



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA  
REDUCIR LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS A LOS  
PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**MARÍA DOLORES TEJA ZÚÑIGA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:  
MAESTRA MARGARITA MOLINA AVILÉS**

**JURADO:  
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ  
LIC. MARIA GUADALUPE OSORIO ÁLVAREZ  
LIC. JOSE MANUEL MARTÍNEZ  
LIC. MARIO PÉREZ ZUVIRI**

**Ciudad Universitaria, D.F. 2015**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

A Mario, Alfredo y Mariana

A Matías, Alfredo, Isadora, Fernanda y Alicia

A quienes me han brindado su afecto a lo largo del camino

## ÍNDICE

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I. Estrés</b>	<b>4</b>
1.1 Definición de estrés.....	4
1.2 Antecedentes.....	4
1.3 Hans Selye y otros investigadores del estrés.....	5
1.4 Perspectiva psicofisiológica.....	7
1.5 Hormonas que se liberan con el estrés.....	7
1.6 Estrés infantil.....	7
1.6.1 Perpectivas de respuesta de los niños ante el estrés.....	8
1.7 La epigenética y el estrés.....	9
1.8 Nivel Sociocultural. ¿Cómo se relaciona el estrés con la estructura social y la cultura?.....	10
1.9 Nivel Psicológico.....	11
<b>Capítulo II. Ansiedad</b>	<b>12</b>
2.1 La ansiedad.....	12
2.2 Definiciones de algunos estudiosos de la ansiedad.....	12
2.3 Enfoques teóricos sobre la ansiedad.....	15
2.4 Reacciones ante la ansiedad.....	15
2.5 La ansiedad en niños y adolescentes.....	20
2.6 La ansiedad en el anciano.....	20
<b>Capítulo III. Depresión</b>	<b>22</b>
3.1 Definición de la palabra depresión.....	22
3.2 Relación estrés–ansiedad–depresión.....	23
3.3 Características.....	24
3.4 Tipos de depresión.....	25
3.5 Depresión en la mujer.....	29

3.6 Hombre y depresión.....	30
3.7 Depresión y envejecimiento.....	31
3.8 Depresión en la adolescencia.....	32
3.9 Depresión infantil.....	33

**Capítulo IV. Opciones terapéuticas para el tratamiento del estrés, la ansiedad y la depresión** **35**

4.1 Principios generales de los tratamiento farmacológicos.....	35
4.2 Características generales de los antidepresivos.....	38
4.3 Medicamentos para controlar la ansiedad.....	39
4.4 Hierba medicinales.....	39
4.5 Terapia conductual. Principios y enfoques teóricos.....	40
4.6 Técnicas conductuales para el tratamiento del estrés, la ansiedad y depresión.....	42
4.6.1 Técnicas de relajación y respiración.....	42
4.6.2 Entrenamiento autogénico.....	43
4.6.3 Respiración profunda y control respiratorio.....	43
4.6.4 Relajación muscular progresiva.....	44
4.6.5 Estrategias de ampliación de conciencia: meditación.....	45
4.6.6 Técnicas de condicionamiento encubierto.....	45
4.6.7 Terapia de resolución de problemas.....	45
4.6.8 Entrenamiento en habilidades sociales.....	46
4.6.9 Técnicas de autocontrol.....	47
4.6.10 Técnicas de habilidades de enfrentamiento.....	48
4.6.11 Técnicas de exposición: implosión e inundación.....	49
4.6.12 Visualización e imágenes guiadas.....	51
4.6.13 Terapia cognitiva.....	51
4.6.14 Terapia cognitiva y fármacos antidepresivos.....	52
4.6.15 La teoría básica clínica de la Terapia Racional Emotiva.....	52
4.6.16 Terapia breve.....	55

<b>Descripción del taller</b>	<b>57</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>60</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>63</b>



## INTRODUCCIÓN

Como profesionales de la salud pienso que tenemos una gran responsabilidad ante la sociedad. Elegir los estudios de psicología ha significado para mí dos cosas importantes: la oportunidad de estudiar la carrera en la UNAM y la segunda, descubrir la importancia de brindar apoyo a quienes lo necesitan para que sus vidas sean más satisfactorias. Los psicólogos distinguimos entre el estrés, la ansiedad y la depresión, temas tan extensos y estudiados a lo largo de mucho tiempo de los cuales hago una exposición apretada en esta tesina.

Desde el año 2010 proporciono servicio social en un dispensario de asistencia social, el DAS, A. C. que se encuentra en el fraccionamiento Las Arboledas, Estado de México del municipio de Atizapán. El dispensario funciona desde hace poco más de 40 años, proporciona consultas a bajo costo de medicina general, ginecología, especialidades dentales, nutrición, oftalmología y otorrinolaringología y psicología para niños, adolescentes y adultos, además de ofrecer a los pacientes la venta de artículos, producto de donaciones, a bajo costo.

Periódicamente ofrece conferencias orientadas a que los pacientes estén informados de los problemas de salud más frecuentes.

Sé que cuando se acude a recibir consulta la mayor parte de las personas se encuentra con preocupaciones: nerviosismo, ansiedad y temor ante el médico, cuando se trata de personas vulnerables, salen del consultorio con dudas y sin las respuestas a sus inquietudes, en ocasiones no saben como tomar los medicamentos que se les prescriben.

Y además se sienten estresadas y ansiosas. De ahí parte mi interés al hacer este trabajo, para ofrecer en talleres de corta duración técnicas de respiración, de relajación y de imaginación que permitan a las personas sentirse mejor antes y después de entrar a consulta.

El estrés, la ansiedad y la depresión son los problemas que afectan hoy a una parte importante de la humanidad.



En el capítulo primero se habla de los investigadores que profundizaron en el estudio del estrés.

Hans Selye señaló que “ el estrés es parte de la vida”, no solo de los seres humanos, es de los seres vivos en general. Ya Darwin habló del mismo en su extensa obra.

El estrés es una fuerza que moviliza y que en ocasiones de peligro le permite a la persona ponerse a salvo, los mecanismos fisiológicos entran en acción siguiendo un proceso. El Eutrés, es decir el buen estrés es el que se pone en marcha.

Si este proceso se prolonga y el estado de tensión no desaparece, el organismo comienza a sufrir, entonces estamos ante el Distrés, que hoy se está convirtiendo en crónico principalmente entre las personas que viven en las grandes ciudades.

El segundo capítulo está dedicado a mencionar a los estudiosos de la ansiedad, ésta y el estrés son confundidos frecuentemente por la cercanía y semejanza que tienen en su sintomatología. Richard Lázarus señala que “ la ansiedad es la emoción del estrés”. El distrés crónico o sostenido durante largos períodos puede conducir a la ansiedad y sus trastornos, éstos ponen en riesgo la salud mental de la persona y puede convertirse en crónico.

“La ansiedad es la activación del Sistema Nervioso consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras de la función cerebral”. El D. S. M. IV enumera los trastornos afectivos.

A la depresión la desencadenan alteraciones endógenas del cerebro y las problemáticas exógenas ambientales. En muchos casos la persona que la padece no lo sabe, piensa que los síntomas son pasajeros y sin importancia, por lo que puede llegar a convertirse en crónica y a agravarse. Además, la depresión en ocasiones no es considerada como un problema de salud mental, la sociedad recurre a frases para que quien la padece la supere, hoy es frecuente el “échale ganas” que en ningún caso es la solución.

En el capítulo cuarto presento las opciones terapéuticas que son utilizadas para controlar, reducir y manejar los problemas descritos a los cuales los profesionales

pueden acudir considerando las características del paciente y su problema. Algunas son más sencillas, el paciente guiado por el terapeuta puede aprenderlas y practicarlas como tareas para casa, la frecuencia y repetición de las mismas permiten mejores resultados.

Finalmente presento una propuesta de taller dividida en cuatro sesiones para los pacientes que acuden a citas médicas, no requiere de materiales para llevarse a cabo, no es invasiva y puede efectuarse de manera grupal o individual. No olvido que en los casos de depresión mayor, los pacientes requieren la atención de médicos psiquiatras.

## **CAPÍTULO I. ESTRÉS**

### **1.1. DEFINICIÓN DE ESTRÉS**

La palabra estrés es la traducción al español del término original “stress” que significa constricción, fuerza impulsora o esfuerzo y demanda de energía. A su vez el inglés lo tomó del latín “strictiare”, que significa estrechar o constreñir , que está muy ligado a la etimología de la palabra angustia.

### **1.2. ANTECEDENTES**

En el siglo XIX el fisiólogo francés Claude Bernard contribuyó a la comprensión y estudio de la fisiología del estrés al estudiar las funciones del hígado, siendo una de estas la de almacenar azúcar, esencial para las funciones biológicas y psicológicas. Si la insulina, la hormona que produce el páncreas no es secretada, sobreviene la diabetes, es decir, se presenta un desequilibrio que puede poner en riesgo la vida del individuo. Los biólogos analizaron científicamente el fenómeno y se dieron cuenta de la importancia del equilibrio interno del cuerpo, al que llamaron Homeóstasis.

Entre los factores que pueden alterar el estado homeostático estable están cómo obtener alimentos, protegernos del frío y del calor y evitar a los depredadores para adaptarnos y sobrevivir; factores que llevaron a Walter Cannon,1932, al análisis de la acción de “lucha o la huida” que presentan los animales y el hombre, en las que el individuo se enfrenta a las emociones de ira o de miedo, su reacción puede ser la de inmovilizarse o enfrentar para huir ante el peligro, lo que provoca tensión en el organismo, si la tensión es prolongada e intensa el organismo presenta una descompensación fisiológica.

### 1.3. HANS SELYE Y OTROS INVESTIGADORES DEL ESTRÉS

En la misma década de 1930 el médico austriaco Hans Selye fue de los primeros en estudiar y utilizar la palabra Estrés (1935-1946-1956), el término original en inglés “stress” significa constricción, fuerza impulsora o esfuerzo y demanda de energía, proviene del latín “stricare” cuyo significado es estrechar o constreñir.

La física fue la primera ciencia que utilizó el término para hacer referencia a la presión ejercida por un cuerpo sobre otro, el cuerpo que más presión recibe es el que se puede destrozar. Y los griegos utilizaban el término “stringere” para decir - hacer presión-. Selye elaboró el concepto *General Adaptive Syndrome*. Los investigadores que como Selye estudiaban el tema no encontraron una palabra que sustituyera al concepto sin embargo minimizaron los conceptos del austriaco

En su libro “El estrés de la vida” se puede ver el desarrollo de S.A.G. Síndrome de adaptación general o G.A.S. en inglés, a través de un curso trifásico típico: cuando un animal es expuesto continuamente a un estresor, (por ejemplo, frío) la corteza suprarrenal descarga primero los gránulos microscópicos de grasa que contienen las hormonas corticales (reacción de alarma), para luego cargarse de innumerables gotas de grasa ( etapa de resistencia) y, al final los pierde nuevamente ( etapa de agotamiento). Así se observa la misma curva trifásica que representa las manifestaciones del S.A.G.

Si la duración del estrés es prolongada los recursos del organismo pueden agotarse y conducir a la muerte del individuo.

Como médico, Selye observó que los enfermos, independientemente de la enfermedad que padecieran tenían síntomas comunes: cansancio, inapetencia y pérdida de peso a los que lo llamó “ síndrome de estar enfermo”..

Los estudiosos desde años atrás han utilizado el término estrés para explicar sus investigaciones. Appley y Trumbull,1967;House,1972; Kagan, 1971;Kollar, 1961; Withney,1972, utilizaron el término para referirse a las circunstancias ambientales que interfieren en la actividad normal del organismo; y para definir las respuestas

fisiológicas y psicológicas del organismo ante sucesos particulares. Burchfield, 1979; Mason, 1971; Selye, 1973, 1974, 1976; Averill, 1979; Lazarus, 1971; Mechanic, 1974, lo utilizaron para definir globalmente el campo de estudio que examina los procesos por los cuales los organismos se adaptan a sucesos que los perturban.

