



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Procesos de Psicología
Clínica

INTERVENCIONES COGNITIVO- CONDUCTUAL Y
DE EJERCICIO AERÓBICO EN TRABAJADORES DE
SALUD EN ZACATECAS

Reporte de investigación empírica

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Martín Sandoval Castañeda



Presidente: Lic. María Arantxa Elizarrarás Ríos

Vocal: Mtra. Estela Parra Estrada

Secretario: Mtro. José Manuel Rizo Diego

Suplente: Mtra. Liliana Moreyra Jiménez

Suplente: Mtra. Christian Sandoval Espinoza

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 26 de
mayo de 2023.



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.

Dedicatoria

A mi Madre, que en paz descanse.

A mi Padre, por su apoyo.

A mis hermanas, mi hermano y mis sobrinos, que siempre han conservado el amor por la familia.

A ti Bruno y a ti Allen.

Agradecimientos

Mi eterno agradecimiento a la FESI UNAM, esta institución que hizo posible la realización de un sueño treinta años postergado; a mis maestras y maestros por su dedicación y entrega; a mis compañeros todos; a mi directora y maestra Arantxa Elizarrarás Ríos por su guía, paciencia y compromiso. A todos los trabajadores del Centro de Salud con Servicios Asociados (CESSA) de Río Grande, Zacatecas, que participaron en esta investigación.

ÍNDICE

Dedicatoria	2
Agradecimientos	2
ÍNDICE	3
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 Estado de salud de personas sedentarias	10
1.2 Ansiedad	12
1.3 Depresión	19
1.4 Ejercicio	26
1.5 Salud mental y ejercicio en los trabajadores de la salud.....	29
CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
2.1 Justificación de la investigación	32
2.2 Pregunta de investigación	37
2.3 Hipótesis	37
2.4 Objetivo general de la investigación.....	38
2.5 Objetivos específicos de la investigación	38
CAPÍTULO 3. MÉTODO Y RESULTADOS.....	39
3.1 Método	39
3.1.1 Población.....	39

3.1.2 Procedimiento de selección de la muestra	39
3.1.3 Participantes	39
3.1.4 Escenario.....	39
3.1.5 Tipo de investigación.....	40
3.1.7 Diseño de investigación	41
3.1.8 Variables	41
3.1.9 Instrumentos.....	41
3.1.10 Materiales.....	42
3.1.11 Procedimiento	43
3.1.12 Análisis de datos	45
3.2 Resultados	45
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	49
REFERENCIAS.....	55
APÉNDICES.....	66
Apéndice 1. Constancia de intervención.....	66
Apéndice 2. Convocatoria.....	67
Apéndice 3. Preevaluación.....	68
Apéndice 4a. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	69
Apéndice 4b. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	78
Apéndice 5. Guion de Relajación Progresiva Muscular	81
Apéndice 6. Registro diario del estado de ánimo	83

Apéndice 7. Ejercicio Estados de ánimo.....	84
Apéndice 8. Pensamientos y emociones (Detonadores de depresión).....	85
Apéndice 9. Registro diario de pensamientos.....	87
Apéndice 10. Distorsiones cognitivas.....	88
Apéndice 11. Pensamientos + Distorsiones Cognitivas.....	90
Apéndice 12. Diarios individuales.....	91
Apéndice 13. Presentaciones.....	92
Apéndice 14. Bitácora.....	102
Apéndice 15. Fichas descriptivas por sesión.....	108
Apéndice 16. Plan de Entrenamiento 5k.....	123
Apéndice 17. Ubicación e instalaciones del CESSA.....	126

RESUMEN

Existe una gran cantidad de literatura (Granero-Jiménez et al., 2022) que muestra que el ejercicio ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y depresión, lo cual lo convierte en una alternativa viable a la psicoterapia tradicional para tratar estos trastornos. La presente investigación intenta responder si un programa de ejercicio aeróbico es tan eficaz como la terapia grupal cognitivo-conductual para disminuir los niveles de depresión y ansiedad en un grupo de trabajadores de la salud; para esto, se formaron tres grupos de participantes, donde uno de los grupos participó en un taller con enfoque cognitivo-conductual, otro grupo realizó ejercicio aeróbico y el tercero actuó como grupo de control. Se aplicaron inventarios pretest y postest de ansiedad y depresión a los tres grupos y se analizaron los resultados mediante el software SPSS. Los resultados obtenidos indican que el taller con enfoque cognitivo-conductual y el programa de entrenamiento no reducen los niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores de la salud y que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión y ansiedad entre los grupos experimentales y el grupo control. Aunque estos resultados son contrarios a los hallazgos obtenidos en otras investigaciones, las limitaciones metodológicas de la investigación permiten explicar los resultados obtenidos; sin embargo, se subraya la necesidad de considerar otros tipos de intervención además de la terapia tradicional para dar atención a una población creciente con síntomas depresivos y de ansiedad que por diversas razones no tienen acceso a servicios de salud mental.

Palabras clave: ansiedad, depresión, sedentarismo, actividad física.

ABSTRACT

There is a large amount of literature (Granero-Jiménez et al., 2022) that shows that exercise helps to decrease levels of anxiety and depression, which makes it a viable alternative to traditional psychotherapy to treat these disorders. The present investigation tried to answer whether an aerobic exercise program is as effective as cognitive-behavioral group therapy in reducing depression and anxiety levels in a group of health workers; to achieve this, three groups of participants were formed where one of the groups participated in a cognitive-behavioral workshop, another group performed aerobic exercise and the third group acted as a control group. Anxiety and depression pretest and posttest inventories were applied to the three groups and the results were analyzed using SPSS software. The results obtained indicate that the workshop with a cognitive-behavioral approach and the training program do not reduce the levels of depression and anxiety in health workers and that there are no statistically significant differences in the levels of depression and anxiety between the experimental groups and the control group. Although these results are contrary to the findings obtained in other investigations, the methodological limitations of the investigation make it possible to explain the results obtained.

Key words: anxiety, depression, sedentariness, physical activity.

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual existe una población cada vez más creciente con síntomas de depresión y de ansiedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Estos síntomas aumentaron durante la pandemia, y fueron más pronunciados en ciertos sectores de la población, entre ellos los jóvenes adultos y las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022a); otro sector sumamente afectado por esta situación fue el de los trabajadores del sector salud, debido al aumento de la carga de trabajo y la presión experimentada durante este lapso (OMS, 2022b). Aunque en México casi el 20% de su población experimenta síntomas ansiosos y/o depresivos, sólo un porcentaje muy pequeño recibe atención psicológica debido a una variedad de factores que van desde un déficit de especialistas e infraestructura, hasta la cultura y la actitud personal hacia los trastornos de la salud mental (Secretaría de Salud, 2022). Mientras que es sumamente importante que el estado implemente políticas públicas para coordinar esfuerzos y mejorar y optimizar los recursos disponibles, también es relevante buscar alternativas que permitan atender a la población que no tiene acceso a los servicios de salud o que no se siente inclinada a hacer uso de ellos.

Desde esta perspectiva, en esta investigación se implementó una intervención con trabajadores del Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) del municipio de Río Grande, Zacatecas, con el fin de comparar un taller grupal con enfoque cognitivo-conductual *versus* un programa de ejercicio aeróbico para determinar si el ejercicio es tan efectivo como el taller grupal para reducir los síntomas de ansiedad y depresión.

El taller grupal se compuso de ocho sesiones semanales con una duración de una hora cada una y el programa de ejercicio consistió en cinco sesiones semanales de 30 minutos cada una durante siete semanas. Los resultados de la intervención se vieron afectados por las limitaciones metodológicas encontradas en su desarrollo, entre las que se encuentran las

respuestas de los participantes en los inventarios, mortalidad experimental, las motivaciones y expectativas de los participantes y la difusión de los tratamientos.

En el capítulo 1, se evidencia la revisión de la literatura relevante sobre sedentarismo y actividad física, salud mental y ejercicio. El capítulo 2, se encarga de proveer la justificación de la investigación al abordar los temas de la prevalencia de la depresión y ansiedad y las limitadas opciones de tratamiento. El capítulo 3, describe desde la población hasta el análisis de los datos encontrados, incluyendo el tipo de investigación, las variables, los instrumentos, materiales y el procedimiento; en el análisis de datos se utilizó a) la prueba de Wilcoxon para determinar si la intervención produjo un cambio en los niveles de depresión y ansiedad de los participantes, y b) la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si hubo una diferencia entre los grupos. En el capítulo 4, se discuten los resultados y se da cuenta de las limitaciones metodológicas encontradas en la intervención. Se concluye mencionando que, aunque los resultados obtenidos son diferentes a lo evidenciado en otras investigaciones relacionadas con el ejercicio y la salud mental, esto se explica por las limitaciones metodológicas que ocurrieron en el transcurso de la intervención; además, se hace énfasis en la necesidad de buscar alternativas a la terapia tradicional para cubrir la creciente necesidad de atención a la salud mental de la población general.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1 Estado de salud de personas sedentarias

El comportamiento sedentario se define como cualquier comportamiento de vigilia caracterizado por un gasto de energía menor o igual a 1.5 equivalentes metabólicos (METs), mientras se está sentado, reclinado o acostado (Dempsey et al., 2020). Un MET se define como la tasa metabólica en reposo, es decir, la cantidad de oxígeno consumido en reposo; por ejemplo, estar sentado tranquilamente en una silla requiere un MET, o aproximadamente 3.5 ml O₂/kg/min; en comparación, las tareas de la casa como cocinar o planchar requieren entre 2 y 2.5 METs, mientras que caminar con el propósito de hacer ejercicio (caminar a paso ligero) a una velocidad de 7 km/h requiere de 5.3 METs y correr a 13 km/h implica un gasto energético de 12.9 METs (Jetté et al., 1990).

Pate et al. (2008) hacen notar que con frecuencia la actividad física ligera se agrupa junto con la conducta sedentaria, y distinguen entre ésta y la ausencia de actividad física de moderada a vigorosa. Para estos autores la conducta sedentaria se refiere a actividades que no incrementan el gasto de energía sustancialmente sobre el nivel de descanso e incluye actividades tales como dormir, recostarse, ver televisión y otras formas similares de entretenimiento, mientras que la actividad física ligera o leve incluye actividades como caminar despacio, escribir, cocinar, lavar trastes, etc. Por el contrario, caminar rápido (paso ligero) y hacer trabajo de jardín, por ejemplo, son actividades que se encuentran en el rango del ejercicio moderado a vigoroso.

Las causas de la inactividad física y de un estilo de vida sedentario son el resultado de múltiples factores que incluyen ciertos aspectos del entorno o del medio ambiente como el tráfico, la contaminación ambiental, la escasez de parques y vías peatonales, así como, la falta de instalaciones deportivas y recreativas; por otro lado, ver televisión, videos y el uso cada vez mayor de teléfonos inteligentes se correlacionan positivamente con una vida más

sedentaria (Park et al., 2020). Rodulfo (2019) señala que la conducta sedentaria se encuentra básicamente en todas partes, por ejemplo: la escuela, el trabajo, el hogar, en los medios de transporte y en las actividades recreativas; no solo eso, el mismo autor agrega que la llegada de nuevos dispositivos tecnológicos diseñados para hacer la vida más fácil han disminuido la movilidad de los individuos, ya que las diferentes actividades que se realizan en la vida diaria ya no requieren el esfuerzo físico que hace todavía unas décadas era necesario. Se tiene entonces que la participación en la actividad física no es el resultado solamente de las características del individuo o de su familia, de su motivación o del apoyo social, sino que ésta se ve afectada por valores culturales, sociales y por las condiciones económicas y del entorno social (OMS, 2018).

De acuerdo con la OMS (2002), un estado de vida sedentario incrementa las causas de mortalidad; el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad aumenta al doble y se incrementa también el riesgo de padecer cáncer de colon, hipertensión, osteoporosis, depresión y ansiedad.

Los mecanismos por los cuales el sedentarismo afecta al organismo y provoca tales enfermedades son diversos: la conducta sedentaria se asocia con disfunciones metabólicas pues reduce la actividad de la lipoproteína lipasa, la glucosa muscular, las actividades del transportador de proteínas, deteriora el metabolismo de los lípidos y disminuye el metabolismo de los carbohidratos. Así mismo, disminuye el gasto cardíaco y el flujo sanguíneo sistémico al tiempo que activa el sistema nervioso simpático, lo que reduce la sensibilidad a la insulina y la función vascular. También altera el eje del factor de crecimiento similar a la insulina y los niveles de circulación de las hormonas sexuales, lo que eleva la incidencia de cánceres relacionados con las hormonas. Finalmente, son factores de riesgo para el cáncer el aumento de peso, la adiposidad y la inflamación crónica elevada causada por el comportamiento sedentario (Park et al., 2020).

Las consecuencias de una conducta sedentaria y de una actividad física ligera también tienen un impacto negativo en cuanto al bienestar mental, así concluyen Sánchez-Villegas et al. (2008) en el estudio que realizaron sobre actividad física, sedentarismo y trastornos mentales del proyecto SUN (un estudio de seguimiento prospectivo dinámico de la Universidad de Navarra que evalúa a los participantes cada dos años). Los resultados obtenidos por estos autores concuerdan con estudios observacionales previos que investigaron la asociación entre el comportamiento sedentario y varios trastornos mentales, pues se encontró una clara relación entre el índice de sedentarismo y el riesgo relativo de desarrollar un trastorno mental y señalan que los sujetos con el nivel más alto de comportamiento sedentario mostraron un mayor riesgo de trastorno mental (31%) en comparación con los individuos más activos en su estudio. Diversas investigaciones han demostrado que existe una relación entre las conductas sedentarias y la depresión, ansiedad y el trastorno bipolar (Teychenne, citado en Ellingson et al., 2018), y problemas subclínicos como el estrés, sueño de baja calidad y bajos niveles de bienestar (Atkin et al.; Kline et al.; citados en Ellingson et al., 2018). El propio trabajo de Ellingson et al. (2018) demuestra que existe una asociación positiva entre cambios en el tiempo dedicado a actividades sedentarias y cambios en varios aspectos del estado del ánimo, particularmente depresión, ira, fatiga, confusión y estrés, y negativamente asociado con modificación en la duración del sueño.

1.2 Ansiedad

De acuerdo con la *American Psychology Association* (APA, s.f., 1) la ansiedad se define como:

Una emoción caracterizada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión en la que un individuo anticipa un peligro inminente, una catástrofe o una desgracia. El cuerpo a menudo se moviliza para enfrentar la amenaza percibida: los músculos se tensan, la respiración es más rápida y el corazón late más rápido. La ansiedad se puede distinguir del

miedo tanto conceptual como fisiológicamente, aunque los dos términos a menudo se usan indistintamente. La ansiedad se considera una respuesta de acción prolongada y orientada al futuro, enfocada ampliamente en una amenaza difusa, mientras que el miedo es una respuesta apropiada, orientada al presente y de corta duración a una amenaza específica claramente identificable. (párr. 1)

La ansiedad se vuelve problemática cuando es demasiado intensa o dura más de lo previsto después de que ha terminado una situación estresante, causa un malestar personal muy marcado o interfiere con el funcionamiento o las actividades de la vida diaria. Cuando el individuo presenta síntomas de ansiedad por un cierto período de tiempo entonces puede ser diagnosticado un trastorno de ansiedad (Gray, 2020).

Aun cuando no se conoce la etiología de la ansiedad, ésta parece ser causada por una combinación de factores biopsicosociales que incluyen desde una vulnerabilidad genética y su interacción con situaciones, factores estresantes y trauma que a la postre resultan en síntomas clínicamente significativos (Chand y Marwaha, 2022). En casos de ansiedad crónica, los síntomas pueden variar de acuerdo con el tipo de trastorno, pero en general presentan una combinación de ciertos rasgos de personalidad, eventos traumáticos experimentados en cualquier época de la vida, antecedentes familiares y algunas enfermedades físicas (Medline plus en español, s.f.).

Existen diferentes maneras de clasificar la ansiedad, una de ellas es la propuesta por Spielberger, que la divide entre ansiedad como estado emocional y ansiedad como rasgo de la personalidad, donde la ansiedad-estado es un estado emocional inmediato que cambia con el tiempo e implica aspectos cognitivos, afectivos y fisiológicos; por otro lado, la ansiedad-rasgo se refiere a características individuales relativamente estables sobre el tiempo (Ries et al., 2012). Leal et al. (2017), hacen notar que la ansiedad-rasgo se relaciona con la tendencia a presentar ansiedad-estado y que una importante característica que las personas con

trastornos de ansiedad presentan es una mayor ansiedad-rasgo en comparación con individuos sanos.

Con respecto a los trastornos de ansiedad la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11, OMS, 2022c) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V - Revisado (DSM V- TR, APA, 2022) enlistan los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia específica, la ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo.

En general, la ansiedad es parte de una vida normal; sin embargo, los trastornos de la ansiedad involucran más que un temor o una preocupación temporal. Siddaway et al. (2018) afirman que la ansiedad se encuentra en un continuo de calma-ansiedad; así, los niveles normales de ansiedad se encuentran hacia un extremo del continuo y sus síntomas pueden presentarse como niveles bajos de miedo o aprensión, sensaciones leves de tensión muscular y sudoración, o dudas sobre su capacidad para completar una tarea, los cuales no interfieren negativamente con el funcionamiento diario (Marques, 2018).

Algunos síntomas somáticos y cognitivos que pueden experimentar las personas en una crisis de ansiedad son: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo o atragantamiento, opresión en el pecho, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, sensación de irrealidad o de estar separado de uno mismo, miedo a perder el control, miedo a morir, sensación de entumecimiento u hormigueo, escalofríos o sofocación (Orozco y Baldares, 2012).

Por otro lado, los síntomas que experimentan las personas que sufren de un trastorno de ansiedad pueden volverse más severos con el transcurso del tiempo e interferir con el desarrollo de las actividades diarias. La APA (2022) y la OMS (2022c) identifican de manera puntual las características específicas para el diagnóstico de los diferentes tipos de trastornos

de ansiedad; sin embargo, existen síntomas comunes a estos trastornos e incluyen (Chand y Marwaha, 2019):

- Síntomas físicos: ataques de pánico, sofocación, alta frecuencia cardiaca, presión en el pecho, respiración rápida, inquietud, tensión y nerviosismo.
- Síntomas cognitivos: miedo excesivo, preocupación, catastrofismo, pensamiento obsesivo.
- Síntomas conductuales: conductas de evitación o escape.
- Síntomas afectivos: nerviosismo, tensión, temor.

En términos generales, para que una persona sea diagnosticada con un trastorno de ansiedad, la ansiedad debe ser desproporcionada con la situación o inapropiada para la edad, u obstaculizar la capacidad de funcionar de manera normal (Muskin, 2021).

Los factores de riesgo para los trastornos de ansiedad comprenden de manera importante los factores genéticos; los factores psicosociales como estresores interpersonales, laborales o socioeconómicos; factores traumáticos, es decir, enfrentar situaciones traumáticas como violencia, desastres, accidentes graves, violaciones, etc.; factores cognitivos que resultan de una sobrevaloración amenazante de los estímulos y de una subvaloración de las capacidades personales; y por factores conductuales, como resultado de los mecanismos de condicionamiento y generalización (Orozco y Baldares, 2012).

Las intervenciones psicoterapéuticas empleadas en el tratamiento de la ansiedad van desde intervenciones de baja intensidad con un enfoque de autoayuda (como la biblioterapia) hasta intervenciones de alta intensidad con terapias especializadas de acuerdo a la severidad del trastorno, siendo la terapia cognitivo conductual uno de los tratamientos basados en la evidencia con mayor soporte en la literatura y donde la psicoeducación debe ser incluida tan pronto como se realiza un diagnóstico (Penninx et al., 2021). Aunque los medicamentos antidepressivos y ansiolíticos son útiles en el tratamiento de la ansiedad, la investigación

científica muestra que la psicoterapia es más efectiva que los medicamentos y que añadir medicamentos no mejora significativamente los resultados de la terapia por sí sola (APA, 2017). Por otro lado, Anderson y Shivakumar (2013) destacan los efectos ansiolíticos de la actividad física y el ejercicio, específicamente en los mecanismos fisiológicos y psicológicos debido a los cambios y adaptaciones del cuerpo humano relacionados con la exposición y habituación a sensaciones físicas, psicológicas y/o sociales a las cuales puede temer el individuo.

Bullis y Hofmann (2015) describen brevemente algunas de las estrategias utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y se describen a continuación:

- **Psicoeducación:** se refiere al proceso de proveer de información estructurada y sistemática al cliente para permitirle afrontar el trastorno y mejorar su adherencia al tratamiento.
- **Reestructuración cognitiva:** se refiere a la identificación y modificación de patrones negativos de pensamiento. La técnica permite al paciente y al terapeuta trabajar juntos para identificar patrones de pensamiento defectuosos que están contribuyendo a un problema y practicar técnicas para ayudar a remodelar patrones de pensamiento negativos.
- **Meditación y relajación:** la meditación, las prácticas de atención plena y el entrenamiento en relajación son técnicas útiles para abordar la preocupación por eventos futuros al fomentar una conciencia sin juicios y del momento presente. Las técnicas centradas en imágenes o un enfoque dirigido a la respiración pueden ayudar aún más a enseñar a los pacientes a distanciarse mentalmente de los pensamientos desagradables y disminuir los sentimientos de hiperexcitación autónoma.
- **Exposición y aceptación:** es la exposición a objetos, actividades o situaciones temidas en un ambiente seguro para ayudar a reducir el miedo y disminuir la evitación.

