



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL  
PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN CON  
ANSIEDAD EN ADULTOS JÓVENES**

**T E S I N A**

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

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

**JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA**

**DIRECTORA:  
DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS**

**REVISORA:  
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN**

**SINODALES:  
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA  
MTRA. GABRIELA ROMERO GARCÍA  
DR. PEDRO WOLFGANG VELASCO MATUS**



**Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Septiembre, 2018.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Psicología, por hacer realidad uno de mis sueños.

A mi directora de tesina, doctora Claudia Iveth Jaen Cortés, y al honorable jurado de examen: doctora Sofía Rivera Aragón, doctora Mariana Gutiérrez Lara, doctora Gabriela Romero García, y doctor Pedro Wolfgang Velasco Matus, quienes amablemente me ayudaron con sus valiosas observaciones.

A mi madre Olga Castañeda Carrera, a quien agradeceré eternamente sus esfuerzos por llevarnos por buen camino.

## Contenido

Resumen.....	6
Abstract .....	7
Introducción .....	8
Capítulo 1. Desarrollo de los adultos jóvenes.....	12
<b>1.1 Desarrollo personal</b> .....	12
1.1.1 Desarrollo cognitivo .....	13
1.1.2 Desarrollo emocional .....	15
<b>1.2 Estilos de vida</b> .....	18
1.2.1 Estilos de vida saludable .....	18
1.2.2 Estilo de vida libre (no saludable) .....	21
1.2.3 Estilo de vida socializado .....	22
1.2.4 Estilo de vida no marital.....	23
1.2.5 Estilo de vida marital .....	24
<b>1.3 Desarrollo social</b> .....	26
1.3.1 Familia .....	26
1.3.2 Amigos.....	27
1.3.3 Pareja .....	28
<b>1.4 Desarrollo profesional y laboral</b> .....	28
Capítulo 2. Trastornos mentales en adultos jóvenes.....	30
<b>2.1 Epidemiología</b> .....	30
<b>2.2 Factores de riesgo biopsicosociales</b> .....	32
2.2.1 Factores biológicos.....	33
2.2.2 Factores psicosociales.....	34
<b>2.3 Trastornos depresivos</b> .....	36
2.3.1 Trastorno de depresión mayor.....	37
<b>2.4 Trastornos de ansiedad</b> .....	39
2.4.1 Trastorno de pánico .....	40
<b>2.5 Comorbilidad</b> .....	42
Capítulo 3. Modelo de intervención cognitivo-conductual.....	43
<b>3.1 Definición, origen y desarrollo histórico</b> .....	43

3.1.1 Origen.....	43
3.1.2 Desarrollo histórico.....	44
3.1.3 Modelo conductual .....	46
3.1.4 Modelo cognitivo.....	48
<b>3.2 Herramientas cognitivas y de modificación de conducta .....</b>	<b>51</b>
3.2.1 Técnicas cognitivas .....	51
3.2.2 Técnicas de modificación de conducta .....	52
<b>3.3 Evidencias científicas sobre la eficacia de la TCC .....</b>	<b>56</b>
Capítulo 4. Programa de intervención grupal.....	63
<b>4.1 Método .....</b>	<b>63</b>
Planteamiento del problema .....	63
Justificación .....	63
4.2. Propuesta .....	64
Descripción de la propuesta: .....	65
4.3. Participantes .....	66
4.4. Instrumentos .....	66
4.5. Procedimiento.....	68
Diseño de las sesiones.....	69
Cartas descriptivas .....	71
Posible análisis de resultados .....	92
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones.....	93
Referencias.....	98
ANEXOS .....	104
<b>Anexo 1.....</b>	<b>105</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>107</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>109</b>
<b>Anexo 4.....</b>	<b>112</b>
<b>Anexo 5.....</b>	<b>114</b>
<b>Anexo 6.....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo 7.....</b>	<b>116</b>
<b>Anexo 8.....</b>	<b>117</b>

<b>Anexo 9</b> .....	118
<b>Anexo 10</b> .....	119
<b>Anexo 11</b> .....	120
<b>Anexo 12</b> .....	121
<b>Anexo 13</b> .....	122
<b>Anexo 14</b> .....	123
<b>Anexo 15</b> .....	124
<b>Anexo 16</b> .....	125

## Resumen

En el mundo, la prevalencia de trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, continúa en aumento; ambos ocasionan efectos negativos en los aspectos económicos, sociales y de derechos humanos de todas las naciones, así como en la salud de las personas. En apoyo a la atención de esta problemática, se plantea una propuesta de intervención cognitivo conductual grupal para adultos jóvenes que han sido diagnosticados con depresión acompañada de un trastorno de ansiedad, como el denominado trastorno de pánico (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014).

El propósito general del estudio es instrumentar una intervención cognitivo-conductual para disminuir la depresión mayor con ansiedad en adultos jóvenes, hombres y mujeres. La propuesta se integra por 10 sesiones, que se basan en la aplicación de un modelo terapéutico que incorpora, por ejemplo, la Terapia de Activación Conductual, entre otras.

Como parte del tratamiento de la ansiedad, específicamente para el trastorno de pánico, se incluye la Terapia de Exposición Interoceptiva, que permite reducir los pensamientos catastróficos de manera rápida, con el consiguiente alivio de los síntomas de las personas. Se espera que esta intervención basada en evidencia científica tenga un impacto favorable en la salud mental de los adultos jóvenes y, por ende, mejores conductas adaptativas que redunden en el mejoramiento de su calidad de vida.

**Palabras clave:** Depresión, Ansiedad, Adultos Jóvenes, Intervención Cognitivo-Conductual.

## **Abstract**

The prevalence of mental disorders in the world, mainly depression and anxiety continues to increase, and causes considerable effects the health of individuals as well as on the economic, social and human rights of all countries. This study looks into a proposed group cognitive behavioral intervention for young adults who have been diagnosed with depression accompanied by an anxiety disorder, now known as the panic disorder (American Psychiatric Association APA, 2014).

The general aim of the study is to implement a cognitive-behavioral intervention to reduce major depression with anxiety in young adults, men and women. The proposal is integrated into 10 sessions, which are based on the application of this innovative therapeutic model that in the case of depression, for example, incorporates the so-called Behavioral Activation Therapy among others.

As for anxiety and specifically for panic disorder, Interoceptive Exposure Therapy is included, which quickly allows the reduction of catastrophic thoughts, consequently relieving the symptoms of individuals. It is expected that this intervention based on scientific evidence has a favorable impact on the mental health of young adults, and also, improve the life quality.

**Key Words:** Depression, Anxiety, Young Adults, Cognitive-Behavioral Intervention.

## **Introducción**

En el mundo, la prevalencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad continúa en aumento; se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas y la ansiedad a más de 260 millones. De hecho, muchas personas padecen ambas afecciones que, en conjunto, ocasionan efectos negativos tanto en la salud de las personas como en los aspectos económicos, sociales y de derechos humanos de todas las naciones. En el año 2013, en la Asamblea Mundial de la Salud, se demandó una respuesta integral y coordinada ante los efectos de los trastornos mentales; empero, cuatro años después, se reconoce que los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales, y que la divergencia entre la necesidad de tratamiento y la atención es grande (Organización Mundial de la Salud, 2017a).