Goodyer, 1990, definió al estrés como “cualquier evento o circunstancia que pasa en la vida de un individuo y que puede alterar su salud física o mental.” Lázarus y Folkman, 1984, dijeron que el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenaza y puede poner en peligro su bienestar.

Retomando a Selye, diremos que distinguió entre estrés psicológico y “la perturbación”, (1956-1976). Dijo que “el mismo patrón de respuestas fisiológicas ( pituitaria, corte adrenal, timo, visceral) ocurre ante todos los estímulos de estrés. Su modelo fue aceptado como base teórica por los investigadores de los fenómenos vitales, quienes encontraron la relación entre la enfermedad y los cambios. “El estrés es parte de la vida, estar vivo es estar bajo estrés“

Cannon en 1929 hizo estudios de laboratorio sobre los estresores físicos, como el hambre. Y Vargas en 1988 dijo que “el estrés psicológico aparece con tanta frecuencia que es considerado como una enfermedad moderna y no como respuesta fisiológica que exige una gran adaptación, un procesamiento interior donde se reconozcan diferentes estresores causantes de ansiedad, hostilidad o depresión propias de la especie humana”.

La O.M.S. describe al estrés como “el conjunto de reacciones psicofisiológicas que preparan al organismo para la acción”.

Podemos distinguir entre estrés eu- bueno- y distrés o mal estrés.

Hablamos de Eustrés cuando la respuesta nos permite “ estar a salvo”.

Nos referimos a Distrés cuando las demandas del entorno psico-social son excesivas, intensas o prolongadas y superan la capacidad del individuo.

Asimismo, podemos hablar de estrés somático, estrés psíquico y estrés sociocultural.

#### **1.4. PERSPECTIVA PSICOFISIOLÓGICA**

Observamos que el estrés estimula intensamente el sistema adrenergico provocando una abundante descarga de adrenalina desde la glándula suprarrenal y noradrenalina desde las fibras terminales noradrenergicas de todos los órganos. La acetilcolina antagoniza a la adrenalina y evita el desbalance entre los dos sistemas que pueden llegar a poner en peligro la vida de una persona, si éste ocurriera habría una pérdida de autorregulación u homeostasis

#### **1.5. HORMONAS QUE SE LIBERAN CON EL ESTRÉS**

En el laboratorio se ha encontrado que la exposición continua a situaciones de estrés provocan niveles elevados de las hormonas involucradas y provocan efectos perjudiciales en el sistema nervioso central como

- \*atrofia dendrítica

- \*neurotoxicidad

- \*exacerbación de daño neurológico

#### **1.6. ESTRÉS INFANTIL**

En la niñez el estrés puede ser provocado por cualquier situación a la que el niño se tenga que adaptar, con frecuencia las situaciones cotidianas si son repetitivas y lo perturban le causan estrés y el niño aprende a responder de la manera como lo ha observado y experimentado. El dolor, las lesiones y la enfermedad, así como los tratamientos médicos son las principales fuentes de estrés.

Weinman, 1987, señaló que el estrés es una causa importante en el mantenimiento de los problemas emocionales, principalmente en los niños.

Por su parte Chandler, 1985; y Chandler y Maurer, 1996 observaron que hay cuatro indicadores que nos orientan tanto en la atención de los niños como en la forma en que pueden ser ayudados:

- \* eventos o estímulos que provocan estrés;
- \* la percepción que el niño tenga de los estresores;
- \* el impacto que tienen los mismos en las diferentes áreas o actividades: la escuela, las relaciones sociales y familiares y/o su salud física;
- \* patrones de conducta del niño ante los estresores.

Volviendo a Weinman, 1987, señaló tres enfoques como referencia para definir el estrés en los niños:

- el estresor como estímulo: la monotonía, el trabajo continuo bajo presión, el calor, el cambio brusco de ambiente, son condiciones que ocasionan reacciones adaptativas difíciles de lograr;
- el estrés como respuesta: el niño presenta conductas encaminadas a adaptarse al estresor;
- el estrés como amenaza percibida, en donde existe disparidad entre lo que experimenta el niño y la creencia que tiene sobre su capacidad para afrontar al estresor. En 1993 esta observación fue hecha también por Alsop y Mc Caffre.

### **1.6.1. PERSPECTIVAS DE RESPUESTA DE LOS NIÑOS ANTE EL ESTRÉS**

Cramer, 1987, en sus investigaciones dijo que los niños utilizan mecanismos de defensa como respuesta al estrés, principalmente la negación, la proyección y la identificación:

La negación es la defensa típica de los niños preescolares ante las situaciones estresantes dado que aparta la atención de los estímulos nocivos o peligrosos, al negar

su existencia.

Cuando los niños utilizan el mecanismo de la proyección, atribuyen a otros las características o actitudes que les son inaceptables o desagradables y son los niños escolares quienes más la utilizan.

En la adolescencia o desde la pubertad, el niño se vale de la identificación para hacer propias las características de los otros, o de los personajes de los medios de comunicación. Este mecanismo es muy importante durante el período de cambio de niño a adolescente.

## **1.7. LA EPIGENÉTICA Y EL ESTRÉS**

Cabe agregar lo que la Dra. Patricia Joseph Bravo, investigadora del Instituto de Biotecnología de la UNAM señaló:

“La Epigenética es un tipo de memoria molecular y celular que resulta de cambios estables en la expresión génica, aunque su expresión es básicamente bioquímica, es sensible a los factores emocionales que nos afectan, es un conjunto de factores que existen en la cromatina y que se conservarán de una célula a otra dentro del organismo”

Continúa la Dra. Joseph:

“Muchos de los problemas socioeconómicos que tenemos en el país, como pobreza, desnutrición, hacinamiento, mala higiene y marginación tienen en común que generan un estado permanente de estrés en las personas” Este genera una cascada de reacciones que se presentan en múltiples situaciones, si un estímulo externo causa un cambio en el equilibrio del organismo puede definirse como la respuesta de un sistema autorregulable a una alarma general.

Puede ser físico ó psicológico, el primero se expresa con frío, aceleración de los latidos cardiacos, dolor agudo; mientras que el segundo genera miedo, ansiedad, trauma o depresión. Según el tipo, se activan diferentes neuronas, como las del tallo cerebral ( el



físico), o las del sistema límbico ( el psicológico)”

Lo mencionado arriba nos remite a Richard Lazarus quien en su libro Estrés y Emoción, una nueva síntesis, señala que ”cuando las emociones están presentes, incluso aquellas de tono positivo, a menudo se produce estrés, aunque no siempre” Y continúa,” no deben tratarse el estrés y la emoción por separado porque hay más convergencias que divergencias en la forma en que estos estados mentales se activan, se manejan y el modo en que afectan al bienestar psicológico, al funcionamiento y a la salud física”

La felicidad, el orgullo, el amor y la gratitud, que habitualmente se consideran de tono positivo con frecuencia se asocian con el estrés.

Cada persona experimenta las emociones, positivas o negativas de manera individual , por lo que la adaptación y manejo serán únicos en cada individuo.

Siguiendo a Lázarus, encontramos que hay diferentes niveles de análisis del estrés.

### **1.8. NIVEL SOCIOCULTURAL. ¿CÓMO SE RELACIONA EL ESTRÉS CON LA ESTRUCTURA SOCIAL Y LA CULTURA?**

Desde el siglo XIX pensadores sociales como Max Weber, Emill Durkheim y Karl Mark estudiaron y analizaron las problemáticas de las sociedades, que provocan la alienación del individuo; cabe mencionar que estos pensadores no hicieron uso del término estrés, porque el análisis sociológico es distinto al psicológico.

Respecto al análisis sociocultural, si volvemos la mirada a nuestro país encontramos que las crisis sociales, los desastres naturales, el desempleo, la pobreza, el aislamiento, la privación y la anarquía provocan tensiones sociales que conducen al estrés psicológico tanto a nivel individual como colectivo.

## **1.9. NIVEL PSICOLÓGICO**

El estrés psicológico tiene lugar entre las demandas ambientales para dañar, amenazar o retar a los recursos psicológicos del individuo, los cuales dependen de la vulnerabilidad personal y de la resistencia a dichas demandas. La ansiedad, la emoción propia del estrés puede aparecer cuando el individuo no confía en su propia capacidad, como se verá más adelante. Además, si la proporción de demandas es muy superior a los recursos, el estrés se convierte en trauma, lo que puede provocar sentimientos de desesperación, desesperanza y depresión.

Cada individuo hace una valoración mental del daño psicológico, la cual es subjetiva en la que se establece una lucha para manejar el estrés y la emoción .

Y al hablar de las emociones, Lázarus señala que “las emociones son producto de la razón porque se derivan del modo en que valoramos lo que está sucediendo en nuestras vidas”. Dicho de otra manera, el modo en que evaluamos un suceso determina nuestra forma de reaccionar al mismo.

## **CAPÍTULO II. ANSIEDAD**

### **2.1. LA ANSIEDAD**

Unos ejemplos ilustran lo que le sucede al individuo en las ciudades. Cuando maneja un vehículo intenta hacerlo a mayor velocidad de la indicada aparentemente para “ahorrar tiempo” y llegar más pronto al lugar adonde se dirige. En los lugares en que las reglas de tránsito son laxas, no respeta las señales, la actitud corporal ante el volante es la de tener prisa. Pero es posible que no la haya, más bien la persona reacciona ansiosamente.

Pongamos otro ejemplo. En esta era de la tecnología, el adquirir el aparato que la publicidad señala como el mejor, empuja a los posibles compradores a hacer filas con mucha anticipación, a veces soportando los rigores del tiempo. El comprador ansioso quiere ser el primero en adquirirlo.

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” que significa congoja o aflicción. Es un estado de malestar psicofísico que se caracteriza por una turbación inquietud o zozobra, por inseguridad y temor ante lo que se vive como amenaza.

### **2.2. DEFINICIONES DE ALGUNOS ESTUDIOSOS DE LA ANSIEDAD**

Alfredo Cia H. dice: “ la ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de la vida. Los términos angustia, nerviosismo, inseguridad, inquietud, tensión, temor o miedo son descripciones de diferentes vivencias relacionadas con la ansiedad”.

Enrique Rojas afirma que “la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido; la ansiedad es una anticipación de lo peor.

La ansiedad es una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva que se caracteriza por un estado de alerta y activación generalizada. Cuando las señales de

alerta se presentan tienen una alta intensidad y se prolongan en el tiempo.

La ansiedad es diferente de el miedo, éste tiene una referencia explícita, aquella no.

La ansiedad es la Emoción que se experimenta como amenaza y que provoca en el individuo una reacción de alerta “.

Lang, 2002, señala que la ansiedad es la respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe como amenazantes o peligrosas.

Por su parte Beck, 1985, refiere que la ansiedad es la percepción del individuo a nivel incorrecto, que se basa en falsas inferencias,

Kiracou y Sutcliffe concluyeron que la ansiedad es una respuesta con afectos negativos (tales como cólera, ansiedad o depresión), acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca).

Se puede decir que todas estas definiciones son parte de una misma, en ellas se describen los fenómenos que a diferentes niveles se presentan en la ansiedad y las reacciones del organismo ante ellos.

Se observa que la ansiedad es una respuesta normal que está ligada al instinto de conservación de la especie y que puede transformarse en una respuesta fisiológica si cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado afecta la vida del individuo, su entorno familiar, social y laboral.

Como lo señala Westphal cuando el individuo presenta fobias manifiesta ansiedad ante los sucesos a los que teme pueden presentarse.

Observamos también que por momentos el Estrés y la Ansiedad podrían confundirse y considerarse palabras que significan lo mismo, pero es necesario recordar que la ansiedad es una emoción como lo señala Lázarus, 1976, “ las emociones son producto de la razón porque se derivan del modo en que valoramos lo que está sucediendo en nuestras vidas”. Continúa: “la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que bajo condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, académico. Tiene la importante función de movilizarlos ante

situaciones amenazantes o preocupantes de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo y afrontarlo adecuadamente”. Añade que la ansiedad es la emoción propia del estrés.

Ya Walter Cannon en 1929 estudió las relaciones que hay entre el sistema nervioso autónomo y la emoción. Hizo hincapié en que algunas emociones son una respuesta del organismo a una condición de amenaza súbita. La respuesta provoca una activación máxima del componente del sistema simpático nervioso autónomo.