Mientras que el cliente se encuentra expuesto a estas situaciones el terapeuta le instruye a aceptar sus sentimientos de ansiedad y enfocarse en el presente momento.

- Modificación de la atención: se instruye al paciente a enfocarse en estímulos neutros no amenazantes, para minimizar el sesgo atencional hacia la detección de la amenaza.

Ruíz et al. (2012) mencionan los diferentes tipos de exposición y las técnicas de la desensibilización sistemática en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los tipos de exposición enlistados por estas autoras son:

- La exposición en vivo: consiste en enfrentar de manera directa el estímulo temido ya sea de manera gradual o total con situaciones productoras de alto nivel.
- La exposición simbólica: que se refiere a enfrentar el estímulo temido a través de representaciones mentales, visuales, auditivas o de realidad virtual, con lo que se pretende conseguir la habituación y la extinción habitual de la respuesta fóbica al estímulo.
- La exposición en grupo: son sesiones de exposición en un contexto grupal, aunque se mantiene la exposición de manera individual. Útil para optimizar el tiempo de intervención al tratar pacientes con problemas similares.

La desensibilización sistemática (Ruiz et al., 2012) es una técnica dirigida a la reducción de la ansiedad y las conductas de evitación suscitadas ante determinados estímulos y consiste en inducir en el individuo una respuesta de relajación mientras se le expone en imaginación a una jerarquía de estímulos que incrementan gradualmente su intensidad. Las técnicas de relajación y respiración utilizadas con la desensibilización sistemática incluyen:

- La relajación muscular progresiva: produce un estado de relajación profunda al percibir las sensaciones corporales que resultan de la tensión y distensión de grupos de músculos del cliente.

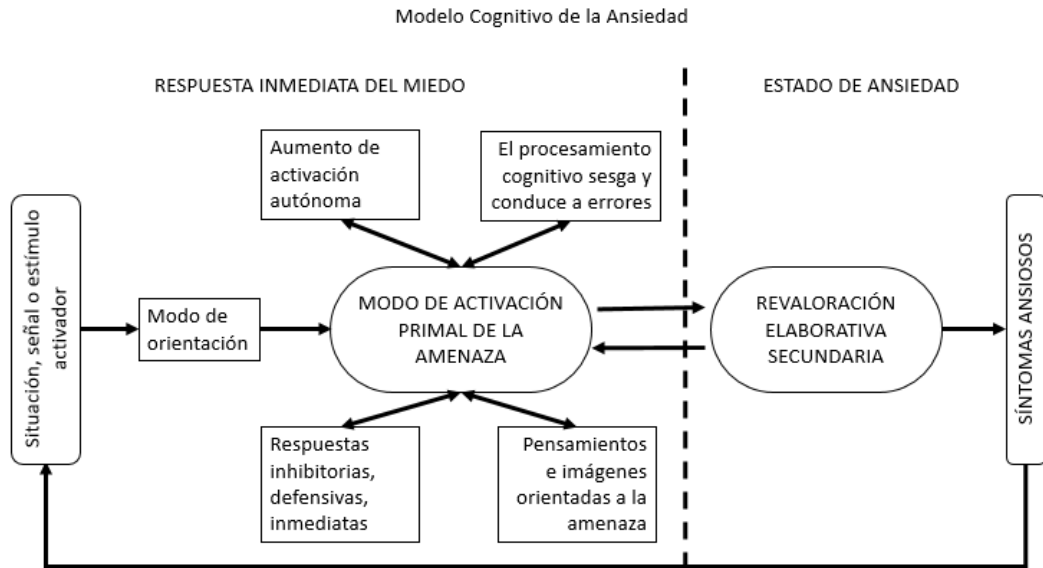
- La relajación autógena: permite alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, por ejemplo, sensaciones de peso y calor. La técnica es efectiva para reducir síntomas de ansiedad, irritabilidad y fatiga.
- Técnicas de respiración: se refiere a prácticas respiratorias reguladas (*pranayamas*) para reducir la activación fisiológica y psicológica, lo que produce una sensación general de tranquilidad y bienestar.

Dentro del modelo cognitivo de la ansiedad (Beck y Clark, 2012) el miedo es una respuesta adaptativa a una amenaza percibida y se refiere a un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza para la seguridad física o psíquica del individuo; por otra parte, la ansiedad es una respuesta emocional producida por el miedo; como tal, es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se perciben como incontrolables, por lo tanto amenazantes a los intereses vitales del individuo. Ante un estímulo activador se da una valoración primaria de la amenaza donde el individuo puede percibirse como el objeto de peligros internos y externos sobre los cuales no tiene control, es decir, vulnerable. Esta valoración primaria es la respuesta inmediata del miedo donde ocurre un procesamiento automático, el cual es un proceso cognitivo mental rápido, paralelo, eficiente, que requiere de poco esfuerzo cognitivo y no necesita control activo por parte del sujeto (Hammar, 2012); en esta valoración se da también un aumento de la activación autonómica, se producen respuestas inhibitorias, defensivas e inmediatas además de pensamientos e imágenes que se orientan a la amenaza. El estado de ansiedad se produce en la revaloración elaborativa secundaria donde hay un procesamiento de información más controlado y estratégico y donde se valoran los recursos de afrontamiento, la presencia o ausencia de seguridad y la reevaluación del estímulo o de la amenaza inicial (Figura 1). En el modelo cognitivo la ansiedad es el resultado de un procesamiento de información que de

manera errónea considera como amenazantes situaciones que en realidad son neutrales porque el individuo se percibe con un alto grado de vulnerabilidad.

Figura 1.

Modelo cognitivo de la ansiedad (Beck y Clark, 2012)



Recuperado de: *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*, p. 68, (2012) Beck y Clark. Desclée de Brouwer.

1.3 Depresión

En el lenguaje popular el término depresión puede tomar diferentes sentidos y suele utilizarse para expresar un sentimiento de tristeza, desánimo, melancolía o abatimiento; sentirse deprimido o triste es una reacción que ocurre como respuesta a una pérdida, decepción, contratiempos u otros problemas propios de la experiencia humana (Ingram, 2012); en la mayoría de estos casos, los sentimientos de tristeza eventualmente desaparecen y la persona puede seguir con su ritmo habitual de vida; sin embargo, cuando esas emociones y sentimientos no desaparecen y duran por semanas, es posible que la persona esté experimentando una depresión clínica (Mental Health America [MHA], 2021).

Existen algunos estados que pueden ser confundidos con alguno de los diferentes tipos de depresión y, sin embargo, en condiciones normales, no cumplen con los criterios para ser diagnosticados como tal, aun cuando tienen el potencial para convertirse en un trastorno depresivo. Estas condiciones incluyen por ejemplo la disforia, que se refiere a una insatisfacción profunda, inquietud o irritabilidad entre otras características; el duelo normal o no complicado, como resultado de la pérdida de un ser querido; la soledad, que es un estado de desear la compañía humana, pero sentirse solo; y finalmente la tristeza, que es una reacción normal a ciertas experiencias y que forma parte de la condición humana (Thase y Lang, 2004). Por el contrario, la depresión es una condición médica seria que afecta la manera en que el individuo se comporta, piensa y actúa (Torres, 2020). La APA (s.f., 2) define la depresión como:

Un estado afectivo negativo, que va desde la infelicidad y el descontento hasta un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desánimo, que interfiere con la vida diaria. Varios cambios físicos, cognitivos y sociales también tienden a ocurrir simultáneamente, incluidos hábitos de alimentación o sueño alterados, falta de energía o motivación, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y retraimiento de las actividades sociales. Es sintomático de una serie de trastornos de salud mental. (párr. 1)

Así pues, dentro de la psicología, el término depresión típicamente se refiere a un episodio depresivo, y con frecuencia es parte de un trastorno depresivo mayor.

De acuerdo con Lam (2018), las causas de la depresión son heterogéneas con una relación recíproca entre factores biológicos, psicológicos y sociales, donde cada uno de estos factores mantiene una relación recíproca con los otros. Sobre la etiología de la depresión el *National Research Council* (2009) identifica factores biológicos, del entorno y vulnerabilidades personales, tiempo y curso de la depresión y señala además los trastornos concurrentes:

- Factores biológicos: dentro de estos factores se encuentran los mecanismos genéticos, neurológicos, hormonales, inmunológicos y neuro endocrinológicos, los cuales parecen influir de manera importante en el desarrollo de la depresión mayor. Muchos de estos factores se centran en las reacciones a los factores estresantes y el procesamiento de la información emocional; sin embargo, estos mecanismos pueden ser a su vez influenciados por el género y otros factores de desarrollo.
- El entorno y vulnerabilidades personales: Las experiencias estresantes desencadenan la depresión en los individuos que pueden ser vulnerables debido a las características y circunstancias biológicas y psicosociales. Los factores estresantes ambientales asociados con la depresión incluyen eventos vitales agudos, estrés crónico y una exposición temprana a situaciones adversas. Las vulnerabilidades personales asociadas con la depresión incluyen factores cognitivos, interpersonales y de personalidad.
- Tiempo y curso de la depresión: La aparición a una edad temprana de una depresión mayor se asocia con un curso más severo del trastorno y mayores probabilidades de recurrencia, cronicidad e impedimento. Además, la aparición de la depresión en diferentes épocas del desarrollo apunta a diferentes factores causales.
- Trastornos concurrentes: La depresión generalmente ocurre en presencia de otros trastornos como la ansiedad, problemas de conducta, abuso de sustancias, trastornos de la personalidad y otras enfermedades médicas.

Complementando lo anterior, Thase y Lang (2004) señalan que la distimia, al igual que otras formas de depresión, tienen causas físicas, psicológicas y circunstanciales:

- Causas físicas, que incluyen: cambios bioquímicos en el cerebro; actividad fisiológica del cerebro; herencia genética; enfermedades y medicamentos.

- Causas psicosociales: historia de depresión del individuo; estrategias pobres de afrontamiento y distorsiones cognitivas; ansiedad.
- Causas circunstanciales: abuso; trauma; pérdida.

Ingram (2009) distingue entre riesgo y vulnerabilidad al hacer notar que, aunque ambos términos comparten características sustanciales, no son lo mismo. Para Ingram, riesgo se refiere a cualquier factor asociado con una mayor probabilidad de sufrir depresión y se usa con frecuencia para predecir la aparición del trastorno; sin embargo, el riesgo sólo sugiere una mayor probabilidad de sufrir el trastorno, pero no qué es lo que lo causa; por el contrario, los factores de vulnerabilidad son factores que dicen algo sobre el mecanismo de la depresión y por lo tanto son relevantes a las causas de esta. Lo que plantea Ingram (2009) es que no hay algo inherente en un factor de riesgo que produzca depresión, mientras que sí lo hay en un factor de vulnerabilidad. Por ejemplo, ser divorciado aumenta la probabilidad de sufrir depresión, pero no es en sí una causa de la depresión; sin embargo, si el divorcio activa un esquema que influye en cómo se procesa la información, entonces la activación del esquema constituye un factor de vulnerabilidad. Beck y Alford (2009) afirman que desde una edad temprana los individuos desarrollan una variedad de conceptos acerca de sí mismos y del mundo. Algunos de estos conceptos son saludables, pues se ajustan a la realidad; otros, sin embargo, se desvían de la realidad y eventualmente se convierten en estructuras cognitivas o esquemas, los cuales constituyen vulnerabilidades para el desarrollo de trastornos psicológicos.

La depresión se puede clasificar en un continuo (Ingram, 2012) que va desde la depresión normal y cuyos síntomas son relativamente menores, hasta un trastorno depresivo mayor donde los síntomas son más severos. El DSM-V TR (APA, 2022) clasifica los trastornos depresivos de la siguiente manera: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico

premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado.

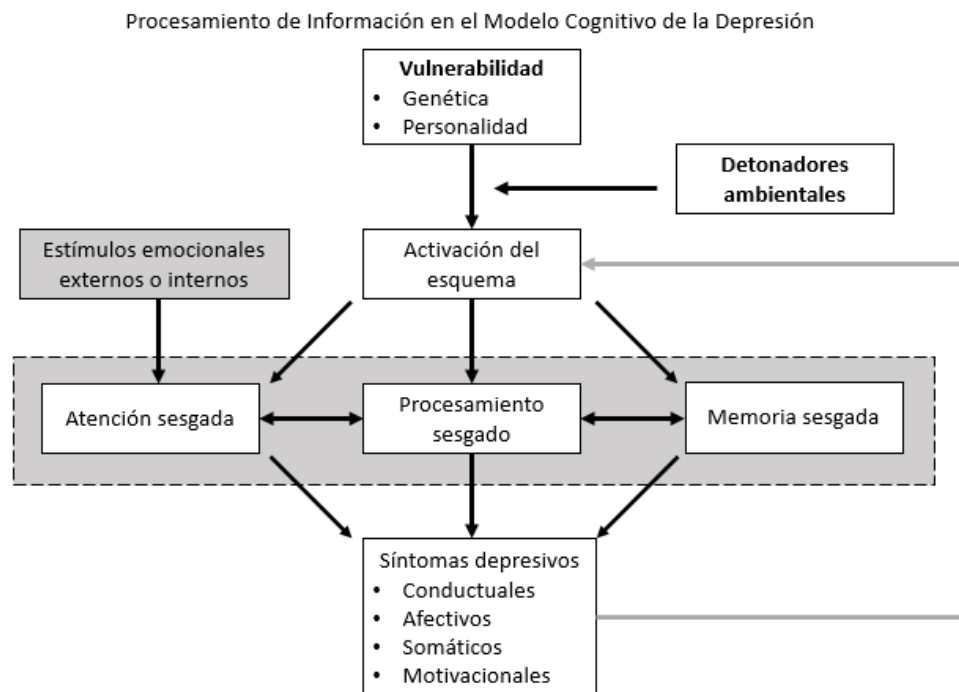
La depresión se asocia con diferentes tipos de síntomas y pueden variar de persona a persona; además, algunos síntomas son específicos para ciertos tipos de depresión, mientras que otros tienen un carácter general. Todos los síntomas pueden variar en severidad y duración de acuerdo al tipo de trastorno y pueden ser físicos, emocionales o cognitivos e incluyen un estado de ánimo bajo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban; problemas del sueño; baja energía o fatiga; sentimientos de minusvalía y/o culpabilidad; problemas de concentración y para la toma de decisiones; problemas del apetito; movimientos retardados; ideación suicida; otros síntomas como ansiedad, irritabilidad y disfunción cognitiva (Lam, 2018).

El modelo cognitivo de la depresión de Beck sostiene que los pensamientos o cogniciones disfuncionales son una causa importante de la depresión. El modelo propone tres “capas” de cogniciones: a) pensamientos automáticos negativos, los cuales ocurren a través del día en las personas con depresión; b) errores cognitivos y creencias irracionales, que se refiere a ideas, maneras de pensar, opiniones, sesgos y valores con los que la persona ha sido educada; c) los esquemas depresiogénicos, donde las creencias irracionales y errores cognitivos son función de esta capa más profunda (Ingram, 2009a). La teoría de Beck sostiene que los esquemas depresiogénicos se encuentran latentes hasta que son activados por ciertos estresores y, al ser activados, proveen acceso a un sistema complejo de temas negativos que conducen a un patrón de procesamiento sesgado lo cual precipita la depresión (Ingram, 2009a). Beck y Alford (2009, p. 255) establecen que un esquema es “una estructura para seleccionar, codificar y evaluar los estímulos que inciden en el organismo. Es el modo por el cual el entorno es descompuesto y organizado en sus múltiples facetas

psicológicamente relevantes”; en otras palabras, un esquema es una estructura cognitiva consistente de patrones repetitivos de conceptualización sobre las situaciones de la vida. Beck (citado en Joormann, 2009) postula que los individuos utilizan los esquemas para filtrar y procesar información del ambiente y aunque la dependencia en los esquemas es con frecuencia adaptativa, el procesamiento de la información en un esquema disfuncional puede contribuir a la aparición o el agravamiento de la depresión; dado que los esquemas y los sesgos de procesamiento permanecen más allá de los episodios depresivos, representan por lo tanto factores de vulnerabilidad para la aparición y recurrencia de la depresión.

Figura 2.

Modelo cognitivo de la depresión (Disner et al., 2012)



Recuperado de: *Neural mechanisms of the cognitive model of depression*, p. 3, (2011).

Disner et al. Nature Reviews Neuroscience.

En el modelo cognitivo de la depresión de Beck (Figura 2), los eventos adversos tempranos junto con los factores de vulnerabilidad del individuo contribuyen al establecimiento de esquemas depresivos autorreferenciales. Los esquemas negativos, una vez

que han sido activados por detonadores ambientales o estresores, influyen de manera negativa en el procesamiento de la información. Los sesgos en la atención y la memoria contribuyen a un estilo de respuesta ruminativa que perpetúa pensamientos negativos del yo, del mundo y del futuro (la triada cognitiva); así, este proceso provoca un circuito de retroalimentación dentro del sistema cognitivo que sirve para iniciar y mantener un episodio de depresión (Disner et al., 2014).

Hollon y Dimidjian (2009) consideran que las terapias cognitivas y conductuales son los tratamientos más usados para la depresión pues estos enfoques han mostrado ser tan eficaces como los medicamentos y sus efectos tienen una mayor duración, algo que parece se confirma, pues en la guía de práctica clínica desarrollada por la APA (2019) se revisa la evidencia científica y se valoran los beneficios y daños de las intervenciones utilizadas para tratar la depresión. Aunque la guía encontró soporte para el uso de diferentes tratamientos que incluyen la farmacoterapia, terapias psicodinámicas, terapia interpersonal y otras formas de intervenciones, los tratamientos más mencionados para los diferentes grupos de edad son la terapia cognitivo-conductual, la terapia cognitivo-conductual basada en la atención plena y la terapia interpersonal.

En el enfoque cognitivo para el tratamiento de la depresión se enseña a los pacientes a monitorear sus pensamientos negativos y de esta manera se den cuenta de cómo éstos aparecen de forma automática, sin una deliberación o razonamiento previos. Los pacientes aprenden también a reconocer la interacción dinámica entre pensamientos, situaciones, emociones, sentimientos y reacciones físicas (Hayes y Cummings, 2009). Algunas de las técnicas específicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual son las siguientes (Hayes y Cummings, 2009):

- **Psicoeducación:** Se educa al paciente sobre la depresión, el enfoque cognitivo-conductual y la conceptualización del caso; también se determinan objetivamente los problemas y las metas sobre las que se trabajará en la intervención.
- **Tarea:** Su propósito es practicar y generalizar en la vida diaria las estrategias aprendidas durante la intervención. También se realizan “miniexperimentos” para poner a prueba los pensamientos o creencias del paciente.
- **Técnicas conductuales:** Incluyen una variedad de intervenciones de desarrollo de habilidades relacionadas con la regulación emocional y la resolución de problemas; asignación gradual de tareas.
- **Identificación y modificación de pensamientos automáticos negativos, creencias irracionales y creencias centrales:** Se enseña al paciente a registrar sus pensamientos, lo que implica tener un registro de los pensamientos automáticos, situaciones y estados de ánimo; durante la intervención el paciente aprende a identificar errores cognitivos específicos asociados con sus pensamientos, a desarrollar pensamientos alternativos y a evaluar el impacto de esos pensamientos alternativos en sus emociones y conducta. Eventualmente el terapeuta cambia del nivel de pensamientos automáticos negativos a los esquemas centrales disfuncionales
- **Técnicas emocionalmente evocativas:** Por ejemplo, si a un cliente le preocupa cómo maneja el nerviosismo o la incomodidad, se pueden usar ejercicios de representación de imágenes y juegos de roles para ayudar a activar estos sentimientos y trabajar con las emociones antes de enfrentar la interacción real.

1.4 Ejercicio

Diversos estudios sugieren que el ejercicio físico influye en el individuo al producir efectos positivos en el estado emocional, inhibir efectos negativos, mejorar la respuesta al estrés psicológico agudo y en general a mejorar la salud mental y la calidad de vida (Parra et

al., 2020). De acuerdo con Granero-Jiménez et al. (2022), la actividad física conlleva múltiples beneficios tales como la prevención de trastornos cardiovasculares; control del peso corporal; mayor fortaleza física y un menor riesgo de mortalidad; en cuanto al aspecto psicológico, la actividad física reduce el estrés y la ansiedad, disminuye los niveles de depresión y mejora la calidad del sueño.

La conclusión alcanzada por Parra et al. (2020) en una de las más recientes revisiones sobre la literatura actual que explora los beneficios inducidos por el ejercicio físico sobre el bienestar psicológico, así como su impacto en varios trastornos psiquiátricos, es que la promoción de la actividad física puede constituir una herramienta de uso generalizado como una estrategia adyuvante y/o de refuerzo para mejorar los tratamientos farmacológicos o psicológicos, o incluso como una opción alternativa en la depresión clínica. Por otra parte, Minnen et al. (citados en Anderson y Shivakumar, 2013) señalan que numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que el ejercicio mejora la autoestima y la sensación de bienestar; que las personas que hacen ejercicio generalmente tienen tasas más lentas de deterioro cognitivo y de la memoria relacionado con la edad en comparación con las personas que son más sedentarias; y finalmente, que los adultos que realizan actividad física regular experimentan menos síntomas depresivos y de ansiedad, lo que respalda la idea de que el ejercicio ofrece un efecto protector contra el desarrollo de trastornos mentales.