En los países de ingresos bajos y medios, entre el 76 y el 85 por ciento de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento, y la cifra es alta también en los países de ingresos elevados, de entre 35 y 50 por ciento. El problema se complica todavía más debido a la poca calidad de la atención que reciben las personas durante el tratamiento (OMS, 2017a).

La OMS considera que la depresión afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales en todos los países, pues deteriora la capacidad de las personas para llevar a cabo incluso las tareas cotidianas, lo que tiene efectos negativos en las relaciones interpersonales; en casos extremos, la depresión puede provocar el suicidio, que actualmente es la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad, después de los accidentes de tránsito. Cifras oficiales indican que cada año se suicidan cerca de 800.000 personas (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En el área laboral, los trastornos por depresión y por ansiedad afectan la capacidad de trabajo y la productividad. De acuerdo con un estudio reciente, se estima que los trastornos por depresión y por ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial un billón de dólares en pérdidas de productividad (Organización Mundial de la Salud, 2017b).

Existen tratamientos eficaces para la depresión, pero más de la mitad de las personas que la padecen no los reciben por falta de recursos o de personal sanitario capacitado, aunado a que existe la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.

La ansiedad, en muchos de los casos, acompaña a la depresión, incluso, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (siglas en inglés), registra que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos relacionados con sustancias, el **trastorno de pánico**, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad (Asociación Psiquiátrica Americana, [APA], 2014).

En México, la situación no es diferente, aunque los datos oficiales son escasos. La Secretaría de Salud (2014) en su Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, incluye un apartado sobre situación actual, en el que sólo refiere que en este país se experimenta una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales. Se indica que uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años han padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero sólo uno de cada cinco reciben tratamiento, mientras que 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, y los más recurrentes son los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida, problemática que persiste en la edad adulta.

Considerando el panorama anterior, el presente trabajo pretende contribuir con una propuesta de intervención cognitivo conductual grupal en la atención psicológica de los adultos jóvenes que han sido diagnosticados con depresión mayor acompañada de un trastorno de ansiedad, como el ahora denominado trastorno de pánico (APA, 2014).

La investigación documental sobre la efectividad del modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de los trastornos de depresión mayor y ansiedad se llevó a cabo en las bases de datos de *Elsevier*, *Scielo*, *Scopus*, *Springer*, *Revista Salud Mental*, *Revista*

Panamericana de Salud Pública, *ScienceDirect*, Universidad Complutense de Madrid y *PubMed Health*, la cual se detalla en la Tabla 2.

La propuesta parte del análisis del desarrollo emocional y cognitivo de los adultos jóvenes y de las situaciones y estilos de vida que los llevan a desarrollar enfermedades de todo tipo, incluyendo los trastornos mentales, que en muchas ocasiones obstaculizan o hasta terminan con su vida familiar, laboral o académica. En este apartado, se incluyen consideraciones importantes sobre el desarrollo personal, social, profesional y laboral de este grupo de población.

En un segundo momento, se hace una descripción epidemiológica de los trastornos mentales, con énfasis en depresión y ansiedad, incluyendo sus repercusiones a nivel biopsicosocial; asimismo, se detallan los factores de riesgo de estos trastornos, así como los criterios psiquiátricos (síntomas) para el diagnóstico de la depresión con ansiedad y algunas consideraciones sobre su comorbilidad.

El tercer capítulo permite profundizar en el origen y desarrollo de la terapia cognitivo conductual, la cual ha demostrado altos niveles de eficacia, que se han incrementado con la incorporación de las denominadas terapias de tercera generación. Se aborda la definición, el origen y el desarrollo histórico del modelo cognitivo-conductual, las herramientas cognitivas y de modificación de conducta de que se dispone, hasta las evidencias científicas que comprueban la eficacia de este modelo por encima de otros utilizados durante años. Se incluyen estudios, así como diversos meta-análisis desarrollados en Canadá, España, Estados Unidos, Noruega, Japón y Reino Unido.

La propuesta de intervención grupal, descrita en el cuarto capítulo, se basa, precisamente, en la utilización de la terapia cognitivo conductual, que incorpora para la depresión a la denominada Terapia de Activación Conductual y que incluso se utiliza por algunos especialistas como recurso único para enfrentar los síntomas depresivos.

En cuando a la ansiedad, y específicamente para el trastorno de pánico, se incluye la terapia de exposición interoceptiva, que permite reducir los pensamientos catastróficos de manera casi inmediata, con el consiguiente alivio para los pacientes (Caballo, 2002,

2013). Se incluyeron en la propuesta de intervención otras técnicas cognitivo conductuales específicas, como la reestructuración cognitiva, la respiración diafragmal y la relajación muscular progresiva.

La intervención grupal consiste en 10 sesiones de dos horas cada una, en las que participan dos psicoterapeutas y 10 pacientes. La primera sesión tiene objetivos de tamizaje y brinda principios psicoeducativos, y las tres siguientes (2, 3 y 4) enfrentan de manera directa los síntomas depresivos. Las otras tres (5, 6 y 7) reducen los síntomas ansiosos, las dos que siguen (8 y 9) abordan técnicas de autocontrol y habilidades sociales, y la sesión final (10) hace un repaso general de las herramientas psicológicas aprendidas y una evaluación de los avances obtenidos en cuanto a la disminución de los síntomas depresivos y ansiosos por medio de los inventarios de Beck (1995) para estos trastornos.

Se espera que esta propuesta, sirva también como ejemplo práctico de cómo ampliar los beneficios de la psicoterapia cognitivo-conductual al mayor número de pacientes que sufren depresión con ansiedad y, con las adaptaciones necesarias, a las personas afectadas por otros trastornos mentales, de una manera rápida, económica y eficaz.

## **Capítulo 1. Desarrollo de los adultos jóvenes**

### **1.1 Desarrollo personal**

El desarrollo humano comprende el patrón de evolución o cambio que comienza en la concepción y continúa a través de todo el curso de la vida. Para comprenderlo, se han establecido estadios identificables, que se refieren al tiempo de vida de una persona que tiene características concretas, que van del estadio prenatal, la primera infancia, la niñez temprana, la niñez intermedia y tardía, la adolescencia, la juventud, la madurez y la vejez. En términos generales, el estadio prenatal va desde la concepción hasta el nacimiento; la primera infancia, desde el nacimiento hasta los 18 o 24 meses; la niñez temprana desde el final de la primera infancia hasta los cinco o seis años; la niñez intermedia y tardía, desde los seis hasta los 11 años; y la adolescencia desde los 10 hasta los 18 años de edad aproximadamente (Santrock, 2006).