Alfredo H. Cía corrobora lo dicho por Lázarus, señala que “la ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, en algunos individuos se transforma en una respuesta patológica, si ocurre de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo en la vida familiar, social y laboral”.

¿Y cuáles son las vías de la ansiedad en el cerebro?

Son los estímulos auditivos, visuales y somatosensoriales y /o utilizando la vía olfatoria los que conducen a través de una conexión sináptica la información de una situación de riesgo al tálamo dorsal. De ahí la información de riesgo se transmite a la corteza cerebral y desde allí a las áreas de asociación visual, auditiva y somatosensorial. Desde las áreas de asociación cortical las aferencias más relevantes llegan a la amígdala.

La amígdala tiene una gran importancia en el reconocimiento de la amenaza y la provocación del miedo y la ansiedad.

También es importante señalar que el *locus coeruleus* es la encrucijada más importante de las vías noradrérgicas porque ante situaciones de riesgo se presenta un incremento en la liberación de noradrenalina. Cuando el individuo se ve sometido a situaciones estresantes, leves pero continuas se presenta un aumento de la actividad adrenergica.

### **2.3. ENFOQUES TEÓRICOS SOBRE LA ANSIEDAD**

“La ansiedad es la activación del Sistema Nervioso consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras de la función cerebral”.

Las escuelas freudianas y las aproximaciones psicoanalíticas no hacen referencia al concepto de ansiedad, dicen que “ la angustia es más un proceso biológico, fisiológico, una respuesta del organismo ante la sobreexcitación del impulso sexual”

La palabra angustia, que proviene del griego y del latín significa constricción, sofocación, estrechez, sensación de opresión precordial y epigástrica.

Las teorías conductistas afirman que “la ansiedad es un proceso condicionado, de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros con acontecimientos vividos como traumáticos y amenazantes, cada vez que hay contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada con la amenaza”

El modelo cognitivo considera que todas las perturbaciones psicológicas, incluida la ansiedad tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes.

Cada corriente ha desarrollado técnicas específicas para estudiar y manejar las problemáticas de los individuos que presentan problemas de ansiedad. El paciente y el terapeuta eligen la técnica que consideran puede ser más efectiva para resolver el o los problemas que el primero plantea.

### **2.4. REACCIONES ANTE LA ANSIEDAD**

Cada persona presenta distintas formas y reacciones de ansiedad, las áreas o sistemas en que se agrupan son:

- fisiológico, somático o corporal
- cognitivo, mental o subjetivo

- conductual o comportamental

Algunos individuos se sienten nerviosos, con palpitaciones y taquicardia, presentan rigidez y falta de aire, tienen las manos temblorosas. Sin embargo no se dan cuenta de que están ansiosos. Otros se sienten inseguros, aprensivos y temerosos ante situaciones nuevas como viajar en avión o tener una entrevista laboral. Se puede dar cuenta de que hay muchas expresiones fisiológicas, cognitivas o conductuales en que se puede manifestar la ansiedad.

Si observamos los síntomas de la ansiedad y del estrés en los diferentes sistemas podemos darnos cuenta de porqué están tan ligados y en muchas ocasiones son confundidos.

### Síntomas de la Ansiedad

#### Síntomas Fisiológicos

- cardiovasculares
- respiratorios
- gastrointestinales
- genitourinarios
- neurovegetativos
- neurológicos
- psicofísicos

#### Síntomas cognitivos o mentales

- angustia o ansiedad
- sensación de inseguridad
- aprensión, preocupación
- baja autoestima

- sentirse amenazado, indeciso
- falta de concentración
- apatía
- dificultad para pensar con lucidez

#### Síntomas Conductuales

- hiperactividad o inquietud
- parálisis motora o inmovilidad
- movimientos torpes o desorganizados
- tics, tartamudeo o movimientos repetitivos
- conducta de evitación o alejamiento de lo temido

#### Síntomas del Estrés

##### Síntomas físicos

- taquicardia
- aumento de la presión arterial
- hipersudoración
- dilatación pupilar
- temblores
- excitación general
- insomnio
- sequedad de la boca

##### Síntomas mentales



- inquietud
- desasosiego
- miedo difuso
- disminución de la vigilancia
- curso del pensamiento desorganizado
- bajo rendimiento intelectual
- desorientación en el tiempo y en el espacio
- escasa atención

#### Síntomas conductuales

- imposibilidad para relajarse
- perplejidad
- situación de guardia- alerta
- tensión muscular facial y mandibular
- movimientos corporales continuos
- irritabilidad y excitación
- respuestas desproporcionadas a los estímulos

Las respuestas sostenidas tanto de distrés como de ansiedad provocan en el individuo afecciones en diferentes sistemas principalmente en el cardiaco, el digestivo y el respiratorio deteriorando su calidad de vida; los síntomas persistentes no solo afectan somáticamente también las relaciones con los demás se modifican porque suelen presentarse cambios de carácter.

Cabe mencionar que el interés por descubrir, experimentar y por conocer lleva al individuo a una ansiedad positiva que es el camino hacia un estado de ánimo positivo.

En el análisis que se ha venido haciendo y reiterando, lo importante es señalar cómo la ansiedad fuera de control se dirige hacia lo patológico, En el DSM-IV (1994) se describen las características de los trastornos de los afectos:

- trastorno de ansiedad generalizada
- trastorno de pánico sin agorafobia
- trastorno de pánico con agorafobia
- agorafobia sin ataques de pánico
- fobia específicas
- fobia social
- trastorno obsesivo compulsivo
- trastorno de estrés agudo
- trastorno de estrés postraumático
- trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas
- trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- trastorno de ansiedad no especificado.

## **2.5. LA ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Si bien durante la etapa de la niñez los temores se presentan de forma natural en los niños, cuando las situaciones ambientales, familiares o sociales se prolongan provocan

ansiedad. Experiencias negativas, la inseguridad, los estilos parentales perturbadores conducen a un trastorno de ansiedad. Cuando los temores son transitorios ante diversas situaciones u objetos a lo largo de la infancia y la adolescencia son considerados como parte del desarrollo normal.

Las hipótesis que intentan explicar los orígenes de los temores y ansiedad en las etapas arriba mencionadas hablan de una base biológica, basada en un temperamento genéticamente transmitido.

Otra hipótesis se refiere al modelado que los cuidadores parentales hacen en los niños y que pueden reforzar los temores propios de la etapa, pero que si estos se prolongan condicionan conductas ansiosas en la juventud.

En las sociedades de hoy, la inseguridad que se vive diariamente y es repetida continuamente a través de los medios de comunicación, y además comentada en el hogar incrementa la ansiedad y el miedo en los niños y adolescentes.

Todas las hipótesis mencionadas posiblemente se conjugan y son una respuesta al origen de la ansiedad.

## **2.6. LA ANSIEDAD EN EL ANCIANO**

Alrededor de los 65 años de edad las enfermedades somáticas y los problemas de salud mental suelen confundirse, por lo que en muchas ocasiones los problemas de estrés, ansiedad y depresión son atendidos con medicamentos dirigidos a los sistemas y no a las emociones. Esto es porque el paciente refiere quejas somáticas que ocultan la verdadera causa.

Por otra parte los médicos institucionales y también los de consulta privada, están programados para atender determinado tiempo a los pacientes, lo que no permite establecer un diálogo y buscar un poco qué es lo que realmente le pasa al enfermo. Es posible que con escucharle, el anciano sentiría cierto alivio. Pero no es así, prescriben“ el chocho” y hasta la vista.

Entre los problemas más frecuentes que presentan los ancianos están las fobias, la ansiedad severa, trastornos de pánico que unidos a la disminución de las habilidades mentales y físicas y a las enfermedades somáticas hacen más crítica y difícil su situación.

Por lo que se observa que las tasas de ansiedad y depresión en la tercera edad son más elevadas que en la edad adulta, los síntomas se confunden con enfermedades del cuerpo lo cual hace más difícil el diagnóstico acertado. Socialmente y en general se considera que son cosas de la edad. Los médicos no tienen una formación periférica. Tal vez esta situación la viven los ancianos a nivel mundial, habrá excepciones.

## CAPÍTULO III. DEPRESIÓN

### 3.1. DEFINICIÓN DE LA PALABRA DEPRESIÓN

Este capítulo está dedicado a hacer una revisión de la depresión, padecimiento que afecta a un gran número de seres humanos a nivel mundial y que tiene orígenes diversos.

La palabra depresión etimológicamente proviene del latín *depressio* que significa “opresión”, “encogimiento”, o “abatimiento”

Wikipedia la define como “ un trastorno del estado de ánimo ,transitorio o permanente que se caracteriza por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad. Ese estado de anhedonia hace que la persona sea incapaz de disfrutar lo que antes le producía satisfacción”

Béla Szekely en el diccionario de psicología señala que “la depresión es una condición emocional de actividad psicofísica desagradable, ya sea normal o patológica. Para la manifestación normal se prefiere el término – abatimiento – refiriéndose a un estado de ánimo desalentado o descorazonado; el uso patológico se refiere a un estado de ánimo de profunda desesperanza y una abrumadora sensación de insuficiencia o desmerecimiento”

Juan Cordech explica:

“En la depresión existe una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y de energía. El sujeto se muestra cansado y triste. Rehúye las actividades sociales y su rendimiento decrece en todas las esferas. Una tonalidad de pesimismo y desesperanza invade sus ideas y fantasías. En ocasiones, este cuadro va acompañado de intensa ansiedad. Los síntomas varían según la mayor o menor profundidad de la depresión, éstos son más intensos en el momento de despertar, para mostrar una ligera mejoría durante el transcurso del día” .

La depresión es una condición que se manifiesta por un conjunto de síntomas que se

acompañan de una base biológica o etiológica, el síndrome comprende el estado físico, cognitivo, emocional y conductual.

La palabra depresión es utilizada para describir nuestros estados de ánimo ante las más diversas situaciones. La realidad es que la depresión clínica es diferente, se caracteriza por su duración, por síntomas específicos que como ya se señaló involucran el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y perspectiva hacia el futuro y limita las capacidades del individuo para el desempeño cotidiano.

La depresión requiere de tratamiento médico y/o psicológico. Es una enfermedad ocasionada por un trastorno biológico en la que influye el estrés psicológico o social; quienes padecen depresión pueden presentar niveles anormalmente bajos de ciertas sustancias químicas y actividad celular más lenta en las áreas del cerebro que controlan el estado de ánimo, el apetito, el sueño y otras funciones como el impulso sexual.

Rahola y Mice, 2002, señalan que la amígdala presenta hiperactividad y un déficit de control de la corteza pre-frontal.

### **3.2. RELACIÓN ESTRÉS – ANSIEDAD – DEPRESIÓN**

Una hipótesis afirma que la Ansiedad y la Depresión se manifiestan como consecuencia de Estrés (Distrés) en edades tempranas, y concretamente del exceso de neurotransmisores excitadores y corticoides que provocan alteraciones morfológicas del hipocampo o de la amígdala.

¿Cómo se siente una persona deprimida?

Sus pensamientos son negativos y pesimistas, tiene baja auto-estima, su humor es irritable y ambivalente.

La depresión puede presentarse como respuesta al estrés provocado por una situación inesperada en la que las emociones salen de control (accidentes, fenómenos naturales, pérdida del trabajo), el uso de drogas o después del parto.

No es lo mismo tener depresión a estar triste. Algunas estadísticas mencionan que la depresión suele presentarse entre los 20 y los 24 años y con más frecuencia en la mujer. Sin embargo hay cada día más hombres que presentan síntomas depresivos como se mencionará más adelante, y en los niños la irritabilidad es un síntoma de depresión.

Son 7000 millones de seres humanos en el mundo aproximadamente, la O.M.S. en 1998 dio a conocer que 851 millones presentan alguna enfermedad mental, entre ellas la depresión, también menciona que para el 2020 será la enfermedad que ocupe en 2o. lugar después de las enfermedades cardiacas.

