal contribuya favorablemente en el desempeño de las funciones cognitivas de los pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión.

Palabras clave: ansiedad, depresión, intervención psicológica grupal, funciones cognitivas.

Abstract

In the last years, we've seen notable changes as a consequence of the SARS-COV-2 pandemic including the mental health of global population and the prevalence of mental and behavioral disorders. Heretofore research has been conducted to determine the effects of group psychological interventions on anxiety and depression symptoms, however, it is equally relevant to know the effects of such interventions on the cognitive functioning. The purpose of this study was to measure the effects of the group psychological intervention on the cognitive functions of patients diagnosed with anxiety and depression. Five participants were assessed before and after the group psychological intervention, then the corresponding statistical analysis was run to determine the differences between the performance of the cognitive functions as well as anxiety and depression symptoms pretest and posttest. Significant differences were obtained between the performance of the cognitive functions of the participants before and after the intervention ($t=2.9, p<.03$), yet the differences found in the symptoms of anxiety and depression were not statistically significant (anxiety $t=.82, p<.44$, depression $t=1.09, p<.32$, stress $t=1.27, p<.25$) in this study. Thus, it is possible that group psychological intervention contributes favorably to the performance of the cognitive functions in patients diagnosed with anxiety and depression.

Key words: anxiety, depression, group psychological intervention, cognitive functions.

Introducción

Ansiedad y Depresión

Las emociones (Piqueras et al., 2009), son las reacciones psicofisiológicas percibidas *grosso modo* como agradables (p. e. alegría, gratitud o esperanza) o desagradables (p. e. tristeza, ansiedad, ira o asco) y que son necesarias para la adaptación. No es la presencia de la emoción en sí misma lo que perturba el sistema (Piqueras et al., 2009) se genera un trastorno cuando la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas interfieren con las actividades diarias como el trabajo, las actividades escolares, las relaciones interpersonales, etc. (National Institute of Mental Health [NIMH], 2022a).

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su undécima revisión (CIE-11; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1995) clasifica tanto la ansiedad como la depresión como trastornos mentales y de comportamiento. Dentro de esta clasificación tenemos los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, que describen padecimientos como el trastorno de ansiedad, al igual que los trastornos del humor o afectivos, en los cuales se incluye la depresión (OMS,1995). Por una parte, en el CIE-11 en la sección de los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo encontramos descrito el trastorno de ansiedad, en el que la preocupación o miedo excesivos del paciente causan alteraciones en diferentes áreas funcionales del individuo (familia, trabajo, etc.) y puede acompañarse de síntomas como tensión muscular, falta de concentración, irritabilidad, alteración de sueño o actividad sostenida del sistema simpático que, a su vez, produce sensaciones como taquicardia o desvanecimiento; aunque los síntomas pueden ser variables entre pacientes (OMS, 1995).

Asimismo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) describe la ansiedad como la preocupación o aprensión excesiva que se produce en relación con diversos sucesos y actividades. Este manual clasifica los trastornos de ansiedad en: a) trastorno de ansiedad por

separación, b) mutismo selectivo, c) fobia específica, d) trastorno de ansiedad social (o fobia social), e) trastorno de pánico, f) agorafobia, g) trastorno de ansiedad generalizada, h) trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, i) trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, j) trastorno de ansiedad especificado y k) trastorno de ansiedad sin especificar (APA, 2013).

Por otra parte, los trastornos del estado de ánimo descritos en el CIE-11 incluyen la descripción de los trastornos bipolares o depresivos; estos últimos consisten en una alteración del humor o de la afectividad (tristeza, irritabilidad, vacío, etc.) que se acompaña de pérdida de sensación de placer y síntomas cognitivos, de comportamiento o neurovegetativos que modifican el nivel general de actividad del individuo. En este trastorno se observan síntomas como aumento o disminución del apetito, cambios en hábitos de sueño (hipersomnia o insomnio), pérdida de interés al realizar actividades, fatiga, la atención y concentración se ven afectadas, asimismo se presenta afectación de la autoestima y seguridad en sí mismo, sensación de culpa, de percibirse inútil, entre otros, dependiendo la severidad y el tipo de trastorno depresivo (OMS, 1995).

De manera similar el DSM-5 clasifica los trastornos depresivos en: a) trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, b) trastorno depresivo mayor, c) distimia (también llamado trastorno depresivo persistente), d) trastorno disfórico premenstrual, e) trastorno depresivo inducido por sustancia o medicamento, f) trastorno depresivo debido a otra afección médica, g) trastorno depresivo especificado (depresión postparto) y h) trastorno depresivo no especificado (APA, 2013).

En cuanto al panorama epidemiológico, en México se cuenta con los siguientes datos: en el 2021 el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) presentó los resultados obtenidos en su “primer encuesta de bienestar auto reportado (ENBIARE)” (INEGI, 2021, p.1), la cual surge como complemento de las mediciones tradicionales objetivas basadas

en variables monetarias y umbrales estandarizados por expertos, a causa de la información relevante que surge a partir de la estadística sobre bienestar subjetivo (INEGI, 2021). En esta encuesta, la población representada fue de un total de 84.4 millones de personas, de los cuales 39.8 millones son hombres y 44.6 son mujeres, el rango de edad contemplado fue de 18 a 60 años en adelante. Los resultados obtenidos en cuanto a salud mental fueron que el 15.4% de la población adulta reportó síntomas de depresión, sin embargo, en mujeres el porcentaje asciende a 19.5%. Con relación a la ansiedad, 19.3% de la población adulta cursa con ansiedad severa, mientras que otro 31.3% presentó síntomas de ansiedad mínima o de algún grado. De entre los estresores más destacados que se identificaron en la encuesta está la preocupación de no poder sufragar los gastos mensuales y el desempleo, lo cual afecta al 43.4% de la población adulta, ya que de Julio del 2020 a Julio del 2021, 14.8% de la población adulta perdió su empleo sin opción a recuperarlo, en parte, como consecuencia de la pandemia. En cuanto al trastorno depresivo la Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGDC) de la UNAM señaló que 15 de cada 100 habitantes en México sufren depresión, asimismo casi seis millones de niños y adolescentes la padecen (DGDC, 2019). Por último, habría que añadir que en el 2017 la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que las enfermedades mentales no tratadas, principalmente depresión, ocupan el 13% de la carga total de morbilidad mundial, misma que especuló tendría un impacto mayor en países de ingresos medios como México, que de no atender esta problemática podría ocupar el primer lugar en causas de morbilidad para el 2030 (Secretaría de Salud [SSA], 2017), desde luego la estadística anterior no contemplaba los efectos de la pandemia, la cual causó estragos en la salud mental a nivel mundial. Con relación al trastorno de ansiedad, en el 2017 tuvo una prevalencia del 14.3% en la población mexicana, ocupando el primer lugar de enfermedad mental más común en el país, seguido por la depresión (Senado de la República, 2017). Antes de la pandemia, en el año 2015 la Organización Mundial de la Salud publicó que a nivel mundial 3.6% de la población padecía trastorno de ansiedad, esto traducido en números equivale a 264 millones de personas (OMS, 2015). Sin embargo, estos

valores tuvieron un incremento importante en consecuencia a la pandemia por el virus SARS-CoV-2 en particular a finales del año 2020 e inicios del 2021 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2021).

En este punto es de suma importancia establecer que, tanto la tristeza como la ansiedad son necesarias y universales en la vida humana, es decir, que todos en algún momento hemos sentido ambas emociones, mismas que nos han permitido hacer ajustes para nuestro bienestar y adaptación. No obstante, la presencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, son un factor de riesgo importante para la alteración de las funciones cognitivas (FC) de los individuos (Lindert, 2021).

Las funciones cognitivas han sido descritas como los procesos mentales necesarios para llevar a cabo actividades cotidianas; la atención, la memoria, el razonamiento y la planeación son algunos de estos procesos como lo mencionaron Lindert et al. (2021). Un dato importante es que tanto la ansiedad como la depresión se encuentran presentes en estadios tempranos de demencia, misma que desde luego implica alteración de las FC (Lindert, 2021).

Ansiedad, Depresión y Funciones Cognitivas

Para comprender mejor cómo ambos trastornos modifican la funcionalidad del cerebro, en específico, las funciones cognitivas; primero exploraremos el trastorno de ansiedad y continuaremos con el trastorno de depresión.

En un trastorno de ansiedad se mantiene el pensamiento constante e incansable de “algo va a pasar; hay que hacer algo” (Joordens, 2019, 11m28s), de manera subjetiva algunos individuos con trastorno de ansiedad describen incapacidad de mantener la mente en blanco o dificultad para concentrarse (Langarita y García, 2019). Estados emocionales como la ira y la ansiedad mantienen una actividad en el cerebro que resulta perjudicial para el mismo (Piqueras et al., 2009), las consecuencias físicas de una actividad fisiológica intensa como ésta pueden ser: arritmias, aumento crónico de la presión arterial, dermatitis, dolor muscular, cefaleas crónicas,

entre muchos otros, dependiendo del tipo y de la severidad. En cuanto a los efectos del trastorno de ansiedad en las funciones cognitivas, Langarita y García (2019) encontraron que personas con *trastorno de ansiedad generalizada (TAG)*, muestran afectación en tareas de atención selectiva, memoria de trabajo, inhibición, toma de decisiones y cognición social. En individuos con *trastorno de pánico*, también se mencionan déficits en tareas de atención, así como sesgo atencional cuando se presenta información relacionada con el trastorno (palabras estímulo percibidas como amenazantes), es decir, la persona presta más atención a los pensamientos de estrés generados a partir del estímulo percibido como amenazante o con connotación negativa (Alves et al., 2013). Hay investigación creciente que pone en evidencia los cambios en el funcionamiento cognitivo solo con la presencia de la ansiedad, sin que esta sea crónica; la ansiedad se presenta temporalmente cuando un individuo percibe una situación estresante, como una entrevista laboral, un examen académico, etc, en estas situaciones se observa una alteración en las funciones ejecutivas y sesgo atencional hacia pensamientos mayormente sobre preocupación al mismo tiempo que la memoria de trabajo disminuye su eficiencia al incrementar intrusiones por pensamientos negativos (Angelidis et al., 2019). Niveles moderados de ansiedad pueden ser benéficos en términos de motivación, pero el excedente de estos puede resultar perjudicial (Arnsten, 2011; Yerkes y Dodson, 1908) al aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades gastrointestinales, dolor crónico, problemas respiratorios o inmunológicos (Global Health Limited [MEDANTA], 2019).

La teoría de control atencional establece que la ansiedad perjudica el desempeño cognitivo al incrementar el procesamiento de información externa (bottom-up), o información amenazante lo cual se manifiesta manteniendo el foco atencional en los pensamientos negativos o en los estímulos externos (Derakshan y Eysenck, 2009) al mismo tiempo que disminuye la efectividad del control interno mediada por el procesamiento top-down en el que participa la corteza prefrontal. En el caso de individuos con ansiedad crónica, las amenazas ambientales se procesan automáticamente, una vez que han fijado su atención les es difícil soltar o

desengancharse, lo que al final resulta en alteración de sus capacidades para llevar a cabo alguna actividad o tarea (Van Bockstaele et al., 2014). Por otra parte, Angelidis et al. (2019) observaron que la ansiedad cognitiva de rendimiento (CPA, por sus siglas en inglés), o bien la ansiedad que surge durante tareas cognitivas demandantes, estaba relacionada con el enlentecimiento de la memoria de trabajo en los sujetos que participaron en la investigación.

De igual manera la mayoría de los hallazgos sobre los efectos de la ansiedad en la cognición reportan alteraciones en la memoria de trabajo espacial (Robinson et al., 2013). En definitiva, aún queda mucho por conocer sobre los efectos de los trastornos de ansiedad en los procesos cognitivos con la finalidad de poder intervenir generando herramientas y estrategias que permitan un pronóstico exitoso para quienes se han visto afectados por estos.

Con respecto a los trastornos depresivos, la desesperanza juega un papel importante en la percepción que el individuo tiene sobre su situación. En cuanto a la funcionalidad cognitiva la literatura en crecimiento coincide en el reporte de alteraciones de algunas funciones cognitivas (Ruiz, 2009). Concretamente en la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento, la toma de decisiones, así como la flexibilidad cognitiva y las funciones ejecutivas (Cartreine, 2016). Con relación a lo anterior, O'Brien et al. (2004) en un estudio longitudinal del hipocampo en sujetos depresivos, observaron alteraciones en las neuronas hipocámpales CA1 y CA3 ante el incremento constante de glucocorticoides, lo que al final se traduce en volúmenes disminuidos del hipocampo, y como consecuencia alteraciones en las funciones cognitivas, como la memoria.

En los últimos años se encontró que un trastorno depresivo incrementa dos veces el riesgo de desarrollar demencia (Ownby et al., 2006), al mismo tiempo se señaló que alteraciones cognitivas en personas mayores con depresión de moderada a severa son un fuerte predictor de demencia (Sáez et al., 2006). Por su parte, Nafilyan et al. (2021) encontraron relación entre la alteración del funcionamiento cognitivo con el trastorno depresivo, estableciendo una correlación negativa entre los síntomas depresivos y el desempeño de tareas de memoria episódica, la

memoria de trabajo y la fluidez verbal, explicado de otra manera, entre mayores son los síntomas depresivos menor es el desempeño en las tareas mencionadas; como se mencionó los efectos de los síntomas depresivos en las funciones cognitivas varían con el tipo y la severidad del trastorno depresivo, sin embargo, ha sido reportado por algunos trabajos de investigación que la reducción de la concentración, la disminución de la motivación, la pérdida de interés y de apetito son los síntomas depresivos que muestran mayor relación con la alteración de las funciones cognitivas (Nafilyan et al., 2021). Dentro de las posibles causas, la literatura apunta que, al menos en el trastorno depresivo mayor, los altos niveles de marcadores inflamatorios sostenidos por la depresión modifican la funcionalidad del cerebro, causando alteración en las funciones cognitivas (Douglas et al., 2018).

Intervenciones Psicológicas

Psicólogos y psiquiatras hoy en día trabajan de manera conjunta, no solo para atender los trastornos de ansiedad y de depresión, sino las problemáticas en general implicadas en la salud mental (Brazier, 2021). No obstante, cada uno aborda diferentes aspectos de las mismas. Debido a la diversidad de enfoques en la psicología, se tienen diferentes modelos de intervención que han mostrado su eficacia para el tratamiento de trastornos mentales y del comportamiento, por ejemplo, en el caso de la intervención basada en atención plena para tratamiento de síntomas de depresión y de ansiedad, se reportó que no solo disminuyen los síntomas sino también se mantienen hasta por tres años posteriores a la intervención (Miller et al., 1995 como se citó en Miró et al., 2011). Por su parte, la aplicación de la terapia racional emotiva, Gestalt o hipnoterapia tienen efectos favorables para el manejo de la ansiedad y la depresión, autoestima y deseabilidad social (conductas sociales adaptadas), de modo que la intervención psicoterapéutica con alguno de los tres enfoques promueve la disminución de los síntomas de ansiedad y de depresión mientras que aumentan la autoestima y deseabilidad social (Mendoza, 2019). Por otra parte, se ha reportado que complementar el tratamiento farmacológico con intervención psicoterapéutica

fomenta una mejor adherencia al mismo, reduce la sensación subjetiva de percibir la enfermedad como una carga y disminuye la tasa de suicidio (Hunsley et al., 2013). Sánchez (2003) encontró que los sujetos con trastorno de ansiedad que acudían a terapia grupal tendían a reducir el uso de benzodiazepinas un 44% en comparación con quienes no acudían a terapia grupal que lo reducían en un 10%.

Ansiedad, Depresión, Pandemia y Aislamiento Social

En lo que respecta al panorama de salud mental a nivel mundial, durante la pandemia, de acuerdo con los datos epidemiológicos obtenidos por la Organización de las Naciones Unidas México (ONU, 2022) durante el primer año se observó un incremento del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión. Una posible causa de este notable aumento en la prevalencia es el efecto sin precedentes que tuvo el aislamiento social en respuesta a la emergencia sanitaria (Organización de las Naciones Unidas; [ONU], 2022), así como los duelos por pérdida de seres queridos, soledad, miedo y sufrimiento, que de manera conjunta impactaron sobre la productividad de los individuos, búsqueda de ayuda y proximidad a sus redes de apoyo. En cuanto a la funcionalidad cognitiva, de manera general los individuos que presentaron síntomas neurológicos como dolor de cabeza, anosmia, disgeusia y que requirieron hospitalización y terapia de oxigenación, incluso después de 35 días de haber sido dados de alta obtuvieron puntajes bajos en el desempeño de tareas de memoria, atención y funciones ejecutivas en comparación con los puntajes obtenidos por pacientes asintomáticos (Almeria et al., 2020). La OMS señaló que la presencia preexistente de trastornos de ansiedad o depresión no incrementó el riesgo de contagio, aunque sí la probabilidad de ser hospitalizados, recibir terapia de oxígeno o tener complicaciones mortales una vez contagiados (ONU, 2022). Por su parte Poletti et al. (2021) al comparar sobrevivientes de COVID-19, sujetos con trastorno depresivo mayor y un grupo control, encontraron que el 75% de los sobrevivientes después de 6 meses mostraban alteración en alguna función cognitiva, obteniendo puntuaciones bajas en tareas de coordinación motora, atención y velocidad de procesamiento en comparación con el grupo control, mientras

que su desempeño fue parecido al de sujetos con trastorno depresivo mayor, en tareas de memoria verbal y de trabajo. Estos son algunos de los efectos secundarios a la pandemia de los que se tiene registro; sin embargo, se especula que los efectos reales en el funcionamiento emocional y cognitivo de los individuos se verán reflejados en los años posteriores.

En lo que respecta a las alteraciones en el estado de ánimo entre la población de trabajadores en general el cansancio y la fatiga sostenidos a causa de las demandas laborales jugaron un papel primordial en el detrimento de su salud mental, llevándolos incluso a generar pensamientos suicidas (OMS, 2022a). Concretamente en México el INEGI ha reportado casos de suicidio a la alza desde el año 2016 (6,370), sin embargo, estos casos aumentaron considerablemente en el año 2019, registrando 7,223 suicidios, y 7,896 para finales del año 2020, año en que se declaró emergencia sanitaria por pandemia (INEGI, 2020), es por ello que actualmente 90% de los 130 países que participaron en el estudio de la Organización Mundial de la Salud (ONU, 2022) han comenzado iniciativas y planes de acción para promover la salud mental y apoyo psicológico a sus habitantes estableciéndolos como prioridad en respuesta a los efectos de la pandemia por el virus SARS-CoV-2.

Intervención Psicológica en Línea

“En medio de la dificultad reside la oportunidad” (Albert Einstein) si bien la emergencia sanitaria de carácter mundial impactó en múltiples niveles de diversas áreas, incluida la salud mental, también consiguió destacar los problemas y la importancia de esta a nivel mundial.

En México, de acuerdo con la Dirección General de Comunicación Social (DGSC, 2019), del presupuesto destinado a la salud, que es del 16%, solo 2% es destinado a la salud mental (DGSC, 2019). Dejando de lado los estragos de la pandemia en los sistemas de salud, México no fue el único país identificado con esta situación ya que antes de la pandemia la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señaló que 130 países, incluido México, destinaban apenas el 2% de su presupuesto para la atención de la salud mental.

Retomando los efectos de la pandemia en el sistema de salud, 90% de estos países decretaron tomar acciones para la atención de la salud mental en sus respectivas naciones; sin embargo, solo 17% incrementó su presupuesto para la atención de la salud mental a partir del inicio de la pandemia (OMS, 2020). La mayoría de los países optaron por utilizar las herramientas tecnológicas para atender las problemáticas durante la emergencia sanitaria, 80% de los países de altos ingresos declararon haber recurrido a la telemedicina y telepsicología para atender las dificultades de salud mental derivadas de la pandemia, sin embargo, en países de bajos ingresos el porcentaje no alcanza el 50% (OMS, 2020).

En este contexto la telepsicología jugó un papel importante en el nuevo panorama de salud mental que requería considerar las diferentes problemáticas causadas por la pandemia como el desempleo, las medidas de prevención para evitar más contagios, la disponibilidad de medios de transporte, etc. Antes de la pandemia por SARS-CoV-2 los psicólogos realizaban 7.7% de su trabajo clínico en línea, durante la pandemia, este porcentaje incrementó a un 85.53% (Pierce et al., 2021). Por otro lado, la intervención de psicoterapia grupal que ya había probado ser efectiva en términos de costo-beneficio también cobró relevancia en la modalidad en línea. La literatura sostiene que la psicoterapia grupal es de especial beneficio para pacientes con diversas afecciones, obteniendo resultados positivos tanto en niveles agudos como en los severos (Gil y Rodríguez, 2022). Vinogradov y Yalom (1996) han expresado que el hecho de compartir las problemáticas de los pacientes en un grupo de personas que se abren al diálogo y comprensión ya es en sí un proceso terapéutico. En individuos con trastorno de personalidad promueve mejoría en el control del estado de ánimo, habilidades interpersonales y autoestima; en individuos con depresión o en proceso de duelo disminuye los síntomas depresivos contribuyendo a la reinstauración de la sensación de esperanza; también se han obtenido resultados exitosos en el tratamiento de trastornos alimenticios y violencia juvenil (Gil y Rodríguez, 2022).

Continuar investigando sobre los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas en sus múltiples enfoques, ya sea en su modalidad individual o grupal, en línea o presencial, nos permitirá generar herramientas para fomentar el bienestar psicológico de las personas ante las demandas que surgirán como consecuencia a la emergencia sanitaria por pandemia del virus SARS-CoV-2.

El objetivo de este proyecto fue describir las funciones cognitivas de los pacientes con ansiedad y depresión antes y después de la intervención psicológica grupal para conocer los efectos de la misma sobre sus procesos cognitivos.

Capítulo I Trastornos Mentales y de Comportamiento: Ansiedad y Depresión

Ansiedad

*“La mente emocional es mucho más rápida
que la mente racional”*

-Daniel Goleman

Definición de Ansiedad

Ansiedad; un estado emocional más común de lo que se piensa, sobre todo cuando sentimos la presencia de alguna amenaza. La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas* que hace referencia a un estado de agitación o inquietud (Real Academia Española; [RAE], s.f., definición 1). Otra definición de diccionario describe a la ansiedad como un sentimiento de preocupación, nerviosismo o inquietud sobre algún evento o hecho futuro (Cambridge Dictionary, s.f. definición 1).

Aunque es común que el término sea asociado por la población en general casi automáticamente a los trastornos de ansiedad (Panu, 2020a), de acuerdo con la American Psychological Association (APA) la ansiedad en sí misma no es un trastorno, es una emoción caracterizada por sensación de tensión, pensamientos de preocupación y cambios fisiológicos como aumento en la presión sanguínea y en muchos casos pueden estar presentes sudoración, mareos, temblor o taquicardia (APA, s.f.). La ansiedad forma parte de nuestra vida cotidiana porque es humano preocuparse por cuestiones económicas, familiares o de salud (NIMH, 2022b) quizás resulte aún más familiar la frase coloquial “me siento nervioso”. En resumen la ansiedad es adaptativa ya que señala posibles amenazas del ambiente y facilita estrategias para lidiar con dichas amenazas, lo cual la hace crítica para la supervivencia (Ned y Kalin, 2020).

Bases Biológicas y fisiológicas de la Ansiedad

En cuanto a las bases biopsicológicas que influyen en la respuesta de ansiedad en el organismo, de acuerdo con Kalat (2011) previo a la ansiedad debemos considerar el miedo, aunque existe literatura no concluyente respecto a si el miedo y la ansiedad deben ser abordados como dos elementos dependientes o independientes para fines de este trabajo se considera al miedo como precursor de la ansiedad. De esta manera el miedo, siendo una emoción, es una respuesta ante una amenaza que incluso hasta los recién nacidos tienen, que es evidente cuando perciben un ruido fuerte y de manera involuntaria notamos su reflejo de sobresalto casi instantáneo, aquí la información del estruendo viaja por la vía auditiva haciendo sinapsis en el núcleo coclear del bulbo raquídeo para llegar al puente, este último acciona la tensión muscular, particularmente del cuello, lo anterior porque el cuello es una región altamente vulnerable que podría lesionarse fácilmente por lo que en situación de riesgo conviene mantenerla protegida y por esta razón ante la percepción de una amenaza el cuello se tensa de esta manera. En personas que padecen trastorno por estrés postraumático, caracterizado por elevados niveles de ansiedad, este reflejo de sobresalto se encuentra hiperreactivo, o bien, exacerbado. La mayoría de los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de una sensación de miedo o preocupación excesivos, junto con respuestas de evitación generalmente en respuesta ante algún objeto o situación, aun cuando pueda no haber ninguna amenaza real (Shin y Liberzon, 2010).

En cuanto a la química con la que el cerebro se comunica tenemos la participación de algunos neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central (SNC) como la norepinefrina, dopamina y GABA (ácido gamma aminobutírico). Del mismo modo, el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) también juega un papel importante al mediar los principales síntomas percibidos en presencia de la ansiedad. En cuanto las regiones implicadas de las que se tiene registro, se ha observado el papel principal que tiene la amígdala en la regulación del miedo y ansiedad, ya que en individuos sin trastornos de ansiedad se observa la activación de la

amígdala ante estímulos aversivos, mientras que en pacientes con trastornos de ansiedad la respuesta de la amígdala se ve significativamente incrementada ante algunas claves ambientales percibidas como amenazantes, es decir, la respuesta es mayor a lo esperado (Chand y Marwaha, 2022).

Siguiendo la línea en la que emociones, pensamientos y conductas van de la mano, no es sorprendente que la ansiedad en sí misma modifique el funcionamiento del cerebro y los procesos que lleva a cabo, en este sentido existen trabajos que señalan afección en funciones cognitivas ante la presencia de la ansiedad, sin ser considerada trastorno. En general los individuos con ansiedad suelen tener un desempeño decrementado en procesos cognitivos como el pensamiento inductivo, latencia de toma de decisiones disminuida, capacidad decrementada de memoria y problemas en la ejecución de inhibición atencional (Reed, 1977; como se citó en Wiley, 1999).

Trastornos de ansiedad

En cuanto a la ansiedad en su estado patológico hoy sabemos que cuando hablamos de trastornos mentales, de comportamiento y del neurodesarrollo, basándonos en la definición del CIE-11 (OMS, 1995), nos referimos a síndromes (el conjunto de signos y síntomas) caracterizados por una alteración clínica significativa en la cognición, regulación emocional o en el comportamiento de un individuo, que manifiesta notable déficit en procesos del desarrollo, biológicos o psicológicos involucrados en el funcionamiento mental y del comportamiento. Estas alteraciones repercuten por lo general en distintas esferas del individuo como: la personal, la social, la familiar, la educativa, la ocupacional, entre otras (World Health Organization; [WHO], 2022).

Cabe mencionar que estos trastornos no son exclusivos de un rango de edad en particular ya que se han observado tanto en niños como en adultos mayores. El desarrollo de un trastorno de ansiedad no es uncausal, sino que son el conjunto de factores individuales, familiares,

sociales y estructurales que ponen en riesgo o ayudan a salvaguardar la salud mental de los individuos. En general, aunque la mayoría de las personas son resilientes en algún grado, el haber sido expuestos a adversidades como pobreza, violencia, discapacidad o desigualdad supone un riesgo para la salud mental. Es por ello, que tanto factores psicológicos, como biológicos, habilidades emocionales y la genética son factores de riesgo y de protección simultáneamente (OMS, 2022b).

Con base en lo anterior, y de acuerdo con el DSM-5 el trastorno de ansiedad se define como la presencia de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada (porque ocurre en situaciones que no requieren de esta respuesta), aquí son más los días en los que la ansiedad es percibida que su ausencia por un mínimo de seis meses y acompañados de algunos síntomas listados más adelante. Cabe enfatizar que la presencia de la ansiedad en este punto ya ha interferido con las actividades cotidianas del individuo como escolares o laborales (APA, 2013). Para que sea diagnosticado el trastorno de ansiedad es necesario que cumpla con una serie de criterios diagnósticos descritos en el DSM-5 que de manera simplificada son los siguientes:

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
- Fácilmente fatigado
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Problemas de sueño (dificultad para quedarse dormido o dormir de corrido, sueño inquieto o insatisfactorio)

Como podemos notar, los trastornos de ansiedad son más que la mera presencia del miedo o ansiedad, para la gente que padece un trastorno de esta clase la ansiedad no disminuye ni desaparece, e incluso agrava con el tiempo (National Institute of Mental Health [NIMH], 2022b).

En suma con lo anterior retomando la clasificación del DSM-5 (APA, 2013) los trastornos de ansiedad, de acuerdo con su sintomatología, se clasifican en:

- a) Trastorno de ansiedad por separación: aquí los síntomas de ansiedad se corresponden con la separación del individuo de aquellas personas por las que siente apego.
- b) Mutismo selectivo: consiste en el fracaso de hablar en situaciones sociales a pesar de conseguirlo en otras situaciones.
- c) Fobia específica: caracterizada por la presencia excesiva e irracional de miedo persistente a objetos específicos o situaciones determinadas (animales, alturas, lugares cerrados o personas).
- d) Fobia social: a diferencia de la anterior, esta se caracteriza por un notable y persistente miedo al desempeño social que va desde mantener una conversación, ser observado, dar una presentación ante un grupo de personas, entre otros (APA, 2013; OMS, 1995).
- e) Trastorno de pánico: presencia súbita y repetitiva de miedo o malestar intenso en el cual se acentúan síntomas físicos como taquicardia, sudoración, sensación de falta de aire, temblor, por mencionar algunas.
- f) Agorafobia: es el miedo o ansiedad intensa percibida ante situaciones que requieren contacto con espacios abiertos como ir en transporte público, estar en estacionamientos o mercados, sitios cerrados como teatros o tiendas, fuera de casa solo o parado frente a una multitud.
- g) Trastorno de ansiedad generalizada: en este caso la ansiedad se presenta indiscriminadamente y sin causa aparente, pero es más el tiempo que el individuo pasa con los síntomas de ansiedad que los que pasa sin ellos.
- h) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos: se refiere a los ataques de pánico o ansiedad generados al poco tiempo o durante la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o medicamento.

- i) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: aquí la presencia del trastorno sucede como consecuencia de otra afección médica.
- j) Otros trastornos de ansiedad especificados y no especificados: en este caso no se cumple con los criterios diagnósticos de las categorías anteriores de clasificación. La diferencia entre uno y otro yace en el diagnóstico elaborado por el médico quien decidirá exponer las razones por las que no se cumplen con los criterios, especificado, u optará por no hacerlo, no especificado (APA, 2013).