La juventud, la madurez y la vejez, ya se consideran la etapa adulta, desde el punto de vista biopsicosocial. La juventud es un estado de desarrollo que inicia al final de la adolescencia o a los 20 años y termina hasta la treintena (39, aproximadamente). La madurez comienza a los 40 años y dura hasta los 60, mientras que la vejez se considera entre los 60 o 70 años y dura hasta el momento en que termina la vida (Santrock, 2006). La etapa que nos interesa en el presente trabajo es la juventud, es decir, el adulto joven. En este estadio, algunos autores, como Gross (2004), establecen tres periodos: la transición de la adultez temprana (17 a 22 años), la transición de los 30 años (28 a 33 años) y el asentamiento o estructura vital culminante de la adultez temprana (33 a 40 años). Santrock (2006), así como Papalia y Martorell (2017) hablan de una adultez emergente (entre 18 y 25 años) y una adultez temprana (26 a 39 años aproximadamente). Aquí es importante considerar que los límites entre las etapas no son inalterables, y que los individuos no tienen tan solo una edad cronológica, sino que también poseen una edad biológica, psicológica y social (Santrock, 2006).

### 1.1.1 Desarrollo cognitivo

De acuerdo con Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009), los adultos jóvenes por lo general están en la cima de sus potencialidades físicas y de muchos aspectos de sus potencialidades intelectuales. Durante estos años hacen elecciones de carrera y forman relaciones íntimas que pueden durar toda la vida. Las elecciones en su estilo de vida influyen en su salud. Las habilidades cognitivas y los juicios morales implican una mayor complejidad. En este periodo realizan elecciones educativas y profesionales. Según el psicólogo suizo Jean Piaget (1972), existen cuatro etapas básicas dentro del desarrollo cognitivo del ser humano: etapa sensorio motora (del nacimiento a los 2 años); etapa preoperacional (2 a 7 años); etapa de operaciones concretas (7 a 11 años) y etapa de operaciones formales (11 a 15 años).

El último estadio, el de operaciones formales, incluye al adulto joven, ya que en esta etapa los jóvenes son capaces de pensar en términos abstractos, formular hipótesis, probarlas mentalmente y aceptarlas o rechazarlas de acuerdo con el resultado de los experimentos mentales. De esta forma, son capaces de ir más allá del aquí y ahora para entender las cosas en términos de causa y efecto, considerar posibilidades y realidades, y desarrollar y usar reglas, principios y teorías generales (Morris & Maisto, 2005).

Los adultos jóvenes presentan un nivel de pensamiento cuantitativamente más avanzado, ya que poseen más conocimientos que los adolescentes. Al igual que los psicólogos del procesamiento de la información, Piaget consideraba que los adultos aumentan especialmente sus conocimientos en un área concreta (Santrock, 2006).

Los individuos consolidan su capacidad para pensar de manera operacional formal hasta que se encuentran en la edad adulta, por eso pueden comenzar a planificar y establecer hipótesis sobre problemas intelectuales en la adolescencia, pero cuando son adultos jóvenes se vuelven más sistemáticos y complejos; Keating (1990, en Santrock, 2006) afirma que muchos adultos nunca alcanzan el estado del pensamiento operacional formal.

Este mismo autor plantea la posibilidad de que exista un quinto estadio, el pensamiento posformal, que es cualitativamente distinto del pensamiento operacional formal propuesto por Piaget (1972), pues incluye el entendimiento de que la mejor solución para un problema exige reflexión, y que puede variar de una situación a otra. Asimismo, acepta que la búsqueda de la verdad constituye un proceso continuo y sin fin. Este pensamiento incluye la creencia de que las soluciones a los problemas han de ser realistas, y que la emoción y la subjetividad influyen en la forma de razonar.

Los adultos jóvenes juzgan de manera más reflexiva cuando intentan resolver problemas, y pueden razonar profundamente acerca de diversos aspectos de la vida, de su trayectoria profesional o laboral, de sus relaciones o de la política. También son capaces de comprender que una solución adecuada a un problema laboral, puede que no sea muy efectiva en el ámbito familiar. En general, los adultos jóvenes son escépticos sobre la existencia de una verdad única, y rechazan las respuestas absolutas (Santrock, 2006). Con frecuencia, manifiestan que el pensamiento no puede limitarse a ser abstracto, sino que tiende a ser realista y pragmático. Muchos adultos, comprenden que el papel que desempeñan las emociones en el pensamiento y tienen conciencia de que pueden pensar mejor en un estado de calma y serenidad que en una situación agitada. Sin embargo, este nuevo estadio todavía es sujeto de fuertes debates.

Papalia y Martorell (2017) explican dos perspectivas sobre la cognición temprana: una de ellas se concentra en los niveles superiores de pensamiento reflexivo o razonamiento abstracto, y otra en el pensamiento posformal, pero combina la lógica con la emoción y la experiencia práctica en la solución de problemas ambiguos. Fischer y Pruyne (2003, en Papalia & Martorell, 2017), señalan que los pensadores reflexivos cuestionan de manera continua los hechos supuestos, sacan inferencias y establecen conexiones. Es decir, utilizan de forma espontánea y frecuente el pensamiento crítico.

Los adultos jóvenes se encuentran en la etapa de operaciones formales y crean sistemas intelectuales complejos que concilian ideas o consideraciones aparentemente contradictorias. Esta capacidad reflexiva parece surgir entre los 20 y los 25 años, cuando el cerebro forma nuevas neuronas, sinapsis y conexiones dendríticas, y las regiones de

la corteza cerebral del pensamiento superior quedan mielinizadas. Las conexiones corticales más gruesas y densas, pueden ser estimuladas con un ambiente rico y estimulante. Sin embargo, pocos alcanzan el desarrollo óptimo de esta habilidad, que puede ser alentada con la educación universitaria.

El pensamiento en la adultez es más rico y complejo, pues el pensamiento posformal puede lidiar con las incoherencias, las contradicciones y los compromisos. Algunas personas son mejores para lidiar con la incertidumbre de una vida desordenada y compleja, y el pensamiento posformal define su estilo de personalidad. El pensamiento posformal también es flexible y se apoya en diferentes aspectos de la cognición, como el pensamiento lógico formal, para resolver un problema.

Según Sinnot (2003, en Papalia & Martorell, 2017), el pensamiento posformal también es relativista. Mientras el pensamiento inmaduro considera las cosas en blanco y negro, el pensamiento relativista sabe que el mundo está compuesto de grises, y que esto permite trascender a un sistema lógico y reconciliar ideas contradictorias, o elegir entre ellas, cuando pueden ser igualmente válidas. Schaie y Willis (2000, en Papalia & Martorell, 2017), proponen un desarrollo cognitivo dentro del ciclo vital en un contexto social. Estos autores establecen siete etapas: 1) Etapa adquisitiva (niñez y adolescencia), 2) Etapa de logro (de los 19 o 21 años a los 30 o 31), 3) Etapa de responsabilidad (de los 39 a los 61 años); 4) Etapa ejecutiva (de los 30 o 40 a la edad media); 5) Etapa de reorganización (fin de la edad media, inicio de la adultez tardía); 6) Etapa reintegrativa (adultez tardía), y 7) Etapa de creación del legado (vejez avanzada). De esta manera, los adultos jóvenes se ubicarían en la etapa de logro. En este estadio, los adultos tempranos ya no adquieren el conocimiento en aras del conocimiento mismo, sino lo utilizan para alcanzar metas, como una carrera y una familia. En este caso, un adulto joven toma una clase en la universidad para prepararse para una carrera específica.