La depresión mayor trae consecuencias importantes a nivel social: aumento de la mortalidad, incremento en el número de suicidios y homicidios, de comportamientos agresivos y en el consumo de drogas, en este mismo contexto, las sociedades en todo el mundo enfrentan problemas como el desempleo, incremento de la desigualdad económica y social; además los modelos de política mundiales y la falta de expectativas ocupacionales son factores que favorecen la disminución de la actividad productiva y el aumento del gasto público en salud.

El desempleo, el incremento de la desigualdad económica y social, los modelos de política mundiales, la falta de expectativas ocupacionales favorecen el aumento del problema.

### **3.3. CARACTERÍSTICAS**

Las características que presenta una persona deprimida son las siguientes:

- Cambios en su estado de ánimo: desaliento, desinterés ante los estímulos, humor triste y baja autoestima
- Cambios en sus procesos cognitivos: memoria, pensamiento, concentración dificultad en la toma de decisiones
- Cambios fisiológicos: insomnio o hipersomnia, escaso o excesivo apetito, nulo o

bajo apetito sexual. También pueden presentarse dolores de espalda, de cabeza o abdominales.

- Cambios en el comportamiento: descuido en el arreglo y aseo personal, indiferencia ante las responsabilidades cotidianas, enlentecimiento en el trabajo, conflictos en las relaciones personales.

Socialmente es frecuente escuchar que la depresión es un estado de ánimo que el individuo puede manejar y controlar con la fuerza de voluntad, si acude a un especialista que le hace el diagnóstico, la respuesta social o de la familia es “ échale ganas”, palabras huecas que nulifican la profundidad del problema para la persona. Es cierto que sentirse triste y desanimado no es sinónimo de depresión.

A continuación se mencionan los diferentes tipos de depresión, Keith Kramlinger, 2002, como puede verse, éstos comparten características, lo que los distingue son los síntomas y su severidad o intensidad, así como lo que los diferencia, y la duración de los mismos.

### **3.4. TIPOS DE DEPRESIÓN**

#### Depresión mayor

Tiene una duración de más de dos semanas, la persona presenta signos primarios de sentimientos abrumadores de tristeza y pesar, las actividades que le producían placer le son indiferentes. Los síntomas que presenta son pérdida o aumento significativo de peso, alteraciones del sueño, movimientos lentos o inquietud, fatiga o falta de energía, baja autoestima, sentimientos de culpa, de impotencia o desesperanza, dificultad para pensar y de concentración, pérdida de deseo sexual y pensamientos de suicidio o muerte.

Cuando la depresión mayor no es atendida puede durar de 6 a 18 meses y es posible que se presente recurrencia.

Puede encontrarse asociada a otros trastornos mentales como la ansiedad y los



trastornos en la ingesta de comida, se presenta con mayor frecuencia entre los 25 y 44 años y la pueden desencadenar los eventos estresantes y/o las pérdidas significativas.

### Distimia

La distimia es considerada como depresión leve, los signos y síntomas son similares a los de la depresión mayor pero no tan intensos: llanto, dificultad para concentrarse, aislamiento social, irritabilidad, inquietud o enlentecimiento, problemas del sueño y aumento o pérdida de peso; su duración fluctúa entre los dos y cinco años en que se alternan períodos normales, puede convertirse en depresión mayor.

### Trastorno de adaptación

Si un acontecimiento estresante provoca síntomas de menor intensidad pero puede derivar hacia la depresión mayor, se está ante un trastorno de adaptación con ansiedad, el cual se clasifica de acuerdo a los síntomas primarios en:

- Trastorno de ánimo deprimido y ansiedad
- Trastorno de ánimo deprimido con alteración emocional y del comportamiento. Para valorarlos correctamente se considera la edad de la persona y el tiempo transcurrido
- Depresión leve o seria. Su valoración depende si la depresión le permite al individuo actuar como lo hace siempre, es depresión leve; si manifiesta algunas dificultades, es moderada; y si le imposibilita para hacer sus actividades diarias, es seria.

### Trastornos bipolares

Cuando se presentan ciclos recurrentes de depresión y euforia se habla de trastornos

bipolares. Con la euforia el incremento de energía lleva a la persona a hacer actividades inusuales y extremas que se alternan con los síntomas de depresión mayor que pueden llevar a quien lo presenta a intento de suicidio. La atención de este trastorno debe ser inmediata, hacer un buen diagnóstico y atendido con el uso de fármacos.

#### Crisis nerviosa

Ante un suceso inesperado y estresante, accidentes, asaltos, o cualquier situación en que se esté en riesgo, la persona puede presentar inestabilidad nerviosa y requiere ser hospitalizada. Una vez atendida, el riesgo de presentar depresión mayor es menor.

#### Depresión leve o seria

Para evaluar la severidad de la depresión se hace una valoración de los síntomas y se consideran el número que está presente durante un período. Entonces se puede valorar si la depresión es leve o seria.

#### Depresión suicida

Los lineamientos del D.S. M. IV señalan cuáles son las características y síntomas que presenta una persona que intenta suicidarse, el especialista debe actuar de inmediato.

#### Episodio único o recurrente

La persona puede haber presentado un solo episodio de depresión o bien puede tratarse de un episodio más, por lo que se le considera depresión recurrente.

#### Depresión melancólica

Es considerada como depresión mayor: el individuo presenta displacer ante lo que antes disfrutaba, falta de apetito, lentitud en sus movimientos y sentimientos de culpa.

#### Depresión catatónica

Es poco frecuente, la persona se mueve poco o lo hace en exceso, mantiene fija la mirada y repite palabras o frases sin sentido. Se presenta con poca frecuencia.

#### Depresión atípica

Puede presentarse en la adolescencia o en la adultez, la persona tiene períodos pasajeros de alegría, en ocasiones se convierte en crónica.

#### Depresión psicótica

Es poco frecuente, si se presenta hay delirios o alucinaciones paranoides, económicas o médicas.

#### Depresión postparto

Este tipo de depresión ha sido definida como *baby blues*, se presenta regularmente cuatro días después del alumbramiento y se caracteriza por llanto repentino, sensación de tristeza y falta de concentración, su duración es frecuentemente de 10 días. Sin embargo, en algunas mujeres puede intensificarse y prolongarse por lo que es necesaria la intervención médica. Puede tratarse de depresión mayor.

Asimismo, durante la menstruación y poco antes de la misma algunas mujeres presentan trastornos disfóricos, se investiga actualmente la forma en que la elevación y disminución cíclica del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con el trastorno depresivo.

#### Desorden afectivo emocional

Los síntomas de la depresión se presentan cada año en la misma época, regularmente en otoño e invierno cuando los días se acortan. Cuando se prolongan, es necesario acudir al especialista para su tratamiento.

#### Depresión secundaria

Es el tipo de depresión que se presenta después del inicio de una enfermedad de la glándula tiroides o de las glándulas suprarrenales, de enfermedades cardíacas o diabetes o cáncer.

## Depresión concomitante

La depresión aparece con la ansiedad, otro trastorno mental. Aquí se incluye la depresión inducida por drogas o por medicamentos de prescripción.

El trastorno depresivo puede presentarse por la combinación de factores genéticos, bioquímicos, psicológicos o ambientales; por un trauma, una pérdida afectiva, una relación difícil o problemas económicos. Los estudios recientes con las modernas técnicas de estudio del cerebro han permitido saber que los circuitos naturales que regulan el humor, el pensamiento, el apetito y la conducta no funcionan apropiadamente y las sustancias químicas están fuera de balance.

La depresión puede presentarse junto con otras enfermedades mentales: trastornos de ansiedad( la más frecuente), trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, fobias sociales y trastorno de ansiedad generalizada; también con enfermedades cardíacas, embolia cerebral, cáncer, SIDA, diabetes, Parkinson y por abuso de sustancias.

### **3.5. DEPRESIÓN EN LA MUJER**

En este apartado se hará una breve revisión de la depresión en la mujer en las distintas etapas de la vida.

El *National Institute of Mental Health* menciona que es la mujer la que presenta algún tipo de depresión en proporción de 2 a 1 en relación con el hombre, no se puede hacer una afirmación contundente, el condicionamiento social contribuye a que el hombre oculte sus emociones y sentimientos. La mujer regularmente expresa sus emociones y acude al médico cuando se siente con estados de ánimo bajos.

Sin embargo, las diferencias biológicas respecto del hombre y el sistema hormonal de la mujer ocasiona altibajos en el estado de ánimo durante el ciclo menstrual en un número importante de mujeres, en el cual aumenta su sensibilidad e irritabilidad;

también hay mayor susceptibilidad durante el embarazo, en abortos, el postparto y en la menopausia.

Por otra parte los roles que en la vida actual tiene la mujer, como ama de casa y también como jefa de familia trabajadora, atención y cuidado de los hijos y en muchas ocasiones de los padres u otros familiares ancianos le provocan distrés continuo, sentimientos de culpa ante los roles que juega y la falta de oportunidades para tener actividades e intereses personales porque no le queda tiempo ni recursos económicos para ella misma.

La mujer en la adolescencia también está bajo estrés, situación que propicia la aparición de la depresión, la adolescente se encuentra en la etapa de formación de su identidad, confronta la sexualidad y comienza el distanciamiento de sus padres dado que presenta cambios físicos, hormonales e intelectuales.

Igualmente, la mujer se enfrenta al abuso sexual en la infancia – que ha aumentado también en el hombre – y en la vida adulta, por lo que puede presentar síntomas de depresión más elevados, el abuso favorece la baja autoestima, sentimiento de culpa, retraimiento y aislamiento social.

Las investigaciones señalan que la pobreza ocasiona depresión en la mujer y en los niños: la marginación los mantiene en distrés continuo e incertidumbre ante la vida, sufren frecuentemente eventos negativos y el apoyo social es escaso.

### **3.6. HOMBRE Y DEPRESIÓN**

Si bien se afirma que la depresión la presenta en mayor proporción la mujer, los estudios y las condiciones de vida actuales hacen pensar que un número cada vez mayor de hombres presenta algún tipo de depresión, sólo que es más difícil que el hombre la reconozca, la acepte y recurra a un especialista, rechaza que está deprimido en muchas ocasiones teme que si lo acepta pueda perder el empleo o ser considerado débil.

Un artículo del *Office of Mental Health*, "Hable sobre los hombres y la depresión", indica que el hombre presenta síntomas diferentes a los de la mujer:

- exceso de fatiga
- alteraciones del apetito
- disminución de la libido
- dolor crónico en la espalda o abdominal
- irritabilidad u hostilidad
- conductas arriesgadas
- alteraciones de carácter que lo llevan a provocar discusiones o peleas

Estos síntomas enmascaran su estado de ánimo;" estoy bien, solo cansado", el mecanismo de defensa es la negación.

El hombre fisiológicamente sufre enfermedades coronarias a las que puede anteceder alguna forma de depresión así como las ya mencionadas antes.

Se observa socialmente que hoy el hombre, y también la mujer están hablando de crisis al cumplir 40 años, es posible que el mundo actual les parezca poco seguro y que las perspectivas hacia el futuro sean poco optimistas.

### **3.7. DEPRESIÓN Y ENVEJECIMIENTO**

También el artículo arriba mencionado del *Office of Mental Health* señala lo siguiente:

"Se prevé que para el 2030 será mayor el número de personas mayores de 60 años que el de niños y jóvenes" Los avances médicos que ofrecen medicamentos para prolongar la salud favorecen la longevidad.

"La depresión no es algo normal del envejecimiento, algunos adultos mayores pueden padecer lo que algunos médicos llaman -depresión vascular también llamada depresión

arterioesclerótica o depresión isquémica que puede suceder cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad se endurecen y contraen”

Hay muchos lugares de retiro para los ancianos de todas las condiciones sociales, los favorecidos tienen mejores condiciones de vida, no así los que son sostenidos por instituciones públicas o la asistencia privada.

En cualquier forma, la persona mayor presenta cambios fisiológicos: disminución de las funciones de los órganos del cuerpo y enfermedades de los sistemas, disminución o atrofia de los órganos de los sentidos, hipertensión en un gran número de ancianos y enfermedades crónicas que se intensifican.