Así pues, se tiene que la literatura indica que el ejercicio puede actuar como una estrategia adjunta en las intervenciones psicoterapéuticas; sin embargo, con frecuencia es fácil confundir los términos relacionados con la actividad física y el ejercicio; al respecto la OMS (2020) ofrece las siguientes definiciones:

1. Actividad física: Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que requiere un gasto energético.

2. Ejercicio: Es un tipo de actividad física que se caracteriza por ser planeado, estructurado, y repetitivo con el fin específico de mejorar la condición física.
3. Deporte: Cubre una gama de actividades realizadas dentro de un conjunto de reglas y llevadas a cabo como parte del ocio o la competición. Las actividades deportivas involucran actividad física realizada por equipos o individuos y pueden ser apoyadas por un marco institucional, como una agencia deportiva.
4. Actividad física aeróbica: Actividad en la que los músculos grandes del cuerpo se mueven de manera rítmica durante un período sostenido de tiempo. La actividad aeróbica, también llamada actividad de resistencia, mejora el estado cardiorrespiratorio. Los ejemplos incluyen caminar, correr, nadar y andar en bicicleta.

La Asociación de Ansiedad y Depresión de América (*Anxiety & Depression Association of America* [ADAA], 2021) menciona que, de acuerdo con algunos estudios, el ejercicio regular funciona tan bien como la medicación para algunas personas para reducir los síntomas de ansiedad y depresión y sus efectos pueden ser duraderos; así, una sesión de ejercicio vigoroso puede ayudar a aliviar los síntomas durante horas y un horario regular puede con el tiempo reducirlos significativamente. La ADAA (2021) hace notar también que aunque el ejercicio tiene un efecto positivo para la mayoría de las personas, también existen algunos estudios recientes que muestran que, para otras personas, el efecto puede no ser tan positivo o de largo plazo; de esta manera, el efecto en algunas personas puede ser muy positivo, otras pueden notar que no mejora mucho su estado de ánimo y algunas pueden experimentar sólo un modesto beneficio a corto plazo; no obstante, los efectos benéficos del ejercicio sobre la salud física no están en disputa y se debe alentar a las personas a mantenerse físicamente activas.

Correr o trotar son una forma popular de hacer ejercicio y permite a las personas mantenerse físicamente activas. El Departamento de Salud de Australia (*Better Health*

Channel, s.f) ofrece una sencilla pero útil distinción entre correr y trotar: la intensidad. Correr es más rápido, utiliza más kilojulios y exige más esfuerzo del corazón, los pulmones y los músculos que el trotar; correr requiere un mayor nivel de condición física general que trotar; a pesar de esa diferencia, tanto correr como trotar son formas de ejercicio aeróbico. El Colegio Americano de Medicina Deportiva (Patel et al., 2017) define el ejercicio aeróbico como cualquier actividad que utiliza grandes grupos de músculos, puede mantenerse continuamente y es de naturaleza rítmica. Los ejemplos de ejercicio aeróbico incluyen ciclismo, bailar, caminar, trotar/correr largas distancias, nadar y caminar. Se puede acceder mejor a estas actividades a través de la capacidad aeróbica, que la misma institución define como el producto de la capacidad del sistema cardiorrespiratorio para suministrar oxígeno y la capacidad de los músculos esqueléticos para utilizar oxígeno.

Un programa de entrenamiento para principiantes de 5 km puede incluir una combinación de correr, caminar y descansar. Esta combinación ayuda a reducir el riesgo de lesiones, estrés y fatiga mientras que permite disfrutar de la actividad física.

1.5 Salud mental y ejercicio en los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud enfrentan factores de riesgo que pueden afectar su salud mental, pues de acuerdo con el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2022; el nombre puede ser traducido como Instituto Nacional Para la Seguridad y Salud Ocupacional) estos trabajadores enfrentan problemas que incluyen entre otros el estrés, la depresión y la ansiedad, debido a un trabajo físico y emocional intenso, exposición al sufrimiento humano y muerte y a un mayor riesgo de exposición a enfermedades y violencia. En el marco de la pandemia de COVID-19, estos problemas se exacerbaron, como lo muestra una revisión global de revisiones sistemáticas realizada por Fernández et al. (2021) que incluyó a casi 170,000 trabajadores de la salud de 35 países, donde se encontró que la prevalencia de ansiedad durante la pandemia en todos los trabajadores osciló entre el 22.2% y

el 33% y la prevalencia de depresión fue del 17.9% al 36%. García et al. (2022) consideran que la pandemia en Brasil empeoró las adversidades relacionadas con el contexto del trabajo de los profesionales de la salud, contribuyendo al deterioro de su salud física y mental y concluyen argumentando que la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés indican un alto riesgo de trastornos mentales en los profesionales de la salud durante la pandemia. En el mismo sentido, en un estudio realizado por la OPS (citado en Susser et al., 2021) en varios países latinoamericanos, que incluyó a 2,584 participantes mexicanos, se confirmó que, en México, como en otros países, existe la presencia de malestar psicológico y síntomas depresivos en un porcentaje importante del personal de salud.

Así pues, se tiene que diversos estudios demuestran que al estar expuestos con mayor frecuencia al virus causante de la pandemia, los trabajadores de la salud experimentaron una mayor respuesta emocional debido a un incremento en las demandas del trabajo, a cambios rápidos en los protocolos del COVID-19, al temor de infectarse y de infectar a su familia, entre otros aspectos; sin embargo, y aún antes de la pandemia, los profesionales de la salud representan una población con un alto riesgo de pobre salud debido a que el estrés y a las largas horas de trabajo en algunos entornos médicos impiden que estos profesionales se involucren en hábitos de vida saludable (Holtzclaw et al., 2020). En relación con la actividad física entre los profesionales del cuidado de la salud, en el estudio transversal de Marques-Sule et al. (2021), realizado en España, encontraron que la mayoría de estos trabajadores mostraron un nivel apropiado de actividad; que los hombres realizan más actividad física relacionada con el transporte y para mejorar la salud en comparación con las mujeres; y, además, que los profesionales más jóvenes y aquellos con una educación superior siguen más las pautas de actividad física para mejorar la salud y fortalecer los músculos; en contraste, Helfland y Mukamal (2013) reportan que aunque los trabajadores de la salud estadounidenses son quienes mantienen mayores estilos de vida saludable en comparación con otros de sus

coterráneos, existen muchas otras áreas donde no tienen un mejor desempeño que el resto de la población y concluyen que, a pesar de que sirven como modelos de salud, con frecuencia estos trabajadores no practican lo que predicán. En el mismo sentido, Sanabria-Ferrand et al. (2007), en un estudio donde participaron médicos y enfermeras colombianos, reportan que sólo un porcentaje muy bajo de estos profesionales mantienen un estilo de vida saludable (11.5% de los médicos y 6.73% de las enfermeras) a pesar del conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, sobre todo en cuanto a la actividad física y el deporte, y concluyen que esta situación induce no solo a una pobre salud en la vida futura de los profesionales, sino que afectan las acciones de sus pacientes ya que son modelos de vida para ellos.

CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación de la investigación

La OMS (citado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021a) recomienda 150 minutos de actividad aeróbica física moderada, 75 minutos de actividad física vigorosa, o bien una combinación de ambos tipos de actividad por semana, para obtener beneficios a la salud significativos y mitigar riesgos; sin embargo, al respecto el INEGI (2021a) señala que uno de los principales problemas de la población mexicana es el sedentarismo pues más del 60% de la población adulta declaró en 2021 ser inactiva físicamente, y de aquellos que son activos físicamente solamente un poco más de la mitad (53.5%) alcanza el nivel de suficiencia para obtener beneficios a la salud de acuerdo a los criterios de la OMS antes mencionados.

Dada la alta prevalencia del sedentarismo y su potencial para convertirse en un riesgo de salud pública, los países se empiezan a preocupar por desarrollar recomendaciones y guías de actividad física dirigidas a combatirlo. En México, el objetivo 6.3 del Programa Institucional 2021-2024 de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (2021) tiene como propósito “Fomentar la práctica regular de actividades físicas, deportivas y recreativas, coadyuvando a la disminución del porcentaje de sedentarismo en la población”.

Para el presente estudio, la conducta sedentaria incluye aquellas actividades físicas ligeras que no implican un gasto mayor de energía mientras que el programa de ejercicio a implementar en la intervención es considerado como una actividad de un rango entre moderado a vigoroso, es decir, una actividad física aeróbica. Así, es suficiente que los participantes puedan caminar a paso ligero (i.e. rápido) y/o trotar, de tal manera que el gasto energético requerido se encuentre en un rango de actividad física moderada de 2.8 a 4.3 METS para las mujeres y de 4.0 a 5.9 METS para los hombres, de acuerdo con la

clasificación de actividad física en términos de intensidad del ejercicio, propuesta por McArdle et al. (citado por Jetté et al., 1990).

A nivel mundial, el 28% de los adultos no se involucra en suficiente actividad física para protegerse contra enfermedades crónicas comunes o para incrementar sus niveles de salud física, mental y su bienestar (OMS, 2018). De acuerdo con la misma organización y específicamente en relación con la salud mental, una proporción importante de personas en el mundo padece algún tipo de trastorno mental, lo que involucra perturbaciones importantes en el pensamiento, la regulación de emociones y la conducta, y aunque existen opciones efectivas de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas no tienen acceso a ellas. De acuerdo con los datos de la organización, en el 2019, la proporción de personas con padecimientos de trastornos mentales era de una por cada ocho individuos, siendo los más comunes la depresión y la ansiedad, cuyas cifras aumentaron significativamente en 2020 debido a la pandemia por COVID-19 (OMS, 2022a).

Las estadísticas sobre la salud mental en México son escasas y un buen número de los artículos relacionados con este rubro refieren básicamente a los estudios realizados por Medina-Mora et al. (2003) y Medina-Mora et al. (2006) basados en la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México realizada en 2005 y en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica hecha entre los años 2001-2002. Así, por ejemplo, un documento realizado en 2018 por la oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (INCyTU, 2018) menciona que el 18% de la población mexicana con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años padece de trastornos como la depresión, ansiedad o fobias. Cerecero-García et al. (2020) afirman, como se menciona al principio del párrafo, que no existen estudios recientes sobre la prevalencia de síntomas depresivos y la cobertura de diagnóstico y atención, y presentaron un estudio con el objeto de estimar los cambios en la prevalencia de estudios depresivos, su diagnóstico y atención entre los años 2006 y 2018

utilizando estadísticas más recientes elaboradas en conjunto por el INEGI, el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud; los autores encontraron que las tasas de detección y tratamiento de los síntomas depresivos son similares en las diversas encuestas realizadas por estas instituciones y que en promedio las mujeres reportan mayor detección que los hombres (15% vs 5%); con respecto al tratamiento en 2018 el 10.4% de las mujeres recibieron tratamiento *versus* el 2.8% de los hombres. Cerecero-García et al. (2020) terminan comentando que la cobertura de diagnóstico y tratamiento en México es baja y consistente con otros países de ingresos medios y bajos; por otro lado, también hacen notar que las estadísticas utilizadas para su estudio no son encuestas enfocadas en la salud mental y no incluyen un diagnóstico clínico de la depresión, lo cual impide diferenciar si los síntomas depresivos reportados por los participantes son el resultado de un cuadro clínico o solo una serie de síntomas relacionados con malestar psicológico.

La OMS (2022a) señala que la pandemia por COVID-19 provocó un impacto severo en la salud mental de las personas en todo el mundo y reporta que a nivel global la misma ha conducido a un incremento del 27.6% en los casos de trastorno depresivo mayor y un incremento del 25.6% en casos de trastornos de ansiedad. En México, en particular una encuesta realizada por el INEGI (2021b) encontró que el 19.3% de la población mexicana reporta síntomas de ansiedad severa y otro 31% manifestó síntomas en algún otro grado, mientras que la población con síntomas de depresión asciende a 15.4%, donde las mujeres representan el 19.5% y los hombres el 10.7%. Tomando en cuenta el impacto de la pandemia por COVID-19, el Instituto de Salud Pública (2021) presenta estadísticas similares en cuanto a los síntomas depresivos en la población general (16%) y sobre las mujeres y los hombres (21% vs 10.7%).

Vargas-Terrez y Villamil-Salcedo (2016), autores de un artículo sobre la salud mental y la atención primaria en México antes de la pandemia, escriben que al igual que en

otros países, en México existe un incremento de los trastornos mentales en la población general donde la depresión y la ansiedad son los trastornos de mayor prevalencia. Los autores hacen notar que, en la Ciudad de México en particular, la demanda de atención por trastornos de salud mental ha aumentado sin que los servicios de salud se hayan incrementado, lo que provoca una atención inadecuada o relegada de estos trastornos por no considerarse prioritarios ni urgentes, lo cual a su vez implica una atención pobre y tardía una vez que los síntomas se expresan de forma crítica y aguda. Dado este panorama, los autores afirman que la atención inoportuna de los trastornos de la salud mental acumula efectos negativos cada vez mayores en el desarrollo del individuo, de la familia y la sociedad. De la misma manera, Carmona-Huerta et al. (2021) remarcan que el 87% de las personas con trastornos mentales leves, el 78% con trastornos mentales moderados, y el 76% con trastornos mentales severos no reciben tratamiento, y que estas deficiencias en el acceso a los servicios de salud mental se deben principalmente a la falta de servicios y a la inequidad en la distribución de recursos comunitarios y ambulatorios de la salud mental en nuestro país.

Cruz-Robazzi et al. (2010) identificaron en una revisión de la literatura latinoamericana cuáles trabajadores de la salud son los más afectados por cuestiones psíquicas o mentales y encontraron que prácticamente todos los profesionales de la salud se ven afectados por el estrés laboral y el síndrome de *burnout*, donde los factores que inciden incluyen ambientes laborales inadecuados, la organización de las actividades de trabajo, poca valorización del trabajador, participación insatisfactoria en las decisiones del trabajo y bajos salarios entre otros. De manera más reciente, Torres-Muñoz et al. (2020) realizaron una revisión bibliográfica sobre el impacto en la salud mental como resultado de las condiciones de trabajo, factores de riesgo y dilemas éticos y morales durante la pandemia de COVID-19 y encontraron que el personal de la salud podría ser propenso a experimentar trastornos como

depresión, ansiedad e ideación suicida, tal como lo confirman diversos estudios realizados recientemente (Lucas-Hernández et al., 2022; Susser et al., 2021).

Frente a este escenario, es importante considerar alternativas social y económicamente viables de atención a la salud mental. Si bien ya se ha demostrado con anterioridad y en diferentes escenarios que el ejercicio aeróbico ofrece incontables beneficios para la salud física y mental del individuo, ésta es la primera vez que se investigan sus efectos y se comparan con una intervención cognitivo-conductual en el municipio de Río Grande, Zacatecas, donde, además de las barreras sociales tradicionales de estigma y discriminación que enfrentan las personas que requieren atención, los recursos y servicios comunitarios de atención a la salud mental son escasos.

El Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) de Río Grande, Zacatecas, perteneciente al sector público, específicamente a la dependencia estatal Servicios de Salud del Estado de Zacatecas, junto con otros centros de salud distribuidos en diferentes municipios del estado, representa los servicios de salud prestados en el primer nivel de atención y a partir de ellos se articulan las redes de atención primaria de la salud en sus respectivas localidades. Estos centros se entienden como unidades médicas diseñadas para ofrecer atención primaria a la salud integral con alta capacidad resolutive y se caracterizan por ofrecer servicios de especialidades (tales como rayos X, mastografías, laboratorio de análisis clínicos, etc.), además de los servicios de consulta externa (López, 2013), y atiende aproximadamente una media de mil pacientes por mes y cuenta con seis médicos, un dentista, 10 enfermeras, nueve personas en tareas administrativas y seis en servicios generales.

Así pues, en el desarrollo de esta investigación se implementó un programa de ejercicio aeróbico y se comparó con una intervención cognitivo-conductual y un grupo control para determinar sus efectividades en la reducción de síntomas depresivos y de ansiedad en el personal de salud del CESSA de Río Grande, Zacatecas (Apéndice 1).

2.2 Pregunta de investigación

¿El ejercicio aeróbico produce los mismos resultados que un taller grupal basado en el enfoque cognitivo-conductual para reducir los niveles de depresión y de ansiedad en una muestra de trabajadores del sector salud del municipio de Río Grande, Zacatecas?

2.3 Hipótesis

Comparación antes y después de la intervención

Hipótesis 1

H₀=El taller con enfoque cognitivo-conductual no reduce los niveles de depresión y ansiedad en trabajadores del sector salud.

H₁=El taller con enfoque cognitivo-conductual favorece la reducción de síntomas de depresión y ansiedad en trabajadores del sector salud.

Hipótesis 2

H₀=El ejercicio aeróbico no reduce los niveles de ansiedad y depresión en trabajadores del sector salud.

H₁=El ejercicio aeróbico influye en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión en trabajadores del sector salud.

Comparación entre grupos experimentales

Hipótesis 3

H₀=No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre los grupos experimentales (ejercicio y taller con enfoque cognitivo-conductual) y el grupo control.

H₁=Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre los grupos experimentales (ejercicio y taller con enfoque cognitivo-conductual) y el grupo control.

Hipótesis 4

H_0 =No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre los grupos experimentales (ejercicio y taller con enfoque cognitivo-conductual) y el grupo control.

H_1 =Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre los grupos experimentales (ejercicio y taller con enfoque cognitivo-conductual) y el grupo control.

2.4 Objetivo general de la investigación

Comparar la eficacia de un programa de ejercicio aeróbico contra una intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual para reducir los niveles de depresión y ansiedad en un grupo de personas con estilo de vida sedentario.

2.5 Objetivos específicos de la investigación

1. Implementar un programa de ejercicio aeróbico de 35 sesiones distribuidas en siete semanas en un grupo de trabajadores del sector salud.
2. Implementar una intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual de ocho sesiones, una por semana, en trabajadores del sector salud.
3. Comparar los niveles de ansiedad y depresión antes y después de la intervención.
4. Comparar los niveles de ansiedad y depresión de los grupos experimentales con los niveles del grupo de control.

CAPÍTULO 3. MÉTODO Y RESULTADOS

3.1 Método

3.1.1 Población

La intervención se llevó a cabo con el personal del Centro de Salud del municipio de Río Grande, Zacatecas, el cual cuenta con 32 profesionales médicos distribuidos de la siguiente manera: seis médicos, un dentista, 10 enfermeras, nueve personas en tareas administrativas y seis en servicios generales.

3.1.2 Procedimiento de selección de la muestra

La selección de la muestra fue no probabilística por autoselección o voluntaria (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), ya que la invitación se realizó a todos los trabajadores del Centro de Salud, sin embargo, sólo 18 acudieron al sorteo para la definición de grupos, los cuáles fueron: Grupo 1 - Intervención con enfoque cognitivo-conductual; Grupo 2 - Ejercicio; y Grupo 3 - Control.

3.1.3 Participantes

La invitación para participar en la intervención fue abierta a todos los empleados de la institución, sin criterios de inclusión-exclusión. El número de participantes inicial fue de 18 distribuidos en tres grupos de seis individuos cada uno, sin embargo, existió 50% de muerte experimental, por lo que la muestra final se redujo a nueve participantes distribuidos de la siguiente manera: Grupo 1 con cuatro, Grupo 2 con dos, y Grupo control con tres.

3.1.4 Escenario

La intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual se llevó a cabo en una sala originalmente destinada para el cuidado de pacientes en cama (se encuentra equipado con

tableros para la conexión de equipo médico y tarja con agua corriente en un lado), sin embargo, es utilizada como salón de usos múltiples del CESSA. Esta sala cuenta con luz natural y artificial y por lo tanto se encuentra bien iluminada, con buena ventilación y generalmente fría dado la época del año en que se realizó la intervención; el mobiliario incluye una mesa de conferencias y sillas y cuenta además con una computadora y televisión que no se utilizaron para la intervención, pues no fue necesario, ya que se utilizó una laptop y un proyector para mostrar algún material propio de la intervención; la mesa de conferencias tampoco se utilizó pues en cada una de las sesiones se acomodaron las sillas en un círculo. La sala se encuentra localizada en un área de escaso tráfico de personal y nulos pacientes lo que permitió un ambiente sin ruido ni interrupciones.

El programa de ejercicio se realizó en el CESSA y sobre los pasillos exteriores a las instalaciones, pero dentro de la institución. El circuito improvisado para llevar a cabo el programa de ejercicio tiene una longitud aproximada de 260 metros (Apéndice 11).

El programa se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero, todas las sesiones se realizaron a la 1:30 pm. bajo un clima agradable la mayor parte del tiempo, pero soleado y caluroso en algunos días.