### **1.1.2 Desarrollo emocional**

Los primeros 20 años de nuestra vida son importantes para predecir la personalidad que vamos a tener en la edad adulta (Santrock, 2006), por lo que a continuación se explican algunas teorías que explican el desarrollo emocional de los adultos jóvenes; para ello, es

importante definir el temperamento como el estilo de comportamiento de un individuo y sus respuestas emocionales específicas. Diversos estudios han mostrado que es más probable que los niños entre los tres y los cinco años que mostraban un temperamento fácil tuvieran un buen nivel de adaptación durante la juventud (Chess & Thomas, 1987, en Santrock, 2006), en tanto que los niños con temperamentos difíciles no tenían buenos niveles de adaptación durante la juventud. También se encontró que los niños difíciles tenían menos probabilidades de continuar su preparación académica ya siendo adultos.

Otros datos interesantes muestran que es más probable que las niñas con temperamento difícil tengan conflictos conyugales durante la adultez (Wachs, 2000, en Santrock, 2006). Más estudios mostraron que cuando los niños de 3 años mostraban control adecuado de sus emociones y estaban confiados ante situaciones de estrés, tenían más probabilidades de hacer lo mismo durante la adultez (Block, 1993, en Santrock, 2006). Todo esto indica que hay una continuidad entre el temperamento que se observa en la niñez y la capacidad de adaptación en la juventud.

El apego es otro proceso psicológico importante durante la etapa de la adultez joven. Los criterios de apego seguro e inseguro se siguen empleando para describir las relaciones durante la adultez. Muestras no clínicas en Estados Unidos encontraron que entre 50 y 60 por ciento de adultos jóvenes estudiados presentan apego seguro, mientras que del 25 al 30 por ciento entran en la categoría de apego inseguro-evasivo. Los que muestran apego seguro describen su niñez de manera realista y coherente, y parecen entender que las experiencias que vivieron influyen en su vida adulta (Soares & Dias, 2007).

Los que presentan apego inseguro-evasivo, se caracterizan por mostrarse reacios a hablar de la relación con sus padres o no le conceden importancia, y centran sus recuerdos en vivencias negativas como el rechazo o la falta de atención por parte de sus padres. Pero hay otros que muestran apego inseguro-preocupado, que es el 15 por ciento de la población adulta, y tienden a mostrarse incoherentes o desorganizados, pero no les cuesta hablar sobre sus relaciones. También son incapaces de dejar atrás los aspectos de su niñez asociados con sus padres, hacia quienes expresan rabia. Existen grandes

diferencias entre las relaciones de pareja y con sus padres, pero las parejas cubren algunas de las necesidades que los padres cubrían durante la niñez.

Erikson (en Cueli, Reidl, Martí, & Lartigue, 2007) explica al adulto joven a través de su teoría de las etapas psicosociales, y lo coloca en las etapas seis (intimidad contra aislamiento) y siete (generatividad contra estancamiento). En la etapa seis (de 20 a 30 años) el adulto joven, que surge de la búsqueda de identidad y está ansioso y dispuesto a fundir su identidad con la de otros, está listo para la intimidad, que es aquella capacidad de entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para cumplir con tales compromisos, aun cuando tenga que realizar sacrificios. La evitación de tales experiencias por temor a la pérdida del yo, puede llevar a un profundo sentido de aislamiento y a una consiguiente autoabsorción.

En la etapa siete (última parte de los 20 y hasta los 50 años), la tarea central consiste en determinar el propósito y las metas en la vida, en lograr los fines y contribuir al bienestar de los demás. Implica preocuparse por otras personas más allá de la familia, como las generaciones futuras y el mundo en el que vivirán. Las personas que resuelven esta etapa tienen pautas claras para sus vidas y son productivas y felices. Si no lo logran, caen en el estancamiento, que los lleva a preocuparse por ellos mismos, por sus propias necesidades y comodidades. Sin embargo, son autoindulgentes como si fueran su propio hijo único (Gross, 2004).

Por su parte, Neugarten (1965 & 1967, en Papalia & Martorell, 2017) no ve el desarrollo de la personalidad como una función de la edad, sino como un modelo del momento de los eventos, y sostiene que el curso del desarrollo depende del momento en que ocurren ciertos eventos en la vida de las personas. Señala que los eventos normativos de la vida ocurren normalmente en ciertas épocas de la vida, como el matrimonio, la paternidad, el nacimiento de los nietos y el retiro. En caso de que no se presenten estos eventos sobreviene el estrés y posibles afectaciones.

Papalia y Martorell (2017) nos hacen notar que las trayectorias de la adultez son mucho más diversas ahora que en el pasado. Para mucha gente joven de la actualidad, la adultez

emergente es una época de experimentación antes de asumir las responsabilidades de los adultos. Puede darse en esta etapa que un hombre o una mujer consiga un trabajo, un departamento y disfrute de la soltería, pero también ocurre que se casen y se muden con sus padres mientras terminan la universidad. Otros, optan por tener un trabajo estable y desarrollar una relación romántica de largo plazo hasta después de los 30 años.

## **1.2 Estilos de vida**

Coexisten dos estilos de vida generales: estilo de vida saludable, que incluye comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia de alcohol, y participación en deportes y ejercicio regular, además de mantenimiento de un bajo índice de grasa corporal, así como el estilo de vida libre (no saludable), que se caracteriza por comportamientos tales como consumo de alcohol, ingestión de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física (Oblitas, 2010).

Estos conceptos se relacionan directamente con la definición de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 1948) que señala que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La OMS establece como su objetivo principal construir un futuro mejor y más saludable para las personas de todo el mundo.

“Juntos nos esforzamos por luchar contra las enfermedades, ya sean infecciosas, como la gripe y la infección por el VIH, o no transmisibles, como el cáncer y las cardiopatías. Ayudamos a que las madres y los niños sobrevivan y avancen en la vida para que puedan conservar la salud hasta una edad avanzada. Velamos por la salubridad del aire que respiran las personas, de los alimentos que comen y del agua que beben, así como de los medicamentos y las vacunas que necesitan” (OMS, 2018, párrafo 3).

### **1.2.1 Estilo de vida saludable**

El estilo de vida saludable se refiere a las conductas de salud que se adoptan mientras las personas se encuentran sanos, con el fin de prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa asintomática (Kasl & Cobb, 1966, en Morrison & Bennett, 2008). Ya sea

intencional o no, la realización de una conducta de salud puede prevenir enfermedades y también la progresión de una enfermedad una vez aparecida. Bajo estas ideas, Harris y Guten (1979, en Morrison & Bennett, 2008) definieron la conducta de salud como una conducta realizada por un individuo, independientemente de su percepción de su estado de salud, con el fin de proteger, promover o mantener su salud; se puede observar que en esta definición también se incluye a las personas con mala salud.