La jubilación en muchas ocasiones propicia la aparición de la ansiedad y la depresión: por las mañanas puede haber mayor malestar; preocupaciones somáticas, hipocondriasis y ansiedad ante la ausencia de compromisos y actividades.

Los padecimientos somáticos se confunden con los estados de ánimo, ante cualquier dolor, la persona se preocupa y piensa que tiene algo grave y recurre a los médicos o a la automedicación, los médicos también suelen confundir los síntomas o bien solucionar el problema con fármacos.

### **3.8. DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

En 1965 la O.M.S. definió a la adolescencia como “ el período de la vida en la cual el individuo adquiere capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socioeconómica”

En el siglo XXI la realidad que los adolescentes viven es distinta. jóvenes que hoy tienen que enfrentar nuevos retos: el ritmo vertiginoso de la vida y condiciones sociales nunca antes vistas .

Los cambios psicológicos y fisiológicos son los mismos, los determina la naturaleza, pero hoy el adolescente es más vulnerable a las situaciones sociales y económicas en las que vive, las escasas expectativas laborales, la violencia y la pobreza cuando

transita por esta etapa de maduración, y ante sus cambios físicos, hormonales y psicológicos, la búsqueda de su identidad, la identificación con sus pares y el distanciamiento de las figuras paternas para lograr su integración, son los retos a los que se enfrenta.

La depresión en este grupo de edad se presenta en muchas ocasiones junto con ansiedad, estos trastornos hacen más vulnerable al adolescente, a menudo se presentan dificultades interpersonales y psicosociales, los síntomas y conductas son frecuentemente considerados como cambios de humor propios de la etapa, los terapeutas difícilmente hacen un diagnóstico temprano de los mismos.

Si sí lo hacen y el individuo recibe una terapia, muchas veces ésta puede ayudar en el sano desarrollo emocional y social, y evitar el riesgo del suicidio y el uso de sustancias.

Otros factores que propician la depresión en las adolescentes es el abuso sexual o alguna forma de abuso físico vivido en la niñez, y al llegar la etapa de adultez la mujer puede presentar síntomas de depresión más elevados, así como baja autoestima, sentimientos de inutilidad y aislamiento social.

Otra situación que viven las adolescentes y puede propiciar la depresión leve o mayor son los embarazos, los factores que la propician son la edad, la baja escolaridad, el medio socioeconómico en el que no hay apoyo familiar, principalmente de la madre por lo que la joven transita a la vez por la adolescencia y la maternidad.

### **3.9. DEPRESIÓN INFANTIL**

Los síntomas que puede presentar un niño deprimido pueden ser irritabilidad, negarse a ir a la escuela diciendo que se siente enfermo, marcado apego a los padres o temor a que estos mueran.

Si son un poco mayores pueden presentar problemas en la escuela, mal humor habitual y sentirse no comprendido.

Algunos factores que se consideran indicadores de adversidad infantil están asociados



a baja autoestima, (Brown y cols., 1990); el abuso sexual en la infancia (Bifulco y cols., 1991); el abuso físico, (Andrews y Brown, 1988); pobre percepción de su rol en la familia (Reinheaz y cols., 1993) y el estilo educacional de la familia.

Jacobson,1975; Parker,1979, 1983; Raskin, 1971, han demostrado que los individuos depresivos tuvieron una pérdida de afecto durante la infancia. Otras investigaciones señalan que los depresivos tuvieron madres sobreprotectoras e intrusas, y que ambos padres utilizaron para ejercer el control sobre los niños más estrategias provocadoras de ansiedad y culpa (Gotlib y cols.,1988).

Por lo antes mencionado, se puede observar que la depresión es un problema de salud cada vez más extendido en todo el mundo, que está presentándose a edades más tempranas, es poco diagnosticado y mucho menos atendido y en el estrés, es decir distrés, y la ansiedad podrían encontrarse sus primeros antecedentes, sin olvidar que también las hormonas y bioquímica del cerebro son los responsables en muchos casos .

## **CAPÍTULO IV. OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN**

### **4.1. PRINCIPIOS GENERALES DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS**

EL uso y prescripción de medicamentos para el manejo de la depresión y la ansiedad, les corresponde a los médicos en general y a los psiquiatras en particular, asociado en muchos casos a la aplicación de las diferentes técnicas psicoterapéuticas que emplean los profesionales de la salud.

Ahora bien, es importante recordar que los medicamentos:

- influyen sobre la actividad de las sustancias químicas del cerebro, los neurotransmisores
- no siempre son efectivos
- no tienen la misma respuesta en todas las personas.

Los medicamentos antidepresivos se han clasificado en grupos de acuerdo a la etapa en la que aparecieron, a su estructura química y a los efectos que tienen sobre los neurotransmisores. Cómo es el proceso en las estructuras cerebrales comprometidas, los neurotransmisores?

- los neurotransmisores son sustancias químicas que comunican a las células nerviosas.
- en la sinapsis la célula nerviosa recibe a los neurotransmisores que se unen a través de los receptores
- la célula nerviosa que recibe libera el neurotransmisor de regreso a la sinapsis en el proceso de recaptura
- la célula nerviosa que envió el neurotransmisor lo reempaqueta para su uso posterior o lo degrada a través de una enzima, la mono oxidasa.

Los neurotransmisores que están asociados con el trastorno depresivo son la Serotonina, la Norepinefrina ,y en ocasiones la Dopamina ya sea que haya una mayor o menor cantidad de las misma.

¿Cómo actúan los antidepresivos?

- inhibiendo la recaptura del neurotransmisor, es decir, lo mantiene en la sinapsis en donde continúa siendo activo ,enviando mensajes,
- bloqueando ciertos receptores químicos,
- inhibiendo a la enzima monoamino oxidasa que degrada los neurotransmisores, lo que permite que éstos estén presentes en la sinapsis, por lo que pueden continuar uniéndose a las células receptoras.

Los antidepresivos se han dividido en seis grupos de acuerdo con el efecto que tienen en los neurotransmisores:

1. Inhibidores de la recaptura de la serotonina, que bloquean la recaptura hacia la célula. Se les ha llamado inhibidor selectivo porque funciona casi exclusivamente sobre la serotonina. Son los siguientes: cilatropam, fluvoxamina, fluoxetina, paraxetina, sertalina.

Los efectos secundarios de estos medicamentos son problemas gastrointestinales no severos, disminución del deseo sexual o impedimento del orgasmo, síndrome de serotonina (éste último es poco frecuente pero puede poner en peligro la vida del paciente).

2. Inhibidores mixtos de la recaptura, ISRS, son antidepresivos que bloquean la recaptura de algunos neurotransmisores. Entre ellos: ventafaxina, que inhibe la recaptura de la serotonina y norepinefrina (en ocasiones entre los efectos secundarios se encuentran el aumento de la presión arterial); bupoprion, inhibe la recaptura de la norepinefrina y la dopamina (como efectos secundarios puede aumentar el riesgo de convulsiones, no debe administrarse a quienes las padecen o presentan bulimia nerviosa).

3. Bloqueadores de los receptores: mirtazapina, que hace un bloqueo selectivo, impide que los neurotransmisores se unan a ciertos receptores de células nerviosas, principalmente a las que reciben mensajes del neurotransmisor norepinefrina.
4. Inhibidores de la recaptura y bloqueadores de receptores. Actúan inhibiendo la recaptura de uno o más neurotransmisores, además bloquean uno o más receptores de las células nerviosas: trazodona, inhibe la recaptura de serotonina y bloquea a cierto tipo de receptores de la misma (en menor grado bloquea varios tipos de receptores que reciben mensajes de los neurotransmisores norepinefrina e histamina, bloquea la histamina por lo que provoca somnolencia, es usada en dosis bajas como sedante, alivia la depresión y la histamina favorece el sueño); nefazodona, como la trazodona, inhibe la recaptura de la serotonina y en menor grado de norepinefrina, bloquea algunos receptores de serotonina y en menor grado de norepinefrina; maprotilina, que inhibe la recaptura y bloquea ciertos tipos de receptores de la norepinefrina.
5. Antidepresivos tricíclicos. Estos medicamentos actúan de forma diferente: inhiben la recaptura de la serotonina y norepinefrina, además bloquean algunos receptores. Son utilizados cuando otros antidepresivos no funcionan: amitriplina, desipramina, imipramina, nortriptilina, proprriptilina, terimipramina.

Este grupo de antidepresivos puede causar más efectos secundarios: sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, aumento de peso, estreñimiento y dificultad para orinar; precipitar o agravar el aumento del tamaño de la próstata, ciertos glaucomas y algunas enfermedades cardiacas.

6. Inhibidores de la enzima monoamino oxidasa, IMAO, que se encuentra dentro de las células, degradan la norepinefrina y la serotonina para que permanezcan más tiempo en la sinapsis. Actualmente este grupo de antidepresivos es poco utilizado, se recurre a éstos cuando otros no han sido eficaces, son: fenzina, tranilcipromina.

## **4.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ANTIDEPRESIVOS**

Cada individuo responde de manera distinta, para conocer mejor al paciente es oportuno revisar su historia familiar. Su uso debe ser revisado periódicamente.

Los del grupo IMAO interactúan con medicamentos que contienen la enzima Tiramina por lo que se deben evitar el chocolate, algunos quesos y frijoles, la soya, cerveza, vino tinto y pepinillos. Si se administran, el paciente necesita llevar una dieta estricta para evitar la hipertensión arterial, cefalea, taquicardia e incluso un ataque cerebral.

Los antidepresivos más nuevos, los del grupo ISRS causan menos efectos secundarios que los IMAO, los efectos secundarios de los primeros son de corta duración en relación a los segundos.

Pueden combinarse dos antidepresivos cuando uno solo no funciona: un ISSR con bupoprion o mirtazapina, el médico debe vigilar la respuesta a los mismos. O bien el paciente puede necesitar un estimulante para levantar el ánimo y un antidepresivo.

La respuesta a los antidepresivos no es inmediata, en ocasiones su efecto se tiene después de 8 semanas del inicio del tratamiento, en ocasiones el médico eleva las dosis para que el efecto sea más rápido, lo que puede provocar más efectos secundarios.

El inicio del tratamiento es llamado de terapia aguda, después es la etapa de mantenimiento. Hay pacientes que requieren los medicamentos por el resto de la vida, otros durante la etapa depresiva si las causas biológicas han terminado. Los medicamentos deben disminuirse paulatinamente en un lapso de 6 a 12 meses para evitar recaídas, bajo supervisión médica.

Los antidepresivos más antiguos son más económicos que los nuevos que disminuyen su costo después de 15 años de salir a la venta y son llamados genéricos.

### **4.3 MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR LA ANSIEDAD**

Los ISRS y la mirtazapina a menudo controlan la ansiedad y la depresión, se administran combinados con el propósito de controlar la ansiedad mientras hace efecto el antidepresivo. Las benzodiazepinas disminuyen la ansiedad rápidamente, en un lapso de 30 a 90 minutos. Sus nombres son: alprazolam, clordiazepóxido, clonazepam, dianozepam, lorazepam. Su uso puede tener como efectos secundarios mareo, somnolencia, falta de equilibrio y disminución de la coordinación muscular, dosis elevadas pueden provocar problemas de memoria.

### **4.4 HIERBAS MEDICINALES**

La hierba de San Juan, conocida popularmente con el nombre de pericón (*Hipericum Perforatum*) es utilizada en algunos países de Europa y en México. Puede ser utilizada en el tratamiento de algunos síntomas depresivos pero no en la depresión mayor. Se encuentra como suplemento en farmacias y en los mercados .

Su uso provoca algunos efectos secundarios: sequedad de boca, mareos, problemas digestivos, confusión y sensibilidad a la luz solar. Estos efectos son leves, pueden interferir con medicamentos antidepresivos, el VIH y con medicamentos para prevenir el rechazo de trasplantes.