3.1.5 Tipo de investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo con alcance causal o explicativo pues se trata de establecer relaciones causa-efecto entre las variables (*Rutgers University Libraries*, 2022). En el mismo sentido, Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) mencionan que las investigaciones explicativas o causales intentan establecer relaciones de causalidad entre conceptos, variables, hechos o fenómenos en un contexto específico. Por otro lado, Ramos-Galarza (2020) menciona que, dentro de la investigación explicativa, en los estudios experimentales ocurre una manipulación intencionada de las variables independientes de tal manera que permiten comprobar hipótesis que explican el comportamiento de un cierto fenómeno.

3.1.7 Diseño de investigación

La investigación tiene un diseño experimental pretest-postest con grupo de control. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), en las investigaciones experimentales se manipulan una o más variables independientes para analizar las consecuencias de dicha manipulación sobre las variables dependientes donde además “se pueden utilizar pretest y postest para analizar la evolución de los grupos antes y después del tratamiento experimental” (p. 163).

3.1.8 Variables

Ansiedad

Definición conceptual: Una emoción caracterizada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión en la que un individuo anticipa un peligro inminente, una catástrofe o una desgracia (APA, s.f. a, párr. 1).

Definición operacional: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck et al., 1988).

Depresión

Definición conceptual: Un estado afectivo negativo, que va desde la infelicidad y el descontento hasta un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desánimo, que interfiere con la vida diaria (APA, s.f. b, párr. 1).

Definición operacional: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II, Beck et al., 1996).

3.1.9 Instrumentos

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Fue desarrollado por Beck et al. (1988) para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad. Consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta (nada=0, ligeramente=1, moderadamente=2, severamente=3) y el evaluado selecciona una de ellas de acuerdo con la presencia de los síntomas presentados en la última

semana, incluyendo el día de la aplicación del inventario. La puntuación se obtiene mediante la suma directa de todos los ítems y puede oscilar entre los 0 y 63 puntos. Los puntos de corte son: 0-5 ansiedad ausente o mínima; 5-16 ansiedad leve; 16-30 ansiedad moderada; 31-63 ansiedad grave. La adaptación en español a la población mexicana tiene una consistencia interna de $\alpha=.83$ (Blázquez et al., 2020).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Desarrollado por Beck et al. (1996) para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva, consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor (0) a mayor gravedad (3) de los síntomas. La puntuación oscila entre 0 y 63. El inventario contiene dos dimensiones altamente correlacionadas: la dimensión cognitivo-afectiva y la dimensión somático-motivacional. Los puntos de corte son los siguientes: 0-13 depresión mínima; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; 29-63 depresión grave. El inventario muestra una consistencia interna de $\alpha=.90$ (Estrada et al., 2015).

3.1.10 Materiales

Los materiales utilizados en las intervenciones se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1.

Materiales para las intervenciones

Material	Sesión en la que se utilizó
Poster de invitación (Apéndice 2)	Previo a la intervención
Consentimiento informado (Apéndice 3)	Previo a la intervención
Inventarios BDI-II y BAI (Apéndice 4a)	Previo a la intervención
Inventarios BDI-II y BAI (Apéndice 4b)	8
Guion de Relajación Progresiva Muscular (Apéndice 5)	1, 2, 3, 4, 5, 6, y 7

Registro diario del estado de ánimo (Apéndice 6)	1, 2, 3, 4, 5, 6, y 7
Ejercicio Estados de ánimo (Apéndice 7)	3
Pensamientos y emociones (Apéndice 8)	3
Registro diario de pensamientos (Apéndice 9)	3 y 5
Distorsiones cognitivas (Apéndice 10)	4 y 7
Pensamientos + Distorsiones cognitivas (Apéndice 11)	4
Diarios individuales (Apéndice 12)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8
Presentaciones de <i>PowerPoint</i> (Apéndice 13)	1, 2, 4, 5, 6 y 7.
Bitácora (Apéndice 14)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

3.1.11 Procedimiento

Se llevó a cabo una reunión con el director de CESSA de Río Grande, Zacatecas donde se le expuso la intervención y los objetivos de esta; posteriormente, se hizo una reunión con el personal de la institución para invitarles a tomar parte en la intervención y explicarles la dinámica de participación. Durante la primera reunión se levantó un listado de los interesados en participar (22) y en una segunda reunión se dividieron los asistentes (18) en tres grupos de seis integrantes cada uno: Grupo 1 (intervención cognitivo-conductual); Grupo 2 (programa de ejercicio); y Grupo 3 (control). Los trabajadores que aceptaron colaborar firmaron un consentimiento informado, donde se les informó sobre la naturaleza de la investigación y su participación voluntaria y anónima. Todos los participantes aportaron datos sobre su edad, sexo, estado civil y años de escolaridad, además de responder los instrumentos BDI-II y BAI mediante un formulario en línea o en formato de papel.

Las sesiones de la intervención cognitivo-conductual (Apéndice 15) se llevaron a cabo los jueves, del 12 de enero al 2 de marzo, en el salón de usos múltiples del CESSA,

donde se contó con sillas, mesa de conferencias, computadora y proyector. Cada una de las participantes mantuvo un diario donde llevaron sus diferentes registros y realizaron las tareas semanales. Los temas que se trataron en cada una de las sesiones se muestran en la Tabla 2.

Las sesiones del programa de ejercicio (Apéndice 16) se llevaron a cabo dentro de las instalaciones del CESSA en un circuito de aproximadamente 250 metros (Apéndice 17). Se tuvieron cinco sesiones semanales donde los participantes tenían la libertad de caminar/trotar o solo caminar, distribuidas de la siguiente manera:

- 30 minutos de duración los lunes, martes y miércoles
- 40 minutos o 5 km los viernes
- 30 minutos individual en casa los sábados

Al terminar las intervenciones se aplicaron los inventarios BDI-II y BAI a los tres grupos, para analizar los niveles de depresión y ansiedad después de la intervención.

Tabla 2.

Temas de la Terapia Grupal

Fecha	No. de sesión	Tema
12 de enero	1	Introducción a la TCC y la depresión
19 de enero	2	La importancia de mis pensamientos
26 de enero	3	Pensamientos que causan y mantienen la depresión
2 de febrero	4	Distorsiones cognitivas en la depresión
9 de febrero	5	Modelo Cognitivo de la Ansiedad
16 de febrero	6	Causas de la Ansiedad
23 de febrero	7	Distorsiones cognitivas en la Ansiedad
2 de marzo	8	Cierre de la intervención

3.1.12 Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis de resultados. Se empleó el análisis de frecuencias para conocer las características de la muestra tales como género, escolaridad y estado civil. Asimismo, se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión (desviación estándar) para conocer datos como la edad, y los resultados pretest y postest de depresión y ansiedad. También, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar las puntuaciones pretest y postest para cada una de las condiciones experimentales. Y finalmente, se empleó la prueba de Kruskal Wallis para conocer si existían diferencias entre los grupos, tanto antes de las intervenciones, como después de ellas.

3.2 Resultados

En el estudio participaron un total de nueve trabajadores de la salud, de los cuales ocho fueron mujeres y un hombre, todos con estudios de licenciatura y una edad media de 43.89 años, con una mínima de 32 y una máxima de 58. Seis participantes son casados(as), una divorciada, una soltera y una viuda.

Tabla 3

Puntuaciones pretest y postest

	Ansiedad		Depresión	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Grupo Experimental 1				
Participante 1	0	2	4	2
Participante 3	0	0	0	0
Participante 4	5	1	6	0
Participante 7	1	3	5	2

Grupo Experimental 2

Participante 5 3 0 3 2

Participante 6 7 2 9 3

Grupo Control

Participante 2 11 2 8 6

Participante 8 11 3 7 3

Participante 9 6 1 8 0

La Tabla 3 muestra las puntuaciones obtenidas por cada uno de los participantes en los inventarios de ansiedad y depresión aplicados antes y después de la intervención. Dado que el número de participantes es muy pequeño es posible ver que en el Grupo 1 algunos participantes resultaron con mayores niveles de ansiedad (Participante 1 y Participante 7) al terminar la intervención, mientras que todos los participantes terminaron con niveles más bajos de depresión. Una excepción notable es la Participante 3 que obtuvo una puntuación de cero ansiedad y depresión tanto en el pretest, como en el posttest. El Grupo 2 muestra que hubo una reducción en los niveles de ansiedad y depresión al término del programa de ejercicio y el Grupo Control muestra que todos los participantes terminaron con niveles más bajos de ansiedad y depresión.

Por otro lado, la Tabla 4 indica que, aunque en promedio los participantes reportaron niveles mínimos de ansiedad y depresión de acuerdo con los puntos de corte de los instrumentos utilizados, se confirma que en general hubo una disminución en dichos niveles dado que los valores de la media de la depresión y la ansiedad son menores en el posttest.

Tabla 4.

Medidas de tendencia central y desviación estándar

	Depresión		Ansiedad	
	Pretest	Post-test	Pretest	Post-test
Media	5.56	2	4.89	1.56
Mediana	6	2	5	2
Moda	8	0	0	2
Desviación estándar	2.877	1.936	4.285	1.13

La Tabla 5 muestra que después de la intervención no hay diferencias estadísticamente significativas dentro de los grupos, dado que el valor de p es mayor a 0.05 en todos los casos; sin embargo, el valor de p en general (es decir, al considerar a todos los participantes) es menor que 0.05 en ambos casos de depresión y ansiedad, lo que indica una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de los inventarios pre y postest entre los grupo

Tabla 5.

Test de Wilcoxon

	Depresión		Ansiedad	
	Valor z	p.	Valor z	p.
Grupo Experimental 1	1.604	.109	.000	1
Grupo Experimental 2	1.342	.180	1.342	.180
Grupo control	1.604	.109	1.604	.109
General	2.527	.012	2.106	.035

En la Tabla 6, la prueba de Kruskal-Wallis H muestra que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en las puntuaciones de depresión y ansiedad en los inventarios pre y posttest ya que el valor de p . en todos los casos es mayor a 0.05.

Tabla 6.

Test de Kruskal Wallis

	Pretest		Post-test	
	Depresión	Ansiedad	Depresión	Ansiedad
Kruskal Wallis H	3.328	5.706	2.336	.876
p.	.189	.058	.311	.645

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como principal objetivo comparar un taller cognitivo-conductual con un programa de ejercicio aeróbico para determinar si el ejercicio es por lo menos igual de efectivo para reducir niveles de ansiedad y depresión en una muestra de trabajadores de la salud. De acuerdo con el análisis de datos, se aceptaron todas las hipótesis nulas propuestas en la investigación.

Las hipótesis nulas 1 y 2 indican que el taller con enfoque cognitivo-conductual y el programa de entrenamiento no reducen los niveles de depresión y ansiedad en los trabajadores de la salud; mientras que las hipótesis 3 y 4 muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión y ansiedad entre los grupos experimentales (ejercicio e intervención cognitivo-conductual) y el grupo control.

Los resultados obtenidos pueden explicarse a través de las limitaciones metodológicas que se tuvieron durante las intervenciones, las cuales fueron: (1) niveles mínimos y leves de ansiedad y mínimos de depresión, obtenidos por los participantes en las medidas pretest; (2) muerte experimental en todos los grupos; (3) motivación y expectativas de algunos participantes; y (4) difusión del tratamiento.

En primer lugar, respecto a que en los pretest no se encontraron síntomas de ansiedad y depresión moderados y graves, esta cuestión debió considerarse al momento de aceptar trabajar con la muestra, ya que inicialmente se planteó al CESSA trabajar con pacientes de la institución con sintomatología ansiosa y depresiva; sin embargo, lo que en su lugar se ofreció por parte de la institución fue que la intervención se aplicará en sus trabajadores. Así pues, la invitación a participar en el estudio se hizo a todos los empleados e incluyó a los trabajadores de servicios, personal administrativo, técnico, médico y de enfermería en presencia del director y de la jefa de enfermería; así pues, en alguna medida, las respuestas a los inventarios pueden haberse visto afectadas por una decisión no completamente libre de la influencia de la

presencia de los directivos de la institución, pues cabe destacar que la mayoría de los participantes que desertaron obtuvieron puntuaciones menores a seis en el pretest de depresión y cero en el pretest de ansiedad, en contraste con lo encontrado en un estudio realizado por Lucas-Hernández et al. (2022) realizado en el Centro Médico Nacional La Raza con 537 trabajadores de la salud, donde el 66.3% de los participantes presentaron diversos niveles de síntomas de ansiedad, pues de éstos, el 29.6% mostraba ansiedad leve, el 23.3% ansiedad moderada y el 13.4% ansiedad grave. En cuanto a la depresión, el 44.7% presentó síntomas de depresión, donde el 19% presentó depresión leve, el 20.1% depresión moderada y el 5.6% depresión grave. En contraste, el 100% de los participantes de este estudio que no desertaron indicaron una ansiedad leve o mínima y una depresión mínima. Sobre estos resultados existe entonces la posibilidad de que la actitud hacia los inventarios pretest no haya sido la de contestar con honestidad, sino solamente cumplir con una petición expresa de los directivos.

Otra posible respuesta se puede encontrar en diversos estudios que sugieren que los trabajadores de la salud son tan susceptibles a adoptar actitudes estigmatizantes hacia las enfermedades tanto como lo hace la población en general (Jauch et al., 2023). Goffman (citado en Knaak et al., 2017) estipula que “el estigma se conceptualiza como un proceso social complejo de etiquetado, diferenciación, devaluación y discriminación que involucra una interconexión de componentes cognitivos, emocionales y conductuales” (p. 111). La estigmatización es entonces no solamente un problema externo, pues el estigma relacionado con las enfermedades mentales también se encuentra dentro del sector salud como lugar de trabajo y ha sido descrito como un problema de cultura donde el personal con frecuencia se desalienta y evita hablar abiertamente o buscar ayuda para resolver problemas psicológicos (Knaak et al., 2017).

Con lo anterior, surgen nuevas líneas de investigación relacionadas con la actitud de los trabajadores de la salud de la región frente a las enfermedades de salud mental y sobre la existencia de una cultura de estigmatización de los trabajadores de la salud frente a las enfermedades de la salud mental.

En cuanto a la muerte experimental, el 50% de los participantes desertaron, siendo el 33% (2) del Grupo 1, 66% (4) del Grupo 2, y 50% (3) del Grupo de control los que no terminaron la intervención, lo que puede deberse a diversos factores tales como el aumento en el tiempo de experimentación o el grado de compromiso del tratamiento y porque esta pérdida suele ser mayor en los experimentos donde se trabaja con personas voluntarias (Grupo de Investigación de Ingeniería Tisular, s. f.), lo cual fue el caso de esta investigación.

Tres participantes con puntuaciones altas en los pretest abandonaron la intervención: dos de estas participantes pertenecen a servicios generales y fueron asignadas una al Grupo 1 (taller) y otra al Grupo 3 (control); la tercera participante pertenece al personal administrativo y fue asignada al Grupo 1. Sin embargo, es notable que el abandono de la intervención fue mayor en el Grupo 2, lo que obliga a preguntarse, ¿cuál es la razón por la que estos participantes en particular evitaron el ejercicio? Teorías actuales mencionan que los novatos y las personas con sobrepeso experimentan sentimientos negativos durante el ejercicio, por lo cual es necesario tener en cuenta las evaluaciones afectivas momentáneas del individuo para las acciones y decisiones relacionadas con el ejercicio, pues esto tiene efectos sobre la adopción del ejercicio en el futuro (Brand y Ekkekakis, 2018); otra teoría con raíces en la biología evolutiva sostiene que existe una fuerza restrictiva siempre presente hacia la actividad física potencialmente agotadora, así como durante el desempeño físico actual (Cheval et al., citados en Brand y Cheval, 2019), por lo que una solución tentativa puede ser crear condiciones que maximicen el placer durante el ejercicio y la actividad física para contrarrestar la tendencia a reducir el costo energético de modo que las personas se puedan

sentir relajadas, con energía y enfocadas hacia la implementación de planes e intenciones (Brand y Cheval, 2019). En este sentido, es probable que las características de los participantes (todos eran novatos y la mitad de ellos presentaba sobrepeso), las características del lugar donde se realizaron las sesiones de ejercicio, las políticas y la cultura laboral de dicha institución, la evaluación afectiva de los participantes hacia el ejercicio, el horario y la experiencia del interventor hayan tenido un efecto negativo en la adherencia al programa de ejercicio.

Respecto a las expectativas y motivaciones, llama la atención las respuestas de dos de las participantes del Grupo 1 que concluyeron la intervención, donde una de ellas obtuvo cuatro puntos en el pretest de depresión y cero en el pretest de ansiedad, mientras que la otra participante obtuvo cero puntos en ambos pretest, y ambas participantes obtuvieron 0 puntos en los postest tanto de depresión como de ansiedad. Es posible que el sesgo por deseabilidad social haya influido en las respuestas de estas participantes, particularmente porque una de ellas cuenta con un título de licenciatura en psicología y la otra en trabajo social. El sesgo por deseabilidad social, de acuerdo con la APA (s.f., 3), es la tendencia de los individuos a presentarse de una manera favorable hacia los demás y a menudo se asocia con cuestionarios de autoinforme (Furr, 2010); en este sentido, es posible que estas participantes, por su título profesional, se inclinen a presentarse hacia los demás como personas sin problemas emocionales o psicológicos. Otra posible explicación a las puntuaciones obtenidas por estas participantes (o por lo menos de la participante con una formación profesional en el campo de la psicología) es que haya existido un interés por conocer las técnicas de la terapia cognitivo-conductual y no tanto por resolver un problema de tipo psicológico. Además, como se mencionó anteriormente, la decisión por participar en la intervención pudo haber sido resultado de la presencia de los directivos de la institución durante la invitación y no necesariamente por un motivo intrínseco.

Por último, en cuanto a las limitaciones metodológicas, es posible que los integrantes de los grupos se hayan comunicado entre ellos, lo que se conoce como difusión de los tratamientos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), y comparado el esfuerzo involucrado en cada uno de los grupos (una sesión a la semana en un lugar relativamente agradable *versus* cinco sesiones semanales de ejercicio bajo el sol); así, esta comparación puede haber influido en la decisión de permanecer o no en el programa de ejercicio.

En conclusión, es necesario mencionar en primer lugar que las limitaciones metodológicas del estudio no son su mayor problema, sino quizás el hecho de que la intervención no corresponde a las necesidades de un grupo de personas o de una comunidad en general. Es posible aventurar que la decisión del director sobre aplicar la intervención a los trabajadores de la institución sea una necesidad normativa de acuerdo con su criterio y a su posición, pero no una necesidad percibida ni expresada por los trabajadores (Maya-Jariego, 2003). Los resultados obtenidos carecen entonces de validez interna por las limitaciones recién listadas y, como consecuencia, carecen de validez externa ante la imposibilidad de generalizar los resultados hacia otras personas o poblaciones (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). En segundo lugar, existe una gran cantidad de investigación que documenta los beneficios del ejercicio sobre la salud mental y aunque los resultados de este estudio no coinciden con la mayoría de los hallazgos encontrados, esto se debe interpretar principalmente como una inadecuada selección de la muestra que resultó de factores fuera del control del interventor y no como evidencia contraria a lo que ya ha sido encontrado por otros investigadores. Finalmente, dada la prevalencia de los trastornos de depresión y ansiedad, el incremento mundial de los mismos, el impacto personal y sus repercusiones sociales, es importante seguir evaluando y considerando otros tipos de intervención además de la terapia tradicional para dar atención a una población cada vez más creciente con síntomas depresivos

y de ansiedad que por diversas razones no tienen acceso o rehúsan acudir a los servicios de salud mental.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2022). *Anxiety Disorders*. En Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).
- American Psychological Association (s.f., 1). Anxiety. En *APA dictionary of psychology*.
- American Psychological Association (s.f., 2). Depression. En *APA dictionary of psychology*.
- American Psychological Association (s.f, 3). Social desirability. En *APA dictionary of psychology*.
- American Psychological Association (2017). *How Do I Choose Between Medication and Therapy?* <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/medication-or-therapy#:~:text=For%20anxiety%20disorders%2C%20cognitive%2Dbehavioral,improve%20outcomes%20from%20psychotherapy%20alone>
- American Psychological Association (2019). *APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression across three age cohorts*. <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of exercise and physical activity on anxiety. *Frontiers in psychiatry*, 4, 27. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00027>.
- Anxiety & Depression Association of America. (2021). *Exercise for Stress and Anxiety*. <https://adaa.org/living-with-anxiety/managing-anxiety/exercise-stress-and-anxiety>.
- Beck, A., & Alford, B. (2009). *Depression. Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brower.

Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893>

Beck, A., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II) [Registro de base de datos]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

Better Health Channel. (s.f.). Running and jogging - health benefits. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/running-and-jogging-health-benefits>

Blázquez, F. P., Pérez, K. S. M., Calderón, M. A. B., & Medina, M. P. M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187.

Brand, R., & Cheval, B. (2019). Theories to explain exercise motivation and physical inactivity: ways of expanding our current theoretical perspective. *Frontiers in Psychology*, 10, 1147.

Brand, R., & Ekkekakis, P. (2018). Affective–reflective theory of physical inactivity and exercise. *German Journal of exercise and sport research*, 48(1), 48-58.

Bullis, J., & Hofmann, S. (2015). Adult Anxiety and Related Disorders. En C. Nezu y A. Nezu (Eds.), *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies* (pp. 291-311). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733255.013.002>

Carmona-Huerta, J., Durand-Arias, S., Rodriguez, A., Guarner-Catalá, C., Cardona-Muller, D., Madrigal-de-León, E., & Alvarado, R. (2021). Community mental health care in Mexico: a regional perspective from a mid-income country. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-10.