¿Qué conductas de salud específicas, basadas en estudios científicos, se pueden considerar para tener un estilo de vida saludable? Belloc y Breslow (1972) y Breslow (1983) realizaron un seguimiento en el Condado de Alameda con siete mil adultos durante más de 15 años, todos ellos con buena salud en el inicio del estudio. Tras una evaluación encontraron que algunas personas desarrollaron enfermedades y otras siguieron estado sanas. Al analizar los factores conductuales clave relacionados con la buena salud y la longevidad, encontraron siete factores que ahora se conocen como “los siete de Alameda” (Morrison & Bennett, 2008) y que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

*Siete conductas básicas de un estilo de vida saludable*

---

Los siete de Alameda

---

- Dormir entre siete y ocho horas al día
- No fumar
- Consumir no más de una o dos bebidas alcohólicas al día
- Hacer ejercicio físico de forma habitual
- No picar entre comidas
- Desayunar
- No tener un exceso de peso de más del 10 por ciento

---

Los investigadores encontraron que los beneficios de estas conductas fueron acumulativos y que, cuantas más conductas realiza un individuo, más probabilidades tiene de vivir.

Las cifras indicaron que menos del 4% de los hombres y mujeres que realizaban los siete tipos de comportamiento habían fallecido durante los 15 años de seguimiento, frente al 7-13 por ciento de las mujeres y hombres que realizaban menos de cuatro de estas actividades de salud (Morrison & Bennett, 2008).

Los beneficios también fueron multiplicativos, ya que no fumar y tener un consumo moderado de alcohol, les dio más del doble de beneficios que si sólo tenía uno de estos dos factores. También se encontró que la relación entre estas conductas y los fallecimientos se incrementó con la edad, y con efectos notables entre las personas mayores de 65 años.

A continuación, se presenta una lista ampliada de hábitos de vida generales que favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable (Oblitas, 2010):

- Saber utilizar la publicidad, el consumo en general
- Empleo adecuado de servicios públicos
- Cultura física
- Respeto a las normas de tránsito
- Higiene personal
- Utilización racional del agua y de los recursos energéticos
- Hábitos de limpieza urbana
- Hábitos alimentarios saludables
- Hábitos culturales del empleo del ocio/tiempo libre
- Reconocimiento de las conductas positivas
- Potenciar redes de apoyo social
- Tener prácticas sexuales responsables
- Buenos hábitos de convivencia
- Hábito de escolarización
- Hábito de vacunación
- Conciencia de que los accidentes se pueden prevenir

### **1.2.2 Estilo de vida libre (no saludable)**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017b), las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes) suponen siete de las diez causas principales de defunción a nivel mundial, y son las responsables del 70 por ciento de la mortalidad global.

Cada año, estas enfermedades afectan la vida de 15 millones de personas de entre 30 y 70 años (adultos jóvenes, medios y tardíos), y la gran mayoría de esas muertes prematuras no se producen en los países ricos, sino entre la población más vulnerable de los países más pobres, según la misma fuente.

Muchas de estas enfermedades son causadas por fuerzas que escapan al control, como exposición al humo ajeno, alimentos baratos con alto contenido de azúcares, sal y grasas “trans”, y zonas urbanizadas que no favorecen la actividad física.

“En aras del libre comercio, se ha permitido que las multinacionales comercialicen comida chatarra para los niños. En aras del desarrollo económico, la industria tabacalera afecta a miles de millones de personas. En aras del entretenimiento, los niños pasan cada vez más tiempo frente a pantallas de televisión y teléfonos inteligentes, en lugar de jugar afuera” (Adhanom, 2017, párrafos 19, 20 y 21).

La OMS (2017b) planteó respuestas para la mayoría de las enfermedades, como abandonar el tabaco, reducir la ingesta de sal, consumir menos azúcares, tratar a más personas contra la hipertensión, cribar a más mujeres para detectar los casos de cáncer cervicouterino, ampliar la cobertura de servicios para los trastornos de salud mental graves, y proteger a mayor número de personas de las grasas “trans” artificiales.

Cabe hacer notar que la OMS (2017b) no da ninguna prioridad a la atención de los trastornos mentales, y los coloca en el sexto lugar (de siete) en las respuestas a la mayoría de las enfermedades.

A continuación, se incluye una lista de hábitos que dificultan el desarrollo de un estilo de vida saludable (Oblitas, 2010):

- Abuso de drogas
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Incultura hacia la valoración de especies animales protegidas
- Contaminación del aire por el humo de tabaco
- Contaminación del aire por las fábricas
- Contaminación acústica

El estrés no controlado también puede resultar en enfermedades, pues produce cambios en el funcionamiento del sistema inmune y endócrino, que pueden provocar enfermedades, sobre todo en los casos de estrés crónico (Cacioppo, Poehlmann, Kiecolt-Glaser et al., 1998, en Morrison & Bennett 2008). Por vía indirecta, las personas responden al estrés con conductas como fumar, malos hábitos de comida y consumo de alcohol, que los predispone a las enfermedades. Desafortunadamente, estos comportamientos son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan algunas personas.

Los rasgos de personalidad también influyen en la predisposición a sufrir enfermedades por la forma en que se enfrenta el estrés, que también puede generar síntomas de ansiedad, fatiga, insomnio y temblores (Morrison & Bennett, 2008). Sin embargo, para estos autores, sólo existe una relación moderada entre el estrés y la enfermedad, y advierten que no tenemos la capacidad de curarnos de nuestras peores pesadillas médicas reduciendo el estrés y teniendo pensamientos saludables llenos de valentía, alegría y amor.

### **1.2.3 Estilo de vida socializado**

Cuando hablamos de estilos de vida saludable y no saludable, corremos el riesgo de concentrar excesivamente la responsabilidad de la salud sobre el individuo, y reflejar una falta de sensibilidad sobre circunstancias que van más allá de la persona, ya que existen circunstancias políticas, económicas y sociales que pueden estar promoviendo los estilos de vida no saludables.

Gil (1998, en Oblitas, 2010), propone socializar el concepto y agregar un estilo de vida socializado. Desde este enfoque, participa la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, la cultura y la educación. En este caso se entiende al estilo de vida como una interacción de responsabilidad individual y política, ya que, por ejemplo, se asume que el individuo no es el único responsable de morir de cáncer tras 40 años como fumador, sino que existen otros elementos con poca o ninguna posibilidad de alteración personal, como la pobreza y el desempleo.

Con este enfoque, se percibe que se pueden cambiar los estilos de vida si se cambian las condiciones de vida del individuo. Abel (1991, en Oblitas, 2010) establece que los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con la salud, y valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico.

#### **1.2.4 Estilo de vida no marital**

Las normas que rigen los estilos de vida en los países occidentales son ahora más flexibles. Los individuos se casan más tarde o no se casan, más personas tienen hijos fuera del matrimonio o no los tienen, y más terminan su matrimonio. Otras personas se quedan solteras, otras se vuelven a casar, y otras viven con una pareja de cualquier sexo. En cuanto a la vida de soltero, las estadísticas muestran que la proporción de adultos jóvenes de Estados Unidos de 25 a 34 años que no se han casado, se triplicó entre 1970 y 2005 alcanzó su mayor cifra, 54 por ciento, en 2010; la reducción en el número de matrimonios disminuyó en todos los grupos de edad, pero fue mayor en los adultos tempranos U.S. *Census Bureau* (2007 en Papalia et al., 2009).