Es necesario que el uso de los medicamentos sea controlado por el médico que los prescribe, en muchas ocasiones el paciente no siente ninguna mejoría al inicio del tratamiento y lo abandona, el médico debe explicar los tiempos y resultados para que la persona continúe con ellos. Frecuentemente es el paciente quien deja el medicamento porque “ya se siente bien” , presentándose con frecuencia recaídas que obligan a reiniciar el tratamiento o bien a buscar otro medicamento que le disminuya sus síntomas.

#### **4.5. TERAPIA CONDUCTUAL. PRINCIPIO Y ENFOQUES TEÓRICOS**

Un hábito o conducta es una manera uniforme de responder ante situaciones o estímulos. Muchas veces el hábito no es adaptativo y se convierte en un problema para el individuo.

Al revisar la historia del hombre se observa que los principios del aprendizaje y las prescripciones terapéuticas son tan antiguas como la civilización. Cuando un individuo le hablaba a otro de un mal que le provocaba malestar, éste posiblemente le daba algún consejo o recomendación para cambiar la situación, y tal vez, lo que el “consejero” recomendaba funcionaba para el otro, por sugestión o por efecto placebo para cambiar una conducta. La historia del hombre da testimonio a través de los textos conservados de cómo al cambiar una conducta se modifica la situación del individuo.

Es en el siglo XVIII cuando algunos investigadores dan los primeros pasos en el estudio y experimentación de la conducta, entre ellos se encuentra Anton Mesmer (1779) quien dirigió sus esfuerzos para lograr cambiar el término conducta en un principio general de conducta, sin embargo sus experimentaciones no soportaron las pruebas científicas.

Posteriormente De Puysegur, Bernheim y otros continuaron dilucidando los elementos esenciales de Mesmer.

Leuret, 1846, señaló que por medio de la palabra una conducta indeseable puede ser sustituida por una deseable; si la estrategia funciona, la conducta anterior se inhibe, son llamadas respuestas competitivas.

El terapeuta del siglo XIX utilizaba algunas guías empíricas para aplicar sus técnicas, pero los resultados de las mismas no podían predecirse.

Wolpe Georg dijo que “ fue a través de la conducta y sólo a través de ella como Freud pretendió producir el cambio terapéutico”.

El desarrollo científico de la conducta ha sido un proceso lento, la ciencia del control conductual nació en el laboratorio al descubrirse el reflejo condicionado. Pavlov demostró que por medio de la manipulación experimental podían establecerse

relaciones regulares y predecibles entre los cambios de conducta de los organismos vivos y las modificaciones de los medios ambientales a los que estaban expuestos.

Las bases teóricas experimentales de la modificación de conducta surgen fundamentalmente con los estudios de Thorndike, 1898; en 1920 con Watson y Rayner tuvo la terapia de la conducta su origen conceptual; Mary Cover Jones en 1924, adoptó una de las sugerencias de Watson y Rayner al tratar las fobias infantiles. En el mismo año Burnham propuso el empleo de la conducta contra activa como factor para provocar el cambio de hábitos.

Las investigaciones continuaron en el laboratorio, al mismo tiempo que la investigación teórica, Dunlap, 1932, creó una técnica a la que llamó “ la práctica negativa”, con la cual los hábitos motores indeseables son superados con la repetición continua; Guthrie, 1935, concluyó que la regla para modificar un hábito es encontrar las causas que llevan a la acción y repetición del hábito.

En 1938 B. Skinner señala como principio básico de su teoría que:

“ ...las conductas se aprenden y se mantienen como resultado de sus consecuencias”, con lo que sienta las bases sobre la importancia del ambiente. Llama “conductas operantes” a aquellas que pueden ser controladas mediante la alteración de sus consecuencias. éstas deben producirse justo después de la aparición de la conducta.

Skinner fue quien utilizó por primera vez el concepto Condicionamiento Operante diferenciándolo del condicionamiento pavloviano o respondente. Además propuso un enfoque particular para el estudio de la psicología y el desarrollo de la investigación al que llamó Análisis experimental de la Conducta.

Skinner experimentó con animales, consideró que las conductas de respuesta eran contingentes a una acción.



## **4.6. TÉCNICAS CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN**

### **4.6.1 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN**

Las técnicas de relajación son procedimientos de intervención en la psicología clínica, de la salud y en la psicología aplicada en general, sus orígenes formales fueron en los primeros años del siglo XX. Sus antecedentes históricos son antiguos, las filosofías orientales y disciplinas como el yoga las utilizaron desde tiempos remotos.

Son importantes las conexiones históricas entre las técnicas de relajación, basadas en la sugestión, y los primeros intentos de tratamiento de los problemas de enfermedad mental, apoyados en el magnetismo animal y la hipnosis que se aplicaron en los siglos XVII y XIX.

En el siglo XX , en 1929, Jacobson expone los fundamentos de la relajación progresiva y en 1932 Schultz las del entrenamiento autógeno.

Las técnicas de relajación tienen como objetivo proporcionar al individuo habilidades para controlar su activación fisiológica ante las situaciones que le provocan distrés o ansiedad sin recurrir a recursos externos, los cambios fisiológicos que se presentan ante el estrés y que pueden ser controlados con estas técnicas son:

- aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión sanguínea
- aumento de la respiración
- tensión muscular
- secreción de glúcidos y lípidos al torrente sanguíneo
- aumento de la transpiración
- liberación de factores de coagulación y
- enlentecimiento de la digestión.

Biológicamente, la relajación es la respuesta opuesta al estrés, puede ser aprendida y utilizada como recurso ante los efectos del estrés. La relajación progresiva tiene como objetivo alcanzar niveles profundos de relajación muscular, mediante ella el individuo aprende a reconocer en que partes de su cuerpo hay mayor tensión.

La vida en el ser humano fuera del vientre materno se inicia con la primera inhalación y termina con la última exhalación.

El control adecuado de la respiración permite hacer frente a las situaciones de estrés y manejar el aumento de la activación fisiológica ocasionados por este. El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que en las situaciones de estrés la activación se controle.

Cuando la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente la sangre no se purifica adecuadamente y las células de desecho intoxican paulatinamente al organismo, lo que contribuye a aumentar los estados de ansiedad, depresión y fatiga. Se puede observar la tensión que ocasionan las situaciones cotidianas en la forma en que se respira : conteniendo el aliento y haciendo que el aire llegue solo hasta el diafragma. La persona comienza a tensar sus músculos y a contener el paso de oxígeno.

Entre las técnicas de relajación se encuentran la relajación progresiva, la relajación pasiva, la relajación autógena y la respuesta de relajación.

#### **4.6.2 ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO**

El entrenamiento autogénico es una técnica que tiene como objetivo ayudar al paciente a reducir la fatiga, la tensión y la ansiedad a través de la relajación. El paciente aprende a generar sentimientos de pesadez y calidez en sus extremidades, el terapeuta induce al paciente para que sienta sus extremidades cada vez más calientes y pueda relajarse. Esta técnica es útil para aplicarla a quienes padecen dolores crónicos. Se distingue de la relajación muscular progresiva en que no hay ninguna actividad física. La técnica puede combinarse con imágenes positivas.

### **4.6.3 RESPIRACIÓN PROFUNDA Y CONTROL RESPIRATORIO**

La ansiedad que presenta un paciente a menudo se acompaña de respiración superficial y rápida, que provoca una reducción de bióxido de carbono en la sangre, el paciente puede sentir sensación de mareo y aturdimiento; estos síntomas a su vez pueden ocasionar angustia y/o desvanecimiento. Esta técnica tiene como propósito controlar y evitar la hiperventilación mediante inhalaciones y exhalaciones lentas, controladas y relajantes. Los ejercicios de respiración combinan la profundidad y el control de la misma, paulatinamente el paciente practica la respiración diafragmática auxiliado por el terapeuta quien le instruye en cómo debe sentir que la inhalación del aire llega hasta el diafragma.

### **4.6.4 RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA**

La técnica de relajación muscular progresiva es una técnica adaptativa de afrontamiento cuyo objetivo es disminuir la angustia fisiológica y psicológica al relajar el cuerpo y la mente.

La práctica de esta técnica implica que el paciente realice tareas para casa, son tres los pasos que la componen:

- instruir al paciente para que contraiga o tense grupos musculares y después de 5 segundos los relaje
- indicarle que solamente debe relajar los músculos señalados
- continuar con los demás músculos siguiendo las mismas instrucciones

Al igual que las anteriores, esta técnica se utiliza para controlar el estrés y en el manejo de la ansiedad.

#### **4.6.5 ESTRATEGIAS DE AMPLIACIÓN DE CONCIENCIA: MEDITACIÓN**

Desde el punto de vista filosófico la meditación es tan antigua como los inicios del budismo. Es un estado mental que implica la apertura a lo nuevo y al estar en el presente; ampliar la conciencia es guiarse más que regirse por reglas y rutinas.

Como procedimiento la ampliación de conciencia es eficaz para manejar el estrés y como estrategia para reducir la ansiedad. La relajación y la observación de la respiración son importantes en la práctica de la misma.

#### **4.6.6 TÉCNICAS DE CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO**

Los estudios que se refieren al papel relevante de las imágenes relacionadas con la memoria, el pensamiento y la propia conducta verbal así como la utilización de la imaginación en el campo terapéutico son considerados como antecedentes de las técnicas de condicionamiento encubierto dirigidas a la modificación de la conducta. Si bien son técnicas cognitivas se diferencian del resto de las mismas en que las técnicas encubiertas se ocupan de estos fenómenos en el campo de las teorías del aprendizaje.

El reforzamiento positivo encubierto, la sensibilización encubierta y la aserción encubierta son las técnicas más relevantes. La primera es especialmente eficaz para tratar los problemas de ansiedad como miedo a los exámenes, fobia a los roedores y la agorafobia.

Estas técnicas son cognitivas, necesitan ser aplicadas con procedimientos específicos y están dirigidas a la modificación de conductas.

#### **4.6.7 TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

La terapia de resolución de problemas es un modelo sistemático para mejorar la capacidad de enfrentar los problemas cotidianos. Está formada por dos procedimientos: orientación del problema y estilo de resolución de problemas.

La orientación del problema se dirige hacia los esquemas cognitivo – afectivos que integran las ideas, actitudes y reacciones emocionales generales del paciente en relación a los problemas cotidianos y su capacidad para afrontarlos.

El estilo de resolución de problemas se refiere a las actividades cognitivo – conductuales básicas que emprende el paciente al afrontar los problemas de la vida diaria.

El individuo para resolver las situaciones que a diario enfrenta tiene tres opciones: la resolución racional de problemas que es un estilo adaptativo en donde aplica diversas habilidades; y dos opciones desadaptativas, una impulsiva y la otra evitativa.

La terapia está dirigida a mejorar la orientación positiva, disminuir la orientación negativa, afinar la resolución de problemas y por consiguiente evitar las conductas impulsiva y evitativa, la terapia está orientada a que el paciente logre disminuir la angustia.

#### **4.6.8 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES**

F. Méndez Carrillo, J. Olivares R. Y Ma. del C. Ros L. Estos investigadores definen a las habilidades sociales como “ el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonal, que expresa y recibe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, que defiende los derechos propios de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la de problemas en las interacciones sociales”.

La habilidad social de los individuos es diferente de acuerdo al contexto cultural , en una misma zona geográfica, se hable de un país o un continente, considerando además las características individuales de edad, sexo, clase social y educación.

El entrenamiento en habilidades sociales es considerado por algunos autores más como un conjunto de procedimientos que de técnicas, al que acuden las personas que manifiestan dificultades para desenvolverse socialmente en distintos ámbitos y presentan altos niveles de ansiedad.

La falta de habilidades sociales provoca en el individuo ansiedad y pensamientos negativos, al mismo tiempo la ansiedad y las creencias erróneas le impiden desarrollar habilidades sociales.

V.E. Caballo señala que el entrenamiento en habilidades sociales comprende cuatro elementos (procedimientos o técnicas):

- Entrenamiento en conductas específicas para que el individuo las incorpore a las propias
- Reducción de la ansiedad en situaciones problemáticas con las nuevas conductas adquiridas con el entrenamiento
- Modificación de valores, cogniciones, creencias y/o actitudes a través de la reestructuración cognitiva
- Entrenamiento en solución de problemas

#### **4.6.9 TÉCNICAS DE AUTOCONTROL**

Las técnicas de autocontrol son los procedimientos utilizados por el terapeuta para que el paciente aprenda estrategias que le permitan modificar conductas, una vez aprendidas el primero se convierte en consultor y el paciente, al tener las herramientas y ponerlas en práctica podrá modificar las conductas que le llevaron a buscar ayuda.