Bases Psicológicas del Trastorno de Ansiedad

Aunque al hablar de trastornos mentales y de comportamiento implica la consideración de distintas variables tanto sociales como biológicas existen mecanismos que parecen relacionarse con los síntomas de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. En este sentido la literatura señala los síntomas de ansiedad como producto de una desregulación en el balance de la actividad de los centros y circuitos involucrados en la regulación emocional (Martin et al., 2009). Siendo el miedo una de las emociones sobre las que más se ha estudiado, se propuso que los circuitos que participan en esta emoción y que involucran a la amígdala podrían fungir como base en la explicación de los mecanismos de los trastornos de ansiedad. Lo anterior porque hasta hoy se sabe que la amígdala procesa información sobre, y entre otras cosas, posibles amenazas del ambiente en conjunto con el tálamo, región que participa en el procesamiento de la información sensorial, es decir, lo que nuestros sentidos perciben del medio. Ante una amenaza la amígdala activa las proyecciones hacia áreas motoras y al tallo cerebral que controlan las respuestas automáticas (aumento de frecuencia respiratoria, aumento de frecuencia cardíaca, incremento en la sudoración, disminución de procesos gastrointestinales, etc.). La regulación de la actividad amigdalina ocurre por la participación de las regiones localizadas en el lóbulo frontal de nuestro cerebro y son: la corteza prefrontal que participa orquestando funciones ejecutivas como planeación, toma de decisiones, prediciendo y





evaluando consecuencias de dichas decisiones y moderando el comportamiento social; la corteza orbitofrontal que codifica información para el control de impulsos y regulación del estado de ánimo y la corteza prefrontal ventro medial que está implicada en el procesamiento de la recompensa (aquellas cosas que identificamos gratificantes o placenteras) y en la respuesta visceral de las emociones (LeDoux,1996 como se citó en Kent y Rauch, 2003). Cabe mencionar que el hipocampo también participa activamente en este proceso (Martin et al., 2009).

En este punto es pertinente mencionar que la comunicación entre estas regiones es lograda mediante los neurotransmisores anteriormente mencionados, ya que en pacientes con trastornos de ansiedad se ha observado una disminución significativa en la señalización inhibitoria de GABA, y opuesto a ello un incremento considerable de la señalización excitatoria del glutamato, que al final se traduce conductualmente en una hiperresponsabilidad ante diversos estímulos del medio y una menor capacidad de regular dicha respuesta. Lo anterior es relevante ya que algunos autores señalan la hiperactividad de la amígdala junto con la hipoactividad de la corteza prefrontal medial como mecanismos característicos de los trastornos de ansiedad, que están relacionados directamente con la regulación emocional, atención y procesamiento del contexto (Carlson, 2015; Liberzon y Sripada, 2008). La activación de la amígdala no solo se relaciona con la severidad de los diferentes trastornos de ansiedad, sino también con la respuesta a la intervención psicológica, como la terapia cognitivo conductual que ha probado disminuir la actividad amigdalina, no obstante niveles elevados de activación en la amígdala previos a la psicoterapia son un posible predictor de un pronóstico menos favorable ante la intervención psicoterapéutica (Bryant et al., 2008; Dickie et al., 2008).

Para complementar lo anterior en el caso del trastorno de pánico se ha observado hiperresponsabilidad por parte de la amígdala, ya que ante estímulos sutiles ambientales que son incluso inocuos activa el patrón de respuesta ante amenaza sin una regulación adecuada por

parte de las regiones corticales mencionadas como la corteza prefrontal medial (Kent y Rauch, 2003).

Aunque existen diferencias entre los tipos de trastornos de ansiedad en cuanto a los mecanismos, se comparten algunos síntomas fisiológicos, así como la emoción de miedo común en ellos. Para esto en el estudio realizado por Shin y Liberzon (2010) identificaron que si bien algunas regiones y mecanismos variaban entre un trastorno de ansiedad y otro, habían otros cuya participación era constante en la mayoría de estos. De tal forma que en general podemos afirmar que los trastornos de ansiedad se caracterizan por:

-  La hiperactividad de la amígdala
-  La hipoactividad de la corteza prefrontal medial
-  La hipoactividad del hipocampo
-  La participación activa del tallo cerebral en la detección de estímulos del medio

Factores de Riesgo de la Ansiedad

Si consideramos que todos hemos transitado en este estado de ansiedad-no ansiedad, es necesario conocer algunos factores que contribuyen ya sea en el desarrollo o agravamiento de los trastornos de ansiedad.

Desde la manera en cómo las familias se conforman y se relacionan, o una variación en el tamaño de la amígdala, las horas que pasamos frente a la pantalla de los dispositivos móviles, hasta el ambiente que nos rodea pueden incrementar el riesgo en nosotros para generar un trastorno de ansiedad. De lo anterior esto es lo que sabemos.

Nutrición. El primer factor relevante por abordar es la nutrición, esto debido a que la cantidad de estudios que se han realizado entorno a la alimentación ha aumentado considerablemente. Aunque parece increíble, es un hecho probado en diferentes laboratorios del mundo que la alimentación impacta en la vida cotidiana del ser humano y viceversa (Arbúes et

al., 2019). En este sentido se ha reportado que la ingesta baja de ácidos grasos omega 3 (Lazarevich et al., 2018) en suma, con la deficiencia de los minerales como zinc, manganeso y cobre se relacionan con niveles incrementados de ansiedad (Nakamura et al., 2019). En un estudio de una población de 1055 estudiantes universitarios en España se observó correlación entre falta de ingesta de hortalizas, verduras y lácteos y el consumo excesivo de dulces, con un mayor riesgo a sufrir ansiedad, estrés, depresión e insomnio (Arbúes et al., 2019) de manera concluyente y general, en este estudio la calidad de la dieta se asoció de manera significativa y negativa (el aumento de una implica el decremento de la otra) con la presencia de algún nivel de ansiedad, estrés o depresión.

Sueño. La higiene de sueño es un tema del que se requiere hablar con mayor frecuencia, ya que, aunque cotidiano como la alimentación pasa desapercibido comúnmente, en este sentido de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cerca del 40% de la población mundial presenta problemas de salud relacionados con el sueño (Instituto de Salud para el Bienestar, 2022). Bien sabido es que el sueño juega un papel principal en la consolidación de la memoria, ese proceso complejo mediante el cual se lleva a cabo la integración de la información que después el individuo recordará como experiencias (Saéz et al., 2013). No dormir lo suficiente es considerado factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas como la obesidad, hipertensión, diabetes, depresión, ansiedad e incluso cáncer, tan solo en México cerca del 45% de la población adulta presenta mala calidad de sueño (Instituto de Salud para el Bienestar, 2022).

En este marco la investigación señala correlación entre la mala calidad de sueño con fallas cognitivas atencionales, ejecutivas, ansiedad, depresión, irritabilidad y riesgo físico, por ejemplo complicaciones cardiovasculares (De la Portilla et al., 2019). En cuanto la ansiedad específicamente en el estudio realizado por Ramón et al. (2020) se identificó a la mala calidad

de sueño como variable predictora de los niveles de ansiedad, es decir que, a menor calidad de sueño mayores son los niveles de ansiedad y viceversa.

Medio Ambiente. Aunque inocuo e inamovible el medio ambiente también juega un papel determinante como factor de riesgo para algunos padecimientos físicos o psicológicos. El primer agente por señalar es la calidad del aire que respiramos, aunque con anterioridad la quema de carbón o madera eran acciones vistas como necesarias y normales hoy en día han probado ser nocivas (Perera, 2017).

Actualmente el aire puede contener algunas partículas que al ser inhaladas pueden ser perjudiciales para la salud física y mental, en este sentido la calidad de aire que respiramos se ve mermada por la presencia de metales pesados, cenizas, químicos, entre otros. De lo anterior destaca la vulnerabilidad de los niños ante la exposición a la materia particulada que trae como consecuencia propensión a desarrollar enfermedades respiratorias, trastornos mentales o deficiencias cognitivas (Perera, 2017).

Por otro lado, recientes investigaciones han dirigido su atención en particular hacia la salud mental relacionada con el cambio climático, debido a que la crisis ecológica actual incrementa sentimientos de incertidumbre, impredecibilidad y sensación de descontrol, sentimientos bien reconocidos por quienes padecen ansiedad y sus trastornos (Panu, 2020b). El cambio climático impacta en la salud mental produciendo estrés en las personas (Fritze, 2008), que en un corto o mediano plazo puede generar emociones como ansiedad, depresión o enojo, en este sentido las personas que presentan ansiedad por cambio climático tienen peores pronósticos de salud mental y bienestar, al mismo tiempo que son menos propensas a tener conductas proactivas en comparación con quienes presentan depresión o estrés (Stanley et al., 2021).

Tecnología. De manera sencilla y concreta, la tecnología se refiere a las herramientas que nos ayudan a resolver tareas usando algunos recursos o creando nuevos, afectando nuestra

vida positiva o negativamente (Bom et al., 2016). En estudios donde evalúan el efecto del uso de la tecnología en la salud mental encontraron que el uso de esta se correlaciona directamente con niveles de ansiedad, depresión y estrés; asimismo el uso de redes sociales esta correlacionado directamente con estrés, apenas significativamente relacionado con ansiedad y no se reportó correlación con depresión (Franco y Carrier, 2020). Lo anterior puede explicarse considerando que el uso de la tecnología puede generar conductas adictivas en quienes hacen uso de ella, así como distracción, dificultad para concentrarse, fomenta el aislamiento social, permea en los lazos sociales de la interacción humana, además de los problemas de postura en la columna o tensión del cuello o dolor articular en manos, e incluso insomnio (Ravishankar y Ponnamma, 2018).

Aunado a lo anterior y dirigido a un sector de la población de edad adulta la relación entre salud mental y el uso tecnológico se vincula con la tecnofobia, la cual se refiere a la percepción personal de no contar con las competencias necesarias para la adaptación al uso de la tecnología, en el estudio de Giacomo et al. (2020) encontraron que aunque algunos se adaptan positivamente al uso tecnológico, otros generan emociones negativas como miedo o ansiedad al percibir el uso de la tecnología como posible amenaza a su autonomía.

Estilo de vida. Otro de los elementos importantes a considerar cuando se habla de factores de riesgo o protección es el estilo de vida, aquí nos referimos a actividades que se realizan como parte de la rutina individual, como actividad física, actividades sociales, hábitos alimenticios, consumo de sustancias, entre otros. En un estudio realizado por Bhandari y Paswan (2020) identificaron la actividad física y social como variables que impactan negativamente en la ansiedad y depresión. De manera concluyente la falta de actividad física, el fumar con regularidad, la ausencia de actividades sociales y la pobre interacción familiar se traduce en un mal pronóstico para la salud mental aumentando los niveles de ansiedad y depresión (Bhandari y Paswan, 2020).

Finalmente, aunque no menos importantes, en cuanto a los factores psicológicos que impactan significativamente en la ansiedad, tenemos a la flexibilidad cognitiva, que es la habilidad de cambiar formas de pensamiento de manera variada y considerando una amplia gama de soluciones ante la situación presentada (Johnco et al., 2014). Sobre esto, se ha visto que niveles frecuentes y sostenidos de ansiedad incrementan la impulsividad y disminuyen la flexibilidad cognitiva. La impulsividad se refiere al actuar de manera inmediata sin planeación o premeditación, además de tener baja tolerancia a los posibles conflictos que deriven de este actuar (Yu et al., 2019).

Los rasgos de personalidad también desempeñan un papel importante, como ejemplo, en una investigación que estudiaba la respuesta neurológica entre personas optimistas y pesimistas, uno de los hallazgos fue el siguiente: las neuronas del giro frontal izquierdo mantienen su patrón de activación independiente del grupo seleccionado cuando las personas descubren que el mundo es mejor de lo que esperaban (reciben buenas noticias), no así en el giro frontal derecho, el cual varía dependiendo de cada persona, ya que cuando las personas optimistas se enteran de que el mundo es peor de lo que creían (reciben malas noticias) la activación de esta región se atenúa, lo sorprendente es que en el caso de los pesimistas esta activación es exacerbada o amplificada lo que acentúa el impacto de la información negativa percibida, como conclusión los optimistas difieren de los pesimistas por su capacidad de ignorar lo malo (Sigman, 2015).

Es conveniente recordar que, aunque la ansiedad se asocie casi automáticamente con patología o trastorno, no toda presencia de ansiedad implica trastorno mental y del comportamiento, será la ansiedad en su estado mal adaptativo caracterizada por manifestaciones sintomatológicas intensas, recurrentes y presentes en situaciones o contextos que en otras condiciones no ocurriría lo que determinará la génesis del trastorno. La

preocupación excesiva, hipervigilancia, activación fisiológica, y conductas de evitación son parte de la patología de la ansiedad (Ned y Kalin, 2020).

Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad

Hasta el 2019 la OMS reportó que una de cada ocho personas padecía algún trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión las más comunes. Algunos estudios epidemiológicos señalan los trastornos de ansiedad como una de las principales causas de discapacidad entre los seres humanos (Martin, 2003). En lo que respecta al trastorno de ansiedad, en el 2019 se estima que 301 millones de personas padecían algún trastorno de ansiedad, de esta cifra 58 millones eran niños y adolescentes (OMS, 2022b).

Trastornos de Ansiedad en el Contexto de la Pandemia por Virus SARS-CV2

La pandemia ha impactado significativamente la salud mental de los individuos ya que estadísticamente fue reportado que tanto la ansiedad como la depresión fueron factores acompañantes de las olas de contagio por coronavirus (Sniadach et al., 2021). Una de las principales razones es debido a que derivado de la pandemia innumerables vidas de personas quedaron marcadas por la pérdida, incertidumbre, entre otros distintos tipos de estrés (Elsevier, 2020). En cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales y de comportamiento, la OMS señaló un incremento del 25% en la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión ante la presencia de la pandemia por el virus SARS-CoV2 (OMS, 2022c).

En términos más detallados, la prevalencia de los trastornos de ansiedad previos a la pandemia fue 3824.9 casos por cada 100 000 habitantes a nivel mundial, sin embargo, posterior a la pandemia los casos tuvieron un incremento de 4802.4 por cada 100 000 habitantes que equivale a 374 millones de casos a nivel mundial (Covid-19 Mental Disorders Collaborators, 2021)

Es importante esclarecer que no solo la población adulta sufrió los estragos de la pandemia, ya que en Europa en el caso de los países primermundistas como Alemania y Polonia incrementaron la cantidad de niños y jóvenes entre 10 y 19 años internados por alguna alteración en su salud mental, asimismo cabe mencionar que ambos países cuentan con la tasa más elevada de intentos y suicidios consumados en este rango de edad (Empowering Children Foundation, 2017). En Alemania del 2009 al 2019 los casos de depresión en niños incrementaron un 97%, mientras que los trastornos de adaptación aumentaron un 72% y los trastornos de ansiedad incrementaron 45% (Sniadach et al., 2021).

En el caso de Italia y España la mayor afección se observó en niños que padecían de algún trastorno mental, ya que el aislamiento y los sentimientos de soledad exacerbaron los síntomas psicológicos ya presentes en los diferentes trastornos mentales incluyendo ansiedad, depresión y estrés. En China la población infantil incrementó la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad, así como los diagnósticos de trastorno de depresión y estrés, sobresaliendo la población de niños que no hablaron del problema pandémico con sus padres o quienes tuvieron una perspectiva negativa sobre la cuarentena (Sniadach et al., 2021).

Depresión

*“Tengo la teoría de que cuando uno llora, nunca llora por lo que llora,
sino por todas las cosas que no lloró en su debido momento”*

-Mario Benedetti

Definición de Depresión

A diferencia de la ansiedad, la depresión en sí misma se define como un desorden mental (World Health Organization, [WHO], s.f.; National Institute of Mental Health, [NIMH], 2022c) en el que los síntomas presentes afectan la manera de sentir, pensar o interactuar de quien la padece, lo cual repercute en las actividades diarias de la persona. De acuerdo con el NIMH para que sea diagnosticado como trastorno del estado de ánimo, o bien trastorno depresivo, los síntomas deben estar presentes y sostenidos al menos durante dos semanas (NIMH, 2022c). Los efectos de la depresión pueden ser recurrentes, de larga duración y pueden afectar dramáticamente la vida del individuo (WHO, s.f.).

Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de estados de ánimo como la tristeza, irritabilidad, o sensación de vaciedad (CIE-11; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1995). Entre otros aspectos el trastorno depresivo altera el sueño, el apetito, la concentración e incrementa la sensación de fatiga o cansancio (World Health Organization, [WHO], s.f.).

Como se mencionó con anterioridad para que la depresión sea correctamente diagnosticada se deben considerar la duración de los síntomas, así como los siguientes criterios

establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013):

- Estado de ánimo deprimido (tristeza, desaliento, vaciedad) la mayor parte del día
- Disminución importante del interés por todas o la mayoría de las actividades
- Pérdida importante de peso sin dieta o aumento considerable de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o enlentecimiento al realizar actividades
- Fatiga o falta de energía
- Sensación de inutilidad o culpabilidad
- Disminución de la capacidad de concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte

De manera similar a la ansiedad, en los trastornos del estado de ánimo podemos identificar tipos diferentes de trastornos depresivos que varían en sintomatología, duración e intensidad de los síntomas presentados, actualmente se conocen los siguientes:

- a) Episodio de trastorno depresivo: este se refiere a una etapa o periodo de tiempo (mínimo dos semanas) en el que la persona mantuvo diariamente un estado de ánimo deprimido o hubo una notable disminución de interés en las actividades cotidianas. A diferencia de los otros tipos de trastornos depresivos este se caracteriza por haberse presentado en una sola ocasión y no hay un historial de otro episodio depresivo registrado. Este tipo de episodio depresivo se clasifica en leve, moderado y severo.
- b) Trastorno depresivo recurrente: este se caracteriza por la presencia de dos o más episodios depresivos espaciados a lo largo de un año. La depresión estacionaria forma parte de esta categoría. Se comparten los mismos síntomas del episodio depresivo.
- c) Distimia: se refiere al estado de ánimo deprimido sostenido durante dos años, en este caso los síntomas depresivos están presentes más días que ausentes. Además de los

síntomas de un episodio depresivo, aquí se observa una marcada dificultad en la toma de decisiones, desesperanza respecto al futuro, baja autoestima y sensación de culpa. (APA, 2013)

- d) Trastorno depresivo y trastorno de ansiedad combinado: consiste en un periodo de dos o más semanas en las que los síntomas de ansiedad y depresión están presentes. En este caso la sintomatología por separado no es lo suficientemente severa para diagnosticarse como trastorno depresivo o trastorno de ansiedad. Sin embargo, la pérdida de interés y el estado de ánimo mayormente deprimido deben estar presentes y acompañados de otros síntomas del trastorno de ansiedad.
- e) Trastorno depresivo específico: aquí la presencia del estado de ánimo deprimido impide que la persona realice sus actividades cotidianas (sociales o laborales), sin embargo, los síntomas presentados no cumplen con los criterios diagnósticos de los otros tipos de trastornos depresivos. Es específico porque el especialista al redactar su diagnóstico comparte las razones por las que optó por esta clasificación y no otra (APA, 2013; OMS, 1995).
- f) Trastorno depresivo sin especificar: Al igual que el trastorno depresivo específico no se cumplen con los criterios diagnósticos de los otros tipos de trastornos depresivos, sin embargo, a diferencia del específico aquí no hay una explicación del especialista por haber optado por esta clasificación (OMS, 1995).

Bases Biológicas y Fisiológicas del Trastorno Depresivo

En cuanto a los mecanismos reportados que participan en el trastorno depresivo, se ha observado la inflamación crónica como característica principal en los mecanismos fisiológicos de la depresión.

Lo anterior porque en el proceso de inflamación se observa la participación de las citocinas. Las citocinas pertenecen a un grupo de moléculas (proteínas) liberadas por las células,

encargadas de regular la respuesta inflamatoria y de dolor ante alguna anomalía o patógeno en el cuerpo, pueden ser proinflamatorias o antiinflamatorias y es la interacción entre ambos tipos lo que permite tener una respuesta inmunológica exitosa. En el caso de las proinflamatorias se incluye al factor de necrosis tumoral (TNF), interleucina 1 (IL-1), interferón (IFN), mientras que en las antiinflamatorias contemplamos a la interleucina 10 (IL-10), entre otras (Berk et al., 2013).

En diferentes investigaciones se ha observado que cuando las citocinas son utilizadas para simular un proceso inflamatorio se vuelven evidentes los cambios en el estado de ánimo y en la cognición, presentando síntomas de depresión y ansiedad, alterando la memoria, atención y funciones ejecutivas (Miller et al., 2009; Reichenberg et al., 2001). Asimismo en estudios de antidepresivos y en particular los inhibidores de la recaptura de serotonina se ha reportado un efecto de inmunoregulación negativa, esto significa que disminuye la producción de citocinas proinflamatorias y aumenta la producción de citocinas antiinflamatorias, lo cual apoya la teoría de la inflamación crónica en los trastornos depresivos (Maes et al., 1999).

Esta respuesta inmunológica y cognitiva es normal del organismo para defenderse de patógenos, conservar la energía para combatirlos o recuperarse de una herida, sin embargo, en un estado de inflamación crónica, es decir, la respuesta inmunológica sostenida aún en ausencia de patógenos que se traduce en niveles sostenidos de citocinas en el cuerpo, puede existir daño en tejidos sanos y a su vez promover la propia respuesta inflamatoria del cerebro (Felger y Lotrich, 2013). En pacientes con trastorno depresivo mayor al medir las concentraciones del líquido cefalorraquídeo se obtienen mayores concentraciones de citocinas en comparación con el grupo control que no presenta depresión, así como asociaciones entre la cantidad de citocinas y la severidad de los síntomas del trastorno depresivo, en este sentido entre mayor fue la concentración de citocinas en el líquido cefalorraquídeo, más severos eran los síntomas depresivos (Martínez et al., 2012).

La explicación sobre el cómo la inflamación puede ocasionar daños a nivel cerebral puede abordarse desde varios niveles, el primero es que el desequilibrio entre citocinas anti y proinflamatorias puede impedir el correcto metabolismo de moléculas de glucosa o lípidos, así como la síntesis de neurotransmisores necesarios para el funcionamiento adecuado de los procesos del cerebro. En segundo nivel, es que ante la presencia de una inflamación sostenida la producción de factores que se han visto son necesarios para el mantenimiento y regeneración celular cerebral (por ejemplo, el factor neurotrófico derivado del cerebro [BDNF]) se ve interrumpida o disminuida. Finalmente, el tercer nivel involucra el proceso apoptótico que las células siguen ante la presencia de moléculas inflamatorias que en el caso del cerebro son las células inmunológicas y vasculares, dando lugar a una considerable muerte celular (Zhao et al., 2019).

Otra explicación como lo reportan algunos autores es la probabilidad de correlación entre el estrés crónico, (la exposición a adversidades de crianza, económicas o de trabajo) la inflamación y la depresión, ya que la presencia del estrés crónico se ha planteado como predictor para la depresión al sostener la inflamación en el cerebro (Miller y Cole, 2012).

Con relación a lo anterior en cuanto a la correlación estrés-depresión, es posible observar una alteración en el funcionamiento del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), en la que se observa un desequilibrio en los niveles basales de cortisol y con lo anterior patrones de respuesta alterados ante los estresores (Frodyl y O'Keane, 2013). La presencia del exceso de corticoesteroides (como el cortisol) ocasiona cambios estructurales y funcionales en el cerebro que son evidentes en las conexiones anormales en regiones como la corteza prefrontal medial y el sistema límbico o las áreas estriatales, en particular la amígdala y el hipocampo áreas que hemos visto participan en la regulación emocional y funciones cognitivas (Hammen, 2015; Harvard Health Publishing, 2022).

A pesar de que durante mucho tiempo se sostuvo el paradigma sobre el desequilibrio entre neurotransmisores como principal causa de depresión, hoy en día se ha optado por un punto de vista holístico, ya que un trastorno tan complejo como la depresión no podría ser simplemente explicado por un desequilibrio, ya sea el exceso o la carencia de sustancias químicas en el cerebro. En este sentido aspectos como la regulación emocional, factores genéticos o eventos estresantes de la vida y la interacción de los mismos pueden contribuir en el desarrollo de un trastorno depresivo (Harvard Health Publishing, 2022).

Por lo anterior, es importante la identificación, diagnóstico e intervención oportuna de un trastorno depresivo ya que a nivel mundial, en especial Latinoamérica, la depresión es considerada factor de riesgo en sí misma al incrementar significativamente el riesgo de suicidio en personas que la padecen (Monjica et al., 2009).

Factores de Riesgo

Ahora bien, en una sociedad actual expuesta a una incontable cantidad de estímulos es difícil determinar la causalidad u origen de un trastorno depresivo, sin embargo, como fue el caso de la ansiedad en el capítulo anterior, se han observado factores que incrementan las probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo que involucran aspectos genéticos, psicológicos, sociales, ambientales, entre otros.

Genética. En primer lugar tenemos la heredabilidad de la depresión. Los trabajos en el área reportan que en familias donde han habido casos de depresión se incrementan considerablemente las probabilidades de generar un trastorno depresivo, en especial cuando se trata de familiares de primer grado con trastorno depresivo mayor (Sullivan et al., 2000).

Relacionado con los primeros años de desarrollo el haber estado expuesto a adversidades durante la infancia, que resulten en experiencias traumáticas son un factor de riesgo no solo

para el desarrollo de un trastorno depresivo mayor, sino también incrementa el riesgo de suicidio (Tae y Chae, 2021).

Enfermedades Crónicas. Por otra parte, se ha visto que el padecimiento de enfermedades crónicas incrementa el riesgo de padecer depresión, una posibilidad es por la correlación entre las citocinas y el proceso inflamatorio (Hammen, 2005), como es el caso de los infartos, ya que los pacientes que han sufrido un infarto incrementan el riesgo de padecer depresión y no solo eso, sino que ante la presencia de la depresión los infartos subsecuentes tienen mayores implicaciones en el paciente; de igual manera la depresión puede incrementar el riesgo de sufrir, diabetes, hipertensión, infartos, hipercolesterolemia (colesterol elevado en sangre), obesidad, por mencionar algunos (Gothe et al., 2012; Pan et al., 2011).

Nutrición. Al igual que en la ansiedad, la nutrición es un factor de riesgo importante en el desarrollo del trastorno depresivo. Debido al rol esencial de los nutrientes en el sistema neuroendocrino la nutrición tiene un papel importante en el desarrollo y prevención de alteraciones en la salud mental como lo son los trastornos mentales y del comportamiento (Anderson et al., 2018), ya que se sabe que el triptófano, el complejo de vitamina B, el ácido fólico, la tirosina e histidina, por mencionar algunos son esenciales en la producción de neurotransmisores, que a su vez son fundamentales para la regulación emocional, de comportamiento y cognición (Sarris et al., 2015). Por lo anterior una dieta de baja calidad incrementa el riesgo de comprometer la salud mental mediante el desarrollo de trastornos mentales y de comportamiento (Kris et al., 2020).

Asimismo, existe una relación directa entre el cerebro y los intestinos, esto es evidente cuando consideramos al estrés o las emociones negativas y las sensaciones generalmente desagradables que se perciben comúnmente en el estómago (Madison y Kiecolt, 2019). Colins (2014) plantea que una composición disfuncional de la microbiota (bacterias, virus y hongos)

está estrechamente relacionada con la inflamación crónica, y a su vez con trastornos del estado de ánimo.

Finalmente, y como complemento de lo anterior, se ha observado mediante neuroimagen que la presencia de estrés crónico impide el funcionamiento adecuado de las funciones ejecutivas en la toma de decisiones relacionado con la ingesta de alimentos, promoviendo la elección y consumo de comidas “confortables”, es decir, con poca aportación nutrimental, saturadas en grasa y calorías (Tryon et al., 2013), de esta manera el estrés y la depresión influyen directamente en la elección de comidas, que a su vez impactará negativamente en el equilibrio de la microbiota, que al ser dañada afectará la integridad intestinal volviéndose permeable, con lo que las bacterias accederán fácilmente al sistema circulatorio activando procesos inflamatorios (Madison y Kiecolt, 2019).

Sueño. La alteración de sueño es de los principales síntomas de los trastornos de ánimo, incluso hay especialistas que señalan que los trastornos del sueño y la depresión se producen casi a la par (Fields, 2021). Cerca del 80% de personas que padecen depresión presentan insomnio y el otro 15-20% hipersomnia (Amirtage, 2007), de este porcentaje de pacientes con insomnio mediante estudios con EEG (electro encéfalo grama) se observa un patrón de sueño característico, que consiste en latencia de sueño prolongada, es decir, el tiempo que toma quedarse dormido es mayor a lo habitual, junto con un aumento de despertares intermitentes a lo largo del sueño, así como despertares antes de la hora habitual (Benca et al., 1997).

Relacionado con la calidad de sueño el consumo de algunos antidepresivos ha ocasionado supresión del sueño MOR (movimientos oculares rápidos), fase de sueño caracterizada por pérdida de tono muscular, aumento del ritmo cardíaco y respiración irregular, la cual se sabe contribuye a la regeneración celular, la consolidación de la memoria, procesamiento emocional, ensoñaciones, etc. (Summer, 2022). El incrementar la latencia de esta fase de sueño, así como la reducción del tiempo y densidad del sueño MOR (Wilson y Argyropoulos, 2005) afecta no solo

la consolidación de la memoria y los procesos cognitivos, sino también perjudica la capacidad del cerebro de regenerarse celularmente (Summer, 2022).

En este punto es importante resaltar la importancia no solo de la fase de sueño MOR, sino de la higiene de sueño en general, es decir, el sueño debe cumplir con algunas características como un horario comprendido dentro de los parámetros esperados de duración, sin interrupciones, evitar consumo de sustancias estupefacientes o alimentos irritantes justo antes de dormir, bloquear fuentes de ruido o luz intensos, entre otros (Granados, 2018) ya que un sueño adecuado es fundamental para el eficiente y óptimo funcionamiento cognitivo y de regulación emocional (Jackson, 2013), es de conocimiento general que la mala calidad de sueño no solo se relaciona con trastornos del mismo sino también con el incremento de síntomas depresivos, así como con el desarrollo de problemas médicos crónicos como la obesidad (Dew et al., 1994).

Tecnología. En cuanto al uso de la tecnología, no se limita solo al uso de los aparatos electrónicos sino también implica el uso de redes sociales, que incluyen una amplia gama de plataformas digitales interactivas como email, blogs, juegos, sitios de entretenimiento y de conexión social (Manning, 2014). En este sentido aunque existe literatura que apoya los beneficios del uso de las redes sociales, sobresalen las investigaciones en las que los efectos del mal uso de las redes sociales son perjudiciales para algunos individuos al reportar correlaciones positivas entre mayor tiempo invertido en las redes y la ideación suicida, y en otros casos intentos de suicidio (Sampasa y Hamilton, 2015; Sampasa y Lewis, 2015). En el caso de los adolescentes también se ha reportado que cuando presentan depresión tienden a tener dificultades para regular su uso de redes sociales. Algunos autores señalan el uso problemático de redes sociales como un factor de riesgo para los síntomas depresivos al relacionarse con un mal-ajuste emocional, entre otros aspectos (Bashir y Bhat, 2017). A su vez el uso nocturno de

redes sociales se ha vinculado con mala calidad de sueño, síntomas depresivos y de ansiedad en acuerdo con lo expuesto en apartados anteriores (Scott et al., 2021).