Chand, S., y Marwaha, R. (2019). *Anxiety*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/#:~:text=Anxiety%20disorders%20appear%20to%20be>

Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud pública de México*, 62(6), 840-850.

Comisión Nacional de Cultura Física y del Deporte (2021). Programa Institucional 2021-2024.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5617903&fecha=10/05/2021#gsc.tab=0

Cruz-Robazzi, M. L., Mauro, M. Y., Dalri, R. D., da Silva, L., Secco, I. A., & Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52-64.

Dempsey, P. C., Biddle, S. J., Buman, M. P., Chastin, S., Ekelund, U., Friedenreich, C. M., Katzmarzyk, P., Leitzmann, M., Stamatakis, E., van der Ploeg, H., Willumsen, J. & Bull, F. (2020). New global guidelines on sedentary behaviour and health for adults: broadening the behavioural targets. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 1-12.

Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477.

Ellingson, L. D., Meyer, J. D., Shook, R. P., Dixon, P. M., Hand, G. A., Wirth, M. D., Paluch, A. E., Burgess, S., Hebert, J. R., & Blair, S. N. (2018). Changes in sedentary time are associated with changes in mental wellbeing over 1 year in young adults. *Preventive medicine reports*, 11, 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.07.013>.

Estrada, B., Delgado, C., Landero, R., & González, M. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136.

Fernandez, R., Sikhosana, N., Green, H., Halcomb, E. J., Middleton, R., Alananzeh, I., Trakis, S. & Moxham, L. (2021). Anxiety and depression among healthcare workers during

the COVID-19 pandemic: A systematic umbrella review of the global evidence. *BMJ open*, 11(9), e054528.

Furr, R. (2010). Social desirability . *Encyclopedia of Research Design*.

García, G. P. A., Fracarolli, I. F. L., Dos Santos, H. E. C., de Oliveira, S. A., Martins, B. G., Santin Junior, L. J., Marziale, M. H. P., & Rocha, F. L. R. (2022). Depression, anxiety and stress in health professionals in the COVID-19 context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4402.

Granero-Jiménez, J., López-Rodríguez, M. M., Dobarrio-Sanz, I., & Cortés-Rodríguez, A. E. (2022). Influence of physical exercise on psychological well-being of young adults: a quantitative study. *International journal of environmental research and public health*, 19(7), 4282.

Gray, R. (2020, junio). *Q&A: ¿When and how does anxiety become a problem?* Horizon The EU Research and Innovation Magazine. <https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/horizon-magazine/qa-when-and-how-does-anxiety-become-problem#:~:text=Anxiety%20becomes%20problematic%20when%20it,to%20cope%20with%20everyday%20challenges>.

Grupo de Investigación de Ingeniería Tisular. (s.f.). IV. Factores de Validez en los Diseños Experimentales. http://histologia.ugr.es/pdf/Metodologia_IV.pdf.

Hammar, Å. (2012). Automatic Information Processing. En N.M. Seel (Ed.) *Encyclopedia of the Sciences of Learning*. Springer.

Hayes, A., & Cummings, J. (2009). Cognitive Behavioral Therapy. En R. Ingram (Ed.) *The International Encyclopedia of Depression* (pp. 148-158). Academic Press.

Helfland, B. K., & Mukamal, K. J. (2013). Healthcare and lifestyle practices of healthcare workers: do healthcare workers practice what they preach? *JAMA internal medicine*, 173(3), 242-244.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-hill.

Hollon, S., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. En I. Gotlib y C. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression (586-603)*. The Guilford Press.

Holtzclaw, L., Arlinghaus, K. R., & Johnston, C. A. (2021). The health of health care professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine, 15*(2), 130-132.

Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018). *Salud mental en México*.

https://www.foroconsultivo.org.mx/INCYTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

Ingram, R. (2009). Risk. En R. Ingram (Ed.), *The international encyclopedia of depression* (pp. 475-477). Springer Publishing Company.

Ingram, R. (2009a). Cognitive Theories of Depression. En R. Ingram (Ed.), *The International Encyclopedia of Depression* (164-169). Academic Press.

Ingram, R. (2012). Depression. En V. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 1, pp. 682-689). Academic Press.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021a). *Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mopradef/doc/resultados_mopradef_nov_2021.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021b). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado*.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19. Resultados nacionales*.

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCOVID19ResultadosNacionales.pdf>.

Jauch, M., Occhipinti, S., & O'Donovan, A. (2023). The stigmatization of mental illness by mental health professionals: Scoping review and bibliometric analysis. *PloS one*, *18*(1), e0280739. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280739>

Jetté, M., Sidney, K., & Blümchen, G. (1990). Metabolic equivalents (METs) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clinical cardiology*, *13*(8), 555–565. <https://doi.org/10.1002/clc.4960130809>.

Joorman, J. (2009). Cognitive aspects of depression. En I. Gotlib y C. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 298-321). The Guilford Press.

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, *30*(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

Lam, R. W. (2018). *Depression*. Oxford University Press.

Leal, P. C., Goes, T. C., da Silva, L. C. F., & Teixeira-Silva, F. (2017). Trait vs. state anxiety in different threatening situations. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *39*, 147-157.

López, M. (2013). Evaluación de los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) y Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS). UNAM. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/CESSA_CAAPS_IF.pdf

Lucas-Hernández, A., González-Rodríguez, V., López-Flores, A., Kammar-García, A., Mancilla-Galindo, J., Vera-Lastra, O., Jiménez-López, J., & Peralta-Amaro, A. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19.

Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 60(5), 556-62.

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/4583/4429.

Marques, L. (2018). *Do I have anxiety or worry: What's the difference?* Harvard Health Publishing. [https://www.health.harvard.edu/blog/do-i-have-anxiety-or-worry-whats-the-difference-](https://www.health.harvard.edu/blog/do-i-have-anxiety-or-worry-whats-the-difference-2018072314303#:~:text=Normal%20levels%20of%20anxiety%20lie,negatively%20interfere%20with%20daily%20functioning)

[2018072314303#:~:text=Normal%20levels%20of%20anxiety%20lie,negatively%20interfere%20with%20daily%20functioning](https://www.health.harvard.edu/blog/do-i-have-anxiety-or-worry-whats-the-difference-2018072314303#:~:text=Normal%20levels%20of%20anxiety%20lie,negatively%20interfere%20with%20daily%20functioning).

Marques-Sule, E., Miró-Ferrer, S., Muñoz-Gómez, E., Bermejo-Fernández, A., Juárez-Vela, R., Gea-Caballero, V., Martínez-Muñoz, M. & Espí-López, G. V. (2021). Physical activity in health care professionals as a means of primary prevention of cardiovascular disease: A STROBE compliant cross-sectional study. *Medicine*, 100(22), e26184. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026184>

Maya-Jariego, I. (2003). Diseño, evaluación e implantación de un proyecto de intervención social. En F. Loscertales y Núñez, T. (Coords.) *Comunicación e Intervención. Módulo 10: Revisión del proyecto y redacción final de la Tesis de Maestría*. Universidad de Sevilla.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., Velázquez, J., Guiot, E., Ruíz, J., Rodas, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1-16.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Wang, P. S., Lara, C., Berglund, P., & Walters, E. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *The American journal of psychiatry*, 163(8), 1371–1378. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1371>

Medline plus en español. (s. f.). *Ansiedad*.

https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html#cat_79.

Mental Health America. (s.f.). *Am I depressed or just sad?*

https://screening.mhanational.org/content/am-i-depressed-or-just-sad/?layout=actions_g

Muskin, P. (Junio, 2021). *What are anxiety disorders?* American Psychiatric Association. <https://psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>.

National Institute for Occupational Safety and Health (2022). *La salud mental de los trabajadores de la salud*. <https://www.cdc.gov/niosh/newsroom/feature/lasaludmental.html>

National Research Council. (2009). *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. National Academies Press.

Organización Mundial de la Salud (Abril 4, 2002). *Physical inactivity a leading cause of disease and disability, warns WHO*. <https://www.who.int/news/item/04-04-2002-physical-inactivity-a-leading-cause-of-disease-and-disability-warns-who#:~:text=Sedentary%20lifestyles%20increase%20all%20causes,lipid%20disorders%2C%20depression%20and%20anxiety>.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *ACTIVE: a technical package for increasing physical activity*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330363/9789243514802-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Organización Mundial de la Salud. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *World Health Organization*.

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*.

<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.

Organización Mundial de la Salud. (2022b). World failing in ‘our duty of care’ to protect mental health and well-being of health and care workers, finds report on impact of COVID-19. <https://www.who.int/news/item/05-10-2022-world-failing-in--our-duty-of-care--to-protect-mental-health-and-wellbeing-of-health-and-care-workers--finds-report-on-impact-of-covid-19>

Organización Mundial de la Salud. (2022c). *Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo*. <https://icd.who.int/browse11/1-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1336943699>.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. *Pan American Health Organization/World Health Organization*.

Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.

Park, J. H., Moon, J. H., Kim, H. J., Kong, M. H., & Oh, Y. H. (2020). Sedentary lifestyle: overview of updated evidence of potential health risks. *Korean journal of family medicine*, 41(6), 365.

Parra, E., Arone, A., Amadori, S., Mucci, F., Palermo, S., & Marazziti, D. (2020). Impact of Physical Exercise on Psychological Well-being and Psychiatric Disorders. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 3(2), 54-64.

Pate, R. R., O'Neill, J. R., & Lobelo, F. (2008). The evolving definition of "sedentary". *Exercise and sport sciences reviews*, 36(4), 173-178.

Patel, H., Alkhawam, H., Madanieh, R., Shah, N., Kosmas, C. E., & Vittorio, T. J. (2017). Aerobic vs anaerobic exercise training effects on the cardiovascular system. *World journal of cardiology*, 9(2), 134–138. <https://doi.org/10.4330/wjc.v9.i2.134>

Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *Lancet (London, England)*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)

Ramos-Galarza, C. A. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1-6.

Ries, F., Castañeda-Vázquez, C., Campos-Mesa, M., & Del Castillo-Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 12(2), 9-16.

Rodulfo, J. I. A. (2019). Sedentarism, a disease from xxi century. *Clínica E Investigación En Arteriosclerosis (English Edition)*, 31(5), 233-240.

Ruiz, M., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Descleé de Brouwer.

Rutgers University Libraries. (2022, Noviembre 22). *Systematic Reviews in the Health Sciences*.
<https://libguides.rutgers.edu/c.php?g=337288&p=2273209#:~:text=Causal%2Dcomparative%2Fquasi%2Dexperimental,but%20with%20some%20key%20differences.>

Sanabria-Ferrand, P. A., González, L. A., & Urrego, D. Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217.

Sanchez-Villegas, A., Ara, I., Guillen-Grima, F., Bes-Rastrollo, M., Varo-Cenarruzabeitia, J. J., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2008). Physical activity, sedentary index,

and mental disorders in the SUN cohort study. *Medicine and science in sports and exercise*, 40(5), 827.

Secretaría de Salud (2022). *2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>.

Siddaway, A. P., Taylor, P. J., & Wood, A. M. (2018). Reconceptualizing Anxiety as a Continuum That Ranges From High Calmness to High Anxiety: The Joint Importance of Reducing Distress and Increasing Well-Being. *Journal of personality and social psychology*, 114(2), e1.

Susser, E., Alvarado, R., & Mascayano, F. (2021). The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). *Pan American Health Organization*.

Thase, M. E., & Lang, S. S. (2004). *Beating the blues: New approaches to overcoming dysthymia and chronic mild depression*. Oxford University Press.

Torres, F. (2020). *What is depression?* American Psychiatric Association. <https://psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.

Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista mexicana de urología*, 80(3), 1-9.

Vargas-Terrez, B. E., & Villamil-Salcedo, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud mental*, 39(1), 3-9.

APÉNDICES

Apéndice 1. Constancia de intervención

CONSTANCIA DE INTERVENCIÓN PARA ELABORACIÓN DE MANUSCRITO

Profesora Arantxa Elizarrarás Ríos
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Por medio de la presente se hace constar que el C. Martín Sandoval Castañeda, con número de cuenta 419092863, alumno de la carrera de Licenciatura en Psicología del SUAyED de la FES Iztacala-UNAM, realizó en esta institución la investigación de título "Intervenciones Cognitivo-Conductual y de Ejercicio Aeróbico en Trabajadores de la Salud en Zacatecas", desde el día 12 de Enero hasta el día 10 de Marzo del presente año.

A petición del interesado y para los fines académicos que al interesado convengan se extiende la presente el día 30 del mes de Mayo del año 2023.



DRA. EDITH ROCIO CARDONA ALVARADO
DIRECTORA DEL CESSA RIO GRANDE



CESSA
CENTRO DE SALUD
CON SERVICIOS AMPLIADOS
JURISDICCION SANITARIA IV
RIO GRANDE ZAC.

Sello de la institución

Apéndice 2. Convocatoria



Psicología SUAYED
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Efectos del Ejercicio Aeróbico en la Salud Mental

La investigación tiene como propósito comparar la eficacia de un programa de ejercicio aeróbico contra una intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual para reducir los niveles de depresión y ansiedad en un grupo de personas con estilo de vida sedentario. Los objetivos específicos son los siguientes:

- ♦ Implementar un programa de ejercicio aeróbico de ocho semanas en un grupo de adultos con estilo de vida sedentario.
- ♦ Implementar una intervención grupal cognitivo-conductual en un grupo de adultos con estilo de vida sedentario
- ♦ Implementar un programa de ocho semanas de ejercicio aeróbico más terapia cognitivo-conductual en un grupo de adultos con estilo de vida sedentario
- ♦ Reducir los niveles de depresión y ansiedad del grupo de participantes en la intervención .

Para alcanzar estos objetivos se espera:

Reunir una población máxima de 16 personas adultas interesadas en participar en cualquiera de los siguientes grupos:

* Grupo 1: Recibirá un entrenamiento físico aeróbico (caminar+correr+estiramiento) durante 8 semanas (4-5 días por semana). Posteriormente recibirá terapia grupal con un enfoque cognitivo-conductual

* Grupo 2: Recibirá terapia grupal cognitivo-conductual durante 8 semanas (1 sesión por semana). Posteriormente recibirá el entrenamiento físico aeróbico

* Grupo 3: Recibirá entrenamiento físico aeróbico + terapia grupal cognitivo-conductual de manera simultánea

El estudio se realizará en dos etapas (fechas por confirmar):

Etapas 1, 8 semanas (Enero a Marzo): Entrenamiento para el Grupo 1, Terapia grupal para el Grupo 2

Etapas 2, 8 semanas: (Julio a Agosto): Terapia grupal para el Grupo 1, Entrenamiento para el Grupo 2, Terapia + Entrenamiento para el Grupo 3

NOTAS IMPORTANTES:

- Los participantes serán colocados en cualquiera de los tres Grupos de manera aleatoria
- Todos los participantes deberán llenar cuestionarios obligatorios al inicio y al final del estudio. El Grupo 3 contestará los cuestionarios al mismo tiempo que los Grupos 1 y 2
- Toda la información de los participantes será estrictamente confidencial

REQUISITOS

- Ser mayor de edad
- Capacidad para hacer ejercicio aeróbico
- No ser deportistas activos
- No encontrarse en tratamiento psicológico

¿TE GUSTARÍA PARTICIPAR?

Reflexiona y considera participar en esta investigación:

- ♦ Si eres una persona poco activa o con estilo de vida sedentario.
- ♦ Si tienes sentimientos de tristeza, deseos constantes de llorar, o sientes un vacío en tu existencia.
- ♦ Si sientes que tienes demasiadas cosas por hacer o demasiados problemas que enfrentar y sientes que no puedes descansar.
- ♦ Si duermes más de lo habitual, no puedes dormir, o tienes problemas para levantarte de la cama por la mañana.
- ♦ Si las preocupaciones ocupan una parte importante de tu día o te causan síntomas físicos.
- ♦ Si has perdido interés en tus actividades habituales, el mundo que te rodea o la vida en general.
- ♦ Si has perdido la esperanza o la motivación, o sientes que no tienes futuro.
- ♦ Si te sientes angustiado con los demás o temes estar con otras personas
- ♦ Si quieres recuperar tu bienestar mental y tu salud emocional.

- El lugar y las fechas de inicio de las Etapas 1 y 2 se confirmarán a la mayor brevedad posible
- Se llevará a cabo en la ciudad de Rio Grande, Zaca-tecas

Para mayor información contactar a:




Martín Sandoval Castañeda

Licenciatura en Psicología, SUAYED UNAM

marsandoval67@gmail.com

WhatsApp 492 171 2400

Apéndice 3. Preevaluación



Pre-evaluación

☑

Consentimiento informado

Objetivo
Evaluar la eficacia de un taller compuesto por una intervención basada en el enfoque cognitivo-conductual y un programa de ejercicio aeróbico para reducir los niveles de depresión y ansiedad en personas con un estilo de vida sedentario.

Procedimiento
El estudio incluye la aplicación de diversos instrumentos orientados a la detección de síntomas ansiosos y depresivos, tales como el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck
Recibirá un tratamiento basado que incluye la implementación de 8 sesiones, con una duración de una hora y treinta minutos aproximadamente cada una.
Riesgos e Incomodidades: No se ha detectado ningún riesgo o incomodidad en la participación en esta investigación.
Confidencialidad: Los datos de los participantes serán tratados con confidencialidad, siendo destruidos una vez concluido el estudio y transcurridos 5 años.
Beneficios: Recibir tratamiento psicológico basado en evidencia científica, sin costo.
Participación: Su participación en este programa es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento que desee. Si desea retirarse del programa, notifique al investigador con anticipación.

Si tiene alguna duda, pregunta o disconformidad, puede aclararla con el responsable del estudio Martín Sandoval Castañeda o el Dr. Juan Gómez, director de la institución.

Back Next Page 2 of 5 Clear form

Apéndice 4a. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo.....

Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

		No me siento triste.	0
1.	Tristeza	Me siento triste gran parte del tiempo.	1
		Me siento triste todo el tiempo.	2
		Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	3
2.	Pesimismo	No estoy desalentado respecto del mi futuro	0
		Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo	1

		No espero que las cosas funcionen para mí.	2
		Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	3
3.	Fracaso	No me siento como un fracasado.	0
		He fracasado más de lo que hubiera debido	1
		Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos	2
		Siento que como persona soy un fracaso total	3
4.	Pérdida de Placer	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	0
		No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	1
		Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	2
		No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	3
5.	Sentimientos de Culpa	No me siento particularmente culpable.	0

		Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	1
		Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	2
		Me siento culpable todo el tiempo	3
6.	Sentimientos de Castigo	No siento que este siendo castigado	0
		Siento que tal vez pueda ser castigado	1
		Espero ser castigado	2
		Siento que estoy siendo castigado	3
7.	Disconformidad con uno mismo	Siento acerca de mi lo mismo que siempre	0
		He perdido la confianza en mí mismo	1
		Estoy decepcionado conmigo mismo	2
		No me gusto a mí mismo	3

8.	Autocrítica	No me critico ni me culpo más de lo habitual	0
		Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	1
		Me critico a mí mismo por todos mis errores	2
		Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	3
9.	Pensamientos o Deseos Suicidas	No tengo ningún pensamiento de matarme	0
		He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	1
		Querría matarme	2
		Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	3
10.	Llanto	No lloro más de lo que solía hacerlo	0
		Lloro más de lo que solía hacerlo	1
		Lloro por cualquier pequeñez	2

		Siento ganas de llorar, pero no puedo	3
11.	Agitación	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual	0
		Me siento más inquieto o tenso que lo habitual	1
		Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	2
		Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	3
12.	Pérdida de Interés	No he perdido el interés en otras actividades o personas	0
		Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	1
		He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	2
		Me es difícil interesarme por algo	3
13.	Indecisión	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	0

		Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	1
		Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	2
		Tengo problemas para tomar cualquier decisión	3
14.	Desvalorización	No siento que yo no sea valioso	0
		No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme	1
		Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	2
		Siento que no valgo nada	3
15.	Pérdida de Energía	Tengo tanta energía como siempre	0
		Tengo menos energía que la que solía tener	1
		No tengo suficiente energía para hacer demasiado	2
		No tengo energía suficiente para hacer nada	3

16.	Cambios en los Hábitos de Sueño	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	0
		Duermo un poco menos que lo habitual	1
		Duermo mucho menos que lo habitual	2
		Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	3
17.	Irritabilidad	No estoy tan irritable que lo habitual	0
		Estoy más irritable que lo habitual	1
		Estoy mucho más irritable que lo habitual	2
		Estoy irritable todo el tiempo	3
18.	Cambios en el Apetito	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	0
		Mi apetito es un poco menor que lo habitual	1
		Mi apetito es mucho menor que antes	2

		No tengo apetito en absoluto	3
19.	Dificultad de Concentración	Puedo concentrarme tan bien como siempre	0
		No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	1
		Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	2
		Encuentro que no puedo concentrarme en nada	3
20.	Cansancio o Fatiga	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	0
		Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	1
		Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	2
		Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	3
21.	Pérdida de Interés en el Sexo	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	0

Estoy menos interesado en el sexo 1
de lo que solía estarlo

Estoy mucho menos interesado en 2
el sexo

He perdido completamente el 3
interés en el sexo

Apéndice 4b. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana, incluyendo hoy.