Lynn P. Rehm señala que la actividad más importante de las técnicas de autocontrol son las tareas para casa pues su objetivo es modificar la conducta problema o indeseada en las situaciones naturales en donde tienen lugar.

En 1977, Rehm adaptó el modelo de Kanfer para atender al trastorno de la depresión, señaló que la persona deprimida o que es vulnerable a la depresión presenta seis características conductuales:

- el paciente tiene una perspectiva negativa de sí mismo

- es exigente con su propia conducta.
- es perfeccionista
- es riguroso consigo mismo
- no se permite incentivos
- recurre al autocastigo severo

Las técnicas de autocontrol se desarrollan en tres etapas: el autorregistro, la autoevaluación y el autorreforzamiento. Se utilizan en problemas de depresión, estrés, alimentación, diabetes.

#### **4.6.10 TÉCNICAS PARA LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES DE ENFRENTAMIENTO**

Meichenbaum, 1977, señaló que una respuesta de miedo o cólera puede entenderse como la interacción de una elevada activación fisiológica y los pensamientos que interpretan una situación como amenazante o peligrosa. Añade que en realidad existe poca relación entre ambas, lo importante es la interpretación que el individuo hace de las situaciones de su entorno al considerar las variables cognitivas, fisiológicas, conductuales, ambientales y afectivas interrelacionadas que prolongan la respuesta negativa.

Una técnica para desarrollar habilidades de enfrentamiento es la de Inoculación de estrés de Meichenbaum quien se apoya para su modelo de Inoculación de Estrés en el Modelo Transaccional de Estrés y del Afrontamiento de Lázarus , 1966, y de Lázarus y Folkman, 1986, para atender los problemas de ansiedad.

La Inoculación de Estrés es un conjunto de técnicas que el terapeuta puede utilizar para atender la problemática del paciente de acuerdo a sus características idiosincrásicas; en otras palabras, cada paciente requerirá conocer las técnicas que mejor se adecúen a su problema y características para manejar la ansiedad y el estrés.

En tres etapas consecutivas, educativa, entrenamiento o conocimiento de recursos instrumentales y aplicación el paciente estará en condiciones de lograr modificaciones en el área cognitiva, el área de autocontrol y en el área de adaptación al medio.

En las áreas cognitiva y de autocontrol el objetivo es modificar estructuras (supuestos básicos, creencias) que provocan respuestas desadaptativas (valoración negativa de sí mismo y del mundo).

En el área de adaptación al medio se busca generar e incrementar conductas adaptativas y al mismo tiempo modificar las conductas desadaptativas.

Como ya se mencionó la Inoculación de Estrés incluye un gran número de estrategias desde el entrenamiento en auto observación e información sobre la estimulación aversiva, el modelado real, el modelado encubierto, la relajación, el entrenamiento en imaginación emotiva, la práctica dirigida, las estrategias en la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, el autorrefuerzo, la exposición directa, las autoinstrucciones, la desensibilización sistemática o la desensibilización como técnica de control agrupadas en cuatro bloques de entrenamiento y desarrollo:

- habilidades y estrategias cognitivas
- habilidades de control de la activación emocional
- habilidades conductuales
- habilidades de afrontamiento paliativo

Es necesario recordar que para que las técnicas tengan resultados positivos es de primera importancia que el paciente realice las tareas para casa.

#### **4.6.11 TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN: IMPLOSIÓN E INUNDACIÓN**

La terapia implosiva como técnica de exposición combinó los principios psicoanalíticos con los procedimientos derivados de la psicología experimental. Stampfl, 1961, señaló que la exposición debía producirse ante estímulos que provocaran elevada ansiedad no



permitiendo respuestas de evitación o escape.

Para disminuir la angustia y las respuestas fisiológicas el paciente evita los estímulos temidos, la terapia lo lleva a evaluar el grado de ansiedad que le provocan. después el paciente identifica los niveles de los mismos de más bajo a más alto y hace una descripción minuciosa de cada uno.

Esta técnica puede ser empleada in vivo o con la imaginación.

Las técnicas de inundación se iniciaron con los estudios de las conductas de evitación. Solomon, Kamin y Wynne, 1953, hicieron investigaciones sobre evitación discriminativa con perros en el laboratorio. Observaron que las respuestas de evitación aprendidas resultaban altamente resistentes a la extinción. Ya Mowrer, 1947, había planteado su teoría bifactorial refiriéndose al condicionamiento clásico, con las fases de adquisición y el condicionamiento instrumental; y con la fase de mantenimiento, para demostrar su eficacia.

Para corregir las fallas de la teoría bifactorial surgieron algunas más, la de Baum, 1970, llamada “de la respuesta competitiva”; la de Watts, 1979, el modelo de habituación y las teorías cognitivas de Rimm y Masters, 1974; Seligman y Johnson, 1973.

La aplicación de las técnicas de inundación tienen como objetivo al igual que las técnicas de exposición que el paciente alcance la habituación al estímulo temido; se inicia con la fase educativa en donde se le informa de los procedimientos a seguir de acuerdo al problema que presenta, es importante que haya motivación alta para que pueda adherirse al tratamiento.

En la siguiente fase, de entrenamiento se repiten las exposiciones a las situaciones causantes de ansiedad, éstas pueden ser in vivo o en la imaginación de acuerdo a las respuestas y preferencias del individuo.

Se puede utilizar también la detención del pensamiento. Y nuevamente, las tareas para casa, en situaciones reales son indispensables para lograr un cambio conductual.

Esta técnica es utilizada especialmente para el manejo de los trastornos de ansiedad.

#### **4.6.12 VISUALIZACIÓN E IMÁGENES GUIADAS**

Como estrategias conductuales en el manejo del estrés y disminución de la ansiedad la visualización y las imágenes guiadas utilizan la imaginación del paciente lo que le permite alcanzar un estado de relajación y tranquilidad.

Estos métodos inductivos son favorables para aumentar la motivación para enfrentar situaciones futuras y en el manejo del dolor.

#### **4.6.13 TERAPIA COGNITIVA**

El modelo cognitivo es la base de la terapia cognitiva que plantea la hipótesis de que “ los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones” (Beck,1964; Ellis, 1962)

“Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación: no es la situación misma la que determina en forma directa lo que sienten, la respuesta emocional está condicionada por la percepción de la situación”

El problema primario de las personas tiene que ver con la construcción que cada uno hace de la realidad. La percepción que las personas tienen sobre los acontecimientos tiene su base en las creencias que desde la infancia han desarrollado, éstas están interiorizadas y los individuos las consideran verdades absolutas y se presentan como pensamientos automáticos que provocan reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales.

Entre las características de la(s) terapia cognitiva están:

- los problemas son planteados en términos cognitivos
- requiere de una sólida alianza terapéutica

- está orientada hacia objetivos y centrada en problemas específicos
- examina el aquí y el ahora, es decir se sitúa en el presente
- tiene función educativa, para que el paciente sea su propio terapeuta

El objetivo de la terapia cognitiva es que a través del proceso el paciente logre reestructurar y modificar sus pensamientos automáticos negativos, sus suposiciones distorsionadas o desadaptativas y los esquemas disfuncionales.

#### **4.6.14 TERAPIA COGNITIVA Y FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS**

La combinación de la terapia cognitiva y el uso de medicamentos para tratar al paciente con depresión puede lograr la remisión de los síntomas una vez que éstos se dejen de administrar.

En algunos tipos de depresión la terapia cognitiva puede ser más efectiva que los fármacos. Los especialistas señalan que con la terapia cognitiva el paciente adquiere mayor control sobre sí mismo y modifica esquemas estereotipados de pensamientos negativos.

Algunas personas no son candidatas a ser tratadas con medicamentos antidepresivos.

Los pacientes abandonan con menos frecuencia la terapia que el uso de medicamentos.

#### **4.6.15 LA TEORÍA BÁSICA CLÍNICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA**

“La terapia racional emotiva puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiados, su enfoque es amplio y múltiple: emplea diversos métodos cognitivos, emotivos y conductuales; es una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de los trastornos”, Albert Ellis.

La TRE o Terapia Racional Emotiva conductual tiene sus fundamentos en las escuelas

estoicas y en las escuelas budistas que surgieron antes de la Era actual. Afirma que los individuos tienen que ser felices por el hecho de estar vivos, cuando no es así, es que están sintiendo de manera inapropiada, esos sentimientos se originan en pensamientos de que las cosas “deben” o “tienen” que ser distintas de las forma que son.

La Discusión o método lógico-empírico de la ciencia es el principal enfoque terapéutico de la TRE.

Señala que nuestras tendencias son innatas o adquiridas, en gran medida cada persona puede controlar su destino y especialmente sus emociones. Esto obedece a como interpretamos los valores básicos y creencias y las acciones que se eligen.

La TRE presenta el esquema A B C:

- En el punto A ocurre una acción, es la experiencia o acontecimiento activador
- En el punto C se presenta una consecuencia emocional y/o conductual como reacción a lo que ocurre en A, por lo que se piensa que A es causa de C

La TRE señala que las experiencias activadoras en A no ocasionan las crisis emocionales en C, la persona es quien provoca sus propias consecuencias al creer firmemente cosas que ocurren en B, que son las Creencias, un sistema innatamente predispuesto aprendido o adquirido.

“Las cosas que ocurren no son las que perturban, sino la opinión que se tiene de ellas”

Para descubrir las creencias irracionales se buscan los “deberías” o los “tienes” y las afirmaciones no empíricas o irreales.

La técnica de la TRE conduce a que se examine la consecuencia conductual o emocional inadecuada, C, y la experiencia activadora, A, para descubrir las creencias irracionales, B.

Cuando la persona refiere sus creencias irracionales utiliza el siguiente lenguaje:

- sentirse “horrible” o muy mal

- no soportar algo
- la necesidad perturbadora: tengo que..., debo actuar, las condiciones de mi vida deben de...
- la autocondena

Cabe señalar que la forma de pensar, sentir y comportarse de manera irracional parece tener bases biológicas. El fundamento biológico es un rasgo de origen marcadamente innato (puede ser también adquirido), en parte surge de la natural predisposición del organismo a comportarse de una forma característica.

La irracionalidad en cualquier pensamiento o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas interfieren de manera importante en la salud.

Se considera que hay una tendencia humana básica a tener dos actitudes contradictorias al mismo tiempo, una intelectual que se mantiene débil y ocasionalmente; otra emocional que permanece vigorosa y consistentemente, por lo que la segunda domina a la primera.

En la terapia cuando se aplica la teoría de la TRE y se comprenden los puntos A B C el analista conduce al paciente hacia el punto D, para distinguir y diferenciar lo que se quiere y se necesita, y entre las creencias racionales, Cr, y las creencias irracionales, Cir.

La discusión tiene como objetivo alcanzar la reestructuración cognitiva, encontrar los pensamientos irracionales, diferenciar el pensamiento lógico del ilógico y la definición y redefinición semántica para evitar la sobregeneralización con el propósito de mantenerse en la realidad.

Finalmente, la meta de la TRE es conseguir un nuevo efecto, E, que permita al paciente pensar semiautomáticamente de manera más realista sobre sí mismo y lo que le rodea.

#### **4.6.16 TERAPIA BREVE**

La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que esta última se ocupa del tratamiento de trastornos psicológicos (depresión, anorexia, esquizofrenia, ansiedad entre otros) la cual tiene una duración superior a cinco sesiones de acuerdo a la severidad del trastorno o la presencia de otras patologías.

“La terapia breve se caracteriza por situarse únicamente en el presente, utiliza técnicas terapéuticas de corta duración y su objetivo es lograr el cambio de un comportamiento específico“ Kristen, 1999.