Estilo de Vida. Por otro lado, en una realidad actual en la que pareciera que todo está al alcance de nuestro teléfono existen actividades que poco a poco han sido dejadas de lado, tal es el caso de la actividad física, la cual también es enfatizada al tratar sobre los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo.

En un estudio que evaluaba las diferencias entre un grupo que tenía un estilo de vida saludable con otro que tenía un estilo de vida sedentario se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento del control inhibitorio, funciones ejecutivas, atención sostenida, habilidades motoras y velocidad de rastreo visual. El grupo con un estilo de vida saludable obtuvo mayores puntajes durante la evaluación, con menor tiempo y mayor eficacia de resolución de las pruebas neuropsicológicas (Ramírez, 2019).

De igual forma la actividad física tiene un valor significativo sobre el estado de ánimo y autoestima ya que el grupo sedentario al ser expuesto a actividad física para generar un cambio en su estilo de vida promovió la disminución considerable en sus niveles de depresión, ayudando también a mejorar la percepción que tenían de sí mismos fomentando una autoestima saludable (Ramírez, 2019). La baja activación del paciente y el sedentarismo en conjunto con la mala calidad de sueño son predictores de la severidad de los síntomas de la depresión. En este sentido hay común acuerdo en que no solo factores personales sino también los estilos de vida impactan directamente en los trastornos depresivos (Aguilar et al., 2022).

Otro punto relacionado con el estilo de vida es la espiritualidad, que ha de distinguirse de la religiosidad ya que la espiritualidad se refiere a “La capacidad de las personas para trascenderse a sí mismos a través del conocimiento y el amor, es decir, llegar más allá en relación con los demás (Schneiders, 2003, p.165). La relevancia de la espiritualidad en una vida humana parte de la base que el practicar meditación, oraciones o trabajo en conjunto con otros

individuos produce emociones positivas y de apoyo social, las cuales se relacionan negativamente con la depresión (disminuyen los síntomas y probabilidades de desarrollarse) (Bamonti et al., 2016; Koenig et al., 2004).

A su vez la sensación de apoyo social sobresale al generar sentimientos de pertenencia en los individuos, y eso a su vez impacta en el riesgo suicida disminuyendo las probabilidades significativamente de concretarse (Joiner., 2005). Para ejemplificar lo anterior, en un estudio realizado en pacientes sobrevivientes de infarto y los cuidadores primarios se señaló a la espiritualidad como factor de protección ante la sintomatología depresiva, ya que cuando los cuidadores primarios presentaban síntomas depresivos, la espiritualidad elevada en los pacientes sobrevivientes de infarto actuó como factor protector para ellos y en los mismos cuidadores primarios (Pucciarelli et al., 2022). Lo anterior puede explicarse a través de los hallazgos en otros estudios que señalan algunos beneficios de la espiritualidad como el promover un autoestima saludable, generar emociones positivas y promover estrategias de auto cuidado (Dos Santos et al., 2018).

Medio Ambiente. Finalmente, nuestro medio ambiente representa un factor de riesgo cuando se habita un entorno con alto índice de densidad de población, elevado uso de suelo y mayor costo en el valor de los bienes, ya que el disponer de un vecindario percibido como agradable mostró menor cantidad de síntomas depresivos en adultos de 65 años en adelante (Julien et al., 2012). Como complemento de lo anterior en la revisión sistemática de Rautio et al. (2018) el percibir carencias en el hogar como cocinas disfuncionales, falta de servicios adecuados se correlacionaron directamente con la presencia de estados de ánimo depresivos (Rautio et al., 2018).

Epidemiología de los Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos son importantes hoy en día ya que se estima que a nivel mundial 350 millones de personas padecen depresión. En el 2019 se calculó que 280 millones

de personas sufrían depresión, de esta cifra niños y adolescentes sumaban 23 millones (OMS, 2021). Este trastorno es de relevancia social mundial al ser considerada como el padecimiento más deshabilitante en las personas (González et al., 2019). Hasta el día de hoy México cuenta con un total de 126 millones, 14 mil, 24 habitantes, en la última encuesta realizada por el INEGI sobre los hogares mexicanos donde también se encontró que 19 millones se han sentido deprimidos alguna vez durante el último año en el que fueron encuestados (INEGI, s.f.).

De acuerdo con Belló et al. (2005) la prevalencia de la depresión incrementa con la edad de los individuos lo que a su vez representa un riesgo para que esta sea perdurable a lo largo de la vida y severa al no ser detectada o tratada. Sin embargo, sobre el punto anterior la encuesta realizada en el 2007 por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reportó que en promedio la población mexicana espera un promedio de 14 años antes de buscar ayuda para el tratamiento de trastornos del estado de ánimo (Borges et al., 2007).

Trastornos Depresivos en el Contexto de la Pandemia por Virus SARS-CoV2

En cuanto a los registros que se tienen sobre los cambios en la prevalencia de trastornos depresivos, antes de la pandemia se registró a nivel mundial 2470.5 casos por cada 100 000 habitantes, sin embargo, posterior a la pandemia se tuvo un registro de 3152.9 casos por cada 100 000 habitantes lo que equivaldría a 246 millones de personas con depresión, las cifras anteriores fueron estimadas durante el año 2020 (Covid-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

Es importante mencionar la importancia de quienes estuvieron al frente de la atención ante la emergencia sanitaria, ya que la OPM reportó en sus encuestas realizadas al personal de salud en el 2020 en las que evaluaron 14 502 trabajadores de la salud de Argentina, México, Perú, Chile, Uruguay, entre otros, que de los encuestados alrededor de un 14.7 a 22% presentaron síntomas depresivos, mientras que otro 5 a 15% expresaron abiertamente haber pensado en suicidarse (Organización Panamericana de la Salud, [OPS], 2022).

Capítulo II Cognición y Emoción

Cognición

*“Sigue a tu corazón, pero lleva
contigo a tu cerebro”*

-Alfred Adler

Definición de Cognición

La cognición, un proceso fundamental del cual se habla y trabaja en las intervenciones psicológicas y se define como “todas las maneras de conocer y ser consciente” (Harvey, 2019). De acuerdo con la American Psychological Association (APA, 2022a), procesos que hoy conocemos como percibir, recordar, razonar, juzgar, imaginar y resolver problemas forman parte de eso que hemos llamado cognición.

Existen hasta el día de hoy varias maneras de conceptualizar la cognición, una de ellas es mediante los procesos involucrados, en este sentido entenderíamos a la cognición como procesos de atención, lenguaje y funciones ejecutivas, por mencionar algunos. Otra manera es a partir de las regiones cerebrales y las funciones que llevan a cabo como el lóbulo frontal, temporal, el hipocampo, etc. Y finalmente, también podría entenderse la cognición considerando su organización estructural jerárquica basada en los procesos que se llevan a cabo, de esta manera surge el uso de términos como procesamiento top-down y bottom-up, donde down/bottom hacen referencia a procesos considerados menos complejos, son procesos mayormente sensoriales y perceptuales, mientras que top/up hacen referencia a aquellos procesos complejos como el razonamiento, toma de decisiones, o más en general las funciones ejecutivas. Dentro de estos dominios que conforman la cognición a grandes rasgos, hallamos subdominios, estos últimos son los evaluados por las pruebas neuropsicológicas (Harvey, 2019).

Funciones Cognitivas

Ahora bien, es conveniente profundizar en aquellos subdominios, y por ello se elabora una síntesis de las principales funciones cognitivas, aunque cabe mencionar que la clasificación de dominios o funciones cognitivas puede variar dependiendo la bibliografía y autor consultados. Dicho lo anterior y para fines de este trabajo se retoma la propuesta por Harvey (2019), aunque es pertinente aclarar que el orden presentado a continuación no implica mayor o menor relevancia. En primer lugar está la percepción, que es definida como “un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante” (Oviedo, 2004, p. 90), aunque para la APA consiste en el proceso o resultado de ser consciente de los objetos, relaciones y eventos en términos de los sentidos (vista, gusto, olfato, tacto y audición), este proceso involucra actividades de reconocimiento, discriminación y observación (APA, 2022b).

El segundo lugar lo ocupa la memoria que actualmente entendemos, aunque independientemente de sus subelementos (memoria de trabajo, memoria anterógrada, memoria retrograda), como la capacidad de codificar, almacenar y recuperar información (Squire, 2009). La memoria es la capacidad de retener información o la representación de una experiencia pasada, basada en los procesos de aprendizaje, codificación y retención por un intervalo de tiempo para recuperarlo o reactivarlo posteriormente (APA, 2022c). Hoy en día sabemos que las memorias se almacenan al fortalecer las conexiones entre neuronas y no con el nacimiento de ellas como antes se creía (Ramon y Cajal, 1894),

En el tercer lugar tenemos el aprendizaje, aunque no hay una definición mundialmente aceptada. En los inicios de su estudio Lachman (1997) lo define como el cambio en el comportamiento a partir de la experiencia. Más adelante para Donjam (2016) fue el cambio duradero en los mecanismos de conducta que involucran estímulos y respuestas específicos.

Finalmente, para la APA el aprendizaje es la adquisición de información nueva, o de habilidades después de la práctica, observación o mediante la experiencia modificando el comportamiento, conocimiento y función cerebral (APA, 2022d).

Posteriormente tenemos a la conciencia, aunque se puede entender en estricto sentido como el estado mental de alerta cuando un individuo está despierto, el término también hace alusión al conocimiento manifiesto de algo, es decir, el informe preciso de lo percibido o reconocido, esta función cognitiva es relevante al evaluar la orientación de las personas durante la evaluación neuropsicológica ya que es un indicador de que la persona es consciente de sí misma y de su entorno (APA, 2022e).

La siguiente función cognitiva es la atención que ha sido comprendida como la focalización de la conciencia en un solo estímulo relevante ignorando el resto de los estímulos del medio (APA, 2022f). Para otros autores es el proceso implicado en la selección de información necesaria para el mantenimiento, iniciación o término de una conducta (Padilla et al., 2016).

En cuanto al razonamiento, se entiende como el pensamiento secuenciado de argumentos o pruebas, premisas o hechos para establecer conclusiones. Mientras que el juicio en psicofísica se refiere a la capacidad discriminatoria para determinar la presencia o relativa magnitud de un estímulo (luz, sonido, etc.), para la neuropsicología el término hace referencia a la capacidad de reconocer relaciones, deducir conclusiones a partir de evidencia y realizar evaluaciones críticas sobre personas o eventos (APA, 2022g).

Continuando con el lenguaje, es el sistema utilizado para la expresión o comunicación de pensamientos o sentimientos a través de sonidos del habla, o símbolos. En psicología el estudio del lenguaje es importante porque representa un tipo de abstracción y comprensión que son indispensables para el funcionamiento del pensamiento o cognición, además el lenguaje está

estrechamente relacionado con la percepción individual del mundo (APA, 2022h; Padilla et al., 2016).

El propósito de este apartado se limita a la introducción del conocimiento general de algunas de las más importantes funciones cognitivas, por lo que se descarta ser una descripción exhaustiva de las mismas. En este punto es importante tener en cuenta que al hablar sobre los procesos que conforman la cognición, o bien, funciones cognitivas como la memoria, razonamiento, lenguaje, por mencionar algunas, su desarrollo y funcionamiento no está delimitado en una sola región cerebral, por lo que no se debe dejar de lado la participación de otras regiones en la tarea en cuestión, ya que es el conjunto de mecanismos y la comunicación entre diferentes áreas lo que permiten que la realización de dicha tarea sea exitosa.

Cognición y emoción

Como podemos inferir las funciones cognitivas hasta este momento parecen ser procesos independientes de la influencia de las emociones, proceso que es relevante y fundamental no solo en el estudio del comportamiento, sino en el día a día de los seres vivos.

Aunque en primera instancia se interpretan como procesos opuestos, existe evidencia sobre la relación e influencia de las emociones en la salud física y cognitiva de las personas, evidencia que no es del todo reciente. Un hito histórico importante del paradigma data del siglo pasado, el s. XX. A mediados de este siglo predominaba la influencia de las sociedades industrializadas en las actividades humanas incluida la medicina, es aquí donde surge como propuesta ante la necesidad de un modelo médico holístico que incorporara la compasión y la empatía en la práctica médica de la época, el modelo biopsicosocial de Engel (Borrell, 2002). En este modelo, Engel (1977) sostuvo que todos los fenómenos importantes implicados en la salud de un individuo tenían implicaciones a nivel orgánico, pero también a nivel psicológico y social. Este fue un cambio importante para el campo de la psicología ya que fue a partir de él que comenzaron las propuestas de interacción entre variables orgánicas y psicológicas en el curso de

la enfermedad, como el cáncer y el estrés, enfermedades cardiovasculares y personalidad, por mencionar algunos ejemplos (Engel, 1977).

Una de sus críticas más sobresalientes al enfoque biomédico de la época, fue su postulado sobre la enfermedad, en el que establece que “Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interacción de diversas causas, no solo moleculares, sino también psicológicas y sociales. A la inversa: alteraciones psicosociales pueden derivarse en enfermedades o dolencias que constituyen problemas de salud, incluso a veces con correlación bioquímica” (Engel, 1977 en Borrell, 2002 p. 175).

Considerando lo anterior, aún en estos tiempos establecer la relación precisa entre la cognición y las emociones es complejo debido a la cantidad de áreas y mecanismos implicados, sin embargo, hay una buena cantidad de trabajos de investigación que confirman el vínculo entre cognición y emoción (Schmeichel y Tang, 2015). Primero es importante considerar que en una vida cotidiana es factible percibir que funcionamos diferente cuando nos encontramos en un estado emocional intenso, es decir, nuestra atención no es la misma cuando nos sentimos tristes o cuando nos sentimos motivados. Como ejemplo de lo anterior hay estudios que reportan que un estado de afectividad negativa en un grado leve mejora el control inhibitorio, es decir, que las conductas impulsivas se reducen, no obstante, un grado intenso de afectividad negativa lo socava (Pessoa et al., 2012); de igual manera los afectos positivos pueden facilitar el cambio del foco atencional entre tareas, aunque también pueden incrementar la distraibilidad, de esta forma es factible pensar en el trabajo conjunto que la cognición y emoción llevan a cabo (Dreisbach y Goschke, 2004).

Una vez que una emoción es percibida, influye en el pensamiento, juicio y en la comunicación de las personas, asimismo el cerebro atraviesa por una serie de cambios importantes relacionados con el procesamiento y regulación emocional, cambios observables en

áreas como la corteza prefrontal y el hipocampo ya que se ha observado que la afección de estas áreas dificulta la efectiva regulación emocional (Levenson, 2019).

Ahora bien, es posible en este punto cuestionarse sobre qué es una emoción y por qué forma parte importante del funcionamiento del cerebro. Etimológicamente la palabra emoción proviene del latín *e-motivo* que significa “en movimiento/hacia”, quiere decir que en cada emoción hay una tendencia a moverse a alguna dirección o cumplir con algún propósito (Sánchez, 2018).

En la actualidad las emociones tienen significados que varían dependiendo del autor, sin embargo, una de las definiciones más consultadas es la del diccionario de psicología de la American Psychological Association que define las emociones como: “el patrón de reacción complejo que involucra elementos psicológicos, de comportamiento y experiencia, mediante los cuales un individuo lidia con eventos o temas que son significativos a nivel personal” (American Psychological Association [APA], 2022i).

Funciones Cognitivas y las Emociones

En un estado natural donde no existe alguna alteración por trastorno es posible observar la influencia de las emociones en las funciones cognitivas modificando procesos de memoria, atención u otros mencionados en la sección anterior. En el caso de la memoria se ha observado que los estímulos con carga emocional (olor desagradable o agradable, por ejemplo) promueven mejor recuperación de información que los estímulos sin carga emocional, o neutros (Adelman & Estes, 2013). Como complemento, esto se observó con independencia de la modalidad sensorial, ya que en otro estudio donde se evaluó la memoria, específicamente la capacidad de recuperación, mediante recuerdo de imágenes y su disposición espacial en una pantalla se halló que aquellas imágenes emparejadas con un estímulo con carga emocional (desagradable o agradable) eran recordadas con mayor facilidad en comparación con aquellas que habían sido asociadas con un estímulo emocional neutro, con lo que al final se concluye que un contexto emocional, es decir, en el que estímulos con carga emocional estén presentes, favorece la

integración de la información, lo cual a su vez significa que a mayor integración de la información sensorial del ambiente más propensa será a ser recuperada (Macri et al., 2017).

Por otra parte, la emoción no solo interviene en la codificación de la memoria, sino también en la manera cómo se recuerda la información, ya que se ha mencionado la existencia de un sesgo emocional en la evocación de recuerdos en personas con trastornos del estado de ánimo, (Bergstrom, 2016; Nolen-Hoeksema et al., 2008) lo que desde luego impacta en el bienestar de las personas debido a que este sesgo emocional en la memoria podría incrementar la ansiedad o desesperanza sobre el futuro (Wu et al., 2015).

La memoria de trabajo ha sido evaluada también, en este caso las personas con una mejor capacidad de memoria de trabajo mostraron mayor propensión a implementarse a sí mismos al recibir retroalimentación negativa sobre sus personas, así como mayor habilidad de afrontamiento ante estresores de la vida cotidiana, en comparación con quienes respondieron defensivamente ante la crítica cuyo desempeño de memoria de trabajo fue menor (Schmeichel y Tang, 2015).

En cuanto a la toma de decisiones, existen autores que aseguran que dicho proceso no puede ser explicado solo por los fundamentos racionales, en cambio la toma de decisiones es sustentada fundamentalmente por las emociones (Frank et al., 2009; Phelps, 2009; Sokol et al. 2013). En la revisión sistemática realizada por Palazzi et al. (2019) que buscaba evidencia sobre los efectos emocionales inducidos por la música en la toma de decisiones encontraron que la música influía considerablemente en las decisiones de los participantes en diferentes experimentos, en uno se observó que escuchar música misógina o con odio hacia los hombres incrementaba la agresividad entre los participantes, lo cual a su vez aumentó la probabilidad de que eligieran escenarios desfavorables (cantidad de picante asignado a consumir) para los participantes de su género opuesto (Fischer y Greitemeyer, 2006). Por otra parte quienes fueron expuestos a música prosocial seleccionada por expertos disminuía la agresividad e incrementaba

la actividad prosocial entre los participantes, haciendo donativos en las situaciones experimentales hipotéticas o mostrándose más disponibles para ayudar a otros (Greitemeyer, 2011).

Es importante reiterar que las emociones por sí mismas no representan amenaza, ni comprometen el bienestar de los individuos, en cambio son mecanismos necesarios que activan procesos fisiológicos, conductuales y psicológicos que orientan la acción hacia el bienestar y adaptación del organismo, no obstante es plausible pensar que alguna alteración en los mecanismos que participan en el proceso emocional dará lugar al desarrollo de cambios en la cognición y bienestar del individuo (Izard, 2015).

En este punto se retoma el término de regulación emocional, que es la capacidad que tiene una persona para hacer uso de estrategias que le permitan aumentar, disminuir o mantener la intensidad y duración de sus emociones, ya sean negativas o positivas (Koole, 2009). La regulación emocional es el preámbulo para el desarrollo de la flexibilidad cognitiva-emocional (Ghosh y Halder, 2020), rasgo que sobresale en pacientes con ansiedad o depresión al mostrar inflexibilidad cognitiva basada en su reducida capacidad de regular las emociones negativas (Werner et al., 2013).

En el caso de personas con depresión y ansiedad se observa el uso de estrategias mal adaptativas para la regulación emocional como la evitación, en la que el individuo rehúye de la experiencia psicológica y física de una emoción, evita involucrarse en situaciones o eventos; la supresión, que se caracteriza por el impedimento activo del individuo de la expresión de sus emociones; y la rumiación, que consiste en la repetitiva focalización de la atención en el acontecimiento emocional, pensando y repensando las causas y consecuencias del mismo; mientras que individuos sin estos trastornos utilizan estrategias adaptativas como la aceptación en la que se permite la presencia y manifestación física de la emoción sin ninguna resistencia, o de resolución de problemas que consiste en utilizar procesos cognitivos y de comportamiento

para modificar la percepción del evento desagradable. De esta forma, la aplicación de estrategias mal adaptativas de regulación emocional se ha vinculado con el deterioro del desempeño académico y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión (Schäfer et al., 2016).

Por lo anterior podemos pensar que aquellos trastornos mentales y de comportamiento caracterizados por estados emocionales como miedo, angustia, tristeza, etc., que carecen de una adecuada aplicación de estrategias adaptativas para su regulación, impactarán directamente y con mayor severidad en el funcionamiento cognitivo, que es de lo que trata el siguiente apartado.

Funciones Cognitivas en los Trastornos de Ansiedad

La literatura actual sostiene que el funcionamiento cognitivo de personas que padecen trastornos de ansiedad, exhibe diferencias en el rendimiento durante las pruebas neuropsicológicas, sobre todo cuando estímulos con carga emocional negativa están presentes o actividades que implican mayor demanda de esfuerzo cognitivo (Leonard y Abramovitch, 2019), ya que en el trastorno de ansiedad existe aumento en la excitación fisiológica sostenida por una hipervigilancia hacia posibles amenazas impactando en la regulación cognitiva, la cual impide el uso de estrategias efectivas para la resolución de la tarea en cuestión, prevaleciendo estrategias mal adaptativas que resultan perjudiciales (Mcclure y Pine, 2015).

En términos de la memoria, es de nuestro conocimiento que ante la presencia de una amenaza el cerebro incrementa la producción de adrenalina y cortisol, sin embargo, cuando esta respuesta es sostenida y exacerbada por la presencia de miedo y ansiedad excesivos se da lugar a la pérdida de memoria, al aumentar la liberación de la hormona corticotropina se impide el proceso de aprendizaje interrumpiendo la codificación y almacenamiento de información en la memoria (Rivier University, s.f.). En el estudio realizado por Moon y Woo (2016) observaron que pacientes con trastorno de ansiedad generalizada presentaban volúmenes disminuidos de materia gris en el hipocampo, tálamo e ínsula lo cual se correlacionó con puntajes inferiores en

tareas de memoria como la evocación de palabras, en comparación con pacientes que no presentaban este trastorno. Por otra parte, existe una importante cantidad de trabajos en donde se reporta el sesgo atencional de personas diagnosticadas con trastorno de ansiedad generalizada, ya que su atención es significativamente mayor hacia estímulos amenazantes con notoria velocidad en lectura o en movimiento ocular, lo cual no se observa en el grupo control (Goodwin et al., 2017).

Asimismo, se observó que la memoria de trabajo estaba alterada en personas con trastorno de ansiedad al reiterar sus errores en ejecución de una tarea en la que requerían cambiar las normas de realización de la tarea, en su caso no modificaban su proceso de resolución aun cuando se les daba retroalimentación de su ejecución. En suma, se observó que la memoria de trabajo actuaba como predictor de posible trastorno ya que el reporte temprano de déficits en la memoria de trabajo se relacionaba con el desarrollo de un trastorno de ansiedad generalizada en años posteriores.

En cuanto al razonamiento en individuos con este trastorno se ve alterado al mostrar incapacidad de emitir conclusiones a partir de la correcta evaluación de la información disponible, en su caso externalizan conclusiones de manera impulsiva y sin un razonamiento detallado lo que resulta en una notable aprehensión sobrestimando lo que consideran amenazante al mismo tiempo que subestiman sus habilidades para afrontarlo (Zainal y Newman, 2018).

Funciones Cognitivas en los Trastornos Depresivos

En cuanto a las funciones cognitivas en un trastorno depresivo mayor, aunque no hay un consenso respecto al perfil neuropsicológico sobre esta población las investigaciones señalan alteraciones en la cognición como parte de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (Hammar y Ardal, 2009). La atención es una de las funciones cognitivas cuyo desempeño se ve mermado ante la presencia de un trastorno depresivo, ya que se ha observado que

personas con depresión suelen tener un desempeño empobrecido en aquellas tareas que requieren mayor esfuerzo en comparación con las personas que no presentan un síndrome depresivo (Hammar et al. 2003), que en términos de atención, es la atención selectiva que se ve implicada al disminuir la capacidad de las personas con depresión a atender un estímulo determinando ignorando los otros estímulos presentes para resolver una tarea asignada durante la evaluación (Kertzman, 2010). En cuanto la atención dividida se ha reportado mayor incapacidad de atender a diferentes estímulos con diferentes modalidades sensoriales (visual, auditivo) en esta población. Resulta importante destacar que un buen desempeño de la atención dividida es un predictor en la eficacia de tratamiento, mientras que un peor desempeño se asocia con mayor tiempo de respuesta al tratamiento psicoterapéutico y mayor riesgo de recaída (Kim et al., 2015; Lautenbacher et al. 2002; Majer et al. 2004).

En cuanto a la memoria, en los pacientes con depresión se ha señalado una preferencia existente para recuperar información negativa vs. positiva, es decir, pacientes con depresión muestran un mejor desempeño en la recuperación de eventos negativos, y un desempeño disminuido para los eventos positivos (Dillon y Pizzagalli, 2018). De igual forma la memoria autobiográfica, es decir, la memoria asociada con la historia de vida de cada individuo se ve alterada en el curso del trastorno depresivo promoviendo memorias genéricas o ambiguas en comparación con individuos saludables que al evaluar su memoria autobiográfica externan memorias específicas sobre sí mismos (LeMoult y Gotlib, 2019). En relación con esto último en un estudio dirigido por Arditte et al. (2017) encontraron que al someter a pacientes con trastorno depresivo mayor a un entrenamiento de mejoría para recuerdo positivo, que en resumen consiste en entrenar a un grupo de pacientes para recuperar memorias positivas mediante imaginería mental en donde se les pide recordar memorias autobiográficas en voz alta que fueron felices para ellos; aunque también hay estudios que eligen el entrenamiento de memorias neutras; lo anterior porque se ha observado que el fomentar en pacientes sin depresión que reportan tristeza la recuperación de memorias positivas es eficiente para aliviar

síntomas de tristeza (Joormann et al., 2007) mejora el desempeño de la memoria reduciendo el sesgo emocional incrementando la capacidad en los pacientes de recordar memorias felices para ellos, al mismo tiempo que promueve una mejor regulación emocional (Arditte et al., 2017).

Por otra parte, en esta área de investigación se ha observado que las personas diagnosticadas con depresión muestran complicaciones en su cognición, es decir, prevalece en ellos una inflexibilidad cognitiva que no les permite cambiar estrategias con facilidad produciendo pensamientos rígidos y automáticos (Denvey y Dedlin, 2006), como se mencionó anteriormente la flexibilidad cognitiva es importante en los procesos elaborados de las funciones ejecutivas, ya que permiten al individuo transitar libremente entre estrategias que contemplen múltiples resoluciones a un problema (Johnco et al., 2014) al mismo tiempo que fomenta la habilidad para adaptarse continuamente al entorno cambiante en el que vive, y con ello mejora la capacidad de regulación emocional (Gabrys et al., 2019).

En cuanto a funciones ejecutivas, en un estudio se identificó la relación entre la disfunción de la regulación de funciones ejecutivas y el riesgo suicida, en esta investigación se compararon personas diagnosticadas con depresión, personas sin ningún diagnóstico de trastorno mental y personas que habían tenido intentos suicidas. En este estudio se reportó a este último grupo con problemas de control inhibitorio y con notable rigidez cognitiva, procesos relevantes para la regulación emocional adaptativa (Sánchez et al., 2013).

Capítulo III Intervención Psicológica Grupal

Intervención psicológica grupal

“El hecho de compartir las problemáticas [...]

ya es en sí un proceso terapéutico”

- Vinogradov y Yalom (1996)

Definición

“Las personas prosperan más en una comunidad que valora su participación y protege su dignidad” Alonso y Swiller (1995, sección de introducción, párr. 1).

Hoy en día la AGPA (American Group Psychotherapy Association) define a la terapia grupal como una forma de terapia en donde un número de personas se reúnen bajo la guía de un terapeuta profesional entrenado en la materia, en donde se busca generar un espacio de seguridad, apoyo y cohesión para atender problemáticas personales, interpersonales y sociales (American Group Psychotherapy Association [AGPA], s.f.).

Mientras que la sociología considera las sociedades como grupos, la tradición psicológica plantea a los grupos como una representación a escala de las sociedades (Díaz, 2000), lo anterior es relevante cuando consideramos que en el día a día de una vida cotidiana hay interacción con otras personas, aquellas con quienes elegimos socializar, compartimos espacios de trabajo, ambientes recreativos o actividades académicas, religiosas, etc. (Malat y Leszcz, 2014) y cobra aún mayor relevancia si tenemos presente que son las primeras relaciones las que moldean la estructura interna de nuestros cerebros que es observable cuando elegimos una pareja en un futuro, los estilos de crianza por los que optaremos, nuestros niveles de resiliencia e incluso la capacidad de darle significado a nuestras vidas, todo ello será determinado en gran medida por nuestras primeras interacciones con otros (Badenoch y Cox, 2010).

El Cerebro y la Intervención Psicológica Grupal

Aunque en épocas modernas se ha fomentado el pensamiento individual como antítesis de lo colectivo, las ventajas que implica una vida en sociedad sobrepasan las ventajas de una vida en aislamiento, si las hay. Históricamente hablando, las culturas prehispánicas favorecieron su evolución con la conformación de grupos para la búsqueda de comida en primer instancia, lo que más adelante favorecería el desarrollo de un lenguaje (Shultz et al., 2011).

Si bien salir a cazar comida no es determinante para nuestra sobrevivencia hoy en día, sí lo son las relaciones que establecemos desde nuestros primeros meses de vida. Sobre lo anterior, una de las explicaciones que brinda la neurociencia es que desde la infancia temprana las interacciones con nuestra madre son determinantes en el desarrollo de regiones límbicas y corticales (Sieggel, 1999), en este sentido se ha observado que niños expuestos a estilos de crianza de abuso o negligencia incrementan el riesgo de desarrollar problemas de aprendizaje, de interacción social, internalización o externalización de síntomas como la depresión o desorden de conducta respectivamente (National Center For Biotechnology Information; [NCBI], s.f.). Además, en la esfera psíquica las memorias que formamos en la infancia sobre nuestra interacción con nuestra madre determinarán de manera implícita nuestra valía como seres humanos y establecerá las bases para futuras relaciones interpersonales. En una intervención de terapia grupal, son estos primeros patrones de interacción almacenados en la memoria los que se hacen explícitos y que al ser propiamente tratados pueden modificar la estructura de pensamiento (Badenoch y Cox, 2010).

Otro tema que causó gran revuelo en la comunidad de las neurociencias fueron las neuronas espejo al probar su participación en diferentes aspectos del comportamiento social, así como en las capacidades individuales del ser humano como la inteligencia emocional (Schermer, 2010), ya que a diferencia de lo que se pensaba al principio las neuronas espejo no solo incrementan su actividad al observar una conducta motora específica en otro individuo, sino

también ante expresiones faciales, gestos, tonos de voz, entre otros (Iacoboni, 2008). Hay autores que sostienen que la mera interacción cara a cara con otros individuos tiene un efecto particular en el sistema nervioso que contribuye a la disminución de niveles de estrés y ansiedad, de esta manera se ha establecido que “el contacto cara a cara promueve una cascada de neurotransmisores que como una vacuna nos protegen ahora, en nuestro presente y a futuro [...] estrechar las manos, o chocarlas es suficiente para la liberación de oxitocina y dopamina, mismas que incrementa los niveles de confianza y decrementa los niveles de cortisol y por ende de estrés” Canal TED (2017, 10m3s).