La cifra fue más alta entre las mujeres afroamericanas: 35 por ciento siguen solteras hasta el final de sus 30 años, en casi todos los países, se observó una disminución significativa de matrimonios entre 1970 y 2006. Se tienen datos de que las creencias religiosas influyen en las tasas de matrimonios, pero también influye que no hayan encontrado a la pareja correcta, o simplemente eligen estar solteros. Muchas mujeres actualmente se mantienen solas, y hay menos presiones sociales para casarse. Pero

también influye la inestabilidad económica que obliga a algunas personas a posponer el matrimonio y la paternidad.

Algunos prefieren seguir con su educación o hacer trabajos creativos sin preocuparse de que su autorrealización podría afectar a otra persona; otros disfrutan de la libertad sexual y consideran estimulante su estilo de vida, otros prefieren la soledad y posponen o evitan el matrimonio por temor al divorcio.

Sobre las ventajas e inconvenientes de la soltería, Bernad (2004) señala que el hecho de que en Estados Unidos la mitad de los matrimonios terminan en divorcios, significa que al menos la mitad de los casados añoran su situación anterior. Otra de las ventajas es que se pueden improvisar planes en la casa sobre la marcha sin avisar a nadie. Este autor señala que la soltería es la época perfecta para subir en el escalón profesional, ya que se puede hacer un viaje de negocios, quedarse unas horas después del trabajo, tomar cursos de formación, entre otras actividades profesionales y lúdicas.

Pero una de las mayores ventajas de la soltería es la sensación de libertad, ya que lo que se haga con el tiempo libre depende de una sola persona, y cuando se piensa en el camino a seguir no se tiene que pensar por dos. Sin embargo, añade que la poligamia es bien vista entre los solteros en occidente.

### **1.2.5 Estilo de vida marital**

La Real Academia Española (2014, párrafo 1) define la palabra matrimonio, en su primera acepción, como la “Unión de hombre y mujer, concertada mediante ciertos ritos o formalidades legales, para establecer y mantener una comunidad de vida e intereses”. En su segunda acepción, establece: “En determinadas legislaciones, unión de dos personas del mismo sexo, concertada mediante ciertos ritos o formalidades legales, para establecer y mantener una comunidad de vida e intereses”.

De acuerdo con Papalia y Martorell (2017), la institución del matrimonio se considera la mejor manera de proteger y criar a los hijos en la mayor parte de las sociedades, ya que permite dividir el trabajo y compartir los bienes materiales. De manera ideal, ofrece

intimidad, compromiso, amistad, afecto, satisfacción sexual, compañía y una oportunidad de crecimiento emocional, así como nuevas fuentes de identidad y autoestima. No obstante, en las sociedades postindustriales se ha observado que la institución se ha debilitado.

Para el 90 por ciento de los adultos en Estados Unidos, el matrimonio todavía sigue siendo atractivo y esperan concretarlo en algún momento de su vida pese a los cambios demográficos, económicos y políticos, y se ha encontrado que la proporción de adultos emergentes y tempranos que se casan es muy similar a las cifras de los inicios del siglo XX (Fussell & Furstenberg, 2005, en Papalia & Martorell, 2017).

Sin embargo, las parejas casadas ven el matrimonio de una manera diferente. Una investigación encontró que los entrevistados consideraban que el matrimonio tradicional, con roles de género muy rígidos, ya no era viable, y que esperaban mayor espacio para los intereses personales dentro y fuera del matrimonio. Asimismo, otorgaban mayor importancia a la amistad y a la compatibilidad, y menos al amor romántico (Kefalas, Furstenberg & Napolitano, 2005, en Papalia & Martorell, 2017).

La edad promedio para casarse ha aumentado en los países industrializados. Hace tres o cinco décadas, las personas se casaban en los inicios de sus 20 años o antes. La edad promedio de los hombres en Estados Unidos, en 2009, para contraer matrimonio, era de 28.3 años, y de las mujeres 25.8 años. La edad promedio para casarse en Europa, es todavía mayor: 29 o 30 en el caso de los hombres y 27 en el de las mujeres (Van Dyk, 2005, en Papalia & Martorell, 2017).

Datos interesantes señalan que las personas casadas son más felices que las solteras, y quienes tienen matrimonios infelices son menos felices que los solteros o los divorciados. Sin embargo, tampoco es seguro que el matrimonio produzca felicidad, ya que podría ser que la mayor felicidad de los casados sólo exprese una tendencia de la gente feliz a casarse (Stutzer & Frei, 2006, en Papalia & Martorell, 2017).

### **1.3 Desarrollo social**

De acuerdo con Malla (2004, en Arranz, 2004), la adultez (emergente y temprana) se expresa en tres circunstancias esenciales: el matrimonio, la paternidad y el trabajo. Estos papeles que desempeña le permiten cubrir dos necesidades fundamentales del ser humano, como el amor y la pertenencia, y posteriormente el éxito y la estima. Asimismo, le permiten desarrollar la intimidad y generatividad que planteaba Erickson (en Arranz, 2004), como polos positivos frente al aislamiento y el estancamiento. De ahí que los roles imprescindibles en la socialización de los adultos sean el familiar y el laboral.

#### **1.3.1 Familia**

Desde que el ser humano nace, forma parte de una familia de orientación, empero, el paso necesario a la edad adulta será crear una familia de procreación, aunque en la actualidad no todos los individuos se casan, muchas parejas no tienen hijos, algunas mujeres optan por ser madres solteras, las parejas se divorcian, surgen matrimonios de divorciados y viudos y surge la pareja homosexual como una nueva forma de familia. En la primera parte de la edad adulta es común que las personas busquen pareja y se casen, inicien una actividad laboral después de haber terminado su formación y analicen la posibilidad de convertirse en padres. Si es que lo son, su vida irá cambiando dependiendo del desarrollo de sus hijos y de su maduración. En este momento, los adultos modifican sus relaciones de pareja para adecuarlas a sus nuevas necesidades (Arranz, 2004).

Cuando los hijos van creciendo, los padres van cambiando su forma de ser ante el desarrollo de sus vástagos y su propia maduración. La relación de pareja cambia ante las nuevas necesidades de la familia, y se esfuerzan en el trabajo con una dedicación importante de tiempo, para evitar ser expulsados del mercado laboral. En esta etapa, las mujeres desarrollan una mayor preocupación y dedicación a sus hijos, que más tarde se independizarán. Entonces, los padres iniciarán una nueva etapa para retomar la relación de pareja sin las grandes responsabilidades de ser padres. También les tocará afrontar la muerte de su padre y el cuidado de una madre dependiente, o al revés (Arranz, 2004).

### 1.3.2 Amigos

Los psicólogos sociales han encontrado que para que se desarrolle una relación de cercanía, es importante que se construya la familiaridad. En un gran número de personas, los amigos y las parejas han compartido un entorno cercano por muchos años. Es posible que se hayan criado juntos, que hayan sido compañeros de escuela o de trabajo o que hayan participado en los mismos eventos sociales (Santrock, 2006).