El terapeuta requiere evaluar al paciente para darse cuenta si la terapia breve es la más recomendable para atender su problema, es decir, hacer una valoración de la severidad del problema; decidir cual es el objetivo de la terapia; establecer el número de sesiones y por último, explorar la disposición del paciente para el cambio.

“El origen de la terapia breve se encuentra en la orientación hacia el logro del insight como el objetivo principal en la psicoterapia psicodinámica ( Bellack y Siegel, 1983; Golfried, Greemberg y Mamar, 1990) , el interés en el aquí y el ahora de la terapia conductual y el establecimiento de la relación terapéutica empática de la terapia centrada en el paciente”

Desde la perspectiva cognitivo conductual la terapia breve aquí mencionada tiene sus bases teóricas en la motivación del logro (McClelland, Atkinson, Clark y Lowell, 1953) y en la teoría de la autoeficacia (Bandura,1977; 1982; 1986).

La perspectiva teórica de la autoeficacia señala que los individuos son capaces de autoevaluar y autorregular su comportamiento por lo cual la terapia breve está encaminada a fomentar la autoeficacia para lograr el cambio, la motivación tiene un papel fundamental en el procedimiento.

Podemos reiterar las características de la terapia breve:

- es una terapia de tiempo limitado y corta duración, no mayor a cinco sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos,

- está centrada en el presente y orientada hacia el futuro.
- Su objetivo es aumentar la motivación y apertura al cambio
- trabaja con la cognición y la emoción
- tiene como objetivo la toma de decisiones y el cambio del comportamiento.

Dos de los fundamentos de la terapia breve son la responsabilidad del paciente que se fortalece con la entrevista motivacional inicial y en la fase final por medio de las técnicas de autocontrol y de la solución de problemas.

## DESCRIPCIÓN DEL TALLER

**TÍTULO DEL TALLER:** Estrategias y técnicas de relajación para reducir la ansiedad y el estrés a los pacientes que acuden a consulta.

**OBJETIVO GENERAL:** Que los pacientes que acuden a consulta conozcan algunas técnicas de relajación para disminuir y controlar los síntomas del estrés y la ansiedad.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Analizar lo que significa el estrés en la vida diaria
2. Manejo de la respiración como estrategia de control
3. Porqué es importante reconocer los síntomas del estrés y la ansiedad
4. Aprender y ejercitar técnicas de respiración, relajación e imaginería

**MODALIDAD:** Teórico – práctico. Grupos de 15 personas adultas.

**TIEMPO:** 4 sesiones de 30 minutos de duración.

**OBSERVACIONES:** Técnicas que pueden ser individuales o grupales, no requieren de material de apoyo, dirigidas a pacientes de todas las edades.



## Sesión 1

Tema	Objetivo	Actividades	Duración
El estrés	Actividades de integración y sensibilización de los participantes hacia el tema	Invitar al grupo a identificar los estresores más recurrentes	15 – 30 minutos

## Sesión 2

Tema	Objetivo	Actividades	Duración
El estrés y los problemas de salud. La respiración	Conocer y experimentar el control de la respiración	Práctica individual de la técnica durante algunos minutos Resultados obtenidos de manera personal	15 – 30 minutos

### Sesión 3

Tema	Objetivo	Actividades	Duración
La respiración y la relajación	Reconocer los beneficios de la relajación y respiración en la salud	Explicación de la técnica y práctica individual de la misma	15 – 30 minutos

### Sesión 4

Tema	Objetivo	Actividades	Duración
La imaginación: técnica terapéutica	Visualización de imágenes mentales: recurso para lograr la relajación	Práctica de esta técnica con la guía del instructor	15 – 30 minutos

## CONCLUSIONES

El estrés agobia a los seres humanos lo mismo a quienes viven en grandes ciudades o en pequeñas poblaciones. La inseguridad, hoy azote de nuestro país, las carencias económicas, el crecimiento de la población, el futuro incierto incrementa los problemas.

Como he resumido en este trabajo, grandes investigadores lo han estudiado a fondo, ellos han dicho que el estrés es el motor que impulsa a los seres vivos a la acción para evitar los riesgos que la inmovilización les puede acarrear. Así, el animal huye de su depredador y se pone a salvo.

También el ser humano actúa movido por el estrés, Selye explicó a detalle el ciclo, el GAS, sus siglas en español. Llamó eustrés al estrés bueno y distrés al estrés malo o sin control.

Los investigadores posteriores a Selye, aún cuando difirieron en algunos aspectos, continuaron, y continúan, sobre el análisis del tema.

El cerebro humano es una de las principales fuentes de investigación, aporta respuestas a los interrogantes.

¿Cómo controla el ser humano el estrés?, si generalizamos, la respuesta es difícil porque cada uno utiliza mecanismos diferentes, el temperamento y la personalidad determinan la reacción.

El ruido, el tráfico, el volumen de la música en las calles son factores a los que muchas personas están condicionadas o habituadas. Unos tienen alta tolerancia a los estresores, otros no.

Los investigadores que se han dedicado al estudio de la ansiedad coinciden en que ésta es “la emoción más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de la vida” ( Alfredo H. Cía).

Richard Lázarus señaló que “el estrés es la emoción de la ansiedad”, “estoy nervioso”, “me siento angustiado”, “no sé que me pasa” son frases recurrentes de los individuos.

La ansiedad es una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva porque hacemos una valoración cognitiva errónea o falsa sobre un suceso que consideramos amenazante o peligroso. A través de los órganos de los sentidos, particularmente la vista, el oído y los somatosensoriales llega la información al cerebro, que responde de inmediato.

La ansiedad excesiva puede conducir hacia las enfermedades, del cuerpo y de la mente. Los problemas de salud mental han sido clasificados de acuerdo a los síntomas y características que se presentan.

Como he señalado, la depresión afecta a millones de seres en todo el mundo, muchas personas desconocen la enfermedad y la sociedad en general no la considera como problema de salud. Si bien puede tratarse de síntomas depresivos debidos a problemas no profundos, el exceso o la disminución de sustancias de la química del cerebro son la causa de la depresión entonces se habla de depresión endógena que casi siempre se combina con la problemática de la persona, que provoca depresión exógena.

Los antecedentes de la depresión se encuentran en algunos casos en el estrés y la ansiedad.

Los psicólogos y los médicos psiquiatras manejamos recursos para auxiliar a quienes lo solicitan para aliviar estos problemas.

Al prestar servicio en el dispensario de asistencia social, DAS, que se encuentra en el fraccionamiento Las Arboledas he tenido la oportunidad de atender a personas de escasos recursos, principalmente adultos, quienes han acudido por primera vez a consulta psicológica ante la necesidad de ser escuchados y sentirse comprendidos, sin ser enjuiciados ni criticados. Son personas que a veces no concluyeron la educación primaria, algunos que alcanzaron el nivel de preparatoria y otros más, los menos el de licenciatura. Amas de casa, empleadas domésticas, jóvenes desempleados, es el panorama de los pacientes.

Pacientes que por primera vez pueden decir sus problemas, otros que alguna vez han

acudido a consulta, incluso psiquiátrica, en muchos he observado profunda tristeza y en algunos desesperación.

Generalmente esperan resolver su problema emocional en una o algunas sesiones, como sucede con los médicos, en donde un medicamento los ayuda a aliviar sus problemas físicos.

Difícilmente se adhieren a un tratamiento. Hay excepciones, los pacientes que son “pacientes” tienen continuidad y obtienen respuestas a su problemática. Esto es cuando los problemas no requieren de apoyo psiquiátrico. Necesitan hablar, a veces el tiempo de la terapia solo me permite hacerles algunas observaciones y recomendaciones.

En fin, gracias a lo que hasta ahora he aprendido, siento que puedo dar alivio a las personas que lo solicitan.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ Enric. (2008) . Sintomatología ansiosa en atención primaria.
- BELA SZÉKELY, L. C. ( 2000). Diccionario de Psicología. Claridad
- BECK S., Judith. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Gedisa.
- BUENDÍA , José; MIRA M., José. (1993). Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo. Un estudio sobre el estrés infantil. Universidad de Murcia
- BULACIO, Juan M.(2004) . Ansiedad, estrés y práctica clínica. Akadia.
- BOBES G., Julio. (2003) . Trastornos de ansiedad y trastornos afectivos en atención primaria. Masson Doyma
- JOSEPH B., Patricia. Boletín UNAM. DGCS- 346. (2013). La Epigenética, memoria celular sensible a factores emocionales.
- CABALLO E., Vicente. (2008). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI.
- CÍA, Alfredo H. (2002) . La ansiedad y sus trastornos. Polemos Argentina
- CÍA, Alfredo H. (2002). Como superar el pánico y la agorafobia. Polemos. Argentina
- CONDE B., Franz. (1975). Análisis funcional de la ansiedad. Universidad de Venezuela.
- CORDECH, Juan. (1975). Psiquiatría dinámica. Harder.
- CRUZ M., Carlos; Vargas H. Luis.( 2001). Estrés, entenderlo es manejarlo. Universidad católica de Chile
- DOMÍNGUEZ T., Benjamín. (2002). Manual para el taller teórico – práctico del manejo del estrés. Plaza y Valdés

Maffel, Laura. (2012). Qué rol cumplen las hormonas durante el estrés?

DOCSALUD.com

D S M IV. (1999). Trastornos afectivos.

ECHEBURÚA, Enrique. (1992,96,98). Clasificación de los trastornos de ansiedad.

Universidad del país Vasco.

ESPINOSA, R. Luz M. (2009). Propuesta de capacitación en intervención en primeros auxilios psicológicos.. Tesina. UNAM.

HEWITT R., Noelia; Gentiva D., Carlos. (2009) La terapia breve, una alternativa de intervención efectiva. .Revista Avances en psicología latinoamericana.

KRAMLINGER , Keith, M.D. (2002).Guía de la Clínica Mayo sobre la Depresión. Plaza Janes.

LAZARUS, Richard; S. Folkman. (1980). Hans Selye y el estrés. Desclée de Brower, Bilbao

LAZARUS ,Richard S. (2000). Estrés y emoción, manejo e implicaciones en nuestra salud. Desclée de Brower, Bilbao

MEDLINEPLUS.(2012) .Estrés en la niñez . Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos.

MENCHENBAUM, Donald. (1987). Prevención y reducción del estrés. Desclée de Brower, Bilbao

NEZU ,Arthur; Nezu, Christine M.; Lombardo ,Elizabeth. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo – conductuales. Un enfoque basado en problemas. El manual moderno.

National Institute of Mental Health. ( 2012). What every woman should now, Hable sobre las mujeres y la depresión. En [www.omh.ny.gov/omhweb/spansite/speak](http://www.omh.ny.gov/omhweb/spansite/speak)

/speakwomen.htm.

- Office of Mental Health. (2012). Hable sobre los hombres y la depresión. En [www.omh.ny.gov/omhweb/spansite/speakmen/htm](http://www.omh.ny.gov/omhweb/spansite/speakmen/htm).
- OLIVARES, R.J., MÉNDEZ, C. X.; Lozano B.; M.. (2001). Técnicas de modificación de conducta. Siglo XXI.
- MERINO S., César. (1999) Visión introductoria al estrés infantil. Psicopedagogía. Com.
- REA C. Irasema. (2011). Seminario sobre Depresión. La técnica T R E aplicada en la depresión. Centro de estudio psicológicos G. Dávila. UNAM
- Martínez L., Patricia; K. Romano, Waysel. Redalyc, revista. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. Enseñanza e investigación en Psicología.
- VIRUES E., Rosa A. (mayo 2005). Estudio sobre ansiedad.. Revista Psicología Científica.. Universidad Autónoma de Nuevo León.*
- ROJAS , Enrique. (1998). La ansiedad como diagnóstico y cómo superar el estrés.
- SLAIKEU, K. A. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. México. Manual Moderno.
- ULRICH, George; STANICK, Thomas; MALRY , John. (1976). Control de la conducta humana. Trillas.
- VALLEJO, R. Julio, Gastó F. ,C. (1999). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. *Salvat*.
- Wikipedia*, (2013). Estrés.
- WOLPE, Joseph. (1980). Práctica de la terapia de la conducta. Trillas.