		No	Leve	Mode.	Bast.
1.	Torpe o entumecido	0	1	2	3
2.	Acalorado	0	1	2	3
3.	Con temblor en las piernas	0	1	2	3
4.	Incapaz de relajarse	0	1	2	3
5.	Con temor a que ocurra lo peor	0	1	2	3
6.	Mareado, o que se le va la cabeza	0	1	2	3
7.	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	0	1	2	3
8.	Inestable	0	1	2	3

9.	Atemorizado o asustado	0	1	2	3
10.	Nervioso	0	1	2	3
11.	Con sensación de bloqueo	0	1	2	3
12.	Con temblores en las manos	0	1	2	3
13.	Inquieto, inseguro	0	1	2	3
14.	Con miedo a perder el control	0	1	2	3
15.	Con sensación de ahogo	0	1	2	3
16.	Con temor a morir	0	1	2	3
17.	Con miedo	0	1	2	3
18.	Con problemas digestivos	0	1	2	3

19.	Con desvanecimientos	0	1	2	3
20.	Con rubor facial	0	1	2	3

Apéndice 5. Guion de Relajación Progresiva Muscular

Instrucciones: “Estaremos tensando y relajando secuencialmente varios grupos musculares. Cada músculo debe tensarse a un nivel del 50 %; no deben esforzarse. Si tienen dolor en cualquier parte de su cuerpo, omitan ese grupo de músculos y concéntrense en su respiración. Mantendremos la tensión en cada grupo muscular durante 10 segundos, y luego mantendremos la relajación durante 30 segundos. Vamos a empezar por no cruzar los brazos ni las piernas. Concéntrense suavemente en un punto frente a ustedes en algún lugar del piso o, si se sienten cómodos, cierren los ojos. Solo permítanse relajarse lo más posible y concéntrense en cada grupo muscular a medida que avanzamos. Ahora centren su atención en...

1. Apretar los puños por 10 segundos,

Ahora relajen sus puños por 10 segundos (repetir por cada grupo de músculos).

2. Doblar las manos hacia atrás a la altura de las muñecas.

Noten la diferencia entre la tensión y relajación en sus músculos.

3. Flexionar los músculos de tus bíceps.

Noten la pesadez, cosquilleo o calor que sientan en sus músculos cuando los relajan.

4. Empujar los hombros hacia atrás en la silla.

5. Encorvar los hombros hacia las orejas.

6. Inclinar la cabeza hacia el hombro izquierdo.

7. Inclinar la cabeza hacia el hombro derecho.

8. Con la cabeza hacia abajo, llevar la barbilla hacia el pecho.

9. Presionar la cabeza hacia atrás contra la silla.

10. Tomar una respiración profunda y sostenerla por unos segundos.

11. Tensar el estómago contrayendo los músculos.

12. Fruncir la frente.

13. Cerrar los ojos con fuerza.
14. Abrir bien la boca.
15. Fruncir los labios.
16. Apretar ligeramente los dientes.
17. Arquear la espalda.
18. Estirar la pierna derecha y doblar los dedos de los pies hacia atrás.
19. Estirar la pierna izquierda y doblar los dedos de los pies hacia atrás.
20. Estirar la pierna derecha y apuntar el pie lejos del cuerpo.
21. Estirar la pierna izquierda y apuntar el pie lejos del cuerpo.
22. Encoger los dedos de los pies
23. Ahora pueden abrir sus ojos y relajar todo su cuerpo.

Apéndice 6. Registro diario del estado de ánimo

Registro Diario del Estado de Ánimo								
Semana								
Nombre		Fecha						
Día		Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Puntuación diaria	Mejor	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6
	Promedio	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2
	Peor	1	1	1	1	1	1	1
								<u>Promedio/Semana</u>

Apéndice 7. Ejercicio Estados de ánimo

Ejercicio Identificando estados de ánimo

a) Describa una situación en la cual usted reaccionó de manera muy fuerte.

b) Enseguida identifique el sentimiento o estado de ánimo que tuvo durante o después de haber estado en esa situación y qué tan fuerte fue (0-100). Hágalo por 4 o 5 situaciones

a) Situación:

b) Estado de ánimo:

c) Situación:

d) Estado de ánimo:

e) Situación:

f) Estado de ánimo:

g) Situación:

h) Estado de ánimo:

i) Situación:

j) Estado de ánimo:

k) Situación:

l) Estado de ánimo:

Apéndice 8. Pensamientos y emociones (Detonadores de depresión)

Emoción	Tipos de pensamientos que conducen a esta emoción	Ejemplo
Tristeza	Pensamientos de pérdida, rechazo o fracaso	“No les caigo bien”. "Nunca voy a ser lo suficientemente bueno."
Culpabilidad, vergüenza	Pensamientos de que no has cumplido con ciertos estándares: los propios, los de otra persona o los de tu cultura. La culpa resulta de la autocondenación y la vergüenza por temor a la reacción de los demás.	"No debería haber hecho eso". “Debería haber estudiado más”. “No soy lo que mi familia quiere”.
Ira, irritación, molestia	Creer que alguien te está tratando injustamente o tratando de aprovecharse de ti. Hacer suposiciones sobre las intenciones de los demás.	“No deberían hacer eso”; “Son unos desconsiderados”
Frustración	Pensamientos de que la vida no está cumpliendo con tus expectativas y debería ser diferente	"Deberían haber llegado a tiempo". "No deberían haber hecho eso".

<p>Ansiedad, preocupación, miedo, pánico</p>	<p>Pensamientos de que estás en peligro porque algo malo va a pasar</p>	<p>“Se van a molestar conmigo”; “Qué pasará si enfermo más”</p>
<p>Inferioridad, ser inadecuada</p>	<p>Pensar cómo te comparas con alguien más</p>	<p>“No hay nada especial en mí”; “No soy tan inteligente como mis compañeros”</p>
<p>Desesperanza, desánimo</p>	<p>Pensamientos de que tus problemas son interminables y las cosas nunca van a mejorar</p>	<p>“Nunca voy a mejorar mi situación económica”; “Voy a estar sola siempre”</p>

Apéndice 9. Registro diario de pensamientos

1.Situación ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? Dónde	2. Estado de ánimo ¿Qué sentiste? Nivel (0-100%)	Pensamiento
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Apéndice 10. Distorsiones cognitivas

Distorsiones Cognitivas

1. Pensamiento en blanco y negro: Vemos las cosas, los eventos y las personas como perfectas o terribles, todas buenas o todas malas. Decimos "siempre" o "nunca" a menudo, sin ver la "zona gris" que casi siempre está ahí.

2. Catastrofización: reaccionamos ante una decepción o un fracaso como si significara el fin del mundo.

3. Saltar a conclusiones: Asumimos lo peor sin verificar la evidencia. Decidimos que le desagradamos a alguien, pero no lo comprobamos; o predecimos que sucederán cosas terribles incluso cuando no hay evidencia de ello.

4. Ignorar lo positivo: no prestamos atención a las experiencias positivas, o las rechazamos o decimos que de alguna manera "no cuentan".

5. "¡Mi culpa!": Asumimos la culpa o la responsabilidad por cosas que están fuera de nuestro control o que no son nuestro trabajo.

6. Debería: Nos criticamos a nosotros mismos o a otras personas con ideas sobre lo que absolutamente "debería" hacerse sin considerar de dónde sacamos esta idea. Ignoramos las razones por las que podríamos haber hecho lo que hicimos, o pensamos que podríamos haber tenido un conocimiento que en realidad no podríamos haber tenido. Los "debería" a veces nos dejan sintiéndonos inadecuados a pesar de nuestros intentos de motivarnos a nosotros mismos.

7. Magnificar y minimizar: Nos definimos por nuestros defectos y minimizamos nuestros puntos fuertes.

8. Etiquetas: en lugar de centrarnos en el comportamiento de las personas, hacemos afirmaciones generales: "Soy un idiota" o "Él es solo un idiota".

9. Perfeccionismo: Creemos que todos los errores son malos y deben evitarse. Debido a esto, no tomamos los riesgos necesarios para tener éxito. También podemos tratar de controlar todas las circunstancias y hacer que se ajusten a lo que creemos que es correcto.

10. Razonar a partir de nuestras emociones: Creemos que, porque nos sentimos de cierta manera, eso indica la verdad sobre una situación, y podemos actuar en consecuencia, incluso si nos duele a largo plazo.

Apéndice 11. Pensamientos + Distorsiones Cognitivas

1.Situación	2. Estado de ánimo	Pensamiento	Distorsión negativa
¿Quién?			
¿Qué?	¿Qué sentiste?		
¿Cuándo?	Nivel (0-		
¿Dónde?	100%)		
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

Apéndice 12. Diarios individuales

10-03-2023

10-03-2023

Fecha	Estado de ánimo	Reacción
Jueves		
Viernes	Enojado 20%	Enojado
Sábado		
Domingo	Ausultada 20%	
Lunes	Triste 90%	
Martes		
Miércoles		

10-03-2023

Fecha	Estado de ánimo	Reacción
Jueves		
Viernes	Enojado 60%	
Sábado		
Domingo	Felicidad 10%	F.
Lunes	Tristeza 100%	
Martes	Felicidad 100%	
Miércoles	Felicidad 100%	

10-03-2023

10-03-2023

Ejercicio Identificando estados de ánimo

a) Describe una situación en la cual usted reaccionó de manera muy fuerte.
 b) Engruñe e identifique el sentimiento o estado de ánimo que tuvo durante o después de haber estado en esa situación y que tan fuerte fue (0-100). Hágalos por 4 o 5 situaciones.

a) Situación:	Tristeza	No tiene
b) Estado de ánimo:	Felicidad	Tristeza
c) Situación:	Caja Med.	Chisoso
d) Estado de ánimo:	Angustia	Triste
e) Situación:	No tiene	Tristeza
f) Estado de ánimo:	Tristeza	Angustia
g) Situación:	Disciplina	
h) Estado de ánimo:	Angustia libre	

Registro Diario del Estado del Animo

Semana 3
Nombre 6

	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Promedio
Mejor	X	X	X	X	X	X	X	5
	8	8	8	8	8	8	8	63% = 9
	7	7	7	7	7	7	7	60% = 8.5
Regular	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	
Poor	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	

Promedio semana

* Sumar la puntuación de cada día y dividir entre 7

10-03-2023

10-03-2023

Registro Diario del Estado del Animo

Semana 3
Nombre 6

	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Promedio
Mejor	X	X	X	X	X	X	X	5
	8	8	8	8	8	8	8	63% = 9
	7	7	7	7	7	7	7	60% = 8.5
Regular	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	
Poor	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	

Promedio semana

* Sumar la puntuación de cada día y dividir entre 7

10-03-2023

10-03-2023

Registro Diario del Estado del Animo

Semana 3
Nombre 6

	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Promedio
Mejor	X	X	X	X	X	X	X	5
	8	8	8	8	8	8	8	63% = 9
	7	7	7	7	7	7	7	60% = 8.5
Regular	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	
Poor	2	2	2	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	1	

Promedio semana

* Sumar la puntuación de cada día y dividir entre 7

Apéndice 13. Presentaciones

Sesión 1

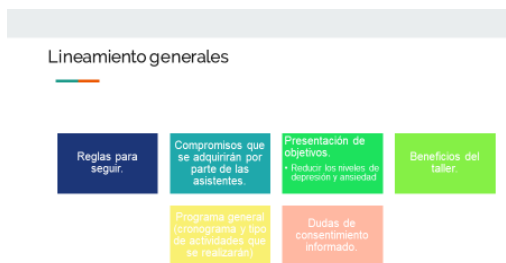
Diapositiva 1



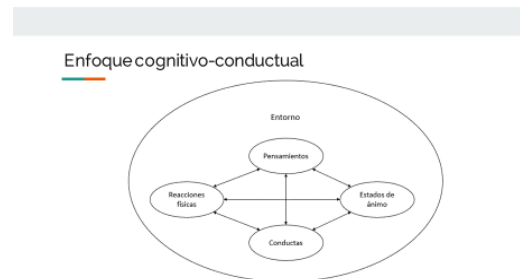
Diapositiva 2



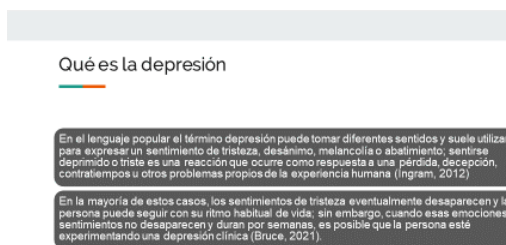
Diapositiva 3



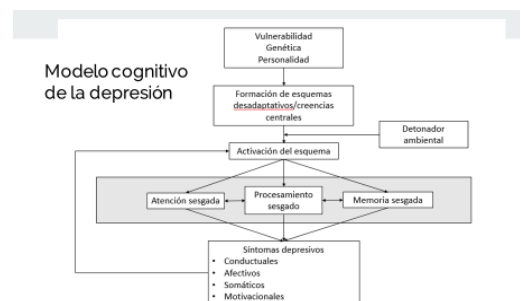
Diapositiva 4



Diapositiva 5



Diapositiva 6



Sesión 2

Diapositiva 1

Sesión 2

LA IMPORTANCIA DE MIS PENSAMIENTOS



Diapositiva 3

Pensamientos y conducta

- Ejemplo: En una reunión familiar ponen la comida para que cada quien se sirva.



Diapositiva 5

Pensamientos y entorno

- ¿Hay algo en mi experiencia que haya influido en mi manera de pensar?



Diapositiva 2

Pensamientos y estados de ánimo

- Ejemplo: Un amigo mío me presenta a María y María no volteo a verme siquiera.



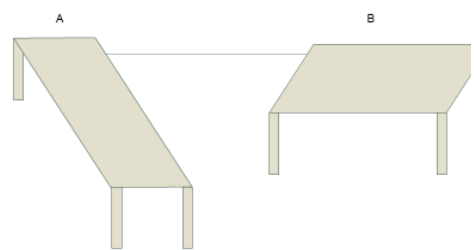
Diapositiva 4

Pensamientos y reacciones físicas

- Ejemplo: Al ver una película nuestro corazón puede latir más rápido si anticipamos una escena de miedo.



Diapositiva 5



Sesión 4

Diapositiva 1



Diapositiva 3

EJERCICIO: IDENTIFICANDO ESTADOS DE ÁNIMO

a) Describa una situación en la cual usted reaccionó de manera muy fuerte.
b) Enseguida identifique el sentimiento o estado de ánimo que tuvo durante o después de haber estado en esa situación y qué tan fuerte fue (0-100). Hágalo por 4 o 5 situaciones
a) Situación:
b) Estado de ánimo:
c) Situación:
d) Estado de ánimo:
e) Situación:
f) Estado de ánimo:
g) Situación:
h) Estado de ánimo:

Diapositiva 5

PENSAMIENTOS Y EMOCIONES (DETONADORES DE DEPRESIÓN)

Frustración	Pensamientos de que la vida no está cumpliendo con tus expectativas y debería ser diferente	"Deberían haber llegado a tiempo". "No deberían haber hecho eso".
Ansiedad, preocupación, miedo, pánico	Pensamientos de que estás en peligro porque algo malo va a pasar	"Se van a molestar conmigo". "¿Qué pasará si enfermo más?"
Inferioridad, ser inadecuado	Pensar cómo te comparas con alguien más	"No hay nada especial en mí". "No soy tan inteligente como mis compañeros"
Desesperanza, desánimo	Pensamientos de que tus problemas son interminables y las cosas nunca van a mejorar	"Nunca voy a mejorar mi situación económica". "Voy a estar solo siempre"

Diapositiva 7

Diapositiva 2

ESTADOS DE ÁNIMO

Ejemplos de estados de ánimo		
Agradecido Alegre Ansioso Asustado Atemorizado Aterrado Avergonzado Culpable	Dañado Deprimido Desilusionado Disgustado Emocionado Enfurecido Enojado Feliz Frustrado	Humillado Inseguro Irritado Locura Nervioso Orguloso Lleno de pánico Apenado Triste
Otros estados de ánimo:		

Diapositiva 4

PENSAMIENTOS Y EMOCIONES (DETONADORES DE DEPRESIÓN)

Emoción	Tipos de pensamientos que conducen a esta emoción	Ejemplo
Tristeza	Pensamientos de pérdida, rechazo o fracaso	"No les cago bien". "Nunca voy a ser lo suficientemente bueno".
Culpabilidad, vergüenza	Pensamientos de que no has cumplido con ciertos estándares: los propios, los de otra persona o los de tu cultura. La culpa resulta de la autocondenaación y la vergüenza por temer a la reacción de los demás.	"No debería haber hecho eso". "Debería haber estudiado más". "No soy lo que mi familia quiere".
Ira, irritación, molestia	Creer que alguien te está tratando injustamente o tratando de aproximarse de ti. Hace suposiciones sobre las intenciones de los demás.	"No deberían hacer eso". "Son unos desconocidos".

Diapositiva 6

IDENTIFICAR ASPECTOS COGNITIVOS DE LA DEPRESIÓN

Marque cada pensamiento que ha tenido	¿El pensamiento negativo se dirige hacia mí, mi futuro o mis experiencias?
<input type="checkbox"/> No soy bueno	
<input type="checkbox"/> Soy un fracasado	
<input type="checkbox"/> Le caigo mal a todos	
<input type="checkbox"/> Las cosas nunca se van a mejorar	
<input type="checkbox"/> Soy un perdedor	
<input type="checkbox"/> No valgo nada	
<input type="checkbox"/> Nadie me puede ayudar	
<input type="checkbox"/> He defraudado a la gente	
<input type="checkbox"/> Otros son mejores que yo	
<input type="checkbox"/> Ella (El) me odia	

Diapositiva 8

IDENTIFICAR ASPECTOS COGNITIVOS DE LA DEPRESIÓN

___ Ella (E) me odia	
___ Siempre me equivoco	
___ Mi vida es un desastre	
___ No le cago bien	
___ Esto no tiene futuro	
___ Otros están decepcionados de mí	
___ No puedo cambiar	

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS

1. Situación Quién? Qué? Cuándo? Dónde	2. Estado de ánimo Qué sentiste? Nivel (0-100%)	Pensamiento
Lunes		

Diapositiva 9

DISTORSIONES COGNITIVAS

<p>1. Pensamiento en blanco y negro: Vemos las cosas, los eventos y las personas como perfectas o terribles, todas buenas o todas malas. Decimos "siempre" o "nunca" a menudo, sin ver la "zona gris" que casi siempre está ahí.</p>
<p>2. Catastrofeización: Reaccionamos ante una decepción o un fracaso como si significaran el fin del mundo.</p>
<p>3. Saltar a conclusiones: Asumimos lo peor sin verificar la evidencia. Decimos que le desagradamos a alguien, pero no lo comprobamos; o predcimos que sucederán cosas terribles incluso cuando no hay evidencia de ello.</p>
<p>4. Ignorar lo positivo: no prestamos atención a las experiencias positivas, o las rechazamos o decimos que de alguna manera "no cuentan".</p>

Diapositiva 10

DISTORSIONES COGNITIVAS

<p>5. "Mi culpa": Asumimos la culpa o la responsabilidad por cosas que están fuera de nuestro control.</p>
<p>6. Debería: Nos criticamos a nosotros mismos o a otras personas con ideas sobre lo que absolutamente "debería" hacerse sin considerar de dónde sacamos esta idea. Ignoramos las razones por las que podríamos haber hecho lo que hicimos, o pensamos que podríamos haber tenido un conocimiento que en realidad no podríamos haber tenido. Los "debería" a veces nos dejan sintiéndonos inadecuados a pesar de nuestros intentos de motivarnos a nosotros mismos.</p>
<p>7. Amplificar y minimizar: Nos definimos por nuestros defectos y minimizamos nuestros puntos fuertes.</p>
<p>8. Etiquetas: en lugar de centrarnos en el comportamiento de las personas, hacemos afirmaciones generales: "soy un inútil" o "Es un inútil".</p>
<p>9. Perfeccionismo: Creemos que todos los errores son malos y deben evitarse. Debido a esto, no tomamos los riesgos necesarios para tener éxito. También podemos tratar de controlar todas las circunstancias y hacer que se ajusten a lo que creemos que es correcto.</p>

Diapositiva 11

DISTORSIONES COGNITIVAS

<p>10. Razonar a partir de nuestras emociones: Creemos que porque nos sentimos de cierta manera, eso indica la verdad sobre una situación, y podemos actuar en consecuencia, incluso si nos duala a largo plazo.</p>

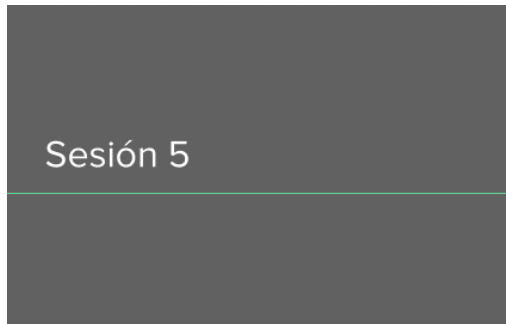
Diapositiva 12

PENSAMIENTOS + DISTORSIONES COGNITIVAS

1. Situación Quién? Qué? Cuándo? Dónde	2. Estado de ánimo Qué sentiste? Nivel (0-100%)	Pensamiento	Distorsión negativa
Lunes			
Martes			
Miércoles			

Sesión 5

Diapositiva 1



Diapositiva 2

Pensamientos automáticos



Diapositiva 3

Pensamientos automáticos

Pueden ser:

Palabras

Me van a despedir

Imágenes



Recuerdos



Diapositiva 4

Pensamientos automáticos

Situación: Voy a la tienda de ropa a comprar algo que he estado viendo las últimas semanas y me gusta mucho, al llegar a la tienda la empleada me dice que la prenda se vendió justo el día de ayer.