Lo anterior pone en relieve los beneficios de la interacción con otras personas en lo cotidiano, así como dentro del contexto de la psicoterapia, ya que en la terapia grupal desde las primeras sesiones surge interacción que va desde lo inconsciente y no verbal, como, son gestos o expresiones faciales, en este primer momento entra en juego la actividad de las neuronas espejo que contribuyen a procesos de identificación en el que no solo la persona comienza a observar e interpretar los comportamientos sino también hace registro común de intenciones, metas e incluso emociones que desde luego determinarán la cohesión y dirección de las sesiones grupales (Schermer, 2010). Otro de los beneficios que ofrece la intervención grupal es la disponibilidad de puntos de vista que se obtienen de los miembros que conforman el grupo sobre el problema particular tratado, ya que con esto no solo la persona se siente acompañada por sus compañeros, sino que también adquiere consciencia de no ser el único que padece un trastorno mental o de comportamiento se promueven sentimientos de comprensión y pertenencia (Dinger y Schuaenburg, 2010).

En cuanto a las áreas cognitivas, se habla de las mejorías en el desempeño cognitivo de los pacientes intervenidos mediante la psicoterapia grupal. Forghani y Ghanbari (2016) encontraron que los participantes de su estudio implementaron su desempeño en tareas que involucraban la inteligencia emocional y funciones ejecutivas durante la intervención

psicológica grupal, al mismo tiempo que propició la disminución del consumo de sustancias en dichos participantes.

Otro de los procesos cognitivos implicados en la terapia grupal más estudiados es la memoria. Cuando un grupo desarrolla un vínculo social importante no solo la memoria se compromete sino también los mecanismos que modificarán los procesos de memoria. Lo anterior se comprende cuando tenemos presente que el aprendizaje, y por ende la memoria, se ven altamente modificados por procesos emocionales maximizando la funcionalidad de la memoria a la vez que promueve la plasticidad cerebral (Flores, 2010). En este sentido los grupos de intervención grupal psicológica promueven el establecimiento del tipo de interacciones en las relaciones interpersonales al crear nuevas memorias y con ello integran la nueva información emocional con los procesos fisiológicos implicados que dan como resultado nuevos patrones de vinculación para el establecimiento de relaciones interpersonales dentro del grupo. Si los nuevos vínculos son lo suficientemente fuertes las personas comenzarán a evocar los patrones o reglas de interacción adquiridos y será en este punto que la modificación estructural habrá comenzado (Flores, 2010) ya que nuestro cerebro no es estático, sino dinámico, complejo y en constante adaptación a las continuas experiencias, por ello la formación de nuevos vínculos con otras personas permiten no solo experimentar, sino aprender e implícitamente modificar la estructura y fisiología del cerebro (Siegel, 2020).

Intervención Psicológica Grupal en Pacientes con Ansiedad y Depresión

En general, en la revisión sistemática de Barkowski et al. (2020) donde contemplaron 57 estudios con el objetivo de conocer sobre los efectos de la psicoterapia grupal en personas con trastornos de ansiedad se reportaron resultados favorables y de importante efectividad en la psicoterapia grupal para tratar trastornos de ansiedad independientemente del diagnóstico de cada participante. Por otra parte, en personas diagnosticadas con depresión se ha reportado disminución en niveles de depresión después de la intervención grupal con el enfoque cognitivo

conductual ya que en estas sesiones proporcionaban a los participantes alternativas y reestructuración del pensamiento que permitían a los participantes corregir sus errores cognitivos o creencias rígidas (Feng et al., 2011) del mismo modo que implementa la regulación emocional promoviendo el uso de estrategias adaptativas (Agako et al., 2021), asimismo este tipo de intervención psicoterapéutica redujo considerablemente el riesgo de recaída en sus participantes seis meses posteriores al término de la intervención. Sobre la misma línea terapias grupales basadas en mindfulness han probado gran efectividad para la disminución de síntomas de ansiedad, depresión y estrés; las personas evaluadas que fueron intervenidas mediante esta intervención basada en mindfulness incrementaron su autocontrol, sensación de bienestar, disminución de afectos negativos (ira, enojo, tristeza), incrementaron su capacidad de concentración y memoria de trabajo (Davis y Hayes, 2011).

Planteamiento de Problema y Justificación

Desde los inicios de la pandemia por el virus SARS-COV-2 a principios del 2020 se observaron cambios importantes en múltiples niveles, desde los personales hasta los sociales. Es común que las pandemias suelen asociarse con incertidumbre, confusión, miedo y un considerable número de estresores sociales como desajuste de rutinas, separación de familiares y amigos, pérdida de empleo y aislamiento social por mencionar algunos (Martínez-Toboas, 2020). Como se menciona anteriormente, el impacto de la pandemia no se limita solo a complicaciones médicas sino también impacta en la salud mental. La importancia de prestar atención al detrimento psicológico deviene de la posibilidad como sociedad de enfrentar otra pandemia subyacente a la ocasionada por el virus SARS-COV-2, en la que se vea implicada la salud mental (Agüero et al., 2021).

Durante la pandemia por el virus SARS-COV-2 se estima que entre 33% y 42% de personas remitidas a hospitales padecieron depresión, ansiedad, alteraciones de memoria, insomnio, entre otras (Rogers et al., 2020). Sin embargo, no solo las personas infectadas

mostraron estas alteraciones, ya que una de las normas para salvaguardar la salud mundial fue quedarse en casa, el aislamiento social producido por el confinamiento durante la pandemia provocó un aumento importante de trastornos psiquiátricos, además de alteraciones de sueño y temores generalizados (Martínez-Toboas, 2020). Este fenómeno puede ser comprendido a partir de dos factores importantes, el primero es el desempleo generado durante la pandemia; tan solo en México la tasa de desempleo incrementó de un 3.3% a un 4.1% (Statista Research Department, 2021), en este sentido, autores como Kohhar (2020) sustentan que el desempleo y los declives en la salud mental están relacionados con el incremento en niveles de ansiedad generalizada, depresión, pánico y abuso de sustancias nocivas en personas que reportaron pérdida de empleo.

El segundo es el confinamiento social, en este aspecto se reportó que personas aisladas en sus casas durante una semana fueron evaluados con puntuaciones altas en estrés, depresión, ansiedad, preocupación y afectos negativos auto reportados (miedo, ira, enojo, etc.), aunado a ello, se tiene evidencia que la duración del aislamiento se relaciona positivamente con un peor estado de salud mental, se presentan síntomas de estrés postraumático, conductas de evitación y enojo (Brook et al., 2020). De igual manera, en otro estudio se reportó que pacientes que ya padecían trastornos mentales y de comportamiento se vieron severamente afectados, ya que la literatura pone en evidencia el riesgo que presupone tener un padecimiento psiquiátrico al aumentar las posibilidades de infección por deficiencias cognitivas e inmunológicas, así como poca consciencia de riesgo y protección (Huarcaya, 2020). En cuanto a la cognición de los individuos durante la pandemia se reportaron conclusiones variadas, sin embargo, la creciente bibliografía coincide en que individuos inmunocomprometidos, adultos mayores, o personas con problemas médicos, psiquiátricos o de abuso de sustancias preexistentes incrementan el riesgo de presentar alteraciones neurológicas y cognitivas (Cheng y Wong, 2005; Gardner y Moallem, 2015). Aunque aún hay mucha labor por delante para comprender el impacto de la pandemia en las funciones cognitivas, por ahora se reportan afecciones de atención, memoria, velocidad de procesamiento, alteraciones en el aprendizaje y funciones ejecutivas (Bailey et al.,

2021).

Las afecciones psiquiátricas y cognitivas no se limitan a quienes se contagiaron, a cuidadores y personal de salud de primera línea, sino a individuos que no controlaron su exposición a la información sobre la pandemia, ya que han sido considerados como grupos de riesgo para presentar las alteraciones mencionadas (Florino y Gorwood, 2020). Todo ello pone en relieve la importancia de la atención psicológica para contribuir en la recuperación y bienestar de las personas durante esta crisis.

Por otro lado, es evidente que la pandemia comprometió la disponibilidad de intervenciones psicoterapéuticas (Martínez-Toboas, 2020), por lo que se tuvieron que generar alternativas, dando así pauta al establecimiento de la telepsicología, la cual se convirtió en el único medio accesible para brindar apoyo a pacientes contagiados, familias, parejas, grupos con temáticas en común, entre otros (Burgoyne y Cohn, 2020). La telepsicología es la atención psicológica que hace uso de herramientas tecnológicas y de telecomunicación como aparatos móviles, teléfonos, videoconferencias, blogs, redes sociales y sitios de autoayuda (American Psychological Association, [APA], 2013). Mucho se cuestionó sobre si la eficacia fuera la misma o si se podrían abordar las mismas problemáticas tratadas en intervenciones presenciales. Ante este cuestionamiento, lo que se ha visto hasta el momento son resultados clínicos similares a los obtenidos en dichas intervenciones presenciales, así como reportes de satisfacción de las personas que recibieron la atención psicológica en línea (Backhaus et al., 2012). Con relación a lo anterior, las personas que fueron incluidas en sesiones grupales en línea, aplicando técnicas psicológicas como mindfulness, mostraron mejoría en los síntomas de problemas de salud mental, reduciendo significativamente sus niveles de fatiga y estrés al mismo tiempo que fomentaron su resiliencia e incrementaron su compromiso con los sistemas de cuidado de la salud (Klatt et al., 2020).

En cuanto a la terapia cognitivo conductual, en un estudio realizado en grupos pequeños en el que aplicaron técnicas del enfoque durante siete sesiones de 60 a 90 minutos dos veces por

semana, vía videoconferencia a través de la plataforma zoom, comparado con un grupo que no recibió la intervención, se observó el incremento significativo de síntomas de soledad y depresión en el grupo control, contrastado con el grupo que recibió la intervención en línea (Shapira et al., 2021). No obstante, se reconocen sus limitaciones como el espectro de problemáticas psicológicas que se pueden abordar, o la privacidad de los usuarios, de ahí la importancia de continuar investigando los efectos de la telepsicología para esclarecer temas de relevancia como su aplicabilidad y transferibilidad (Schünemann et al., 2013). De acuerdo con Agüero et al. (2021) la emergencia sanitaria presupone una oportunidad única para aportar evidencia científica que fundamente su uso.

Los autores que han aportado evidencia sobre los efectos de la pandemia en la salud mental hacen un llamado a especialistas en el área a promover la atención psicológica, ya sea mediante la psicoeducación sobre el estrés, acciones que puedan llevarse a cabo para sobrellevarlo, manteniendo activos y funcionales los apoyos sociales, etc. (Bao et al., 2020).

Con el propósito de conocer los beneficios y limitaciones de la intervención psicológica grupal, se propone este proyecto cuyo objetivo es estudiar los efectos de la intervención psicológica grupal en la cognición, así como en la sintomatología de los pacientes diagnosticados con trastornos de depresión y ansiedad.

Método

Pregunta de Investigación

¿La intervención psicológica grupal modificará el funcionamiento cognitivo de pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad o depresión?

Objetivos

Generales

ψ Analizar el efecto la intervención psicológica grupal en las funciones cognitivas y en los síntomas de ansiedad o depresión de los participantes diagnosticados.

- ψ Evaluar los efectos de la intervención psicológica grupal en las funciones cognitivas de los pacientes diagnosticados con trastornos de depresión o ansiedad antes y después de la intervención.
- ψ Evaluar los síntomas de ansiedad y depresión antes y después de la intervención psicológica grupal en pacientes diagnosticados con dichos trastornos

Definición de Variables

Variables dependientes

Funciones cognitivas.

Definición conceptual: Término utilizado para referirse a los procesos mentales implicados en la adquisición de conocimiento, manejo de la información y razonamiento. Las funciones cognitivas incluyen la percepción, memoria, aprendizaje, atención, toma de decisiones y lenguaje (Kiely, 2014).

Definición operacional: Para medir las funciones cognitivas se utilizó la prueba NEUROPSI-breve conformada por 22 reactivos, divididos en dominios a nombrar: orientación, atención y concentración, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo.

Síntomas de Ansiedad.

Definición conceptual: Dentro de un trastorno de ansiedad prevalecen sensaciones de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos (American Psychological Association; [APA], s.f.) como sudoración, sensación de fatiga, taquicardia que interfieren con las actividades cotidianas del individuo (Medline plus, s.f.).

Definición operacional: Para medir la ansiedad se utilizaron las escalas ISRA y DASS-21. El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) adaptada tomando solo la subescala de respuestas de ansiedad conformada por 3 áreas a evaluar: 1) cognitiva, 2) fisiológica

y 3) motora, que consta de 24 reactivos en conjunto con 4 opciones de respuesta tipo Likert. Por otro lado la escala *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21 por sus siglas en inglés), la cual consta de 3 subescalas conformadas de 7 reactivos por subescala que suman en total 21 reactivos.

Síntomas de Depresión.

Definición conceptual: Entiéndase por síntomas de depresión como las manifestaciones físicas, psicológicas y sociales de uno o más episodios depresivos. En el área de los síntomas psicológicos se describe un estado de ánimo decaído o triste, sensación de desesperanza, culpa, ansiedad, preocupación o irritabilidad, baja autoestima, pérdida de interés y motivación para realizar las actividades cotidianas, así como pensamientos de suicidio. En el área física sensación de enlentecimiento al hablar o moverse, aumento o disminución en el apetito y peso, sensación de dolor corporal general o focalizada sin diagnóstico médico, falta de energía, alteración de sueño, disminución de libido, y en caso de las mujeres, alteración del ciclo menstrual. Finalmente, en el área social, aislamiento, dificultad para relacionarse con pares en el trabajo, casa o familia (National Health Service; [NHS], 2019).

Definición operacional: Para medir los síntomas de depresión se utilizó la escala DASS-21 por sus siglas en inglés que hacen referencia a *Depression Anxiety and Stress Scale*, la cual consta de 3 subescalas conformadas de 7 reactivos por subescala que suman en total 21 reactivos.

Variable independiente

Intervención Psicológica Grupal.

Definición conceptual: Es un tipo de intervención psicológica donde se crea un espacio de integración de dos o más pacientes donde se busca potenciar o modificar los recursos personales y las estrategias de afrontamiento con el principal objetivo de mejorar la calidad de vida de sus integrantes bajo la guía de un terapeuta entrenado en psicología (American Group

Psychotherapy Association; [AGPA], s.f.; Gabinet Psicològic, s.f.). Este tipo de intervención ofrece una red de apoyo y la oportunidad de interactuar con personas con problemáticas en común (Clínica de Ansiedad, Depresión y Estrés; [CADE], s.f.)

Hipótesis

H₁ La intervención psicológica grupal modificará el desempeño de las funciones cognitivas de los participantes.

H₀ La intervención psicológica grupal no modificará el desempeño de las funciones cognitivas de los participantes.

Diseño y Tipo de Estudio

Diseño del Estudio

Se diseñó un estudio para determinar si la intervención psicológica grupal genera cambios en el desempeño de las funciones cognitivas, así como en los síntomas de trastornos mentales y de comportamiento de pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión. Para lograr el objetivo se realizó una evaluación previa a las sesiones de intervención psicológica grupal, durante las sesiones se abordaron diferentes temas relacionados con reestructuración cognitiva, control y manejo de la ansiedad y depresión, entre otras. Al finalizar se realizó la evaluación post intervención para la recopilación de datos relevantes para la investigación.

Tipo de estudio

Por las características de su muestra el presente estudio metodológicamente pertenece al tipo pre experimental de diseño pretest-postest de un solo grupo ya que se realiza la comparación de los datos obtenidos en la evaluación pretest y postest implicando a los mismos sujetos (Anguera et al., 1998) por lo que este tipo de estudio no cuenta con un grupo control. Aunque el objetivo principal para este estudio es la medición cuantitativa de las funciones cognitivas mediante la evaluación neuropsicológica, de manera secundaria se obtienen datos

cuantitativos referentes a los síntomas de ansiedad y depresión mediante las escalas de autorreporte que evalúan dichos síntomas. Por otra parte debido a la selección de participantes para el estudio la muestra es de tipo no probabilística intencional paramétrica, es decir, que los participantes fueron seleccionados dependiendo de los criterios de inclusión a diferencia de una muestra probabilística en la que la muestra es representativa de una población al seleccionar a los participantes de forma aleatoria (Otzen y Manterola, 2017). Finalmente se considera paramétrica al ser una muestra con distribución normal como se muestra en la sección de resultados.

Participantes

Participaron en este estudio 9 pacientes del servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", los cuales fueron remitidos por sus médicos tratantes al servicio de psicología para su atención psicoterapéutica grupal para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión residuales ya que todos reciben tratamiento farmacológico. La edad promedio fue de 49 años con un rango de 35 a los 67.

Criterios de inclusión:

1. Saber leer y escribir
2. Ser mayor de 18 años
3. Contar con un diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión
4. Haber asistido a las sesiones de intervención psicológica grupal

Criterios de exclusión:

1. Contar con otro diagnóstico de trastorno mental y de comportamiento, o enfermedad neurodegenerativa
2. Analfabetismo



3. Ser menor de edad
4. No contar con un diagnóstico de ansiedad y depresión.
5. Haber faltado a más de 1 sesión grupal.

Materiales

(6) Protocolos de aplicación NEUROPSI-breve, (1) block de láminas estímulo, (6) cuestionarios de auto reporte ISRA (anexo B), (6) cuestionarios de auto reporte DASS-21 (anexo C), (2) lápices del 2 1/2, (1) goma, (1) cronómetro. Las evaluaciones se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del servicio de psicología en el área de consulta externa del INPRFM donde se contó con escritorio y sillas para el examinador y el examinado, adecuadamente ventilado e iluminado.

Instrumentos de evaluación

NEUROPSI-breve. Es un instrumento de tamizaje breve que evalúa la integridad de diferentes funciones cognitivas en pacientes psiquiátricos, neurológicos, o con diferentes afecciones médicas. Fue estandarizado para su aplicación a población mexicana por Ostrosky et al. (1998) incluyendo a 883 sujetos normales y voluntarios de habla hispana con un amplio rango de edad en el que el mínimo fue de 16 años y el máximo fue de 85 años de edad, este instrumento cuenta con un índice de confiabilidad test-retest de .89 (Ardila y Ostroski, 2012). Esta prueba se divide en 8 subescalas:

-  **Orientación:** esta subescala nos permite conocer sobre el estado de consciencia de la persona en sus tres esferas de espacio, tiempo y persona, así como su estado general de activación.
-  **Atención / concentración:** esta subescala nos permite examinar la capacidad del evaluado para atender, enfocar y sostener su atención ya que para evaluar otras funciones cognitivas primero es importante detectar deficiencias en el nivel de conciencia o activación, es decir, ya sea que el evaluado esté alerta pero sea incapaz de filtrar estímulos irrelevantes del medio

para focalizar su atención o que se muestre aletargado sin responder a lo solicitado requiriendo de repetición en la solicitud del examinador. Existen otras alteraciones en esta función ante las cuales el examinador debe estar atento.

👉 *Lenguaje*: es nuestra herramienta de comunicación e interacción con otros, la alteración en esta función da como resultado múltiples tipos de afasias en donde se observan alteraciones en la producción, comprensión y denominación.

👉 *Memoria*: es el mecanismo que nos permite retener información para evocarla posteriormente, para este paradigma existen tres fases de memoria, la primera es la retención, en la cual el sujeto codifica la información percibida, la siguiente fase es almacenamiento y la tercera es evocación. Asimismo la memoria se vincula con experiencias personales y temporales (memoria episódica), o con cualidades de los objetos como sus características e interacción con otros elementos (memoria semántica). En pacientes con enfermedad de Alzheimer se observa error en la evocación de la información inicial, o bien, omisión del efecto primacía.

👉 *Habilidades visoespaciales*: estas son evaluadas mediante la copia y reproducción de dibujos estandarizados. La medición de estas nos permite conocer la integridad de la participación de regiones occipitales, parietales y frontales al ser una actividad que requiere de la correcta interacción entre ellas para poder llevar a cabo la tarea.

👉 *Lectura, escritura y cálculo*: estos dominios se agrupan debido a que es común que una afasia (alteración en el lenguaje) esté estrechamente relacionado con alteraciones en lectura, dificultades en la escritura y cálculo, aunque no siempre pueden presentarse juntas o como consecuencia de las afasias.

👉 *Funciones ejecutivas*: son los procesos que nos permiten resolver problemas, planear, organizar y secuenciar la información. Estas funciones cobran especial relevancia ya que se relacionan estrechamente con conductas socialmente aceptadas, son de los dominios más

complejos por la implicación que tienen en la vida cotidiana de los individuos.

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Diseñado y desarrollado en 1984 por Miguel Tobal y Cano Videl, su versión original consta de 224 reactivos, sin embargo, por la dificultad que suponía su aplicación, se optó por la adaptación de su versión abreviada, la cual consta de 46 reactivos, 24 para respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas ante situaciones de ansiedad y 22 reactivos sobre situaciones de ansiedad y con ello se posicionó como la primer escala de su clase. La prueba fue estandarizada para la población mexicana por González et al., (2014) con una N total de 1, 658 participantes voluntarios no remunerados mayores de 18 años.

El inventario en su versión abreviada es un cuestionario de auto reporte con 4 opciones de respuesta para cada reactivo. Autores aprueban el uso autorizado de únicamente la escala de *respuestas* para un perfil general de ansiedad del participante (Cano, 2020), por lo anterior y para fines particulares del siguiente estudio se retoma únicamente la subescala de respuestas de ansiedad del inventario, misma que cuenta con un índice de confiabilidad por alfa de Cronbach de .90 (González et al., 2014). En esta escala los mayores puntajes se interpretan como mayor severidad y gravedad de los síntomas de ansiedad. A su vez esta escala muestra una consistencia interna por alfa de Cronbach de .80 para respuestas cognitivas, .85 para respuestas fisiológicas y .71 para respuestas motoras (González et al., 2014).

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). Esta escala fue desarrollada por Lovibond y Lovibond en 1995 con la finalidad de proporcionar un instrumento capaz de discriminar los afectos negativos de la ansiedad de los afectos negativos de la depresión ya que ambos autores remarcan que en el ámbito clínico la sintomatología de ambas condiciones son comúnmente sobrepuestas, lo que dificulta en ocasiones el correcto diagnóstico (Lovibond y Lovibond, 1995). Esta escala de autorreporte consta de 3 subescalas conformadas de 7 reactivos cada una que suman en total 21 reactivos con 4 opciones de respuesta para cada uno. Las

subescalas se dividen de la siguiente forma: 1) La subescala de depresión que mide la baja afectividad positiva 2) La subescala de ansiedad mide la agitación psicofisiológica y 3) La subescala de estrés que mide la afectividad negativa. Esta escala fue estandarizada para población mexicana por Gurrola et al. (2006) en una población de 200 participantes, 100 hombres y 100 mujeres cuyas edades oscilaron de los 20-60 años con una media de escolaridad de 14.8 años es de tipo Likert y muestra un índice de validez interna de .86, para la subescala de depresión la fiabilidad fue de .81, para la subescala de ansiedad fue de .76 y para la subescala de estrés fue de .79 (Gurrola et al., 2006).

Procedimiento

Los participantes fueron entrevistados en el departamento de psicología por la psicóloga adscrita a cargo, quien seleccionó a los pacientes que pudieran participar en el programa de psicoterapia grupal para manejo de ansiedad. Una vez seleccionados se les invitó a participar en el presente estudio. Todos fueron debidamente informados de la evaluación neuropsicológica que se llevaría a cabo antes y después de la intervención, para lo cual firmaron una carta de consentimiento como se muestra en el anexo A.

Los instrumentos seleccionados y descritos fueron aplicados en una sola sesión con una duración de 45 minutos por persona en un horario acordado por el examinador y el examinado. Posterior a la evaluación se realizó la calificación y la transcripción de los primeros resultados *pretest*.

En lo que respecta a la intervención psicológica grupal, tuvo una duración de 8 sesiones en total de dos horas cada una, una vez por semana. La estructura de las sesiones que formaron parte de la intervención psicológica grupal se divide de la siguiente manera:

- ψ *Módulo de relajación* (sesión 1 y 2). Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.

- ψ *Módulo de reestructuración cognitiva (sesión 3 y 4). Flexibilidad cognitiva y evaluación negativa.*
- ψ *Módulo de las emociones (sesión 5 y 6). Reconocimiento de emociones y pensamientos irracionales.*
- ψ *Módulo de entrenamiento en asertividad (sesión 7 y 8). Relaciones interpersonales, comunicación asertiva y cierre.*

La descripción detallada de cada módulo y sesiones se encuentra en el anexo D.

Al finalizar la séptima sesión se citó a los participantes nuevamente para la evaluación neuropsicológica posttest misma que, al igual que la evaluación pretest, tuvo una duración de 45 minutos. Al concluir la evaluación se realizó el análisis y reporte de resultados como lo muestra el anexo G, mismos que fueron compartidos con los participantes durante la sesión 8 en la que se realizó el cierre de la intervención psicológica grupal.

Resultados

Para el análisis de resultados se consideró una N=6, debido a que 3 de los 9 participantes dejaron de acudir a las sesiones grupales. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante los programas estadísticos IBM SPSS Statistics para Windows 10 y R studio en su versión 2022.12.0 para Windows. El nivel de significancia considerado fue de $p < .05$.

Características Sociodemográficas de los Participantes

De acuerdo con la información recabada se tiene un único grupo conformado por 4 mujeres y 2 hombres con una media de edad de 49 años en donde el mínimo es de 35 y el máximo es de 67 años. En términos de escolaridad uno cuenta con grado de licenciatura, una con carrera técnica, dos con preparatoria concluida, una con secundaria y una con primaria concluida (véase tabla 1).

Tabla 1*Descripción de las características sociodemográficas de los participantes*

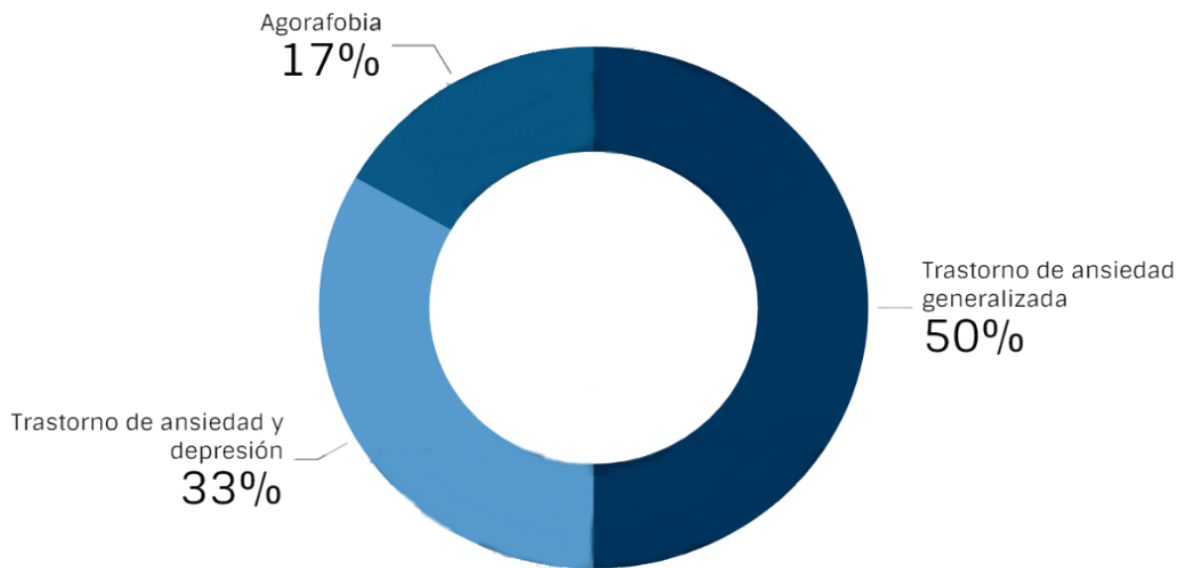
Participante	Sexo	Edad	Residencia	Escolaridad	Ocupación	Diagnóstico
A	M	35	CDMX	Preparatoria	Estudiante	Agorafobia
B	F	53	CDMX	Secundaria	Comerciante	TAG/TDM
C	F	49	CDMX	Primaria	Al hogar	TAG/TDM
D	F	67	CDMX	Preparatoria	Comerciante	TAG/TDM
E	F	44	CDMX	Carrera técnica	Modista	TAG
F	M	46	CDMX	Licenciatura	Diseñador instruccional	TAG

Nota. Datos sociodemográficos de los participantes. El diagnóstico reportado contempla: 1) trastorno de ansiedad generalizada (TAG), 2) agorafobia y 3) trastorno depresivo mayor (TDM).

Los diagnósticos de los participantes de muestran en la siguiente gráfica, como se ilustra en la figura 1, tres de ellos diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada (50%), dos diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada y trastorno depresivo mayor (33%), y uno de ellos diagnosticado con agorafobia (17%), actualmente todos se encuentran en tratamiento psiquiátrico farmacológico.

Figura 1

Frecuencia de los diagnósticos reportados por los participantes



Descripción de Datos Obtenidos en la Evaluación de Funciones Cognitivas

Para determinar el análisis estadístico de los datos obtenidos en la evaluación pretest-postest de la escala NEUROPSI, como primer paso se realizó la prueba de normalidad de datos Shapiro-Wilk al tratarse de una muestra con una N menor a 50. Como se muestra a continuación en la tabla 2, se obtiene una $p > .05$ con lo que se determina la distribución normal de los datos.

Tabla 2*Resultados de la prueba de normalidad de los datos pretest y postest*

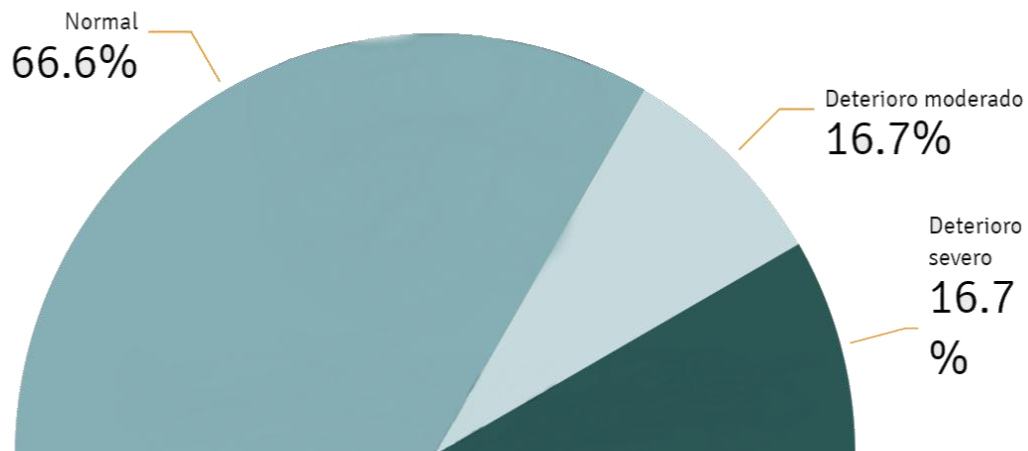
	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Pretest	.241	6	.200*	.871	6	.232
Postest	.258	6	.200*	.861	6	.192

Nota. La prueba de normalidad de los datos mediante Shapiro-Wilk arroja los siguientes valores obtenidos en el pretest-postest: gl=6 (grados de libertad) para ambas fases, sig.=.232 y sig.=.192 (significancia) pretest-postest respectivamente. *sig.>.05 la distribución de los datos es normal.