Otro dato interesante, es que los adultos jóvenes se vinculan con individuos semejantes, por lo que es común que sus amigos y parejas tengan más semejanzas que diferencias; asimismo, las actitudes, patrones de conducta, características de personalidad, gustos para vestir, inteligencia, valores, estilos de vida y hasta apariencia física, son parecidos (Santrock, 2006).

Sin embargo, en algunos casos, los opuestos pueden atraerse, y las personas introvertidas podrían sentirse atraídas por personas extrovertidas o personas pobres por personas ricas. Pero lo común, es que los jóvenes se sientan atraídos por quienes son semejantes; en un estudio de Wenzlaff y Prohaska (1989, en Santrock, 2006), se encontró que estudiantes universitarios con síntomas de depresión preferían relacionarse con otros estudiantes poco felices, y quienes no tenían características depresivas se relacionaban con personas felices.

Según Santrock (2006), esto se explica por lo que se denomina validación consensuada, que consiste en que las propias actitudes y comportamientos son reforzados cuando se parecen a los de otros, y las actitudes y comportamientos de los otros validan los propios. Otro motivo es que los individuos tienden a rehuir lo desconocido, prefieren estar con individuos cuyo comportamiento se puede predecir. Además, la semejanza implica que se disfrutan actividades con personas que tienen nuestros los mismo gustos, como ocurre en los matrimonios duraderos (Swann, De la Ronde & Hixon, 1994, en Santrock 2006).

### **1.3.3 Pareja**

En la etapa de los adultos jóvenes (adulthood emergente y temprana) los individuos se encuentran frente al problema de combinar la identidad con la intimidad, como menciona Erickson (1968, en Cueli et al., 2007) en sus estadios del desarrollo emocional. La intimidad se alcanza cuando los adultos jóvenes establecen relaciones sanas. El adulto joven, que surge de la búsqueda de identidad y la insistencia en ella, está dispuesto y ansioso a fundir su identidad con la de otros. Ya se encuentra preparado para la intimidad, es decir, entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas, y desarrollar la ética necesaria para cumplir sus compromisos aún a costa del sacrificio. Si un temor de la pérdida del yo, lleva a evitar tales experiencias, el adulto joven experimentará una profunda sensación de aislamiento y una consecuente autoabsorción. En esta etapa puede desarrollarse plenamente la verdadera genitalidad (Cueli et al., 2008).

A partir de las amistades puede desarrollarse el amor romántico o amor pasional. De acuerdo con Berscheid (1988, en Santrock, 2006), el componente más importante del amor romántico es el deseo sexual, y muchos contraen matrimonio con apenas este ingrediente. Según Harris (2002, en Santrock, 2006), en el amor romántico se produce una compleja mezcla de distintas emociones, como temor, rabia, deseo sexual, alegría y celos, pero algunas de estas emociones producen ansiedad y depresión.

### **1.4 Desarrollo profesional y laboral**

El adulto joven, alrededor de los 20 años, observa que necesita tomar decisiones acerca de su futuro laboral, y comienza a analizar las opciones de las que dispone. Por fortuna, ya muchas universidades obligan a los jóvenes a que vayan eligiendo el área que más les gusta. Alrededor de los 25 años, si ya concluyeron su formación profesional básica, podrán optar por desempeñar su profesión de tiempo completo. Sin embargo, muchos otros se dejarán llevar por las opciones que aparecen en su entorno al no tener ninguna especialización laboral.

Desafortunadamente, una gran parte de adultos jóvenes tienen que adaptarse a lo que el mercado de trabajo les ofrece, otros, con mucho menos preparación, tienen que

adherirse al comercio informal. Según Holland (Santrock, 2006), existen seis tipos básicos de personalidad ocupacional: realista, investigador, artístico, social, emprendedor y convencional. En resumen, al realista le gustan los espacios abiertos y realizar actividades manuales, desempeñan trabajos como peón, agricultor, camionero, albañil, ingeniero o piloto. El investigador es un individuo al que le interesan más las ideas que las personas, es indiferente a las relaciones sociales y le agobian las situaciones emocionales. Su campo de trabajo normalmente es en profesiones científicas e intelectuales.

Los artísticos son individuos creativos que disfrutan trabajando con ideas y con materiales que les permitan expresarse de manera innovadora. No hay muchas profesiones para esta personalidad, por lo que tienen empleos que eligieron como segunda o tercera opción, y desarrollan sus intereses artísticos en sus tiempos de ocio. A los individuos sociales, les gusta trabajar con otras personas y están orientados hacia la ayuda a otros. Son adecuados para el campo de la docencia, el trabajo social o la orientación. Los emprendedores están más orientados hacia la gente que hacia las cosas o las ideas. Pueden tratar de dominar a otros para lograr sus objetivos. Resultan adecuados para las ventas, la dirección o la política. Los convencionales son personas que rinden más en situaciones bien estructuradas y trabajan en forma meticulosa. Les gustan las cifras y prefieren trabajar en labores administrativas. Esta personalidad es adecuada para profesiones como la contabilidad, la banca, las gestiones administrativas o las labores de archivo. Sin embargo, los individuos rara vez pueden clasificarse dentro de un sólo tipo de personalidad.

El ser humano vive una tercera parte de su vida en el trabajo, y determina de forma relevante su situación económica. Además, llega a crear su identidad a partir de su trabajo, por lo que, cuando lo pierde, experimenta grandes desequilibrios emocionales. El trabajo, en muchas ocasiones, genera altos niveles de estrés, pero el desempleo puede provocar hasta problemas físicos. De acuerdo con Papalia et al. (2009), existe una relación entre el desempleo y problemas físicos como los ataques cardiacos y las embolias, así como problemas mentales como la depresión o las crisis de ansiedad, incluso, problemas de pareja y homicidios.

## **Capítulo 2. Trastornos mentales en adultos jóvenes**

### **2.1 Epidemiología**

La Organización Mundial de la Salud, en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, refiere que las personas con trastornos mentales en general presentan tasas extremadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Por ejemplo, quienes tienen depresión mayor o esquizofrenia presentan una probabilidad de muerte prematura de 40 a 60 por ciento mayor que la población general, como resultado de problemas de salud física que no son atendidos (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH) y al suicidio, que es la segunda causa más frecuente de muerte entre los jóvenes (OMS, 2013).

También existen evidencias de que la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes, que por su parte incrementan las probabilidades de sufrir depresión. Este trastorno, por sí mismo, representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y está colocado entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres.

De acuerdo con datos más recientes (OMS, 2017a), la depresión es muy frecuente en el orbe y afecta a más de 300 millones de personas. Es diferente de las variaciones comunes de los estados del ánimo y de las respuestas emocionales a las dificultades de la existencia. Sin embargo, puede convertirse en un problema serio de salud, sobre todo tiene larga duración y su intensidad va de moderada a grave, pero también causa gran sufrimiento y tiene afectaciones en el trabajo, la escuela y la familia. También puede llevar al suicidio, y cada año se reportan unas 800.000 personas que cometen suicidio, por lo que se ha convertido en la segunda causa de muerte en las personas de 15 a 29 años.