Pensamientos automáticos: _____

Situación: No me considero una cocinera experta pero voy a cocinar para una fiesta familiar y algunas amistades, y hago una receta que no he hecho antes. Al terminar la comida algunos invitados me dicen que la comida estuvo muy buena

Pensamientos automáticos: _____

Diapositiva 5

Pensamientos automáticos negativos

Cuando nos sentimos anímicamente mal, los pensamientos más importantes son aquellos que nos ayudan a entender nuestro estado de ánimo

¿Cómo podemos identificar los pensamientos automáticos negativos?

- ¿Qué es lo que pasaba por mi mente justo antes de que me sintiera de esta manera?
- ¿Qué imágenes o recuerdos me llegan?
- ¿Qué significa esto acerca de mí, de mi vida, de mi futuro?
- ¿Qué es lo que temo que temo que podría pasar, lo peor que podría pasar?
- ¿Qué significa para mí lo que otras personas sienten o piensan sobre mí?
- ¿Esto qué quiere decir acerca de la otra(s) persona(s)?
- ¿Rompi alguna regla, lastimé a otros, hice algo que no debí hacer?

Diapositiva 6

Conectando pensamientos y estados de ánimo

	Tristeza? Angustia? Ira? Culpa? Vergüenza?
Soy muy tonta y nunca entenderé esto	
Me van a despedir porque ya es muy tarde	
Esta persona está siendo muy injusta	
No debí haber sido tan hiriente	
Si la gente supiera cómo soy en realidad...	
Se van a reír de mí si digo lo que pienso	
Es malo pensar de esta manera	
Me insulta y miente	
No tiene caso intentarlo	
Si algo sale mal no lo voy a soportar	

Diapositiva 7

Diapositiva 8

Conectando pensamientos y estados de ánimo

	Tristeza? Angustia? Ira? Culpa? Vergüenza?
Soy muy tonta y nunca entenderé esto	Tristeza
Me van a despedir porque ya es muy tarde	Angustia
Esta persona está siendo muy injusta	Ira
No debí haber sido tan hiriente	Culpa
Si la gente supiera cómo soy en realidad...	Vergüenza
Se van a reír de mí si digo lo que pienso	Ansiedad
Es malo pensar de esta manera	Culpa
Me insulta y miente	Ira
No tiene caso intentarlo	Depresión
Si algo sale mal no lo voy a soportar	Ansiedad

Situaciones, estados de ánimo y pensamientos

1. Situación	2. Estado de ánimo	3. Pensamientos
Entregué el reporte mensual a mi jefe y lo está leyendo en frente de mí. Son las 3:30 pm y es la hora de salida	Angustia (80%) Ira (100%)	¿Qué es lo que pasaba por mi mente justo antes de que me sintiera de esta manera? Porqué lo está leyendo ahora? Está buscando algún error antes de que me vaya. ¿Qué imágenes o recuerdos me llegan? Recuerdo cuando mi maestra criticó una tarea mía frente de todo el grupo. ¿Qué es lo flemo que flemo que podría pasar, lo peor que podría pasar? No le va a gustar mi reporte, me van a despedir. ¿Esto qué quiere decir acerca de la otra(s) persona(s)? Qué desconsiderado, qué no ve que hora es?

Sesión 6

Diapositiva 1

Sesión 6

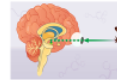
Diapositiva 2

Ansiedad

Es una emoción caracterizada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión en la que un individuo anticipa un peligro inminente, una catástrofe o una desgracia.

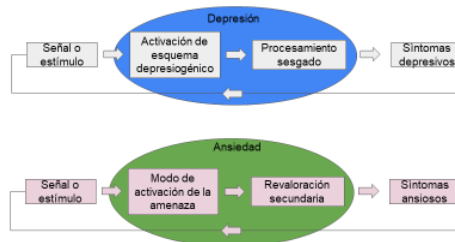
La ansiedad puede distinguirse del miedo.

- La ansiedad se considera una respuesta de acción prolongada y orientada al futuro, enfocada ampliamente en una amenaza difusa.
- El miedo es una respuesta apropiada, de corta duración y orientada a una amenaza específica claramente identificable en el presente.



Diapositiva 3

Modelos Cognitivos de la Ansiedad y la Depresión



Diapositiva 4

La ansiedad en mi vida

- Síntomas de ansiedad comunes en el grupo:
 - ¿Cuáles son mis síntomas de ansiedad y por qué decidí unirme al grupo?
- Historia de sentimientos de ansiedad en mi vida e impacto en mi vida:
 - Mi historia personal de ansiedad y su impacto negativo en mi funcionamiento social y vocacional



Diapositiva 5

Síntomas de la ansiedad

- Síntomas físicos:
 - Ataques de pánico, sofocación, alta frecuencia cardíaca, presión en el pecho, respiración rápida, inquietud, tensión y nerviosismo.
- Síntomas cognitivos:
 - Miedo excesivo, preocupación, catastrofismo o pensamiento obsesivo.
- Síntomas conductuales:
 - Evitación o escape de situaciones que pueden afectar el estudio, el trabajo o la vida social.



Diapositiva 6

Maneras De Disminuir O Responder A Los Pensamientos Dañosos Nos Hacen Sentir Mal

OPCIÓN 1: Examinar La Evidencia

- Paso 1: ¿Mayormente cierto, mayormente falso o ninguno? •••
 - ¿Cuál es la evidencia de que mi pensamiento es 100% cierto? ¿Cuál es la evidencia de mi pensamiento es 100% falso?
 - ¿Cuánto de ello creo que es cierto (porcentualmente) y cuánto de ello creo que es falso (porcentualmente)?
- Paso 2: Hable con otra persona, alguien en cuya opinión confíe •••
 - A menudo pensamos diferente cuando decimos nuestros pensamientos en voz alta a los demás. Diferentes personas tienen diferentes puntos de vista. ¿Cuál es el punto de vista de esta persona? Si tu amigo tiene este pensamiento o problema, ¿qué le dirías? ¿Debería seguir tu propio consejo?
- Paso 3: ¿Y?
 - ¿Qué pasa si mi pensamiento es 100% cierto, o mayormente cierto?
 - ¿Qué puedo hacer al respecto?
 - ¿Qué es lo peor que puede pasar?

Diapositiva 7

Diapositiva 8

Maneras De Disminuir O Responder A Los Pensamientos Dañinos | Nos Hacen Sentir Mal

OPCIÓN 2: Haz un experimento

- Si no estoy seguro de si mi pensamiento es correcto, ¿puedo hacer un experimento en el que podría reunir más evidencia para ver si es cierto?
- Por ejemplo, si mi pensamiento es:
 - "Si voy a la fiesta, no lo pasaré bien" (adivinación negativa)
- Entonces podría ser útil ir con la mente abierta y ver cómo es realmente
- ¿Cuáles son algunos experimentos que podría intentar?



Maneras De Disminuir O Responder A Los Pensamientos Dañinos | Nos Hacen Sentir Mal

OPCIÓN 3: Encontrar el antídoto para mi distorsión cognitiva
Seguir estos 3 pasos.

- **PASO 1: Identificar la distorsión cognitiva**
 - ¿Mi pensamiento dañino se ajusta a una distorsión?
 - ¿Cuál?
- **PASO 2: Identifica el antídoto para la distorsión**
 - ¿Cuál es el antídoto para la distorsión?
 - ¿Qué significa para mí?
 - ¿Cómo puedo aplicarlo a mi pensamiento específico o a mi situación específica?
- **PASO 3: Aplicar el antídoto**
 - Cuando aplico el antídoto, ¿cómo cambia mi forma de pensar?
 - Cuando mi forma de pensar cambia, ¿cambia mi sentimiento?

Diapositiva 9

Maneras De Disminuir O Responder A Los Pensamientos Dañinos | Nos Hacen Sentir Mal

Mi pensamiento: _____
 Distorsión cognitiva donde encaja mi pensamiento negativo: _____
 El antídoto: _____
 Cómo me siento después de usar el antídoto:
 a) ¿Cómo cambia mi pensamiento? _____
 b) Cuando cambia mi pensamiento, ¿cambia mi estado de ánimo? _____

Diapositiva 10

Reestructuración cognitiva

Distorsión cognitiva	Antídoto
Pensamiento de todo o nada Pensar en extremos (solo puede estar en un extremo de la escala, arriba o abajo) No equilibrado. Todo bien o todo mal. Lo mejor o lo peor. Perfecto o un fracaso	Trate de participar en un pensamiento más equilibrado. ¿Hay gri?
Filtro Negativo (ignorando lo positivo) Solo recordamos los eventos negativos. Dejamos fuera nuestros eventos positivos. Visión muy amarga y negativa.	Trate de encontrar lo positivo. Por cada cosa negativa que pi trata de escribir también en algo positivo. Escribe cosas positivas en una tarjeta. Lévalos contigo en tar revisitos a lo largo del día
Pequeñismo Cree que es más probable que sucedan cosas negativas y que las cosas positivas nunca o casi nunca sucederán.	¿Estoy ignorando cosas positivas? ¿Estoy realmente dando cosas positivas y negativas la misma oportunidad?
Exagerar Exagerar los problemas y el posible daño que podrían causar y subestimar mi capacidad para enfrentarlos.	¿Qué tan grande es este problema realmente? ¿Hacia dónde conducirá realmente? ¿Cómo podría lidiar con este problema

Diapositiva 11

Reestructuración cognitiva

Distorsión cognitiva	Antídoto
Sobregeneralización Tomar una característica o evento negativo y verlo como un patrón interminable. No le calgo bien a él/ella -> No le calgo bien a nadie. No puedo hacer esto -> No puedo hacer nada	¿Estoy suponiendo que todas las situaciones y todas las pers iguales? Esta es solo una situación, una persona. ¿Puede rec otras situaciones y personas que son diferentes?
Etiquetado (ya sea propio o de otros) Adjuntar una etiqueta negativa, en lugar de ver un error o problema. Las etiquetas pueden convertirse en profecías autocumplidas. Estúpido versus no bueno en matemáticas. Tonta vs. deja caer cosas de vez en cuando.	¿Qué es específicamente lo que no puedo hacer o lo que me ¿Qué hice vs. quién soy?
Culparse a sí mismo Pensar que suceden cosas negativas y que siempre son mi culpa.	¿Tengo yo la culpa de todo siempre? ¿Solo me pasan cosas Recordar lo bueno que me ha pasado y las cosas buenas q creado
No darse crédito a uno mismo Pensar que las cosas positivas que suceden son solo suerte o por lo que hace otra persona y nunca el resultado del esfuerzo de uno mismo.	¿Estoy pasando por alto mis fortalezas y logros? Sería bueno felicítarme por lo que acabo de pasar.

Diapositiva 12

Reestructuración cognitiva

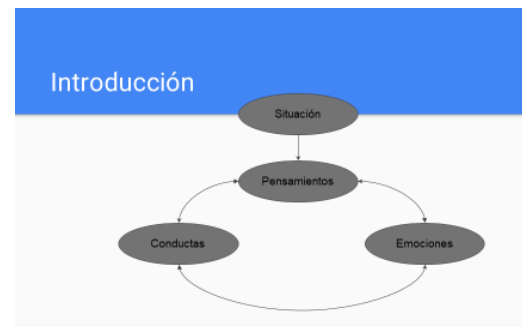
Distorsión cognitiva	Antídoto
Lectura mental Pensar que sabes lo que otros están pensando y que piensan negativamente sobre mí.	¿Podemos realmente saber lo que otros están pensando? ¿C son las posibles alternativas de por qué se están comportand manzua en que se están comportando? La mayoría de las pe probablemente están más enfocadas en sus propios problm, m.
Adivinación negativa Pensar que puedes ver cómo serán las cosas en el futuro y es malo.	¿Puedo realmente predecir el futuro? ¿Cómo sería descubrir realmente en lugar de simplemente imaginario? Las cosas pu haber cambiado de cómo están ser.
Debería Decirme a uno mismo que debería y tendréis que hacer algo. Nos hace sentir obligados y controlados a hacer cosas, y resentidos por hacerlos. Nos sobrecargamos con "deberías".	No tengo que hacer nada y las cosas no tienen que ser como guero. Sería preferible, estaría bien, pero no es necesario.

Sesión 7

Diapositiva 1

Sesión 7
Distorsiones cognitivas en la ansiedad

Diapositiva 2



Diapositiva 3

Dos tipos comunes de ansiedad

Preocupación: a menudo forma parte del "trastorno de ansiedad generalizada", pero también es una parte común de la mayoría de los problemas de ansiedad.

Temor a la ansiedad: miedo a la angustia misma, que es comúnmente asociado con el trastorno de pánico. También es una parte común de todos los trastornos de ansiedad.

Diapositiva 4

Por ejemplo:

¿Qué tal si me pongo nervioso/a al exponer?
Se van a reír de mí
Tendré que dejar mi trabajo
Me voy a equivocar
Voy a fracasar
No soy un buen expositor

Una fotografía de un hombre con un micrófono en un escenario, representando la situación de exposición que genera los pensamientos negativos.

Diapositiva 5

Por ejemplo:

¿Qué tal si me pongo nervioso/a al exponer?
Se van a reír de mí
Tendré que dejar mi trabajo
Me voy a equivocar
Voy a fracasar
No soy un buen expositor

Pensamientos automáticos negativos

Diapositiva 6

Por ejemplo:

¿Qué tal si me pongo nervioso/a al exponer?
Se van a reír de mí
Tendré que dejar mi trabajo
Me voy a equivocar
Voy a fracasar
No soy un buen expositor
Todos me van a criticar

Distorsiones cognitivas

- Pensamiento de todo o nada
- Filtro negativo
- Pesimismo
- Exagerar
- Generalizar
- Etiquetado
- Culpas
- No darse crédito
- Lectura mental
- Adivinar el futuro
- Debería

Diapositiva 7

Diapositiva 8

¿Por qué tengo estos pensamientos

- La respuesta de "lucha o huida" provoca automáticamente pensamientos negativos.
- Cuando estamos ansiosos, el cerebro quiere que pensemos en cosas potencialmente peligrosas en nuestro entorno, para mantenernos a salvo.
- Queremos que nuestro radar de ansiedad sea sensible si existe un peligro real.



Distorsiones comunes en la ansiedad

- **Sobrestimar la probabilidad de que sucedan eventos negativos:**
 - una de las tendencias más comunes cuando estamos ansiosos es predecir que sucederán cosas peligrosas en el futuro. A menudo imaginamos que algo puede suceder, incluso cuando lógicamente sabemos que es poco probable que suceda.
- **Catastrofismo:**
 - esta es una forma elegante de decir que predecimos que las cosas serían "horrible" o "horribles" si algo malo realmente sucediera. Podemos predecir que no podremos hacerle frente, y podemos tratar de encontrar formas de evitar que suceda para evitar una catástrofe.

Diapositiva 9

Distorsiones comunes en la ansiedad

- **Creencias de que la ansiedad en sí misma es peligrosa:**
 - a menudo tenemos pensamientos negativos sobre la ansiedad en sí. Podemos predecir que nos "volveremos locos", "perderemos el control", no seremos capaces de funcionar si sufrimos un ataque cardíaco, nos desmayaremos o nos asfixiaremos cuando los síntomas de ansiedad se vuelvan más extremos.
- **Creencia de que uno no puede tolerar la incomodidad, el dolor o los eventos negativos:**
 - **Cuestionamos nuestra capacidad para enfrentar eventos futuros debido a la ansiedad:**
 - "Si no puedo tolerar esto, ¿qué pasará si algo realmente malo sucede?"
 - Nos decimos a nosotros mismos "No puedo con esto" cuando experimentamos malestar y/o dolor.

Diapositiva 10

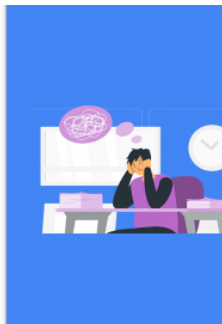
Distorsiones comunes en la ansiedad

- **Creencias positivas sobre la preocupación:**
 - la ansiedad y la preocupación a menudo parecen tener una función protectora.
 - Podemos decirnos a nosotros mismos: "Si no me preocupo por esto, en realidad puede suceder".
 - A veces, la ansiedad nos ayuda a hacer cosas que de otro modo evitaríamos confiar en ellas para motivarnos, incluso si es incómodo al mismo tiempo.
- **Pensamientos negativos sobre nosotros mismos, los demás, el mundo:**
 - Hacemos suposiciones negativas y afirmaciones generales como:
 - "Soy un perdedor", "Nunca le agradaré a nadie" o "El mundo es un lugar peligroso".
 - Este tipo de declaraciones pueden hacernos sentir más ansiosos y también nos sentimos deprimidos.

Diapositiva 11

¿Cómo identifico mis pensamientos automáticos negativos?

- El primer paso para comenzar a "reestructurar" o responder a los pensamientos negativos es identificar los pensamientos que nos causan problemas.
- Es como si estuviéramos poniendo una lupa en nuestra mente para aprender más sobre cómo pensamos.

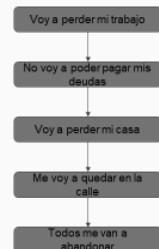


Diapositiva 12

Método Cascada de Pensamientos

Una cosa lleva a la otra: la "cascada de pensamientos"

Quando nos sentimos ansiosos, es común tener un pensamiento que lleva a un pensamiento más perturbador, que luego lleva a un pensamiento aún más perturbador, y así sucesivamente, de esta manera:



Apéndice 14. Bitácora

Semana 1		
Grupo 1	Sesión 1	Número de participantes: 5
Observaciones:		
<ul style="list-style-type: none"> Se observa una buena participación e interés de las asistentes 		

Semana 2						
Grupo 1	Sesión 2		Número de participantes: 5			
Observaciones:						
<ul style="list-style-type: none"> En el transcurso de la sesión una de las participantes parece hacer una referencia a otra de las participantes 						
Grupo 2	Primera semana					
Día	L	Mart	Mi	Jue	V	Sá
	unes	es	ércoles	ves	iernes	bado
Partici	6	6	5	Des	5	Ind
pantes				canso		ividual
Observaciones: Una de las participantes recibió indicaciones de reposo por una lesión anterior.						

Semana 3						
Grupo 1	Sesión 3			Número de participantes: 2		
Observaciones:						
<ul style="list-style-type: none"> • Una de las participantes tiene un paciente y no puede asistir a la sesión. • Otra participante se retira de la intervención de manera definitiva. Se le pregunta de manera privada por mensaje cuál es la razón y menciona no sentirse cómoda, estar “muy loca”, pero sobre todo que no le gusta hacer tarea. • Otra participante no asiste a la sesión y no da explicación alguna. • Otra participante se encuentra de vacaciones. 						
Grupo 2	Segunda semana					
Día	L	Mart	Mi	Jue	V	Sá
	unes	es	ércoles	ves	iernes	bado
Participantes	4	4	1	Descanso	1	Individual
Observaciones: Escasa asistencia por cuestiones de enfermedad o trabajo						

Semana 4		
Grupo 1	Sesión 3	Número de participantes: NA
Observaciones:		

- Se cancela la sesión 4 por un evento al que asistieron los participantes

Grupo 2		Tercera semana				
Día	L	Mart	Mi	Jue	V	Sá
	unes	es	ércoles	ves	iernes	bado
Participantes	2	1	2	Des canso	2	Ind ividual
Observaciones: Poca asistencia						

Semana 5						
Grupo 1		Sesión 4		Número de participantes: 3		
Observaciones:						
<ul style="list-style-type: none"> ● Martes 7 de febrero, se lleva a cabo la sesión 4 que se había cancelado la semana anterior ● Se reintegró una de las participantes después de vacaciones 						
Grupo 1		Sesión 5		Número de participantes: 4		
Observaciones:						
Grupo 2		Cuarta semana				
Día		Ma	Miérc	Jue	V	Sá
	unes	rtes	oles	ves	iernes	bado

Participantes	2	1	Descanso	0	Individual
---------------	---	---	----------	---	------------

Observaciones: Los dos participantes que restan no pudieron asistir lunes y viernes por cuestiones de trabajo.