Como siguiente paso se procedió a analizar los datos aplicando una comparación de medias para determinar la existencia de diferencias generales del desempeño cognitivo entre la primer y segunda evaluación. Con lo anterior y basándonos en la estadística descriptiva, como resultado de la evaluación pretest se obtuvo una media en los puntajes grupales totales de 102 puntos, con una mediana de 105 que indica que la puntuación de la mitad de los participantes fue menor de 105 puntos, mientras que la otra mitad puntuó con más de 105 puntos en el NEUROPSI-breve. La puntuación menor obtenida fue de 84 puntos mientras que la máxima obtenida fue de 118 puntos. Como lo ilustra la figura 2, cognitivamente 4 de los participantes cuentan con un perfil normal, uno con deterioro cognitivo moderado y uno con deterioro cognitivo severo.

Figura 2

Proporciones de pretest de perfil cognitivo mediante NEUROPSI breve

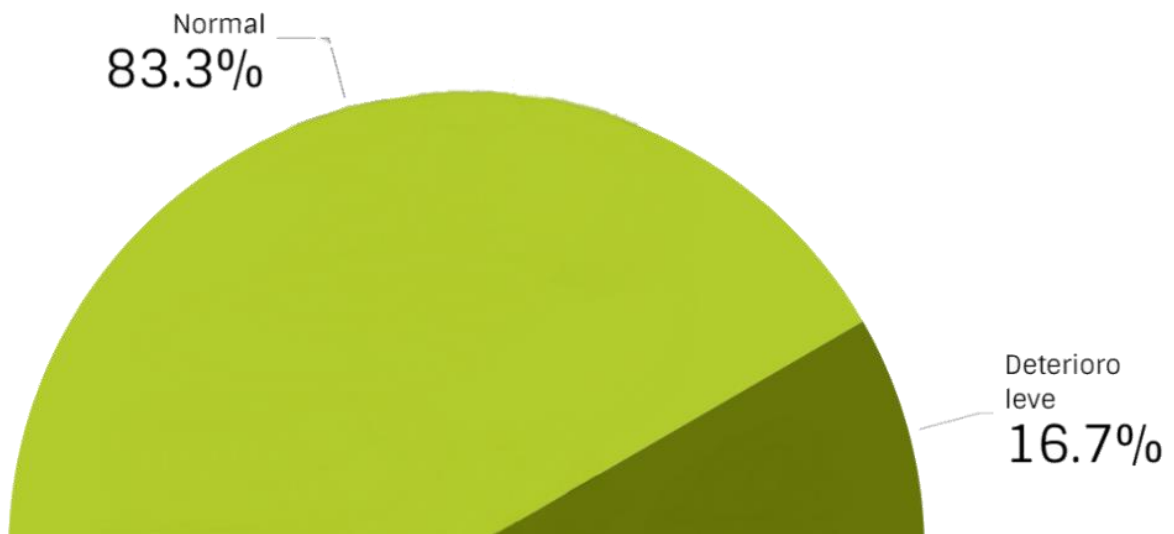


Nota. Representación gráfica del porcentaje obtenido del perfil cognitivo grupal en la fase de preevaluación en donde se cuentan con perfiles cognitivos normales, de deterioro moderado y severo.

Una vez descritos los perfiles cognitivos en el pretest se procedió a describir los datos obtenidos durante la evaluación posttest. Las medidas de tendencia central aplicadas a los datos de la segunda evaluación indican una media de 111.3 puntos, con una mediana de 111, que indica que la mitad de los participantes tuvo una puntuación mayor a los 111 puntos totales, mientras que la otra mitad se encuentra por debajo de los 111 puntos en el NEUROPSI-breve. La puntuación mínima obtenida fue de 102 puntos mientras que la máxima puntuación obtenida fue de 123 puntos. En la figura 3 observamos que cinco de los seis participantes se ubicaron dentro del perfil cognitivo normal, mientras que uno se ubicó dentro de la categoría de deterioro cognitivo leve.

Figura 3

Proporciones de postest en perfil cognitivo mediante NEUROPSI breve



Nota. Representación gráfica del porcentaje obtenido del perfil cognitivo grupal en la fase de postevaluación en donde se cuentan con perfiles cognitivos normales, de deterioro leve.

Como se puede observar la media del perfil cognitivo obtenido durante la evaluación post intervención incrementó en comparación con la media del perfil cognitivo en la evaluación pretest, sin embargo, para determinar si este cambio fue significativo se aplicó la prueba t de Student, ya que esta prueba nos permite obtener información respecto a los efectos de un tratamiento en una población. Dado que los datos obtenidos fueron de una sola muestra, es decir, de los mismos participantes se considera como una muestra dependiente. De esta manera, tenemos la aplicación de la prueba t de Student para muestras dependientes.

Como lo muestra la tabla 3, existe una diferencia significativa entre las medias de los puntajes obtenidos en la pre y post evaluación mediante NEUROPSI-breve al aplicar la prueba t de Student ($t=2.91$, $gl=5$, $p=.033$) a partir de lo cual se rechaza la hipótesis nula, con lo que se deduce que la intervención psicológica grupal podría tener efectos significativos en las funciones cognitivas de los pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión. Posteriormente, y debido a la distribución normal de los datos se opta por el análisis paramétrico por correlación de

Pearson, obteniendo un valor r de correlación de .91 con un valor p de .01 entre los puntajes obtenidos en la pre y postevaluación que se interpreta como una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa, es decir, con lo anterior es posible inferir que el desempeño cognitivo postevaluación será mayor que el obtenido en la preevaluación. Finalmente para conocer sobre el posible efecto de la intervención psicológica grupal en incremento del desempeño cognitivo de la preevaluación a la postevaluación, se realiza la prueba d de Cohen que nos permite evaluar la magnitud del efecto que tiene el tratamiento sobre el grupo, ya sea pequeño, moderado o grande. En este trabajo se obtiene un valor $d=.72$ que al ser $<.8$ se interpreta como efecto moderado con lo que se corrobora el posible efecto positivo que puede tener la intervención psicológica grupal en las funciones cognitivas de los participantes.

Tabla 3

Comparación entre puntuaciones pretest y postest del desempeño cognitivo de los participantes

A) Perfil cognitivo pretest	Perfil cognitivo postest	B) t de Student			C) d de Cohen	D) Correlación de Pearson	
X(SD)	X(SD)	t	gl	Sig.	Estimado d	r	P value
102.3 (14.9)	111.3 (9)	2.9	5	.033	.72	.91	.010

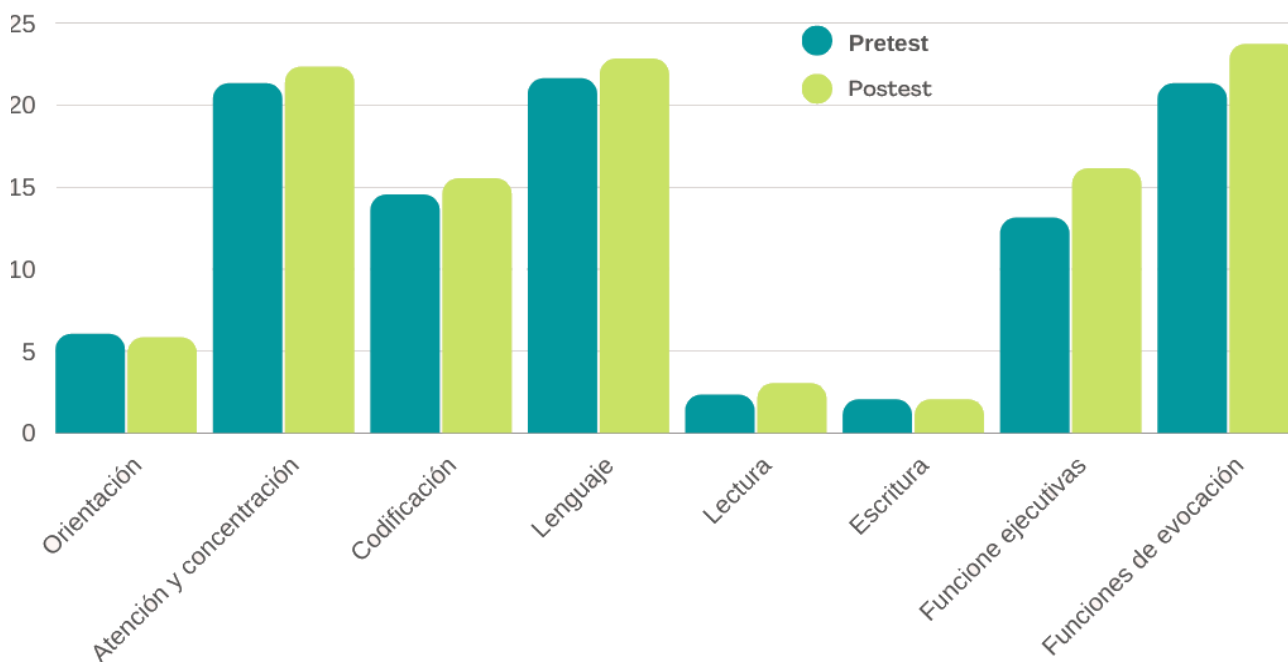
Nota. Análisis estadístico del promedio del perfil cognitivo grupal mediante la prueba NEUROPSI-breve. A) Comparación de promedios en fase pretest-postest en donde X = media, SD = desviación estándar. B) Prueba t de Student para muestras dependientes donde t = valor t (2.9), gl = grados de libertad ($gl=n-1[5]$), $Sig.$ = valor p (.033). C) Prueba de magnitud de efecto mediante d de Cohen donde se obtiene .72 que corresponde a un valor $[d]<.8$ “medio”. D) Correlación de Pearson ($r=.91$, $p < .01$)

En el siguiente gráfico (figura 4) se ilustra el promedio grupal del desempeño cognitivo por subescalas obtenido en la pre y post evaluación. En general se observa un incremento en el

promedio de los puntajes obtenidos por subescala (ver figura 4), siendo más evidente en las funciones ejecutivas relacionadas con procesos de inhibición, creatividad, flexibilidad cognitiva, velocidad de procesamiento, planeación entre otras, y funciones de evocación que implican procesos de atención, aprendizaje y memoria.

Figura 4

Promedios de los perfiles cognitivos grupales pretest-postest



Descripción de la Evaluación de Síntomas de Ansiedad, Depresión y Estrés Pretest-Postest

De manera complementaria para esta investigación se evaluaron los síntomas de ansiedad y depresión mediante la prueba DASS-21. A partir del proceso de preevaluación se obtuvieron los siguientes datos (véase tabla 4).

En la subescala de ansiedad, de un total de 6 casos durante la preevaluación las medidas de tendencia central nos indican una media de ansiedad de 8.5 que corresponde a un nivel de ansiedad moderado a severa con una desviación estándar de 6.4. Por medio de los valores de la mediana observamos que la mitad de los casos se ubican por encima de los 8.5 puntos que indican

presencia de ansiedad de severa a extremo severa mientras que la otra mitad se ubican en un grado de ansiedad moderada a leve.

Tabla 4

Estadística descriptiva de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés evaluados pretest-postest

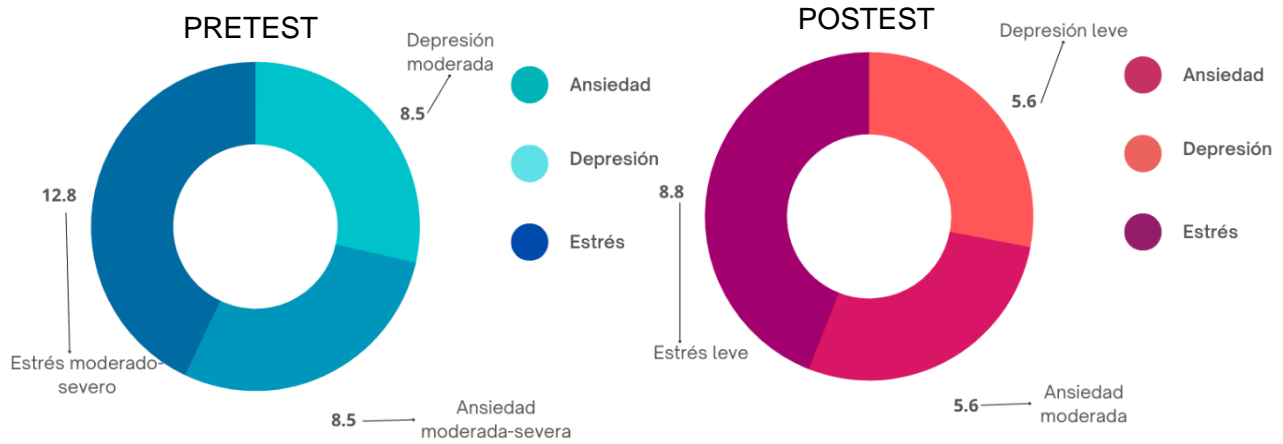
	Evaluación DASS-21 pretest			Evaluación DASS-21 postest		
	Ansiedad-pretest	Depresión-pretest	Estrés-pretest	Ansiedad-postest	Depresión-postest	Estrés-postest
X	8.5	8.5	12.8	6.5	5.3	9.8
Mediana	5.5	7	13	5.5	4.5	10
SD	6.4	6.4	5.3	4.6	5	4.1
Máx.	21	20	19	12	13	15
Mín.	4	2	5	2	1	4

Nota. Análisis de estadística descriptiva de los datos obtenidos por DASS-21 (Depression Anxiety and Stress Scale 21 ítems) por subescala en donde X=media, SD=desviación estándar, Máx.=máximo, Mín.=mínimo.

En cuanto la subescala de depresión, como se observa en la figura 5, se obtuvo una media de 8.5 en la fase pretest que se interpreta como depresión moderada, con una desviación estándar de 6.4. Por otra parte, la mediana nos indica que la mitad de los casos se sitúa en depresión severa a extremo severa, mientras que la otra mitad se ubica en un grado de depresión de moderado a leve. A su vez, la post evaluación muestra una media de 5.3 en la subescala de depresión que se corresponde con un nivel de depresión leve, con una desviación estándar de 5.

Figura 5

Comparación de medias obtenidas en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés



Finalmente, para la subescala de estrés se obtuvo una media de 12.8, con una desviación estándar de 5.3, es decir, que el nivel de estrés reportado en promedio corresponde a un grado moderado a severo (tabla 5). Para esta subescala la mediana fue de 13.5 considerada como ansiedad severa, lo que indica que la mitad de los participantes presentó un nivel de ansiedad de severo a extremo severo, mientras que la otra mitad presenta un nivel de estrés de severo, moderado a leve. Asimismo, la post evaluación indica una media de 9.8 con una desviación estándar de 4.1 que reubica el promedio grupal en un nivel de estrés leve.

Tabla 5.

Puntajes obtenidos durante la evaluación de síntomas de ansiedad, depresión y estrés pretest-postest por participante

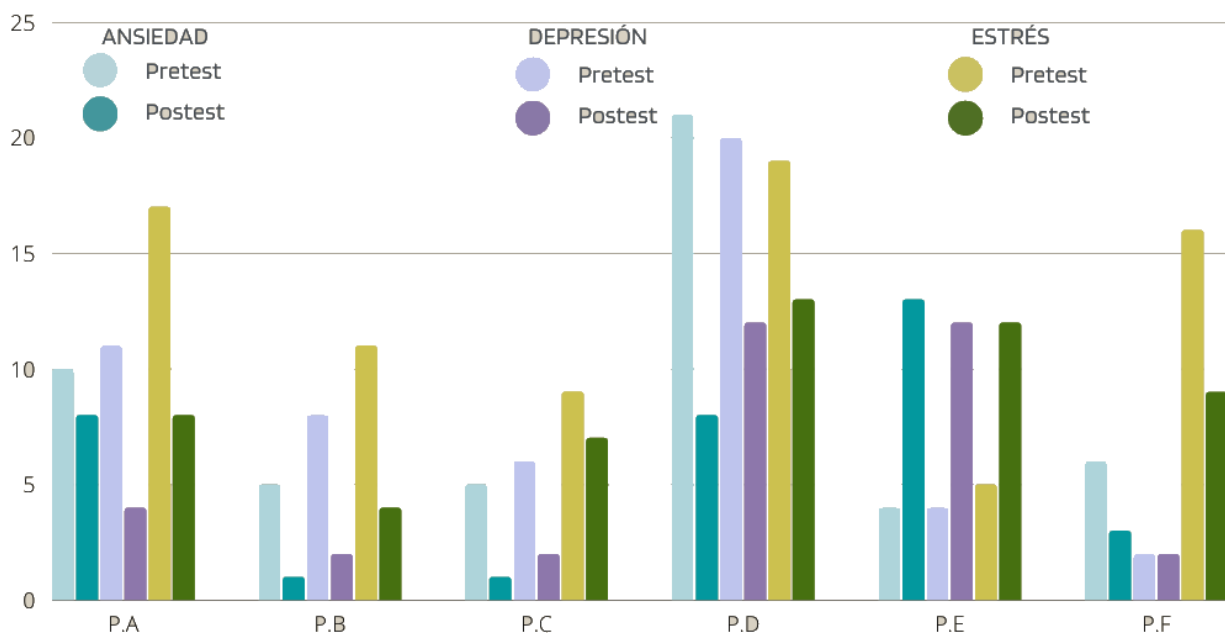
Participante	Ansiedad pretest	Ansiedad postest	Depresión pretest	Depresión postest	Estrés pretest	Estrés postest
A	10 ExS	8 Se	11 Se	4 NoC	17 ExS	8 Le
B	5 Mo	1 NoC	8 Mo	2 NoC	11 Mo	4 NoC
C	5 Mo	1 NoC	6 Le	2 NoC	9 Le	7 NoC

Participante	Ansiedad pretest	Ansiedad posttest	Depresión pretest	Depresión posttest	Estrés pretest	Estrés posttest
D	21 ExS	8 Se	20 ExS	12 ExS	19 ExS	13 Se
E	4 Le	13 ExS	4 NoC	12 ExS	5 NoC	12 Mo
F	6 Mo	7 Mo	2 NoC	1 NoC	16 Se	15 Se

Nota. Resultados obtenidos por participante durante la evaluación pretest-posttest en la escala DASS-21, se obtienen las siguientes puntuaciones con sus respectivas interpretaciones de los síntomas reportados a) **ExS**=en extremo severa, b) **Se**= severa, c) **Mo**= moderada, d) **Le**= leve, e) **NoC**=no clasificable.

Figura 6

Comparación de puntuaciones obtenidas pretest-posttest por participante en subescalas de DASS-21.



Nota. Comparación visual de puntuaciones obtenidas por los participantes (A, B, C, D, E y F) en el cuestionario de autor reporte DASS-21 por escala (ansiedad, depresión y estrés).

Aunque visualmente es posible observar diferencias en los puntajes obtenidos de la mayoría de los participantes (A, B, C, D y F) ilustrados en la tabla 5 y figura 6, mediante la escala de autorreporte DASS-21 entre la evaluación pretest y posttest, que evalúa los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, estadísticamente no se halla diferencia significativa entre la evaluación pretest-posttest de la escala DASS-21 (Ansiedad; $t=.82$, $p=.44$; Depresión: $t=1$, $p=.32$; Estrés: $t=1.2$, $p=.25$) como se aprecia en la tabla 6. En contraste, el caso del participante E arroja puntuaciones mayores en la postevaluación indicando aumento en la gravedad de los síntomas tanto de ansiedad como depresión y estrés, lo anterior se explica a partir de las vivencias individuales que los participantes compartieron durante el cierre de la intervención psicológica grupal.

Tabla 6

Comparación del promedio grupal de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en la fase pretest-posttest

	Pretest	Posttest	t	gl	p value	d de Cohen
	X(SD)	X(SD)				
Ansiedad	8.5 (6.4)	6.5 (4.6)	.82	5	.44	0.35
Depresión	8.5 (6.4)	5.3 (5)	1.09	5	.32	0.54
Estrés	12.8 (5.3)	9.8 (4.1)	1.27	5	.25	0.63

Nota. Valores obtenidos durante el análisis estadístico mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas donde X= promedio, SD= desviación estándar. Prueba t de Student en donde t= valor t, gl= grados de libertad y p value= valor de significancia. Prueba d de Cohen para evaluar la magnitud del efecto de la intervención psicológica grupal ($d=.2$ “despreciable”, $d=.5$ “moderado”, $d=.8$ “alto”).

En suma con lo anterior al realizar la prueba d de Cohen se obtiene un valor d de .35 para los síntomas de ansiedad, .54 para los síntomas de depresión y .63 para los síntomas de estrés; recordando que esta prueba nos permite cuantificar los efectos de la intervención es posible

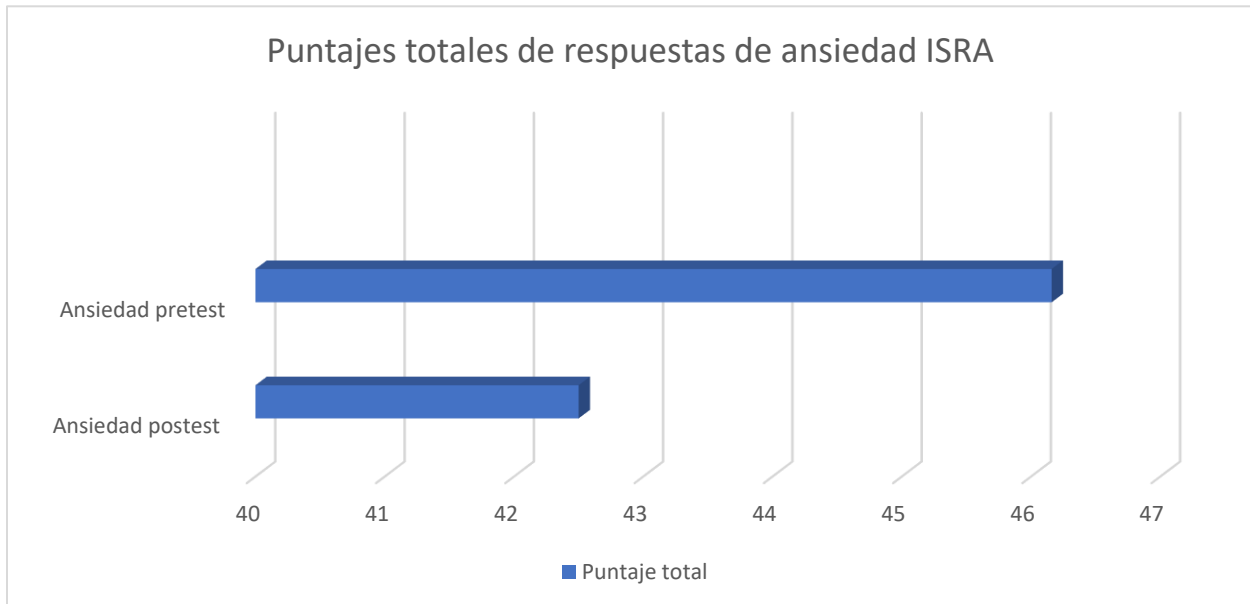
decir que en el caso de los síntomas de ansiedad el efecto es interpretado como bajo, mientras que para los síntomas de depresión y estrés el efecto de la intervención psicológica grupal fue moderado (ver tabla 6).

Descripción de la Evaluación Pretest-Postest de las Respuestas de Ansiedad

Con fines complementarios para el presente estudio se aplicó la adaptación del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad breve, retomando solo la subescala de respuestas. De manera general en la fase pretest se obtiene una media grupal de 46.16 que al ubicarse en el percentil 95 equivale a un nivel de ansiedad severo. Mientras que de manera particular por subescala se obtiene una media grupal de 19 (ansiedad severa) para las respuestas cognitivas, 18.16 (ansiedad extremo-severa) para respuestas fisiológicas y una media de 9 (ansiedad elevada) para las respuestas motoras. En contraste en la fase posttest de manera global se obtuvo una media grupal de 42.5 que al ubicarse en el percentil 90 se clasifica como ansiedad alta. De igual modo, por subescala se obtiene una media 17.3 (ansiedad alta) para las respuestas cognitivas, 15.3 (ansiedad alta) para las respuestas fisiológicas y 9.8 (ansiedad elevada) para las respuestas motoras. Como es posible observar se obtienen diferencias en los promedios grupales obtenidos en la evaluación pretest y posttest como lo muestra la figura 7.

Figura 7

Promedio de puntuaciones obtenidas por mujeres y hombres en escala ISRA



Nota. Promedio grupal obtenido en la pre y postevaluación de las respuestas al estrés mediante la escala ISRA. Ansiedad pretest= Promedio de las puntuaciones globales de respuestas de ansiedad en fase pretest, Ansiedad posttest= Promedio de las puntuaciones globales de respuestas de ansiedad en la fase posttest.

Sin embargo, aunque visualmente se aprecian diferencias entre los promedios obtenidos en las respuestas a la ansiedad, como lo muestra la tabla 7 los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba t de Student para pruebas relacionadas indica resultados no significativos estadísticamente, ya que al tener un valor t de .73 se mantiene la hipótesis nula, por lo que la intervención psicológica grupal no tiene efectos estadísticamente significativos en los perfiles de respuesta a la ansiedad de los participantes.

Tabla 7*Análisis de los promedios grupales de hombres y mujeres de las respuestas de ansiedad*

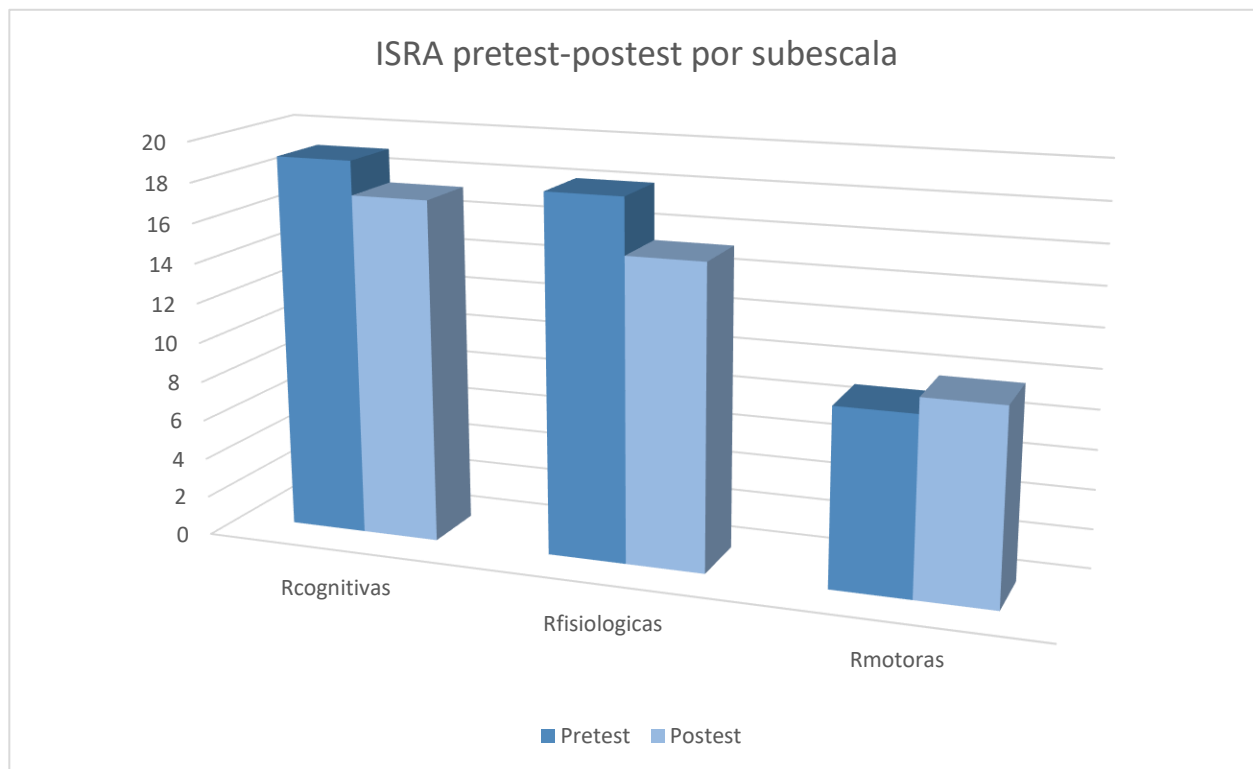
	Pretest	Postest	t	gl	p	d de Cohen
	X (SD)	X(SD)				
Respuesta	46.16(14.8)	42.5(9.8)	.73	5	.42	.13
Ansiedad						

Nota: Prueba t de Student para pruebas relacionadas de escala ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad). X= media grupal pretest-postest, SD= desviación estándar, t= valor de la prueba t de Student, gl= grados de libertad, p= valor p. Prueba d de Cohen para evaluar la magnitud del efecto (d=.2 “despreciable”).

En la figura 8 se ilustra el promedio grupal de puntuaciones obtenida en el pretest y postest de la escala ISRA por subescala. Para la subescala de respuestas cognitivas la media grupal fue de 19 en contraste con la fase postest en la que la media fue de 17.3, estas puntuaciones se ubican en el percentil 99 y 95 respectivamente que se traducen como ansiedad muy alta (99) y alta (95). En cuanto a la subescala de respuestas fisiológicas la media grupal para la evaluación pretest fue de 18.16 que al pertenecer al percentil 95 se considera como ansiedad en extremo severa, mientras que en la evaluación postest fue de 15.3 que se ubica en el percentil 90 interpretada como ansiedad severa. Finalmente en la subescala de respuestas motoras se obtiene una media grupal de 9 en la evaluación pretest que pertenece al percentil 80 considerando como indicador de ansiedad elevada, mientras que en la fase postest la media grupal fue de 9.8 puntuaciones manteniéndose en el percentil 80.

Figura 8

Comparación pretest-postest de medias grupales de respuestas de ansiedad en mujeres



Nota. Comparación del promedio obtenido de los niveles de ansiedad grupales en las evaluaciones pretest-postest. Rcognitivas= promedio de respuestas cognitivas, Rfisiológicas= promedio de respuestas fisiológicas, Rmotoras= promedio de respuestas motoras..

Lo anterior clínicamente se interpreta de la siguiente manera: a) en respuestas cognitivas cuando las puntuaciones corresponden con percentiles superiores al 90, sea 95 o 99 existen síntomas cognitivos severos de ansiedad, como preocupación excesiva, rumiación, irritabilidad entre otros; b) en las respuestas fisiológicas cuando los puntajes se ubican en percentiles por encima del 90 quiere decir que existen respuestas fisiológicas exacerbadas en el evaluado, tales como: taquicardia, sudoración, hiperventilación, hiperreactividad, por mencionar algunas; c) finalmente en las respuestas motoras las puntuaciones que se corresponden con percentiles por encima de los 90 se caracterizan por la presencia de conductas motoras como movimientos

corporales repetitivos sin un fin en particular, tics, tartamudeo, entre otras. Como puede observarse aun cuando los puntajes difieren los percentiles no muestran cambios notables restando significatividad para la interpretación estadística de éstos resultados.

Discusión

El propósito del presente estudio se limitó al conocimiento de los efectos de la intervención psicológica grupal en las funciones cognitivas de los pacientes con ansiedad y depresión, así como los posibles efectos en los síntomas de dichos trastornos, no obstante considera, a su vez el panorama actual como consecuencia de la pandemia, poniendo en relieve la importancia de la atención psicológica activa ante el surgimiento de nuevas problemáticas como el incremento en la prevalencia de trastornos mentales y de comportamiento, teniendo presente que aun cuando no se haya considerado el COVID-19 como variable para este estudio, son innegables los efectos que repercutieron en la población en general, incluyendo pacientes y servidores públicos.

La pandemia por el virus SARS-CoV2 dejó un panorama marcado por la incertidumbre, el miedo y la desesperanza. El aislamiento, aunado a la baja en la disponibilidad o viabilidad de abastecimiento de alimentos, así como la saturación de servicios de atención a la salud impactó negativamente en todos los grupos de todos los estratos sociales, sin embargo, antes de ella los problemas de atención a la salud mental ya eran existentes, en parte como resultado de una vida occidental cotidiana (Cases, 2020).

La razón por la que habría que detenerse a considerar los efectos que la pandemia ha tenido en la salud mental en las personas es simple, aunque determinante: el incremento en la prevalencia de los trastornos mentales y de comportamiento implicó un crecimiento sostenido en la aparición, reaparición y agravamiento de estos trastornos. Por otra parte, no hay exenciones en una pandemia; desde los más jóvenes a los más adultos sufrieron los estragos que la pandemia implica en todas las áreas que la componen. Como factor común en las pandemias,

en general las personas reportan sentimientos y emociones como culpa, desconcierto, enojo, vaciedad, tristeza, confusión, entre otros (Reynolds et al., 2008). Entonces, es evidente la necesidad de involucrar el tema en las investigaciones actuales.

Considerando lo anterior, en este estudio se obtuvieron perfiles de estrés que fluctuaban desde ansiedad moderada a extremo severa, sin embargo, en la preevaluación no se reportaron perfiles con niveles de ansiedad menores a estas categorías, lo cual puede estar relacionado con el panorama de pandemia por el virus SARS-CoV2, que aun cuando la ciencia, tecnología e inagotable trabajo de los profesionales de la salud apuntan cada vez más hacia la neutralización de la situación sigue latente en nuestro día a día, aunque quizás en menor grado. No obstante, lo anterior se limita a ser una mera interpretación por lo siguiente: en primer lugar ninguno de los participantes refirió alguna situación relacionada con su sintomatología y la pandemia como podrían ser pérdidas personales o enfermedad grave a partir del contagio, y en segundo lugar no se contó con la valoración de la ansiedad y estrés con el COVID-19 como variable de estudio. Es relevante señalar para futuras investigaciones la importancia de evaluar los efectos de la pandemia en población mexicana en general y en la población psiquiátrica considerandos variables como la ansiedad, depresión y funciones ejecutivas.

Por otra parte, aunque la investigación sobre los efectos de la terapia grupal en las funciones cognitivas de las personas data antes del año 1985 (Eisdorfer, 1985), en la actualidad no se cuenta con la suficiente información que limite la relevancia de este estudio, ya que no solo se realiza en un contexto contemporáneo sino también contribuye modestamente al seguimiento en el estudio de la relación entre la terapia grupal y las neurociencias.

En lo que corresponde a la cognición, es de suma importancia conocer sobre las funciones cognitivas en trastornos mentales y de comportamiento, ya que la investigación actual señala la depresión, ansiedad y el enojo como factores de riesgo asociados al desarrollo de demencia en la adultez (Lindert et al., 2021). Considerando lo anterior, el objetivo del presente

estudio fue conocer sobre los posibles efectos de la intervención psicológica grupal en las funciones cognitivas de pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión. En este sentido y en concordancia con uno de los pioneros en el estudio de esta área, Eisdorfer (Eisdorfer, 1985 como se citó en Darlyne et al., 2015) esta investigación contribuye con el hallazgo de mejoras en la ejecución de las funciones cognitivas de los participantes de este estudio posterior a la intervención psicológica grupal. En este estudio se observó en general un incremento en el promedio de ejecución grupal en los puntajes obtenidos, con especial notoriedad en la subescala de funciones ejecutivas y funciones de evocación del instrumento NEUROPSI-breve, lo cual, a su vez coincide con los resultados obtenidos por Lindert et al. (2021) quienes reportan que mayores síntomas de ansiedad y depresión se relacionan significativamente con peor desempeño en las funciones ejecutivas y memoria episódica, y viceversa menores síntomas de ansiedad y depresión se asocian con mejor rendimiento de las funciones ejecutivas y memoria episódica.

Otra consideración importante es que la integridad de las funciones cognitivas permite un manejo emocional eficiente y saludable en las personas. De primera instancia la alteración en el funcionamiento cognitivo se relaciona con el incremento en la severidad de los síntomas de la depresión y ansiedad (Kiosses y Alexopoulos, 2005), por otra parte la percepción de eficacia de las funciones ejecutivas en las personas se ha asociado con el uso de estrategias adaptativas para la regulación emocional (Landtrip et al., 2016), en este sentido la intervención psicológica grupal retomada para este trabajo tuvo como objetivo proporcionar, entre otras cosas, las herramientas pertinentes para la regulación emocional, reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación, y entrenamiento en relajación. Una vez terminadas las 8 sesiones los participantes externaron sentirse con mayor control de su situación y al mismo tiempo motivados para el uso de estrategias otorgadas durante la intervención psicológica grupal, ese sentimiento de suficiencia y eficacia puede relacionarse con un mejor desempeño de las funciones ejecutivas de cada uno en la etapa final postest, ya que estas funciones implican procesos de planeación, creatividad, inhibición, toma de decisiones, por mencionar algunas.

Por un lado, los cambios se observan en sintonía con lo que hoy en día sabemos del cerebro, que es un órgano dinámico y en constante cambio a partir de la experiencia, con base en ello autores como Denninger (2010) señalan que los cambios en el cerebro ocurren incluso con aquellas experiencias que pasan desapercibidas en apariencia, en este sentido cuando una persona forma parte de la psicoterapia grupal, el solo hecho de presentarse en las sesiones promueve ya un cambio en la estructura del cerebro; la memoria codifica la información recibida durante las sesiones y aunque no toda ella sea recuperada el mero hecho de recordar la experiencia de haber asistido a un proceso psicoterapéutico grupal implica ya el cambio neuronal que repercutirá favorablemente en esta función, de esta manera pueden sustentarse los cambios observados en los participantes durante este estudio.

Por otro lado, la consideración particular de la intervención psicológica grupal yace en lo establecido por Pinker en el 2017, el mero hecho de estrechar la mano o ser parte de nuestra comunidad ya es en sí un factor protector de la salud mental al incrementar la producción de oxitocina y dopamina, a la vez que disminuye los niveles de cortisol, de esta manera, cuando esto sucede se observa un estado de mayor relajación en el cerebro, mismo que permite mayor recepción del aprendizaje, el resultado de esto es el incremento del factor neurotrófico derivado del cerebro (BNDF) fundamental en la preservación de la integridad estructural, molecular y fisiológica del cerebro (Lazar et al., 2000; Pinker, 2017). En sentido opuesto con fines de contraste, en condiciones experimentales el aislamiento está directamente vinculado con el desarrollo del estrés crónico y con la disminución de la producción del BDNF (Denninger, 2010) al mismo tiempo que se ha reportado que entre mayores sean las interacciones de los pacientes como visitar amigos o hablar con sus familiares, mejor es el desempeño en la evaluación de sus funciones cognitivas, esta propuesta teórica señala que la interacción social implica ejercitar algunas funciones cognitivas como la memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, inhibición, etc. por ello se concluye que la interacción y el grado en que una persona se involucre con quienes le rodean predecirá el desempeño de las funciones cognitivas (Ybarra et al., 2008).

Cabe mencionar que aunque algunos participantes no presentaron un perfil cognitivo de deterioro en la fase pretest, fue posible observar diferencias en su desempeño incrementando los puntajes obtenidos en la evaluación neuropsicológica posttest. Mientras que los perfiles neuropsicológicos de pacientes con deterioro moderado, leve y severo durante la preevaluación tuvieron un cambio significativo, en el que los perfiles moderado y leve se ubicaron en un perfil cognitivo normal, y a su vez el perfil de deterioro cognitivo severo logró ubicarse en un perfil de deterioro leve, con lo anterior es posible aseverar que el proceso psicoterapéutico favorece cambios en las funciones cognitivas y relacionales.

En lo que respecta a la terapia grupal, se ha descrito que el espacio psicoterapéutico fomenta, entre otras, la psicoeducación en los pacientes, quienes al conocer más sobre sus padecimientos reducen sus sentimientos de vergüenza y conductas mal adaptativas (Badencoh y Cox, 2010). En principio es común observar en las personas diagnosticadas con ansiedad y depresión conductas de evitación y aislamiento, sin embargo, el hecho de haber sido integrados a una psicoterapia grupal en donde la convivencia con otras personas promueve la interacción con otros, y que en el particular caso de la intervención psicológica grupal reúne personas con problemáticas en común, fomenta sentimientos de empatía e identificación con el otro al compartir la misma problemática. Durante el desarrollo de las sesiones de intervención este proceso fue evidente durante la post evaluación, ya que al término de las mismas, se observó cohesión entre los miembros del grupo.

Subjetivamente se observó la evolución de los participantes a medida que las sesiones avanzaban en términos de las conductas observables como la actitud ante la terapia, el estado de ánimo para las diferentes actividades grupales, y el discurso utilizado durante la retroalimentación de los ejercicios realizados como parte de las sesiones y los asignados como tareas semanales. Participantes que al inicio se mostraban renuentes a compartir experiencias u opiniones al final expresaban con apertura sus emociones o pensamientos, brindaban apoyo al

explicar sobre los temas abordados en la intervención a otros compañeros que solicitaban el ayuda. De esta manera el presente estudio sostiene que la interacción con otras personas en un contexto psicoterapéutico incrementa la autoconfianza, flexibilidad cognitiva, habilidades sociales y la empatía a la vez que decreta el aislamiento (en las sesiones terapéuticas) (Omylinska et a., 2021).

De esta manera, la psicoterapia grupal ofrece un ambiente enriquecido necesario para la plasticidad neuronal, proceso indispensable para el dinamismo del cerebro, que en términos neurológicos cuando una relación es llevada a cabo con éxito entre los participantes de la psicoterapia grupal el cerebro lo interpreta como recompensa incrementando la producción dopaminérgica. La presencia de dopamina y oxitocina en el cerebro contribuyen al incremento de afectos positivos, disminuyendo los síntomas de ansiedad y depresión (Janis et al., 2021). Por otra parte, es la sensación de pertenencia a un grupo que decreta niveles de cortisol y por ende impacta en el estrés crónico que como fue revisado subyace procesos inflamatorios que fomentan la presencia de ansiedad y depresión en las personas, de esta manera el grupo proporciona el ambiente y niveles de estrés adecuados (recordando el estrés como parte de la motivación) que permiten el funcionamiento adecuado de procesos cognitivos como el aprendizaje y la memoria (Grossmark y Wright, 2015).

En cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión, las personas que padecen trastornos de ansiedad suelen externar las dificultades de una vida acelerada por las preocupaciones inminentes del futuro, mientras que las personas que padecen depresión coinciden en la desesperanza con la que ven el futuro desde la perspectiva de la depresión. Como parte de los resultados observados en este estudio, mediante la aplicación del instrumento DASS-21 se obtienen diferencias en la gravedad percibida por parte de los pacientes de sus síntomas de depresión antes y después de la intervención psicológica grupal, los cuales coinciden con los resultados reportados por Shareh y Robati (2022) quienes observaron disminución significativa

en los niveles de depresión, ideación suicida y desesperanza mediante la intervención de la psicoterapia grupal.

No obstante, los resultados obtenidos en el presente estudio no muestran cambios estadísticos significativos para hacer interpretaciones objetivas sobre los datos obtenidos por esta escala. Una de las limitaciones de la metodología pre experimental pretest posttest es la posibilidad de observar efectos o diferencias en los datos obtenidos entre la evaluación pretest-posttest, es decir, los cambios pueden ser perceptualmente evidentes, sin embargo, se tiene la dificultad de señalar una relación causa-efecto mediante la intervención del experimentador, es decir, la cantidad de variables no controladas pueden influir de igual manera que aquellas controladas por el experimentador (Anguera et al., 1998), por lo anterior es posible observar diferencias entre las puntuaciones obtenidas pretest-posttest mediante la escala DASS-21 utilizada para la presente investigación y al mismo tiempo obtener diferencias estadísticamente no significativas.

Como última parte de este apartado se retoma el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) que es un instrumento cuyo objetivo de evaluación se fundamenta en la asunción de que la ansiedad está compuesta por tres factores, los síntomas cognitivos, fisiológicos y comportamentales o motores. En este estudio, en la etapa pretest y posttest, en general se observa que 5 de 6 casos se ubicaron en el percentil más alto de la ansiedad cognitiva, esta subescala evalúa aquellas respuestas cognitivas de ansiedad presentes o ausentes en cada persona evaluada, los puntajes elevados se interpretan como un perfil cognitivo en el que la persona no solo se preocupa por su situación actual, sino que teme ser evaluada negativamente por otros, su capacidad de concentrarse y atender esta alterada, se observan dificultades en la inhibición, rumiación, entre otras.

En cuanto al perfil general de respuestas fisiológicas el perfil común de los participantes fue un percentil de 95 a 99, mismos que hablan de la severidad en la hiperreactividad de los

participantes presentando desde sudoración hasta otras manifestaciones de mayor consideración como la sensación de insuficiencia respiratoria. Respecto a las conductas o respuestas motoras se obtuvieron puntajes variados en términos de los percentiles correspondientes, no obstante fluctuaron entre grados de ansiedad moderada a extremo severa con lo que se entiende que los participantes con frecuencia pueden realizar acciones sin un fin, movimientos repetitivos o conductas de riesgo como el aumento desproporcionado de la ingesta de alimentos promoviendo desórdenes alimenticios y problemas médicos, así como la ingesta de bebidas con elevadas cantidades de azúcares o estupefacientes. Aun cuando en la etapa posttest de este estudio se observó que las puntuaciones disminuyeron en el área de respuestas cognitivas y fisiológicas de los participantes no tuvo significancia estadística. Lo anterior en parte confirma lo reportado por Bukowski et al., (2020) quienes afirman que con independencia del diagnóstico, la psicoterapia grupal es efectiva en el tratamiento para la disminución de síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo, en este estudio no se obtuvieron los mismos resultados.

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad contempla la sintomatología de los últimos 6 meses, mientras que la intervención psicológica grupal tuvo una duración temporal de 2 meses. Si se toma en consideración lo anterior es posible que las puntuaciones obtenidas en la etapa posttest no hayan diferido estadísticamente de las obtenidas en la etapa pretest, ya que aunque durante la intervención los participantes hayan percibido mejoras en sus respuestas a la ansiedad, al solicitarles evaluar su sintomatología contemplando seis meses, tres meses previos a la intervención y los tres meses de intervención es posible que en sus respuestas hayan considerado ambos momentos y no solo el momento de la psicoterapia grupal y el posterior a esta, lo cual es congruente con la información obtenida por escala DASS-21 en la que solo se le solicita al evaluado considerar sus síntomas en función de la última semana y en la que fue posible observar cualitativamente una disminución notoria en el antes y después de la intervención psicológica grupal.

Conclusiones

Mediante la información obtenida en los datos recabados en este estudio se puede concluir que la intervención psicológica grupal puede tener efectos positivos en el desempeño de las funciones cognitivas de los pacientes con ansiedad y depresión. En especial en las áreas de funciones ejecutivas (regulación emocional, toma de decisiones, creatividad, inhibición) y de evocación relacionadas (aprendizaje y memoria). Estos datos confirman los hallazgos obtenidos en otras investigaciones que reportan efectos favorables de la psicoterapia grupal en las funciones cognitivas de las personas, independientemente de su diagnóstico (Agako et al., 2021; Barkowski et al., 2020; Davis y Hayes, 2011; Feng et al., 2011).

Lo anterior puede explicarse a partir de la interacción con otras personas, lo cual nos permite ejercitar el cerebro de múltiples formas, ya que el observar como primer momento de interacción implica percibir la información, hacer inferencias sobre la persona, evaluar el lenguaje implícito de ese primer momento de interacción se involucra la interacción de áreas cerebrales y por ende las funciones cognitivas. Asimismo, comunicar y escuchar sobre las opiniones, dudas y emociones de los miembros de un grupo activa procesos relacionados con la empatía al identificarse o no con lo que se escucha durante las sesiones, el permitir que uno hable mientras otros escuchan requiere del funcionamiento adecuado de atención e inhibición para esperar el turno de compartir y esperar la retroalimentación de otros, lo anterior promueve generar soluciones no solo para la problemática de otros sino también para las problemáticas personales, que en lenguaje neuropsicológico se denomina toma de decisiones, planeación y creatividad.

De igual modo, las experiencias moldean constantemente al cerebro, por lo que ser enriquecido no solo con la propia experiencia sino con las de otros promueve la reestructuración cognitiva. Este cambio a partir de la interacción con otros en la intervención psicológica grupal en suma con el proceso psicoeducativo fomenta el uso de estrategias adaptativas para el manejo

de los síntomas de la ansiedad y depresión, lo cual a su vez impacta en el funcionamiento cognitivo.

En este estudio se hallaron diferencias significativas en las funciones cognitivas de los participantes pero no en sus síntomas de ansiedad y depresión, contrario a lo esperado al tratarse de sesiones psicológicas grupales. La primer consideración sobre lo observado es que al evaluar los síntomas de los participantes en la pre y postevaluación las puntuaciones difieren drásticamente, es decir, hubo casos en los que en la preevaluación se reportaba una depresión severa y mientras que en la postevaluación se obtuvo un perfil de depresión leve o menor como fue el caso de los participantes A y B. En estos casos es difícil atribuir una relación causal entre la manipulación de la variable, que en este estudio fue la intervención psicológica grupal y la sintomatología de ansiedad, depresión o estrés. Esto resulta aún más evidente al considerar el caso del participante E donde se observa un efecto opuesto al esperado, es decir, que los síntomas de ansiedad, depresión y estrés incrementaron en la postevaluación contrario al decremento observado en la mayoría de los casos. Estos puntajes de este caso particular se atribuyen a las experiencias individuales de los participantes fuera de las sesiones terapéuticas, lo que concuerda con la dificultad de establecer la relación causal entre la intervención y la sintomatología ya que en este caso tanto la intervención psicológica grupal como las experiencias individuales jugaron un papel importante en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés de este participante. En segundo lugar y ahora contemplando los puntajes de las funciones cognitivas se obtuvieron cambios que contemplaban un perfil cognitivo con deterioro leve a un perfil cognitivo normal, o de deterioro severo a deterioro leve, así como perfiles cognitivos normales tanto en la pre como en la postevaluación aunque con puntajes elevados en ésta última. Con lo anterior, si consideramos que la escala DASS-21 contempla una temporalidad de una semana para la evaluación de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, así como el momento de la postevaluación neuropsicológica observaremos que en el momento en el que se llevó a cabo este posttest los participantes se percibieron con menos síntomas de

ansiedad y depresión, lo que coincidiría con lo expuesto en el marco teórico sobre la influencia de los síntomas de ansiedad y depresión en el funcionamiento cognitivo, que concretamente entre menores sean los síntomas mayor será el desempeño cognitivo. Sin embargo, en el caso de la escala de respuestas de ansiedad no es posible hacer la misma consideración toda vez que esta escala evalúa cómo responde el individuo ante la ansiedad incluyendo sus pensamientos, conductas y síntomas fisiológicos; además de que pide al evaluado contemplar su sintomatología en una temporalidad mayor a los 3 meses. De esta manera, aunque cada participante haya reportado disminución en sus síntomas de ansiedad, depresión y estrés no manifestó haber percibido diferencias en sus respuestas cognitivas, conductuales o fisiológicas ante la ansiedad. Con lo anterior se explica por qué se observa poca o nula diferencia entre las puntuaciones obtenidas en la pre y la postevaluación para esta escala, que al ser cambios limitados no son estadísticamente significativos. Con esto es posible concluir que la intervención psicológica grupal puede influir positivamente en el desempeño cognitivo y en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, sin embargo, es posible que se requiera una intervención psicológica orientada específicamente al manejo de la ansiedad.

Limitaciones

Es parte del proceso científico reconocer las propias limitaciones de los trabajos realizados con el fin de seguir generando soluciones a problemáticas de la humanidad, de manera que al tratarse de la salud mental las únicas limitaciones sean las redactadas en los trabajos de investigación. De esta manera se abordan las siguientes consideraciones para futuras investigaciones. En primer lugar el tamaño de la muestra impide la generalización del conocimiento logrado con los datos obtenidos, de esta manera el contar con muestras de mayor proporción permitirá esclarecer los beneficios de la psicoterapia grupal en las funciones cognitivas. Por otra parte sería enriquecedor el contar con un grupo control, de esta manera podrían ser significativas las diferencias identificadas en el presente trabajo al tener mayor control de las variables.

De igual manera queda en relieve la importancia de explorar el efecto que tiene el proceso de intervención psicológica grupal en los síntomas de ansiedad y depresión, ya que de esta manera será posible establecer la eficacia de esta para el tratamiento de estos trastornos mentales y de comportamiento.

Finalmente este trabajo contribuye al estudio de los beneficios de la intervención psicológica grupal en pacientes con ansiedad y depresión, sin embargo, se requiere mayor estudio en esta área para una mejor atención a los trastornos de ansiedad y depresión.

Referencias

- Adelman, J. S., Estes, Z. (2013). Emotion and memory: A recognition advantage for positive and negative words independent of arousal [Emoción y memoria: una ventaja de reconocimiento para palabras positivas y negativas independientes de la activación]. *Cognition*, 129(3), 530–535. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2013.08.014>
- Agako, A., Donegan, E., McCabe, R., Frey, B., Streiner, D., Green, S. (2021). The role of emotion dysregulation in cognitive behavioral group therapy for perinatal anxiety: Results from a randomized controlled trial and routine clinical care [El papel de la disregulación emocional en la terapia grupal cognitive conductual para ansiedad perinatal: resultados de un ensayo aleatorio y cuidado clínico de rutina]. *Journal of Affective Disorders*, 292, 517-525. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.084>
- Aguilar, A., Serrano, M., Olivan, B., Gervilla, E., Navarro, C. (2022). Associations between severity of depression, lifestyle patterns, and personal factors related to health behavior: secondary data analysis from a randomized controlled trial [Asociaciones entre la severidad de la depresión, patrones de estilo de vida y factores personales relacionados con el comportamiento de la salud: análisis de datos secundario de una muestra aleatoria controlada]. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.85613>
- Alonso, A., Swiller, H. (1995). Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. *El Manual Moderno*
- American Group Psychotherapy Association. (s.f.). What is group psychotherapy? [¿Qué es la psicoterapia grupal?] <https://agpa.org/home/practice-resources/what-is-group-psychotherapy->
- American Psychological Association. (s.f.) Psychology Topics: Anxiety [Temas de psicología: Ansiedad]. <https://www.apa.org/topics/anxiety>

American Psychological Association. (2022a). Cognition [Cognición]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/cognition>

American Psychological Association. (2022b). Perception [Percepción]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/perception>

American Psychological Association. (2022c). Memory [Memoria]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/memory>

American Psychological Association. (2022d). Learning [Aprendizaje]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/learning>

American Psychological Association. (2022e). Awareness [Conciencia]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/awareness>

American Psychological Association. (2022f). Attention [Atención]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/attention>

American Psychological Association. (2022g). Reasoning [Razonamiento]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/reasoning>

American Psychological Association. (2022h). Language [Lenguaje]. En APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/language>

American Psychological Association. (2022i). Emotion [Emoción]. APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/emotion>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ta ed.). American Psychiatric Publishing.

Anderson, T., Russell, K., Leyse, R. (2018). Academy of nutrition and dietetics: revised 2018 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists in mental health and addictions [Academia de Nutrición y Dietas: Estándares de práctica y estándares de desempeño profesional revisados del 2018 para nutricionistas dietistas registrados en salud mental y adicciones]. *Eat Right*.

- Angelidis, A., Solis, E., Lautenbach, F., Van Der Does, W., Putman, P. (2019). I'm going to fail! Acute cognitive performance anxiety increases threat-interference and impairs WM performance [Voy a reprobar! La ansiedad de rendimiento cognitivo agudo aumenta la interferencia de amenazas y perjudica el rendimiento de memoria de trabajo]. *Plos One*. 14(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210824>
- Anguera, T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J., Vallejo, G. (1998). Metodología de las ciencias de comportamiento: métodos de investigación en psicología. *Síntesis Psicológica*, p.456.
- Arbúes, E., Martínez, B., Granada, J., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S., Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, (6) 1339.1345.
- Ardila A., Ostrosky F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. *Diagnóstico Neuropsicológico*.
- Arditte, K., Raedt, R., Timpano, K., Joormann, J. (2017). Positive memory enhancement training for individuals with major depressive disorder [Mejora en el entrenamiento de la memoria positiva para individuos con trastorno depresivo mayor]. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(2). <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1364291>
- Armitage, R. (2007). Sleep and circadian rhythms in mood disorders [Sueño y ciclos circadianos en los trastornos del estado de ánimo]. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (433), 104–115. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.00968.x>
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Thorp, R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review [Psicoterapia por videoconferencia: una revisión sistemática]. *Psychological Services*, 9, 111–131.

- Badenoch B., Cox P. (2010) Integrating interpersonal neurobiology with group psychotherapy [Integrando la neurobiología interpersonal con la psicoterapia grupal]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(4), 462-481.
- Bailey, E., Steward, K., Vanden, Bussche, A., Kamper, J., Mahoney, E., Duchnick, E. (2021). Neuropsychology of COVID-19: anticipated cognitive and mental health outcomes [Neuropsicología de COVID-19: resultados anticipados de salud cognitiva y mental]. *American Psychology Association*. 35(4), 335–351 <https://doi.org/10.1037/neu0000731>
- Bamonti, P., Lombardi, S., Duberstein, P., King, D., Van Orden, A. (2016). Spirituality attenuates the association between depression symptom severity and meaning in life [La espiritualidad atenúa la asociación entre la gravedad de los síntomas depresivos y el sentido de la vida]. *Aging Mental Health*, 20(5), 494-499. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1021752>
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G., Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis [Eficacia de la psicoterapia grupal para los trastornos de ansiedad: una revisión sistemática y metaanálisis]. *Psychotherapy Research*, (8), 965-982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Belló, M., Puentes, E., Medina, M., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica México*.
- Benca, R., Okawa, M., Uchiyama, M., Ozaki, S., Nakajima, T., Shibui, K., Obermeyer, W. (1997). Sleep and mood disorders [Trastornos de sueño y del estado de ánimo]. *Sleep Medical Review*, (1), 45–56.
- Bergstrom, H. C. (2016). The neurocircuitry of remote cued fear memory [El neurocircuito de la memoria del miedo con claves remotas]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 71, 409–417. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.028>

- Berk, M., Williams, L., Jacka, F., O'Neil, A., Pasco, J., Moylan, S., Allen, N., Sturart, A., Hayley, A., Byrne, M., Maes, M. (2013). So, depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? [Entonces, la depresión es una enfermedad inflamatoria, pero ¿De dónde viene la inflamación?]. *BMC Medicine*.
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/200>
- Bhandari, P., Paswan, B. (2020). Life style behaviours and mental health outcomes of elderly: modification of socio-economic and physical health effects [Comportamientos de estilo de vida y resultados de salud mental de los ancianos: modificación de los efectos socioeconómicos y de salud física]. *Springer*.
- Bom, S., Chul, S., Ho, Y. (2016). Techno stress from mobile communication and its impact on quality of life and productivity [El tecnoestrés de la comunicación móvil y su impacto en la calidad de vida y la productividad]. *Total Quality Management*, 27(8), 775-790.
<http://dx.doi.org/10.1080/14783363.2016.1187998>
- Borges, G., Wang, P., Medina, M., Lara, C., Chiu, W. (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico [Retardo del primer tratamiento de trastornos mentales y de abuso de sustancias en México]. *American Journal of Public Health*, 97(9), 1638–1643. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.090985>
- Borrel, F. (2002). Un modelo biopsicosocial en evolución. *MedClin*, 119(5), 175-179.
- Brazier, Y. (2021, enero 22). ¿Qué es la psicología y en qué consiste?. *Medical News Today*
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/psicologia>
- Bryant, R., Felmingham, K., Kemp, A., Hughes, G., Peduto, A., Williams, L. (2008). Amygdala and ventral anterior cingulate activation predicts treatment response to cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder [La activación de la amígdala y del cíngulo anterior ventral predicen la respuesta al tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de estrés postraumático]. *Psychological Medicine*, (38), 555-561.

- Burgoyne, N., Cohn, S. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID-19 [Lecciones de la transición a la teleterapia relacional durante el COVID-19]. *Family Process*, 59(3), 974-988.
- Canal TED. (2017). Susan Pinker: The secret to living longer may be your social life [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ptIecdCZ3dg>
- Cano, A., Muñoz, R., Moretti, L., Medrano, L. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*.
- Carlson, N. (2006) *Fisiología de la conducta* (8va ed.). Pearson Education. España, p 378-410.
- Cartreine, J. (2016, mayo 6) More than sad: Depression affects your ability to think [Más que triste: la depresión afecta tu capacidad de pensar]. Harvard Health Blog. <https://www.health.harvard.edu/blog/sad-depression-affects-ability-think-201605069551>
- Chand, S., Marwaha, R. (2022). Anxiety [Ansiedad]. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
- Cheng, S. K., Wong, C. W. (2005). Psychological intervention with sufferers from severe acute respiratory syndrome (SARS): Lessons learnt from empirical findings [Intervención psicológica con pacientes del síndrome respiratorio agudo severo (SARS): lecciones aprendidas de los hallazgos empíricos]. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory Practice*, 12(1), 80–86.
- Clínica de ansiedad, depresión y estrés. (s.f.). *Terapia grupal*. <https://cade.org.mx/terapia-grupal>
- Collins, S. (2014). A role for the gut microbiota in IBS [El rol de la microbiota del intestino en el síndrome de intestino irritable]. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 11(8), 497–505. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2014.40>

COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic [Prevalencia mundial y carga de los trastornos depresivos y de ansiedad en 204 países y territorios en 2020 debido a la pandemia de COVID-19]. *Lancet*, (398), 1700-1713.