Semana 6

Grupo 1	Sesión 6	Número de participantes: 3
---------	----------	----------------------------

Observaciones:

Grupo 2	Quinta semana
---------	---------------

Día	L	Mart	Mi	Jue	V	Sá
	unes	es	ércoles	ves	iernes	bado

Participantes	2	2	1	Descanso	2	Individual
---------------	---	---	---	----------	---	------------

Observaciones: Uno de los participantes realizó la sesión de ejercicio el miércoles por la tarde

Semana 7

Grupo 1	Sesión 7	Número de participantes: 4
---------	----------	----------------------------

Observaciones:

- Participación activa de todas las integrantes del grupo

Grupo 2		Sexta semana					
Día	L	Mart	Mi	Jue	V	Sá	
	unes	es	ércoles	ves	iernes	bado	
Participantes	1	1	1	Des canso	1	Ind ividual	
Observaciones: Una de las participantes estuvo enferma toda la semana							

Semana 8

Grupo 1	Sesión 8		Número de participantes: 4				
Observaciones:							
● Cierre del taller							
Grupo 2		Séptima semana					
Día	L	Mart	Mi	Jue	V	Sá	
	unes	es	ércoles	ves	iernes	bado	
Participantes	2	2	2	Des canso	1	Ind ividual	

Observaciones: Uno de los participantes no pudo asistir a la última sesión por cuestiones de trabajo.

Apéndice 15. Fichas descriptivas por sesión

Sesión #1 (Inicial)				
Objetivo: Dar la bienvenida, explicar qué es la terapia grupal y los contenidos de la intervención				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es
-6:25	6:00	Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> - Dar la bienvenida a los participantes - Informar sobre los lineamientos generales de la intervención 	BDI-II
<p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bienvenida. -Reglas para seguir. -Compromisos que se adquirirán por parte de las asistentes. -Presentación de objetivos. Reducir los niveles de depresión y ansiedad -Beneficios del taller. -Programa general (cronograma y tipo de actividades que se realizarán) -Dudas de consentimiento informado. -Aplicar el Inventario de Depresión de Beck 				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es
-6:40	6:25	Dinámica de presentación de los participantes	Los participantes se presentarán y hablarán muy brevemente sobre ellos mismo	
<p>Descripción de la actividad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nombre 2) en donde nació y creció 3) algo acerca de su familia 4) qué tipo de trabajo ha hecho 5) cuáles son las cosas que más le interesan 6) algo acerca de usted que Ud. considera especial o importante 				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es
-7:00	6:40	Introducción a la terapia grupal y la TCC	Definir en términos generales qué es la terapia grupal y el enfoque cognitivo-conductual	Presentación Powerpoint
<p>Descripción de la actividad: Se hará una presentación en PowerPoint describiendo qué es la terapia grupal, cuáles son sus características y la manera en que los participantes pueden sacar el máximo provecho de la intervención. En seguida se describirá el enfoque cognitivo-conductual y sus características principales</p>				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es
-7:20	7:00	Introducción al tema: Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Definir la depresión Presentar el modelo cognitivo de la depresión Identificar las causas de la depresión (Naturaleza vs Crianza) 	<ul style="list-style-type: none"> Modelo cognitivo Perfil de síntomas depresivos

Descripción de la actividad: Se introduce a los participantes al modelo cognitivo de la depresión y se les pedirá que compartan cómo es que ellos viven o experimentan la depresión: lo que hacen, lo que piensan, las causas a las que la atribuyen.

Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material
-7:35	7:20	Proyecto personal	Establecer metas personales de la intervención <ul style="list-style-type: none"> • ¿Sobre qué problema me gustaría trabajar? • ¿Cuáles son mis metas? 	
-7:40	7:35	Tarea Registro Diario del Estado de Ánimo	Enseñar a los participantes a utilizar el registro para la tarea	Registro Diario del Estado de Ánimo
Horario	Hora	Nombre de la Actividad	Objetivo de la actividad	Material
-7:50	7:40	Ejercicio de respiración/relajación	Instruir a los participantes en el uso de las técnicas de respiración y relajación	Guion de relajación muscular progresiva
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivos de la actividad	Material
-8:00	7:50	Cierre	Hacer una breve síntesis de los temas revisado Preparar a los participantes para la próxima sesión	
Descripción de la actividad: Recapitulación de la sesión Atención de dudas o comentarios Despedida				

Sesión #2				
Objetivo: Comprender la relación entre pensamientos, estado de ánimo y conducta				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	6:00-6:30	Inicio de sesión	Conectar la sesión anterior con la de actual Establecer agenda actual Comentar la tarea	Tarea de la sesión anterior,
<p>Descripción de la actividad: ¿Qué recuerdo acerca de los conceptos que revisamos la semana pasada? ¿Cómo fue mi registro? ¿Hice algo agradable que me ayudó a mejorar mi estado de ánimo? ¿qué pensé? ¿Qué me detuvo para hacer algo agradable? ¿qué pensé?</p>				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	6:30-6:45	Pensamientos y estados de ánimo	Ilustrar cómo los estados de ánimo que experimentamos con frecuencia dependen de nuestros pensamientos	Ejemplo: Un amigo mío me presenta a María y María no voltea a verme siquiera.
<p>Descripción de la actividad: Se presenta una situación y tres posibles interpretaciones o pensamientos que pueden surgir de esa situación y cuatro posibles estados de ánimo que resulten de esa situación. Los participantes señalan los estados de ánimo que ellos experimentarían. Se concluye mostrando cómo diferentes interpretaciones de un evento pueden conducir a diferentes estados de ánimo.</p>				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	6:45-7:00	Pensamientos y conducta	Mostrar cómo los pensamientos y la conducta usualmente se encuentran muy conectados	Ejemplo: En una reunión familiar ponen la comida para que cada quien se sirva.
<p>Descripción de la actividad: Se presenta una situación hipotética y diferentes pensamientos relacionado a esa situación ¿cuál sería mi conducta de acuerdo al pensamiento presentado?</p>				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	7:00-7:15	Pensamientos y reacciones físicas	Mostrar cómo los pensamientos también influyen en nuestras reacciones físicas.	Ejemplo: Al ver una película nuestro corazón puede latir más rápido si anticipamos una escena de miedo
<p>Descripción de la actividad: Solicitar a uno de los participantes que imagine de la manera más real posible una situación desagradable y el pensamiento o pensamientos que la</p>				

acompañan, enseguida que describa sus reacciones físicas. Enseguida pedir a los demás participantes sus impresiones.

Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	7:15	Pensamientos y entorno	Mencionar cómo el entorno influye y dan forma a nuestros pensamientos y creencias	Ninguno
Descripción de la actividad: Mencionar la manera en que el entorno (nuestra educación, cultura, normas sociales, etc.) influyen en nuestro pensamiento. Pedir a los participantes que compartan si hay algo en su experiencia que ellos creen que haya influido en su manera de pensar.				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	7:30	Ejercicio de relajación	Instruir a los participantes en las técnicas y ejercicios de respiración/relajación	Guion de relajación muscular progresiva
Descripción de la actividad: Iniciar con relajación autógena				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	7:40	Tarea Registro Diario del Estado de Ánimo	Cada participante mantendrá un registro visual de su estado de ánimo	Registro Diario del Estado del Ánimo
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
		Tarea	Identificar pensamientos negativos	Diario
Descripción de la actividad: Escribir durante el transcurso de la semana los pensamientos que aparecen cuando me siento triste o deprimido				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
	7:50	Resumen	Resumir la sesión actual y retroalimentación	Ninguno
	-8:00			

Sesión #3				
Objetivo: identificar pensamientos que causan y mantienen los sentimientos de depresión				
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-6:30	6:00	Inicio de sesión	Conectar la sesión anterior con la de actual Establecer agenda actual Comentar la tarea	Tarea de la sesión anterior,
<p>Descripción de la actividad: ¿Qué recuerdo acerca de los conceptos que revisamos la semana pasada? ¿Cómo fue mi registro? ¿Hice algo agradable que me ayudó a mejorar mi estado de ánimo? ¿qué pensé? ¿Qué me detuvo para hacer algo agradable? ¿qué pensé?</p>				
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo	Materiales
-6:35	6:30	Sentimientos y estados de ánimo	Presentar lista de sentimientos y estados de ánimo	Lista
<p>Descripción de la actividad: Presentar lista de sentimientos y estados de ánimo, conductas, situaciones y pensamientos a los participantes para que les ayude a describir lo que les pasa</p>				
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-6:45	6:35	¿Qué detona mi depresión?	Aprender a identificar los diferentes elementos que pueden estar actuando como detonantes de la depresión y ansiedad	Ejercicio Identificación de estados de ánimo
<p>Descripción de la actividad: Los participantes describen brevemente una situación que les haya provocado una reacción emocional y los sentimientos o estado de ánimo asociados, así como el grado de intensidad</p>				
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:00	6:45	Pensamientos y depresión	Presentar la tríada cognitiva	Tabla Pensamientos y emociones Ejercicio Aspectos cognitivos de la depresión
<p>Descripción de la actividad: Se muestra a los participantes la tabla de pensamientos y emociones y se les explica cómo los pensamientos se dirigen hacia uno mismo, hacia el futuro o hacia el entorno o las experiencias propias. Los participantes relacionan sus estados de ánimo con sus pensamientos.</p>				
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales

-7:15	7:00	Ejercicio Situación-pensamiento- emoción	Enseñar a los participantes la forma en que los pensamientos influyen en los sentimientos.	
Descripción de la actividad: Se describen varias situaciones o eventos y una interpretación correspondiente a cada situación. Los participantes reaccionan a esa interpretación con una emoción específica. Obtener las descripciones de los participantes de los pensamientos que influyen en sus sentimientos y animarlos a relacionar sus propias experiencias con las de los demás.				
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:40	7:30	Tarea	Identificar pensamientos que causan y mantienen un estado depresivo	Registro diario de pensamientos
Descripción de la actividad: Los participantes llevarán un registro diario de las emociones negativas que experimenten cada día y los pensamientos asociados a esas emociones				
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:50	7:40	Ejercicio de respiración/relajación		
rio	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-8:00	7:50	Cierre	Preparar a los participantes para la siguiente reunión	
Descripción de la actividad: Repasar lo que se revisó y describir las actividades de la próxima reunión				

Sesión #4				
Objetivo: Enseñar a los participantes a categorizar los pensamientos que conducen a un estado depresivo				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-6:30	6:00	Inicio de sesión	Conectar la sesión anterior con la de actual Establecer agenda actual Comentar la tarea	Tarea de la sesión anterior
Descripción de la actividad: ¿Qué recuerdo acerca de los conceptos que revisamos la semana pasada? ¿Cómo fue mi registro? ¿Hice algo agradable que me ayudó a mejorar mi estado de ánimo? ¿qué pensé? ¿Qué me detuvo para hacer algo agradable? ¿qué pensé?				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-6:45	6:30	Distorsiones cognitivas	Explicar las distorsiones cognitivas	PowerPoint
Descripción de la actividad: Se explica qué son las distorsiones cognitivas y en qué consisten				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:00	6:45	Distorsiones cognitivas	Categorizar los pensamientos negativos dentro de las distorsiones cognitivas	Tabla Distorsiones cognitivas
Descripción de la actividad: Se presenta la tabla de las distorsiones cognitivas y se pide a los participantes que den ejemplos de pensamientos negativos y en qué categoría se incluyen				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:20	7:00	Tarea	Practicar la categorización de los pensamientos negativos	Tabla Pensamientos+Distorsiones Cognitivas
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:50	7:40	Ejercicio de relajación	Practicar las técnicas de relajación	Guion de relajación muscular progresiva
Descripción de la actividad: Se practicará una de las técnicas de respiración para aliviar los sentimientos de depresión y ansiedad				
Horario	Hora	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-8:00	7:50	Cierre	Cerrar la sesión del día	

Sesión #5				
Objetivo: Reducir el nivel general, la frecuencia y la intensidad de la ansiedad para que el funcionamiento diario no se vea afectado.				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales	
-6:30	Inicio de sesión	Conectar la sesión anterior con la de actual Establecer agenda actual Comentar la tarea	Tarea de la sesión anterior	
<p>Descripción de la actividad:</p> <p>¿Qué recuerdo acerca de los conceptos que revisamos la semana pasada?</p> <p>¿Cómo fue mi registro?</p> <p>¿Hice algo agradable que me ayudó a mejorar mi estado de ánimo? ¿qué pensé?</p> <p>¿Qué me detuvo para hacer algo agradable? ¿qué pensé?</p>				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales	
-6:50	Introducción al tema: Ansiedad	Definir la ansiedad Presentar el modelo cognitivo de la ansiedad Identificar las causas de la ansiedad	Modelo cognitivo Perfil de síntomas de la ansiedad	
Descripción de la actividad: Se introduce a los participantes al modelo cognitivo de la ansiedad y se les pedirá que compartan cómo es que ellos viven o experimentan la ansiedad: lo que hacen, lo que piensan, las causas a las que la atribuyen.				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales	
-7:10	La ansiedad en mi vida (I)	Identificar los síntomas de ansiedad comunes en el grupo		
Descripción de la actividad: Pedir a cada participante que describa sus síntomas de ansiedad y el incidente que precipitó unirse al grupo de ansiedad.				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales	
-7:30	La ansiedad en mi vida (II)	Describir la historia de los sentimientos de ansiedad y el impacto en la vida diaria.		
Descripción de la actividad: Pedir a los miembros que describan sus historias personales de ansiedad, incluido el impacto negativo en su funcionamiento social y vocacional.				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales	
-7:40	Tarea	Identificar pensamientos que causan y mantienen un estado ansioso	Registro diario de pensamientos	
Descripción de la actividad: Los participantes llevarán un registro diario de las emociones negativas que experimenten cada día y los pensamientos asociados a esas emociones				

Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:50	7:40	Ejercicio de respiración/relajación		Guion de relajación muscular progresiva
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-8:00	7:50	Cierre	Preparar a los participantes para la siguiente reunión	
Descripción de la actividad: Repasar lo que se revisó y describir las actividades de la próxima reunión				

Sesión #6				
Objetivo: Reducir el nivel general, la frecuencia y la intensidad de la ansiedad para que el funcionamiento diario no se vea afectado.				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es	
-6:30	Inicio de sesión	Conectar la sesión anterior con la de actual Establecer agenda actual Comentar la tarea	Tarea de la sesión anterior	
<p>Descripción de la actividad: ¿Qué recuerdo acerca de los conceptos que revisamos la semana pasada? ¿Cómo fue mi registro? ¿Hice algo agradable que me ayudó a mejorar mi estado de ánimo? ¿qué pensé? ¿Qué me detuvo para hacer algo agradable? ¿qué pensé?</p>				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es	
-6:50	Causas de la ansiedad	Describir las causas predisponentes a largo plazo de la ansiedad y relacionarlas con la experiencia de los participantes.		
<p>Descripción de la actividad: Enseñar al grupo las causas predisponentes a largo plazo de la ansiedad (p. ej., predisposición genética; crecer en una familia donde los padres fomentaron la cautela excesiva, el perfeccionismo, la inseguridad emocional y la dependencia; o donde los padres reprimieron la asertividad). Pedir a los participantes que compartan las causas predisponentes a largo plazo de la ansiedad que pertenecen a sus propias experiencias.</p>				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es	
-7:10	¿Qué mantiene mi ansiedad?	Identificar los elementos emocionales, cognitivos y conductuales que mantienen la propia ansiedad.		
<p>Descripción de la actividad: Enseñe al grupo los elementos emocionales, cognitivos y conductuales que mantienen la ansiedad (p. ej., diálogo interno ansioso, creencias erróneas, sentimientos ocultos, falta de asertividad, tensión muscular). Animar a los participantes a identificar los elementos que mantienen su propia ansiedad.</p>				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es	
-7:30	Mi diálogo interno	Identificar el diálogo propio interno negativo que provoca ansiedad.		
<p>Descripción de la actividad: Aclarar la distinción entre pensamientos y sentimientos; ayudar a los participantes a identificar los pensamientos negativos que provocan ansiedad y que mantienen su ansiedad.</p>				
Horario	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es	

-7:40	7:30	Tarea		
Descripción de la actividad:				
ario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es
-7:50	7:40	Ejercicio de respiración/relajación		Guion de relajación muscular progresiva
ario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Material es
-8:00	7:50	Cierre	Preparar a los participantes para la siguiente reunión	
Descripción de la actividad: Repasar lo que se revisó y describir las actividades de la próxima reunión				

Sesión #7				
Objetivo: Reducir el nivel general, la frecuencia y la intensidad de la ansiedad para que el funcionamiento diario no se vea afectado.				
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-6:30	6:00	Inicio de sesión	Conectar la sesión anterior con la de actual Establecer agenda actual Comentar la tarea	Tarea de la sesión anterior
<p>Descripción de la actividad: ¿Qué recuerdo acerca de los conceptos que revisamos la semana pasada? ¿Cómo fue mi registro? ¿Hice algo agradable que me ayudó a mejorar mi estado de ánimo? ¿qué pensé? ¿Qué me detuvo para hacer algo agradable? ¿qué pensé?</p>				
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-6:50	6:30	Distorsiones cognitivas en la ansiedad	Revisar los principales tipos de distorsiones cognitivas	
<p>Descripción de la actividad: Enseñar al grupo cuáles son los principales tipos de distorsiones cognitivas que detonan la ansiedad. Pedir a los participantes que compartan las distorsiones que detonan su ansiedad</p>				
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:10	6:50	Contrarrestando mis distorsiones cognitivas	Desarrolle e implemente cogniciones de autoafirmación basadas en la realidad para contrarrestar las distorsiones cognitivas y el diálogo interno que provoca ansiedad.	
<p>Descripción de la actividad: Ayudar a los participantes a desarrollar cogniciones auto afirmativas basadas en la realidad para desafiar y reemplazar las cogniciones distorsionadas que provocan ansiedad. Asignar a los miembros a practicar en vivo desafiando y reemplazando sus cogniciones distorsionadas, negativas y que provocan ansiedad con cogniciones realistas y de autoafirmación</p>				
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:40	7:30	Tarea		
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:50	7:40	Ejercicio de respiración/relajación		Guion relajación muscular progresiva

Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-8:00	7:50	Cierre	Preparar a los participantes para la siguiente reunión	
Descripción de la actividad: Repasar lo que se revisó y describir las actividades de la próxima reunión				

Sesión #8				
Objetivo: Cerrar intervención				
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-6:30	6:00	Inicio de sesión	Conectar la sesión anterior con la de actual Establecer agenda actual Comentar la tarea	Tarea de la sesión anterior
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:00	6:30	Dudas	Aclarar dudas generales	
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:30	7:00	Reflexión final	Cerrar la intervención	-
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-7:45	7:30	Pos-test	Aplicar instrumentos BAI, BDI	BAI, BDI
Horario	Hor	Nombre de la actividad	Objetivo de la actividad	Materiales
-8:00	7:45	Agradecimiento	Agradecer a los participantes e institución involucrada	

Apéndice 16. Plan de Entrenamiento 5k

Semana 1

En los días de carrera/caminata, los caminantes solo caminan. Los corredores corren durante 15 segundos/caminan durante 45 segundos.

Lunes	Correr/caminar 30 minutos
Martes	Caminata 30 minutos
Miércoles	Correr/caminar 30 minutos
Jueves	Descanso
Viernes	Caminata 30 minutos
Sábado	Correr/caminar 30 minutos en casa
Domingo	Descanso

Semana 2

En los días de carrera/caminata, los caminantes solo caminan. Los corredores corren durante 15 segundos/caminan durante 45 segundos.

Lunes	Correr/caminar 30 minutos
Martes	Caminata 30 minutos
Miércoles	Correr/caminar 30 minutos
Jueves	Descanso
Viernes	Correr/caminar 5 km
Sábado	Caminata 30 minutos en casa
Domingo	Descanso

Semana 3

En los días de carrera/caminata, los caminantes solo caminan. Los corredores corren durante 20 segundos/caminan durante 40 segundos.

Lunes	Correr/caminar 30 minutos
Martes	Caminata 30 minutos
Miércoles	Correr/caminar 30 minutos
Jueves	Descanso
Viernes	Correr/caminar 5 km
Sábado	Caminata 30 minutos en casa
Domingo	Descanso

Semana 4

En los días de carrera/caminata, los caminantes solo caminan. Los corredores corren durante 20 segundos/caminan durante 40 segundos.

Lunes	Correr/caminar 30 minutos
Martes	Caminata 30 minutos
Miércoles	Correr/caminar 30 minutos
Jueves	Descanso
Viernes	Correr/caminar 5 km
Sábado	Caminata 30 minutos en casa
Domingo	Descanso

Semana 5

En los días de carrera/caminata, los caminantes solo caminan. Los corredores corren durante 25 segundos/caminan durante 35 segundos.

Lunes	Correr/caminar 30 minutos
-------	---------------------------

Martes	Caminata 30 minutos
Miércoles	Correr/caminar 30 minutos
Jueves	Descanso
Viernes	Correr/caminar 5 km
Sábado	Caminata 30 minutos en casa
Domingo	Descanso

Semana 6

En los días de carrera/caminata, los caminantes solo caminan. Los corredores corren durante 25 segundos/caminan durante 35 segundos.

Lunes	Correr/caminar 30 minutos
Martes	Caminata 30 minutos
Miércoles	Correr/caminar 30 minutos
Jueves	Descanso
Viernes	Correr/caminar 5 km
Sábado	Caminata 30 minutos en casa
Domingo	Descanso

Semana 7

En los días de carrera/caminata, los caminantes solo caminan. Los corredores corren durante 30 segundos/caminan durante 30 segundos.

Lunes	Correr/caminar 30 minutos
Martes	Caminata 30 minutos
Miércoles	Correr/caminar 30 minutos

Jueves	Descanso
Viernes	Correr/caminar 5 km
Sábado	Descanso
Domingo	Descanso

Apéndice 17. Ubicación e instalaciones del CESSA