Davis, D., Hayes, J. (2011). What are the benefits of mindfulness? a practice review of psychotherapy-related research [¿Cuáles son los beneficios del mindfulness? Una revisión práctica de la investigación relacionada con la psicoterapia]. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208. <https://doi.org/10.1037/a0022062>

Davis, M. McKay, M. Eshelman, E. (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. Editorial Martínez Roca.

De la Portilla, S., Dussán, C., Montoya, D., Taborda, J., Nieto, S. (2019). Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia Promoción de la Salud*.

Denninger, J. (2010). Commentary on the neurobiology of group psychotherapy: group and the social brain: speeding toward a neurobiological understanding of group psychotherapy [Comentario en la neurobiología de la psicoterapia grupal: el grupo y el cerebro social: acelerando hacia la comprensión neurológica de la psicoterapia de grupo]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(4), 595-604.

<https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.4.595>

Derakshan, N., Eysenck, M. (2009). Anxiety, processing efficiency, and cognitive performance: new developments from attentional control theory [Ansiedad, eficiencia de procesamiento y rendimiento cognitivo: nuevos desarrollos de la teoría del control atencional]. *European Psychologist*, 14(2), 168–76.

- Deveney, C. M., Deldin, P. J. (2006). A preliminary investigation of cognitive flexibility for emotional information in major depressive disorder and non-psychiatric controls [Una investigación preliminar de la flexibilidad cognitiva para datos emocionales en el trastorno depresivo mayor y en controles no psiquiátricos]. *Emotion*, 6(3), 429–437.
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.429>
- Dickie, E., Brunet, A., Akerib, V., Armony, J. (2008). An fMRI investigation of memory encoding in PTSD: influence of symptom severity [Una investigación de resonancia magnética funcional de la codificación de la memoria en el trastorno de estrés posttraumático: influencia de la gravedad de los síntomas]. *Neuropsychology*, 46, 1522–1531.
- Dillon, D., Pizzagalli, D. (2017). Mechanisms of memory disruption in depression [Mecanismos de la alteración de la memoria en la depresión]. *Cell Press*, 41(3), 137-149.
<https://doi.org/10.1016/j.tins.2017.12.006>
- Dinger, U., Schuaenburg, H. (2010). Effects of individual cohesion and patient interpersonal style on outcome in psychodynamically oriented inpatient group psychotherapy [Efectos de la cohesión individual y el estilo interpersonal del paciente en el resultado de la psicoterapia grupal orientada psicodinámicamente]. *Routledge*, 20(1), 22-29.
<https://doi.org/10.1080/10503300902855514>
- Dirección General de Divulgación Científica. (2019, junio 26). *De cada 100 mexicanos, 15 padecen depresión*. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html
- Donjam M. (2016). *Principios de aprendizaje y conducta* (7ma ed.). Cengage Learning.
- Dos Santos, B., Rocha, G., Fernandez, L., de Padua, A., Reppold, C. (2018). Association of lower spiritual well-being, social support, self-esteem, subjective well-being, optimism and hope scores with mild cognitive impairment and mild dementia [Asociación de

- puntuaciones más bajas de bienestar espiritual, apoyo social, autoestima, bienestar subjetivo, optimismo y esperanza con deterioro cognitivo leve y demencia leve]. *Frontiers in Psychology*, 9(371). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00371>
- Dreisbach, G., Goschke, T. (2004). How positive affect modulates cognitive control: Reduced perseveration at the cost of increased distractibility [Como el afecto positivo modula el control cognitivo: perseveración reducida a costa de distracción aumentada]. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 30, 343–353.
- Elsevier. (2020). Life in a post-pandemic world: What to expect of anxiety-related conditions and their treatment? [La vida en un mundo postpandémico: ¿Qué esperar de las condiciones relacionadas con la ansiedad y su tratamiento?]. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Empowering Children Foundation: children matter. (2017). *A report on threats to the safety and development of children in poland* [Un reporte sobre las amenazas a la seguridad y desarrollo de los niños en Polonia]. [https://fdds.pl/ Resources/Persistent /e/d/9/e/ed9e604bde6479d99dcefb12244d1fa0bca5ac6c/Raport-Dzieci-si%C4%99-licz%C4%85-2017.pdf](https://fdds.pl/Resources/Persistent/e/d/9/e/ed9e604bde6479d99dcefb12244d1fa0bca5ac6c/Raport-Dzieci-si%C4%99-licz%C4%85-2017.pdf)
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine [La necesidad de un modelo medico nuevo: un reto para la biomedicina]. *Science*, 196, 129-136.
- Felger, J., Lotrich, F. (2013). Inflammatory cytokines in depression: neurobiological mechanisms and therapeutic implications [Citocinas inflamatorias en la depresión: mecanismos neurobiológicos e implicaciones terapéuticas]. *Neuroscience*, (246), 199-229
- Feng, C., Chu, H., Chang, Y., Chen, T., Chen, C., Chou, Y., Chang, Y., Chou, K. (2011). The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000–2010 [El efecto de la terapia grupal cognitivo conductual para la depresión: un metaanálisis del

- 2000-2010]. *World Views on Evidence-Based Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00229.x>
- Ferran, C. (2020), *El pequeño libro de la ansiedad: una guía práctica para vencerla paso a paso* (1ra ed.). Diana.
- Fields, L. (2021). Insomnio y depresión un vínculo complicado. *Selecciones*.
- Fischer, P., Greitemeyer, T. (2006). Music and aggression: The impact of sexual-aggressive song lyrics on aggression-related thoughts, emotions, and behavior toward the same and the opposite sex [Música y agresión: El impacto de la letra musical sexual-agresiva en pensamientos asociados a la agresión, emociones y comportamiento hacia el mismo sexo y el sexo opuesto]. *Personality and Social Psychology Bulletin*, (32), 1165–1176.
<https://doi.org/doi:10.1177/0146167206288670>
- Flores, P. (2010). Group psychotherapy and neuroplasticity: an attachment theory perspective [Psicoterapia grupal y neuroplasticidad: desde la perspectiva de la teoría de apego]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(4), 546-570.
<https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.4.546>
- Forghani, M., Ghanbari, G. (2016) The effect of group therapy with transactional analysis approach on emotional intelligence, executive functions and drug dependency [El efecto de la terapia grupal con enfoque de análisis transaccional de la inteligencia emocional, funciones ejecutivas y dependencia a las drogas]. *Psychiatry Behavioral Science*, 10(2).
<https://doi.org/10.17795/ijpbs-2423>
- Franco, J., Carrier, J. (2020). Social media use and depression, anxiety, and stress in Latinos: A correlational study [Uso de las redes sociales y depresión, ansiedad y estrés en latinos: un estudio correlacional]. *Wiley Periodicals LLC*, (2), 227-241.

- Frank, M. J., Cohen, M. X., Sanfey, A. G. (2009). Multiple systems in decision making: A neurocomputational perspective [Múltiples sistemas en la toma de decisiones: una perspectiva neurocomputacional]. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 73–77.
- Fritze, J., Blashki, G., Burke, S., Wiseman, J., (2008). Despair and transformation: climate change and the promotion of mental health and wellbeing [Desesperación y transformación: el cambio climático y la promoción de la salud mental y el bienestar]. *International Journal of Mental Health*. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-2-13>.
- Frodyl, T., O’Keane, V. (2013). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans [¿Cómo lidia el cerebro con el estrés acumulativo? Una revisión centrada en el estrés del desarrollo, la función del eje HPA y la estructura del hipocampo en humanos]. *Neurobiology of Disease*, (52), 24-37.
- Gabinet Psicològic. (s.f.). *Características y utilidad de la terapia de grupo*. <https://gabinetpsicologicmataro.com/caracteristicas-y-utilidad-de-la-terapia-de-grupo/#:~:text=La%20terapia%20de%20grupo%20es,cada%20uno%20de%20sus%20miembros>.
- Gabrys, R., Tabri, N., Anisman, H. Matheson, K. (2019). Cognitive control and flexibility in the context of stress and depressive symptoms: the cognitive control and flexibility questionnaire [Control cognitive y flexibilidad en el contexto de síntomas de estrés y depresión: cuestionario de control cognitive y flexibilidad]. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02219>
- Gardner, P., Moallem, P. (2015). Psychological impact on SARS survivors: Critical review of the English language literature [Impacto psicológico en sobrevivientes de SARS: revisión crítica de la literatura en idioma inglés]. *Canadian Psychology*, 56(1), Article 123.

- Giacomo, D., Guerra, F., Perilli, E., Ranieri, J. (2020). Technophobia as emerging risk factor in aging: Investigation on computer anxiety dimension [La tecnofobia como factor de riesgo emergente en el envejecimiento: investigación sobre la dimensión de la ansiedad informática]. *Health Psychology Research*. <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8207>
- Gil Escudero, G., Rodríguez-Zafra, M. (2022). Revisión de la evidencia sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 139-148.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1127>
- Global Health Limited. (2019). The Dark Side of Anxiety: 7 Effects of Anxiety on the Body [El lado oscuro de la ansiedad: 7 efectos de la ansiedad en el cuerpo].
<https://www.medanta.org/patient-education-blog/the-dark-side-of-anxiety-7-effects-of-anxiety-on-the-body/#:~:text=Heart%2opalpitations%20and%20rapid%2obreathing,heart%2odisease%20or%20heart%20attack.>
- González, C., Solís, C., Juárez, F., Jiménez, T., Hernández, G., Fernández, H., Medina, M. (2019). Depressive disorder and psychosocial indicators in high school and college students from Mexico City: data from two censuses [Trastorno depresivo e indicadores psicosociales en estudiantes de preparatoria y universidad de la ciudad de México: datos de dos censos]. *Salud mental*.
- González, M., Quezada, L., Díaz, C., Cano, A. (2014). Adaptación para México y estructura factorial del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*.
- Goodwin, H. (2017). Generalized anxiety disorder, worry and attention to threat: A systematic review [Trastorno de ansiedad generalizada, preocupación y atención hacia la amenaza: una revisión sistemática]. *Clinical Psychology Review*, 54, 107-122.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.006>

- Gosh, S., Halder, S. (2020) Emotional regulation and cognitive flexibility in young adults [Regulación emocional y flexibilidad cognitiva en adultos jóvenes]. *Journal of Psychological Research*. <https://doi.org/10.32381/JPR.2020.15.02.22>
- Gothe, F., Enache, D., Wahlund, L., Winblad, B., Crisby, M., Lökk, J. (2012). Cerebrovascular diseases and depression: epidemiology, mechanisms, and treatment [Enfermedades cerebrovasculares y depresión: epidemiología, mecanismos y tratamiento]. *Panminerva Medica*, 54(3), 161–170.
- Greitemeyer, T. (2011). Exposure to music with prosocial lyrics reduces aggression: First evidence and test of the underlying mechanism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 28–36.
- Grossmark, R., Wright, F. (2015). The one and the many relational approaches to group psychotherapy [La única y las múltiples aproximaciones relacionales a la psicoterapia de grupo]. *Routledge*.
- Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M., Virseda, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social UNAM*.
- Hammar, A., Adal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression: a summary [Funcionamiento cognitivo en trastorno depresivo mayor: un resumen]. *Frontiers in Human Neuroscience*.
- Hammar, Å., Lund, A., and Hugdahl, K. (2003). Long-lasting cognitive impairment in unipolar major depression: a six months follow-up study [Alteración cognitiva de larga duración en depresión mayor unipolar: un estudio de seguimiento de seis meses]. *Psychiatry Research*. 118, 189–196.

- Hammen, C. (2015). Stress and depression: old questions, new approaches [Estrés y depresión: viejas preguntas, nuevos enfoques]. *Science Direct*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.024>
- Hammen, C. (2005). Stress and depression [Estrés y depresión]. *Annual Review Clinical Psychology*. (1) 293-319.
- Harvard Health Publishing. (2022). *What causes depression?* [¿Qué causa depresión?].
<https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression#:~:text=Activity%20in%20the%20amygdala%20is,cause%20the%20amygdala%20to%20enlarge>.
- Harvey, P. (2012). Clinical applications of neuropsychological assessment [Aplicaciones clínicas de la evaluación neuropsicológica]. *Dialogs in Clinical Neuroscience*, (1), 91-99.
- Harvey, P. (2019). Domains of cognition and their assessment [Dominios de la cognición y su evaluación]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 227-237.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista de Perú Medicina Experimental y Salud Publica*.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Hunsley, J., Elliot, K., Therrien, Z. (2013). The efficacy and effectiveness of psychological treatments [La eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos]. *The Canadian Psychology Association*.
- Ilmiatun, A., Astri, A., Syafriti, K. (2021). Effectiveness of online psychotherapy in managing mental health problems during the covid-19 pandemic: a systematic review [Efectividad de la psicoterapia en línea en el manejo de problemas de salud mental durante la pandemia de covid-19: una revisión sistemática]. *STRADA Journal*, 10(1). DOI: .
<https://doi.org/10.30994/sjik.v10i1.758>

Instituto de Salud para el Bienestar. (2022, marzo 18). *Día mundial del sueño*.

<https://www.gob.mx/insabi/es/articulos/dia-mundial-del-sueno-18-de-marzo?idiom=es>

Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México. (2019).

<https://www.institutoerickson.com.mx/proyecto/contacto.php>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022, diciembre 21). *Encuesta Nacional del Bienestar Autorreportado*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enbiare/2021/doc/enbiare_2021_presentacion_resultados.pdf

Instituto Nacional de estadística y geografía (s.f.) *Depresión*.

<https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=5a2bae18-959c-4896-b500-a455963a284e&idrt=148&opc=t>

Izard, C., Youngstrom, E., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C. (2015). Emotions and developmental psychopathology [Emociones y el desarrollo de la psicopatología].

Janis, R., Burlingame, G., Svien, H., Jensen, J., Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis [Terapia grupal para trastornos del estado de ánimo: un metaanálisis]. *Psychology Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1817603>

Johnco, C., Wuthrich, V., Rapee, R. (2014). Reliability and validity of two self-report measures of cognitive flexibility [Fiabilidad y validez de dos medidas de autoinforme de flexibilidad cognitiva]. *Psychological Assessment*, (26), 1381–1387.

Joiner, T. (2005) Why People Die by Suicide? [¿Por qué la gente muere por suicidio?]. *Harvard University Press*.

Joordens, S. (2021). *Mind control: managing your mental health during COVID-19* [Control mental: manejando tu salud mental durante el COVID-19]. Coursera-UNAM. University

of Toronto. <https://www.coursera.org/learn/manage-health-covid-19/lecture/9mpT6/understanding-the-anxiety-response>

Joormann, J., Siemer, M., Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood [Regulación del estado de ánimo en la depresión: efectos diferenciales de la distracción y recuperación de recuerdos felices en el estado de ánimo triste]. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 484–490. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.484>

Julien, D., Richard, L., Gauvin, L., Kestens, Y. (2012). Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: An integrative review [Características del vecindario y estado de ánimo depresivo entre adultos mayores: una revisión integrativa]. *International Psychogeriatrics*, 24, 1207–11225.

Kalat, J. (2011). *Psicología biológica* (10ma ed.). Cengage learning.

Kent, J., Rauch, S. (2003). Neurocircuitry of anxiety disorders [Neurocircuitos de los trastornos de ansiedad]. *Current Psychiatry Reports*, (5) 266-273.

Kertzman, S., Reznik, I., Hornik-Lurie, T., Weizman, A., Kotler, M., & Amital, D. (2010). Stroop performance in major depression: selective attention impairment or psychomotor slowness? [Desempeño en prueba stroop en trastorno depresivo mayor: ¿Se trata de una alteración en la atención selectiva o enlentecimiento motor?]. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.009>

Kiely, K.M. (2014). Cognitive Function. En Michalos, A.C. (eds) *Encyclopedia of quality of life and well-being research* [Enciclopedia para la calidad de vida y la investigación del bienestar]. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_426.

Kim, S. J., Kang, S. G., Cho, I. H., Lee, Y. J., Hong, J. P., Park, J., Lee, Y. J. (2015). The relationship between poor performance on attention tasks and increased suicidal

- ideation in adolescents [La relación entre el desempeño empobrecido de las tareas de atención y el incremento de ideación suicida en adolescentes]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1361–1368. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0687-3>
- Kiosses, N., Alexopoulos, S. (2005). Impairment in instrumental activities of daily living functions, cognitive deficits, and severity of depression: a preliminary study [Alteración en las actividades de la vida diaria, déficits cognitivos y severidad de la depresión: un estudio preliminar]. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 244–249. <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200503000-00010>
- Klatt, M. D., Bawa, R., Gabram, O., Blake, A., Steinberg, B., Westrick, A., & Holliday, S. (2020). Embracing change: A mindful medical Center meets COVID-19 [Abrazando el cambio: un centro médico consciente se encuentra con COVID-19]. *Global Advances in Health and Medicine*, 9. <https://doi.org/10.1177/2164956120975369>
- Koenig G., George L., Titus P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients [Religión, espiritualidad y salud en pacientes adultos enfermos hospitalizados]. *Geriatric Social*. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x>
- Kohhar, R. (2020). Unemployment rose higher in three months of COVID-19 than it did in two years of the Great Recession [El desempleo aumentó más en tres meses de COVID-19 que en dos años de la Gran Recesión]. *Pew Research Center*.
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review [La psicología de la regulación emocional: una revisión integrativa]. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4-41.
- Kris, P., Petersen, K., Hibbeln, J., Hurley, D., Kolick, V., Peoples, S., Rodriguez, N., Woodward, G. (2020). Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety [Trastornos alimenticios y de comportamiento: depresión y ansiedad]. *Nutrition Reviews*, (3), 247-260.

- Laboratorio de neuropsicología y psicofisiología. (2022). NEUROPSI. En Facultad de Psicología UNAM. http://feggylab.mex.tl/239246_Neuropsi.html
- Lachman, S. (1997). Learning is a process: toward an improved definition of learning [El aprendizaje es un proceso: hacia una definición mejorada del aprendizaje]. *The Journal of Psychology*, 131(5), 477-480, <https://doi.org/10.1080/00223989709603535>
- Langarita-Llorente, R., Gracia-García, P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 69, 59-67.
- Lantrip, C., Isquith, P., Koven, N., Welsh, K., Roth, R. (2016). Executive function and emotion regulation strategy use in adolescents [Funciones ejecutivas y el uso de estrategias de regulación emocional en adolescentes]. *Routledge*.
- Lautenbacher, S., Sernal, J. Krieg, J.-C. (2002). Divided and selective attention in panic disorder: a comparative study of patients with panic disorder, major depression and healthy controls [Atención dividida y selectiva en trastorno de pánico un estudio comparativo de pacientes con trastorno de pánico, trastorno depresivo mayor y grupos controles]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 210–213. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0382-5>
- Lazarevich, I, Irigoyen, M., Velázquez-Alva, M., Flores, N., Nájera, O., Zepeda, A. (2018). Depression and food consumption in Mexican college students [Depresión y consume de alimento en estudiantes mexicanos universitarios]. *Nutrición Hospitalaria*, (3), 620-626.
- LeMoult, J., Gotlib, I. (2019). Depression: a cognitive perspective [Depresión: una perspectiva cognitiva]. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>

Leonard, K., & Abramovitch, A. (2019). Cognitive functions in young adults with generalized anxiety disorder [Funciones cognitivas en adultos jóvenes con trastorno de ansiedad generalizada]. *The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 1–7.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.008>

Levenson, R. (2019). Reflections on 30 years of cognition and emotion [Reflexiones de 30 años de cognición y emoción]. *Taylor and Francis Group*.

<https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1549023>

Liberzon, I., Sripada, C. (2008). The functional neuroanatomy of PTSD: a critical review [La neuroanatomía funcional del trastorno por estrés postraumático: una revisión crítica]. *Progress in Brain Research*, (167), 151–169.

Lindert, J., Paul, C., Lachman, E., Ritz, B., Seeman, E. (2021). Depression, anxiety, and anger and cognitive functions: findings from a longitudinal prospective study [Depresión, ansiedad, enojo y funciones cognitivas: hallazgos de un estudio longitudinal prospectivo]. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.665742>

Lovibond, P., Lovibond, S. (1995) The structure of negative emotional states: comparison of the depression, anxiety, stress scales with the Beck depression and anxiety inventories [La estructura de los estados emocionales negativos: comparación de las escalas de depresión, ansiedad y estrés con los inventarios de depresión y ansiedad de Beck].

Behavior Research and Therapy, (33), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

Madison, A., Kiecolt, J. (2019). Stress, depression, diet, and the gut microbiota: human–bacteria interactions at the core of psychoneuroimmunology and nutrition [Estrés, depresión, dieta y la microbiota: interacciones humanas bacterianas en el centro de la psiconeuroinmunología y nutrición]. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 28, 105–110.

- Maes, M., Song, C., Lin, A., Bonaccorso, S., Kenis, G., De Jongh, R., Bosmans, E., Scharpe, S. (1999). Negative immunoregulatory effects of antidepressants: inhibition of interferon-gamma and stimulation of interleukin-10 secretion [Efectos inmunorreguladores negativos de los antidepresivos: inhibición de interferón-gamma y estimulación de la secreción de interleucina-10]. *Neuropsychopharmacology*, 20(4), 370–379.
[https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(98\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(98)00088-8)
- Majer, M., Ising, M., Künzel, H., Binder, E. B., Holsboer, F., Modell, S., Zihl, J. (2004). Impaired divided attention predicts delayed response and risk to relapse in subjects with depressive disorders [Alteración de la atención dividida predice la respuesta tardía y el riesgo de recaída en sujetos con trastornos depresivos]. *Psychological Medicine*, 34(8), 1453–1463. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002697>
- Marci, A., Pavard, A., Versace, R. (2017). The beneficial effect of contextual emotion on memory: the role of integration [El benéfico efecto de la emoción contextual en la memoria: el rol de la integración]. *Cognition and Emotion*.
- Martin, E., Ressler, K., Binder, E., Nemeroff, C. (2009). The neurobiology of anxiety disorders: brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology [La neurobiología de los trastornos de ansiedad: imágenes cerebrales, genética y psiconeuroendocrinología]. *Elsevier Inc*, (3) 549-575.
- Martin, P. (2003). The epidemiology of anxiety disorders: a review [La epidemiología de los trastornos de ansiedad: una revisión]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, (3), 281-298.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2003.5.3/pmartin>
- Martinez, J., Garakani, A., Yehuda, R., Gorman, J. (2012). Proinflammatory and “resiliency” proteins in the CSF of patients with major depression [Proteínas proinflamatorias y de "resiliencia" en el LCR de pacientes con depresión mayor]. *Depression and Anxiety*, (29), 32–38.

- Martínez-Toboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente?. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152.
<https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
- McClure, E.B., Pine, D.S. (2015) Social anxiety and emotion regulation: a model for developmental psychopathology perspectives on anxiety disorders. *Developmental Psychopathology*, John Wiley & Sons, 470–502.
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice [Un modelo consolidado para la práctica de la telepsicología]. Wiley. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- McKay, M. Fanning, P. Zurita, P. (2011). *Mind and emotions* [Mente y emociones]. New Harbinger Publications Inc.
- Medina-Mora M. (2019, octubre 22). En crisis la salud mental en México y el mundo: María Elena Medina-Mora. *Dirección General de Comunicación Social*.
https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_744.html
- Mendoza-Nápoles, C. (2019). Efectividad de la psicoterapia ecléctica en una muestra de consultantes de Ciudad Juárez (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(3), 397-406.
- Miller, G., Cole, S. (2012). Clustering of depression and inflammation in adolescents previously exposed to childhood adversity [Agrupación de depresión e inflamación en adolescentes expuestos previamente a la adversidad infantil]. *Society of Biological Psychiatry*, (74), 34-40.
- Miller, H., Maletic, V., Raison, C. (2009). Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression [La inflamación y sus malestares: el papel de las citocinas en la fisiopatología de la depresión mayor]. *Biological Psychiatry*, (65), 732–741.

- Miró, T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De La Fuente, J., Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 1-14.
- Mojica, C., Sáenz, D., Rey-Anacona, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (4), 681-692.
- Moon, C., Woo, J. (2016). Abnormalities in gray and white matter volumes associated with explicit memory dysfunction in patients with generalized anxiety disorder [Anormalidades en los volúmenes de la materia gris y blanca asociadas a una disfunción en la memoria en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada]. *Acta Radiológica*, 58(3), 353-361. <https://doi.org/10.1177/0284185116649796>
- Morales-Chaine, S. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental. *Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Psicología)*.
- Nafilyan, V., Avendano, M., De Coulon. (2021). The causal impact of depression on cognitive functioning: evidence from Europe [El impacto causal de la depresión en el funcionamiento cognitivo: evidencia de Europa]. *Institute of Labor Economics*.
- Nakamura, M., Miura, A., Nagahata, T., Shibata, Y., Okada, E., & Ojima, T. (2019). Low zinc, copper, and manganese intake is associated with depression and anxiety symptoms in the Japanese working population: findings from the eating habit and well-being study [La ingesta baja de zinc, cobre y manganeso se asocia con síntomas de depresión y ansiedad en la población activa japonesa: hallazgos del estudio sobre hábitos alimentarios y bienestar]. *Nutrients*, 11(4), 847. <https://doi.org/10.3390/nu11040847>
- National Health Services. (2019). Symptoms-clinical depression [Síntomas clínicos de la depresión]. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/clinical-depression/symptoms/>

National Institute of Mental Health. (2022a). Anxiety disorders [Trastornos de ansiedad].

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

National Institute of Mental Health. (2022b). Depression [Depresión].

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>

National Institute of Mental Health. (2022c). Depression signs and symptoms [Signos y síntomas de la depresión]. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>

National Library of Medicine. (s.f.). Anxiety [Ansiedad]. En Medline Plus.

<https://medlineplus.gov/anxiety.html>

Ned, H., Kalin, M. (2020). Novel insights into pathological anxiety and anxiety related disorders [Nuevos conocimientos sobre la ansiedad patológica y los trastornos relacionados con la ansiedad]. *Editor's Note*.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco E., Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination [Repensando la rumiación]. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

Normann, N., Emmerik, A., Morina, N. (2013). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review [La efectividad de terapia metacognitiva para la ansiedad y depresión: una revisión metaanalítica]. *Wiley Periodicals*.

<https://doi.org/10.1002/da.22273>

Omylinska, J., Karkou, V., Parsons, A., Nair, K., Dubrow, L., Starkey, J., Thurston, S., Dudley, I., Sharma, S. (2021). Arts for the blues: the development of a new evidence-based creative group psychotherapy for depression [Arte para la melancolía: el desarrollo de una nueva psicoterapia grupal basada en evidencia para la depresión]. *Wiley*.

<https://doi.org/10.1002/capr.12373>

Organización de las Naciones Unidas (2022) *La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo.*

<https://coronavirus.onu.org.mx/la-pandemia-de-covid-19-desencadena-un-aumento-del-25-en-la-prevalencia-de-la-ansiedad-y-la-depresion-en-todo-el-mundo>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Una nueva guía de la OIT y la OMS insta a reforzar la protección de los trabajadores sanitarios.*

<https://www.who.int/es/news/item/21-02-2022-new-who-ilo-guide-urges-greater-safeguards-to-protect-health-workers#:~:text=La%20pandemia%20de%20COVID%2D19%20ha%20supuesto%20un%20alto%20precio,en%20el%20punto%20de%20atenci%C3%B3n.>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Trastornos mentales.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (2022c) *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos.*

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS.*

<https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales.* Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-11 (11va ed.).* Ginebra.

- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [Salud en un vistazo 2021: Indicadores de la OCDE]. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advier-te-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>
- Ostrosky, F., Ardila, A., Rosselli, M. (1998). NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level [NEUROPSI: una breve batería test neuropsicologica en español con normas por edad y nivel educativo]. *Journal of the International Neuropsychological Society*, (5) 413-433.
- Otzen T., Manterola C. (2017) Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol.* 35(1) 227-232.
- Oviedo. G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*.
- Ownby, R., Crocco, E., Acevedo, A., John, V., Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta regression analysis [Depresión y riesgo de enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática, metanálisis y análisis de metarregresión]. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 530–538. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.530>
- Padilla, L., Téllez, A., Galarza, J., Téllez, H., Garza, M., Garza, C. (2016). Diccionario de neuropsicología. *Editorial El Manual Moderno*.
- Palazzi, A., Wagner Fritzen, B., Gauer, G. (2019). Music-induced emotion effects on decision-making [Efectos de la emoción inducida por música en la toma de decisiones]. *Psychology of Music*, 47(5), 621–643. <https://doi.org/10.1177/0305735618779224>

- Pan, A., Sun, Q., Okereke, O.I., Rexrode, K., Hu, B. (2011). Depression and risk of stroke morbidity and mortality [Depresión y el riesgo de morbilidad y mortalidad por infarto]. *JAMA*.
- Panu, P. (2020a). Eco-anxiety and environmental education [Ecoansiedad y educación ambiental]. *MDPI Journal*. <https://doi.org/10.3390/su122310149>
- Panu, P. (2020b). Anxiety and the ecological crisis: an analysis of eco-anxiety and climate anxiety [Ansiedad y crisis ecológica: un análisis de la ecoansiedad y la ansiedad climática]. *MDPI Journal*. <https://doi.org/10.3390/su12197836>
- Perera, F. (2017). Multiple threats to child health from fossil fuel combustion: impacts of air pollution and climate change [Múltiples amenazas para la salud infantil derivadas de la quema de combustibles fósiles: impactos de la contaminación del aire y el cambio climático]. *Environmental Health Perspective*, (2), 141-148.
<https://doi.org/10.1289/EHP299>
- Perini G, Cotta Ramusino M, Sinforiani E, Bernini S, Petrachi R, Costa A. (2019). Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 1249–1258. <https://doi.org/10.2147/NDT.S199746>
- Pessoa, L., Padmala, S., Kenzer, A., Bauer, A. (2012). Interactions between cognition and emotion during response inhibition [Interacciones entre cognición y emoción durante la respuesta inhibitoria]. *Emotion*, 12, 192–197.
- Phelps, E. (2009). The study of emotion in neuroeconomics [Estudio de la emoción en la neuroeconomía]. En Glimcher, P., Camerer, C., Fehr, E., Poldrack R. (Eds.). *Neuroeconomics: Decision making and the brain* [Neuroeconomía: Toma de decisiones y el cerebro]. *Academic Press*, 233–250.
- Pierce, S., Perrin, B., Tyler C., McKee, G., Watson, J. (2021). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care

- delivery [La revolución de la telepsicología de COVID-19: un estudio nacional de los cambios basados en la pandemia en la prestación de atención de salud mental en los EE. UU.]. *The American psychologist*, 76(1), 14–25. <https://doi.org/10.1037/amp0000722>
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16, 85-112.
- Poletti, S., Palladini, M., Mazza, M., De Lorenzo, R., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere, P., Benedetti, F. (2021). Long-term consequences of COVID-19 on cognitive functioning up to 6 months after discharge: role of depression and impact on quality of life: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience [Consecuencias a largo plazo de COVID-19 en el funcionamiento cognitivo hasta 6 meses después del alta: papel de la depresión e impacto en la calidad de vida: Archivos europeos de psiquiatría y neurociencia clínica]. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01346-9>
- Pucciarelle, G., Vellone, E., Bolgeo, T., Simeone, S., Alvaro, S., Lee, C., Lyons, K. (2020). Role of spirituality on the association between depression and quality of life in stroke survivor–care partner dyads [El papel de la espiritualidad en la asociación entre la depresión y la calidad de vida en díadas de sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares y cuidadores]. *Cardiovascular Quality and Outcomes*.
- Quezada-Berumen, L., González-Ramírez, M. (2021). Reacciones psicológicas durante la primera semana de aislamiento por COVID-19 en México. *Acción Psicológica*, 18(1), 179–188. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.27915>
- Ramírez, P. (2019). Sedentarismo, ¿factor de riesgo o protección ante la depresión?. *Universidad de Cadiz*.
- Ramón y Cajal, S. (1894). The croonian lecture: la fine structure des centres nerveux [La lectura crooniana: La fina estructura de los centros nerviosos]. *The Royal Society Publishing*, 55, 444-468. <https://doi.org/10.1098/rspl.1894.0063>

- Ramón, L., Cahuich, T., López, S. (2020). Calidad de sueño, somnolencia diurna y ansiedad en estudiantes de la carrera de médico cirujano en una universidad privada del norte de México. *PsicoSophia*, (2).
- Rautio, N., Filatova, S., Lehtiniemi, H., Miettunen, J. (2018). Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review [El ambiente vivo y su relación con el estado de ánimo depresivo: una revisión sistemática]. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 92-103. <https://doi.org/10.1177/0020764017744582>
- Ravishankar, B., Ponnamma, T. (2018). Technology related anxiety-the deepest contributor to stress [Ansiedad relacionada con la tecnología: el contribuyente más profundo al estrés]. *IRJET*, (5), 1840-1849.
- Real Academia Española. (s.f). *Ansiedad*. En diccionario de la lengua española. <https://dle.rae.es/ansiedad?m=form> Cambridge Dictionary (s.f.) Significado de ansiedad en inglés <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles/anxiety>
- Reichenberg, A., Yirmiya, R., Schuld, A., Kraus, T., Haack, M., Morag, A., Pollmacher, T. (2001). Cytokine-associated emotional and cognitive disturbances in humans. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 445-452. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.445>
- Reynolds, D., Garay, J., Deamond, S., Moran, M., Gold, W., Styra, R. (2008). Understanding compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience [Entendiendo el cumplimiento e impacto psicológico de la experiencia en cuarentena por SARS]. *Epidemiology and Infection*, 136(7), 997-1007. <https://doi.org/10.1017/S0950268807009156>
- River University (s.f.) *Anxiety is a normal reaction to stress opens in new window with specific benefits, according to the American Psychiatric Association. Anxiety not only alerts you of dangers, but it helps you prepare for and pay attention to them* [La ansiedad es una reacción normal al estrés abre en una ventana nueva con beneficios específicos, según la

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. La ansiedad no solo te alerta de los peligros, sino que te ayuda a prepararte y prestarles atención].

<https://www.rivier.edu/academics/blog-posts/the-relationship-between-anxiety-and-memory-loss/#:~:text=Researchers%20found%20that%20short%2Dterm,term%20anxiety%20can%20impact%20memory.>

Robinson, J., Vytal, K., Cornwell, B., Grillon, C. (2013). The impact of anxiety upon cognition: perspectives from human threat of shock studies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00203>

Rogers, P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T., McGuire, P., Fusar-Poli P. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic [Presentaciones psiquiátricas y neuropsiquiátricas asociadas con infecciones graves por coronavirus: una revisión sistemática y un metanálisis en comparación con la pandemia de COVID-19]. *Lancet Psychiatry*. 7(7), 611-27.

Ruiz, A. (2009). Alteraciones neuropsicológicas en pacientes con depresión mayor. *Acta Neurológica Colombiana*, 25, 75-83.

Sáez, G., Santos, R., Salazar, C., Carhuancho, J. (2013). Calidad del sueño relacionada con el rendimiento académico de estudiantes de medicina humana. *Revista Horizonte Médico*, (3), 25-32.

Sáez-Fonseca, J., Lee, L., Walker, Z. (2007). Long-term outcome of depressive pseudodementia in the elderly [Evolución a largo plazo de la pseudodemencia depresiva en ancianos]. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.004>

Sánchez M. (2003). Eficacia de un tratamiento grupal cognitivo-conductual en pacientes con trastornos de ansiedad Clínica y Salud. *Clínica y Salud*, vol. 14, pp. 183-201.

- Sánchez, L., Martínez, E., Ramos, J. (2013). Influence of emotions on executive functions in suicide attempters [Influencia de las emociones en las funciones ejecutivas en personas con intentos de suicidio]. *Suicidology Online*, 4, 42-55.
- Sánchez, N., (2018). Atención, memoria y emoción: una revisión conceptual. *Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia*. <https://doi.org/10.16925/greylit.2370>
- Sarris, J., Logan, A., Akbaraly, T., Amminger, G., Balanzá-Martínez, V., Freeman, M., Hibbeln, J., Matsuoka, Y., Mischoulon, D., Mizoue, T., Nanri, A., Nishi, D., Ramsey, D., Rucklidge, J., Sanchez-Villegas, A., Scholey, A., Su, K., Jacka, F. (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet: Psychiatry*, 2(3), 271–274.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00051-0)
- Schäfer, JÖ., Naumann, E., Holmes, EA., Tuschen-Caffier, B., Samson. AC. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: a meta-analytic review [Estrategias de regulación emocional en los síntomas de ansiedad y depresión de jóvenes: una revisión metaanalítica]. *Journal of Youth Adolescence*. 46(2), 261-276.
<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Schermer, V. (2010). Mirror neurons: their implications for group psychotherapy [Neuronas espejo: sus implicaciones para la psicoterapia grupal]. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(4), 486-513. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2010.60.4.486>
- Schmeichel, B., Tang, D. (2015). Individual differences in executive functioning and their relationship to emotional processes and responses [Diferencias individuales en las funciones ejecutivas y su relación con procesos y respuestas emocionales]. *Current Directions in Psychological Science*, 24(2), 93–98.
<https://doi.org/10.1177/0963721414555178>

- Schneiders, S. (2003). Religion vs. spirituality: A contemporary conundrum [Religión versus espiritualidad: un enigma contemporáneo]. The Johns Hopkins University Press. 3(2), 163-185. <https://doi.org/10.1353/scs.2003.0040>
- Secretaría de Salud. (2017). Depresión y ansiedad: Principales problemas de salud mental. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/depresion-y-ansiedad-principales-problemas-de-salud-mental-sedesa>
- Senado de la República. (2017). *Trastornos de ansiedad en la población mexicana*. <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>
- Shareh, H., Robati, Z. (2022). Effect of acceptance and commitment group therapy on cognitive flexibility, suicidal ideation, depression, and hopelessness in conscripts [Efecto de la terapia grupal de aceptación y compromiso en la flexibilidad cognitiva, ideación suicida, depresión y desesperanza en reclutas]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, (4), 412-427.
- Shin, L., Libertzson, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders [El neurocircuito del miedo, estrés y trastornos de ansiedad]. *Neuropsychopharmacology Reviews*, (35), 169-191.
- Shultz, S., Opie, C., Atkinson, Q. (2011). Stepwise evolution of stable sociality in primates [Evolución paso a paso de una sociedad estable de primates]. *Nature*.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain*.
- Siegel, D. L. (2020). *The developing mind: how relationships and brain interact to shape who we are* (3rd ed.) [El Desarrollo del cerebro: cómo las relaciones y el cerebro interactúan para formar quienes somos]. The Guilford Press.

- Sniadach, J., Szymkowiak, S., Osip, P., Waszkiewicz, N. (2021). Increased depression and anxiety disorders during the COVID-19 pandemic in children and adolescents: a literature review [Aumento de los trastornos de depresión y ansiedad durante la pandemia de COVID-19 en niños y adolescentes: una revisión de la literatura]. *MDPI Life*. <https://doi.org/10.3390/life1111188>
- Sokol, P., Camerer, F., Phelps, E. (2013). Emotion regulation reduces loss aversion and decreases amygdala responses to losses [Regulación emocional reduce la aversión a la pérdida y decrementa las respuestas de la amígdala ante las pérdidas]. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(3), 341–350. <https://doi.org/10.1093/scan/nss002>
- Squire, L. (2009). Memory and brain systems: 1969–2009 [Memoria y sistemas cerebrales]. *Journal of Neuroscience*. 29(41), 12711–12716. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.3575-09.2009>
- Stanley, S., Hogg, T., Leviston, Z., Walker, I. (2021). From anger to action: differential impacts of eco-anxiety, eco-depression, and eco-anger on climate action and wellbeing [De la ira a la acción: impactos diferenciales de la eco-ansiedad, la eco-depresión y la eco-ira en la acción climática y el bienestar]. *The Journal of Climate Change and Health*.
- Statista Research Department. (2021). *México: tasa de desempleo entre 2010 y 2026*. <https://es.statista.com/estadisticas/635244/tasa-de-desempleo-de-mexico-en-2020/>
- Sullivan, P., Neale, M., Kendler, K. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis [Epidemiología genética de la depresión mayor: revisión y metanálisis]. *Psychiatry*, (157), 1552-1562.
- Summer, J. (2022). What is REM sleep and how much do you need? [¿Qué es el sueño MOR y cuánto necesitamos?]. *Sleep Foundation*. <https://www.sleepfoundation.org/stages-of-sleep/rem-sleep>
- Tae, H., Chae, J. (2021). Factors related to suicide attempts: the roles of childhood abuse and spirituality [Factores relacionados con los intentos de suicidio: los roles del abuso de la

infancia y espiritualidad]. *Frontiers in Psychiatry*.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.565358>

Tryon, S., Carter, C., DeCant, R., Laugero, K. (2013). Chronic stress exposure may affect the brain's response to high calorie food cues and predispose to obesogenic eating habits [La exposición crónica al estrés puede afectar la respuesta del cerebro a las señales de alimentos altos en calorías y predisponer a hábitos alimenticios obesogénicos].

Physiological Behaviour, (120) 233-242.

Van Bockstaele, B., Verschuere, B., Tibboel, H., De Houwer, J., Crombez, G., Koster, E. (2014). A review of current evidence for the causal impact of attentional bias on fear and anxiety.

Psychological Bulletin, 140(3).

Vinogradov, S., Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.

Werner, A., Banks, R., Dunn, B., Moulds, M. (2013). An investigation of the relationship between positive affect regulation [Una investigación de la relación entre la regulación emocional afectiva]. *Behavioral Research and Therapy*, 51, 46-56.

Wiley, J., (1999). *The handbook of cognition and emotion*. John Wiley & Sons.

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=vsLvrhohXhAC&oi=fnd&pg=PA447&dq=from+anxiety+to+anxiety+disorders&ots=uUAHcnV5Eh&sig=s1xWYEMoRHmGgSigcdYchSmFdsc#v=onepage&q=from%20anxiety%20to%20anxiety%20disorders&f=false>

World Health Organization (2021) *Depression [Depresión]*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization [WHO]. (2022). *Estadísticas de mortalidad y morbilidad*. En CIE-11. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f334423054>

World Health Organization. (s.f.). *Depression [Depresión]*. https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1

- Wu, J., Szpunar, K., Godovich, S., Schacter, D., Hofmann, S. (2015). Episodic future thinking in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 36(1).
- Ybarra, O., Burnstein, E., Winkielman, P., Keller, M., Manis, M., Chan, E., Rodriguez, J. (2008). Mental Exercising through simple socializing: social interaction promotes general cognitive functioning [Ejercitación de la mente mediante la simple socialización: la interacción social promueve en general el funcionamiento cognitivo]. *Social Interaction and Cognitive Performance*. <https://doi.org/10.1177/0146167207310454>
- Yu, Y., Yu, Y., Lin, Y. (2019). Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility [La ansiedad y la depresión agravan la impulsividad: el papel mediador y moderador de la flexibilidad cognitiva]. *Psychology, Health & Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1601748>
- Zainal, N., Newman, M. (2017). Executive function and other cognitive deficits are distal risk factors of generalized anxiety disorder 9 years later [Funciones ejecutivas y otros déficits cognitivos son factores de riesgo distales para el trastorno de ansiedad generalizada 9 años después]. *Psychological Medicine*, 48(12), 2045-2053. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003579>
- Zhao, F., Yue, Y., Jiang, H., Yuan, Y. (2019). Shared genetic risk factors for depression and stroke [Factores de riesgo genéticos compartidos para la depresión y el accidente cerebrovascular]. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, (93), 55-70.

Anexos

A. Consentimiento

Se me ha asegurado que toda la información concerniente a mi persona y que sea necesaria para el estudio será cuidada y manejada bajo los lineamientos de acuerdo por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la NOM Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.

Ciudad de México _____ Hora _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA GRUP.

Nombre: _____ Número de expediente: _____
Mediante este documento declaro que he recibido información suficiente referente al tema de interés, se me ha hecho saber que mi participación en la Terapia Grupal para Trastornos de Ansiedad, forma parte de un anteproyecto de Tesis de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México cuyo título es **Efectos de la intervención Psicológica Grupal en Funciones Cognitivas de pacientes con Depresión y Ansiedad**. Asimismo, me han informado que los resultados de mis evaluaciones a después de la Terapia grupal es una decisión totalmente voluntaria y en caso de decidir no compartir dichos resultados, no tendré ninguna afectación a la atención que yo reciba en el Departamento de Psicología por parte de la terapeuta. La terapeuta a cargo del grupo, la Dra. en Psicología Patricia Edith Campos Coy, es responsable del grupo o de mi atención en cualquier otro servicio. Por lo que las sesiones seguirán siendo de acuerdo a lo acordado previamente con la terapeuta quien también es docente en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y es directora de tesis del grupo antes mencionado.

Finalmente, manifiesto estar debidamente enterado del contenido del presente documento, aclarando dudas y/o comentarios pertinentes a la inclusión de los resultados de mis evaluaciones en el anteproyecto antes mencionado.

Con relación a las sesiones de la intervención grupal, estoy enterado que el protocolo ha sido investigado y aprobado con anterioridad por el Comité de Biofeedback en el trastorno de pánico” del Instituto Nacional de Psiquiatría cuando formaron parte de la investigación Tesis Doctoral titulada “Intervención por medio de Hipnosis Erickson antes mencionado” Nombre del Paciente _____ Firma _____

De esta manera, las técnicas con las que trabajaremos, tanto de relajación de reestructuración cognitiva e hipnosis Ericksoniana han formado parte del protocolo de intervención grupal e individual bajo la supervisión de la terapeuta responsable del grupo, la Dra. en Psicología Patricia Edith Campos Coy también cuenta con un Diplomado en Terapia Grupal con Hipnosis Ericksoniana Nombre del Terapeuta _____ Firma _____

Nombre del Testigo _____ Firma _____

Nombre del Testigo _____ Firma _____

B. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)

INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD (ISRA).

A continuación encontrará descritos algunos pensamientos y diversas formas de reaccionar. Lea cada frase y valore la frecuencia con que usted ha presentado esas reacciones o pensamientos **en los últimos 6 meses** de acuerdo a la siguiente escala: **0**= casi nunca, **1**= pocas veces, **2**= unas veces sí y otras no, **3** =muchas veces, **4** = casi siempre.

COGNITIVO	
1.- Me preocupo fácilmente	
2.- Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como "inferior" a los demás, "torpe", etc.	
3.- Me siento inseguro	
4.- Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme	
5.- Siento miedo	
6.- Me cuesta concentrarme	
7.- Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos	
FISIOLÓGICO	
8.- Siento molestias en el estómago	
9.- Me sudan las manos u otra parte del cuerpo hasta en días fríos	
10.- Me tiemblan las manos o las piernas	
11.- Me duele la cabeza	
12.- Mi cuerpo está en tensión	
13.- Tengo palpitaciones, el corazón me late muy de prisa	
14.- Me falta el aire y mis respiración es agitada	
15.- Siento náuseas o mareo	
16.- Se me seca la boca y tengo dificultades para tragar	
17.- Tengo escalofríos y tiritos aunque no haga mucho frío	
MOTOR	
18.- Lloro con facilidad	
19.- Realizo movimientos repetitivos con alguna parte de mi cuerpo (rascarme, tocarme, movimientos rítmicos con pies o manos, etc.)	
20.- Fumo, como o bebo demasiado	
21.- Trato de evitar o rehuir las situaciones que pueden producir tensión	
22.- Me muevo y hago cosas sin una finalidad concreta	
23.- Quedo paralizado o mis movimientos son torpes	
24.- Tartamudeo o tengo otras dificultades de expresión verbal	

C. Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0= No me ha ocurrido

1= Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo

2= Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo

3= Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

D. Contenido descriptivo de las sesiones de la intervención psicológica grupal.

Sesión	Modulo	Objetivos	Descripción
1 y 2	Respuestas Fisiológicas	<p>Proporcionar psicoeducación sobre la ansiedad y su sintomatología, así como las alternativas para disminuir sus efectos y severidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la primer sesión se proporcionó una introducción teórica a los pacientes sobre la sintomatología de la ansiedad para el reconocimiento de sus propios síntomas. • En ambas sesiones se les pidió a los miembros del grupo participar en los ejercicios de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva. <ol style="list-style-type: none"> a) <i>Respiración diafragmática</i>: consiste en hacer ciclos de respiración profunda hasta llegar a un estado de relajación. b) <i>Relajación muscular progresiva</i>: consiste en realizar movimientos con cada parte del cuerpo indicada por la guía de la sesión para disminuir la tensión muscular percibida por los participantes guiados en todo momento por la terapeuta (Davis et al., 1988). • Al término de éstos se dio lugar a una dinámica con los miembros del grupo con el fin de conocer sobre su experiencia y asignar las actividades a practicar durante la semana hasta la siguiente reunión.

Sesión	Modulo	Objetivos	Descripción
3 y 4	Flexibilidad Cognitiva	<p>Brindar a los participantes técnicas de reestructuración cognitiva mediante la flexibilidad cognitiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la sesión 3 se brindó información sobre temas relacionados con pensamientos que dificultan la flexibilidad cognitiva como la evaluación negativa, los pensamientos irracionales (anexo E), entre otros, siendo la evaluación negativa como la principal fuente de pensamiento absolutista característico de los trastornos de ansiedad y depresión, con material diseñado para tal fin (McKay et al., 2011). • Posteriormente los participantes fueron invitados a un juego de roles para ejemplificar el uso de pensamientos irracionales en esta actividad cada uno compartió con el grupo una representación de cada evaluación negativa abordada en las sesiones o una experiencia personal donde identificaran alguna evaluación negativa. • Finalmente, como actividad complementaria se les pidió realizar un “diccionario personal de pensamientos irracionales (anexo F)” elaborado en dos partes, la primera durante la sesión guiados por las coterapeutas y la segunda parte fue asignada como actividad a

Sesión	Modulo	Objetivos	Descripción
5 y 6	Emociones	Promover el reconocimiento de emociones mediante técnicas de hipnoterapia.	<p>realizar durante la semana. Los participantes también elaboraron su plan de peor de los casos y registro de evaluaciones negativas a lo largo de la semana, mismo que fue retomado en las sesiones subsecuentes para su retroalimentación del terapeuta y de los demás miembros del grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se llevaron a cabo dos sesiones de hipnoterapia grupal breve estratégica del protocolo de depresión y ansiedad del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México. <ul style="list-style-type: none"> a) Sesión 1: Mecanismos de alerta del Manual de entrenamiento emocional, control y manejo del estrés del entrenamiento en hipnoterapia grupal. (Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, 2019). b) Sesión 2: Emociones revueltas del Manual de Depresión y Distimia del Entrenamiento en Hipnoterapia para adultos (Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, 2019).


Sesión	Modulo	Objetivos	Descripción
7 y 8	Relaciones Interpersonales	<p>Proporcionar herramientas a los participantes para mejorar su comunicación asertiva que permita mejorar cualitativamente sus relaciones interpersonales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Al término de ambas sesiones se les pidió a los participantes compartir su experiencia individual sobre el ejercicio. • En esta sesión se les proporcionó a los pacientes información acerca del término asertividad, así como de los derechos asertivos y técnicas de comunicación asertiva (Davis et al., 1988). Durante la actividad los participantes aprendieron sobre la comunicación asertiva de emociones, pensamientos y necesidades para mejorar sus relaciones interpersonales. • Al término de esta última sesión fueron agendadas las sesiones posttest para la aplicación de los instrumentos seleccionados. <p>La evaluación posttest tuvo una duración de 45 minutos por persona en el mismo espacio de la evaluación pretest. Durante la sesión de cierre, se proporcionó a los participantes retroalimentación de sus avances y áreas de oportunidad, así como un diploma en donde se incluyó una frase personal significativa</p>

Sesión	Modulo	Objetivos	Descripción
			<p>respecto a lo que para ellos había significado el proceso terapéutico grupal (anexo H), así como el reporte de los resultados de su evaluación neuropsicológica (anexo G).</p>
<p><i>Nota.</i> La temática y las técnicas empleadas durante las sesiones de la Intervención Psicológica Grupal fueron guiadas, supervisadas e impartidas por la terapeuta. La información presentada en el presente anexo es con fines cualitativos y complementarios del presente trabajo.</p>			


E. Infografía de pensamientos irracionales

15 tipos de pensamientos negativos


1 **FILTRAJE**
Se magnifican los aspectos negativos de una situación mientras que los positivos no se toman en cuenta.




2 **PENSAMIENTO POLARIZADO**
Las cosas aquí son blancas o negras, buenas o malas, perfecto o un fracaso. No hay término medio.




3 **SOBRE-GENERALIZACIÓN**
A partir de un solo evento o solo de un fragmento de la evidencia se llega a una conclusión. Si ocurre algo malo una sola vez, se espera que ocurra una y otra vez.




4 **INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO**
Aquí se cree saber lo que sienten los demás y por qué se comportan como lo hacen. Al final cree adivinar lo que los demás piensan de uno.




5 **VISION CATASTRÓFICA**
Se espera lo peor. Apenas escuchar sobre un problema comienzan los pensamientos "y si", "y si me asaltan", etc.




6 **PERSONALIZACIÓN**
Todo lo que la gente hace o dice está relacionado con uno. Hay comparación constante para ver quién es mejor, más exitos@, etc.




7 **FALACIAS DE CONTROL**
Cuando se siente externamente controlado se siente víctima del destino o desamparado.
En la falacia de control interno la persona se siente responsable del sufrimiento o felicidad de los que le rodean.




8 **FALACIA DE JUSTICIA**
Basado en su sistema de creencias cree saber todo sobre la justicia, pero no considera las opiniones de otros. Siente ira o resentimiento cuando hay desacuerdo.




9 **CULPABILIDAD**
La persona asume que los demás son responsables de su sufrimiento. Aunque también podría culparse a sí misma de los problemas de otros.




10 **DEBERÍA**
La persona tiene una lista de normas rígidas sobre lo que debería ser, si no las cumple se culpa, y si alguien trasgrede estas normas causa molestia.




11 **FALACIA DE CAMBIO**
Una persona espera que todos cambien para poder ser diferente. Su felicidad parece depender del cambio en los demás.




12 **ETIQUETAS GLOBALES**
Se toma una o dos cualidades a partir de un juicio de una situación. La persona se etiqueta a sí misma negativamente sin posibilidad de cambio.




13 **TENER RAZÓN**
Se busca probar que sus acciones u opiniones son las correctas. No se permite cometer errores y hará lo que sea para probar que tiene razón.



14 **EMOCIONAL RAZONAMIENTO**
La persona asume que lo que siente es real, sin considerar lo irracional o el origen de sus emociones. Si se siente fracasada por hecho que lo es.



15 **FALACIA DERECOMPENSA**
La persona espera algún día cobrar todo el sacrificio o abnegación. Se resiente cuando no hay recompensa.



F. Diccionario de pensamientos irracionales

Mi diccionario de pensamientos irracionales

Nombre: _____

Descripción: _____

Con qué frecuencia lo he tenido?



nunca



algunas veces



por lo regular



casi siempre



siempre

Me ha funcionado?



Sí

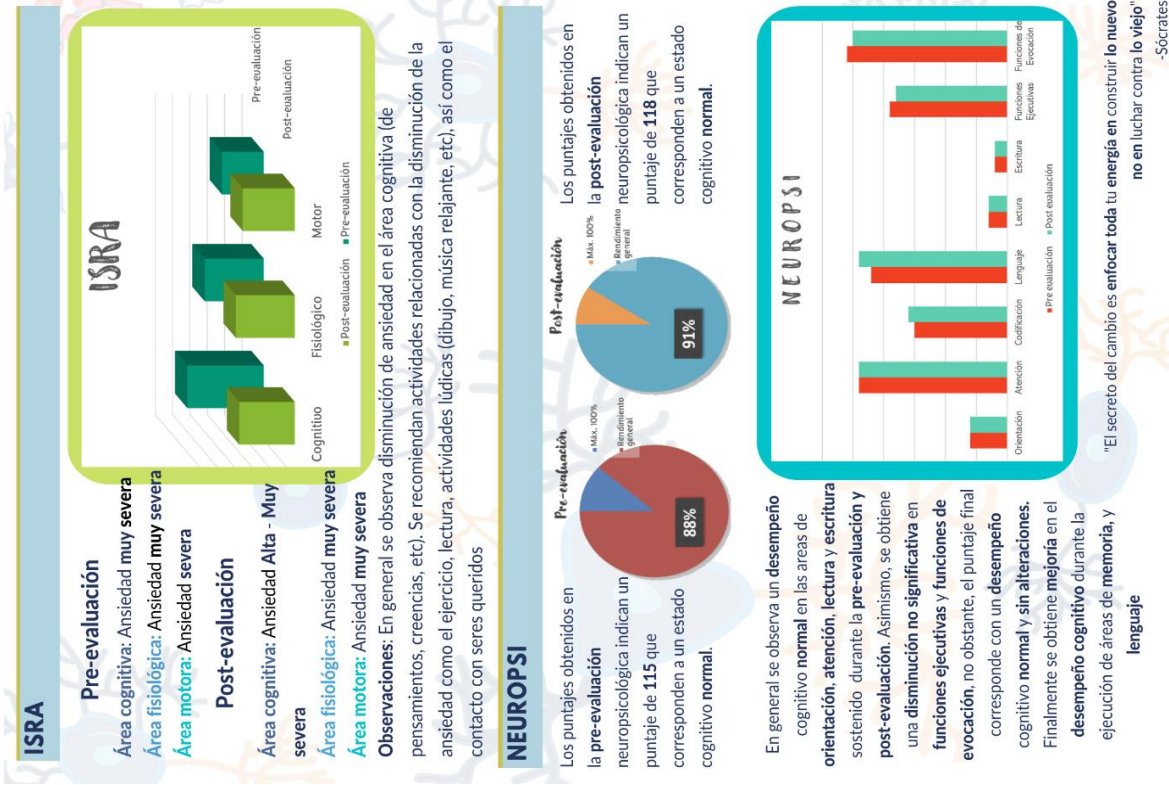
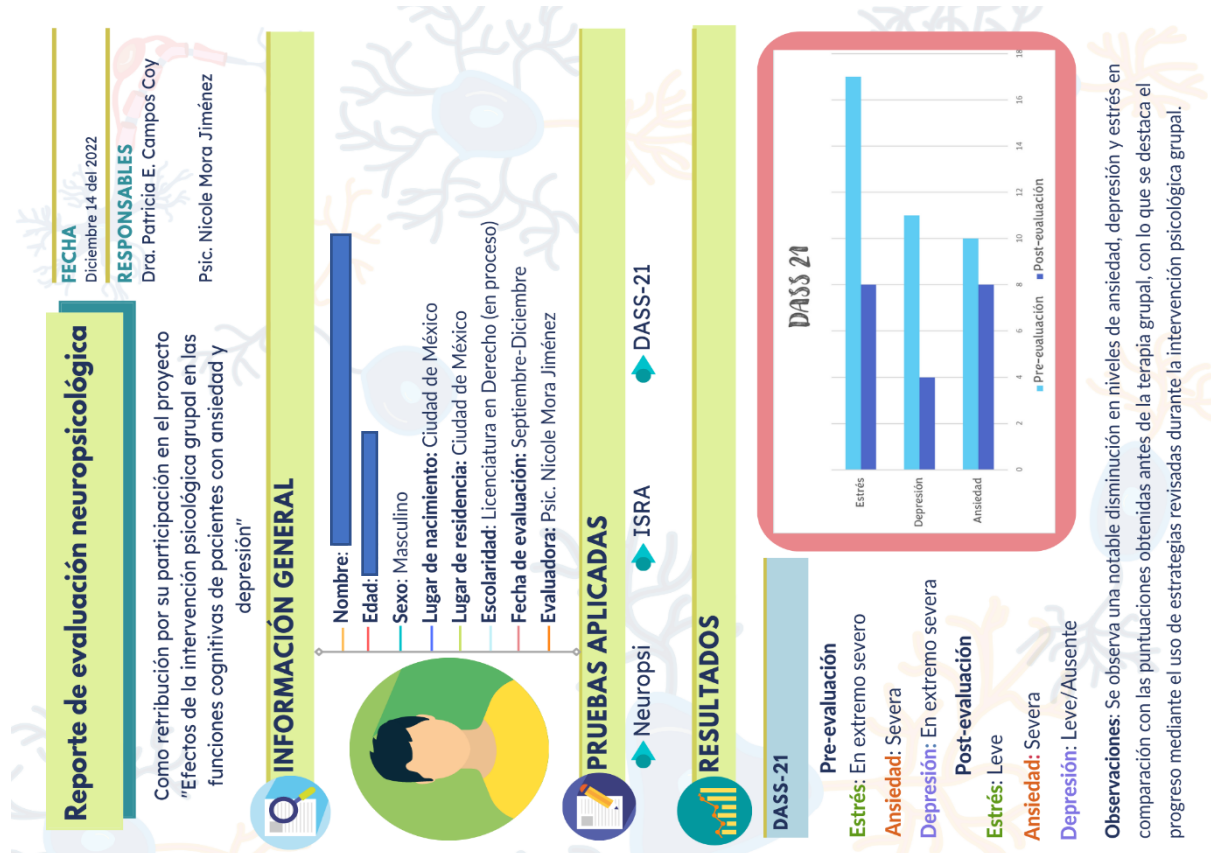


No

Cómo me hace sentir? _____



G. Formato de reporte de resultados de evaluación neuropsicológica



H. Certificado de término de la intervención psicológica grupal