La OMS (2017a) considera que existen tratamientos eficaces contra la depresión, pero más del 50 por ciento de quienes la tienen en todo el mundo (en muchos países más del 90 por ciento) no reciben esos tratamientos, entre los obstáculos para recibir esa atención está la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, así como la estigmatización de los trastornos mentales y una evaluación clínica inexacta. También existen problemas de evaluación errónea, en países de todo tipo de ingresos, por lo que la carga mundial

de depresión y de otros trastornos mentales sigue incrementándose, por lo que se requiere una respuesta integral y coordinada.

En México, los datos actualizados son escasos. La Secretaría de Salud ([SSA], 2014), en su Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, incluye un apartado sobre situación actual, en el que sólo refiere que en este país se experimenta una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales.

La misma institución indica que uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero sólo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. La depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. La discapacidad se refiere al deterioro en el funcionamiento que se espera de un individuo en el trabajo, en su vida social, en su hogar y en sus relaciones cercanas.

Según la SSA (2014) se ha encontrado que 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, y que los más recurrentes son los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), la más reciente realizada por el sector salud gubernamental, arrojó como resultados que 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días, lo que significa que seis de cada 20 mexicanos, tres de cada 20 y uno de cada 20 mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente.

La encuesta también encontró que los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%), y que en los últimos 12 meses, los trastornos más comunes son los de ansiedad, seguidos por los afectivos y en seguida por los de uso de sustancias.

Otros datos, señalan que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres. Al analizar los trastornos individuales, se puede observar que en la población total las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguido de los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo.

Los tres principales trastornos para las mujeres fueron: las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, estos tres trastornos fueron la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia). Sin embargo, los datos no son recientes. El Senado de la República solicitó en diciembre de 2016 que la Secretaría de Salud destine los recursos suficientes para llevar a cabo una nueva Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (Senado de la República, 2016), lo que a la fecha no se ha conseguido.

## **2.2 Factores de riesgo biopsicosociales**

Existen diversos factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales, como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés. Asimismo, se percibe una gran coincidencia entre los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias y el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de 16,3 billones de dólares entre 2011 y 2030. (OMS, 2013).

Según la Secretaría de Salud (2001), son diversas las circunstancias que influyen en la salud mental. A partir de este enfoque multifactorial, podemos mencionar condiciones de tipo biológico (genético y ambiental) y psicosocial (económico, cultural y demográfico).

### **2.2.1 Factores biológicos**

Se dividen en genéticos y ambientales. En cuanto a los factores genéticos, está fuera de discusión su influencia en el desarrollo de los trastornos mentales, ya que estudios de concordancia en gemelos han confirmado el dato de manera irrefutable. Los estudios de adopción confirman que independientemente de que la persona sea educada por padres no consanguíneos, su nivel de riesgo dependerá de la cercanía genética con sus padres biológicos, en el caso de la esquizofrenia, un familiar de primer grado de un paciente tiene un 10 por ciento de posibilidades de padecer la enfermedad, pero la posibilidad se incrementa hasta el 50 por ciento si el enfermo es un hermano gemelo monocigótico (Secretaría de Salud, 2001).

De acuerdo con la misma fuente, en el trastorno depresivo se observa algo similar, ya que en los familiares de primer grado es de 8 a 18 veces más probable padecer un trastorno del ánimo que en la población general. En los gemelos monocigóticos se observa una concordancia de 50 por ciento. Por esta razón, se dice que el componente genético es el primer determinante de la personalidad.

En las enfermedades mentales, como la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad y los trastornos del desarrollo infantil no se ha logrado identificar un cromosoma o gen responsable, como ha ocurrido en algunos padecimientos neurológicos y psiquiátricos como en la enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington y algunos casos de Alzheimer, y lo más probable es que la conducta sea resultado de la expresión de miles de genes y sus mutaciones.

En cuanto a los factores biológicos ambientales, también se han asociado, aunque en menor medida, a los trastornos psiquiátricos; esos factores han sido identificados con más precisión, como en el caso de la esquizofrenia, en el que el trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecerla.

Las infecciones virales prenatales, la preclampsia, el uso de sustancias tóxicas por la madre durante el embarazo y el trauma obstétrico, se han relacionado en padecimientos como el trastorno por déficit de atención y la epilepsia.

También repercuten en el desarrollo del sistema nervioso central, las agresiones del medio ambiente durante la etapa prenatal, perinatal y postnatal. En la primera etapa, destacan agresiones como la desnutrición, las infecciones, la incompatibilidad sanguínea, el abuso de sustancias o medicamentos y los accidentes y enfermedades de la madre.

En cuanto a los factores perinatales, los más asociados al desarrollo posterior de trastornos mentales son el trauma obstétrico, las alteraciones de peso del producto, la edad gestacional, las infecciones intrauterinas y enfermedades como la preclampsia, como factores postnatales, están las infecciones, la desnutrición y los traumatismos craneoencefálicos se han asociado a enfermedades psiquiátricas como el retraso mental.

### **2.2.2 Factores psicosociales**

Estos factores tienen que ver con el ambiente social que influyen como condicionantes de la salud mental, por ejemplo, los grandes avances económicos han provocado desequilibrios, como crecimiento explosivo de la población, sobreexplotación de los recursos naturales, e intensos flujos migratorios, que han generado, a su vez, la polarización social, una necesidad de replantear los valores, las costumbres y los estilos de comportamiento, lo que ha afectado la calidad de vida de los individuos, de las familias y de la sociedad en general.

Según la Secretaría de Salud (2001) se ha demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud en general. Se explica por la agresión hacia el individuo provocada por la inseguridad y la tensión que se produce en el contexto físico y social. Entre otros, el ser humano es agredido por fenómenos sociales como la pobreza, la violencia urbana, la violencia familiar, la fuerte presión en el lugar de trabajo, la inseguridad en el empleo, el bajo apoyo social, las conductas adictivas, la desintegración familiar, los niños en situación de calle, la explotación sexual y el abuso físico de menores, así como problemas epidemiológicos del desarrollo, como la desnutrición y las infecciones.

De acuerdo con la fuente, el trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecer esquizofrenia. En la depresión, la muerte de los padres, el abuso sexual y el maltrato físico en el niño elevan el riesgo de presentar el trastorno. La pérdida del

cónyuge también es un factor social estresante asociado frecuentemente al inicio de un episodio depresivo. La pérdida del esposo durante el embarazo también se ha asociado a un aumento del riesgo de que el producto presente esquizofrenia en la edad adulta.

Para el trastorno depresivo mayor, específicamente, se tienen factores de riesgo temperamentales, ambientales, y genéticos y fisiológicos (APA, 2014). En los temperamentales, el neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo de un trastorno depresivo mayor. Parece que los niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes.

En cuanto a los ambientales, los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo. Los acontecimientos vitales estresantes están bien reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor.

Los factores genéticos y fisiológicos también son importantes en el desarrollo de una depresión mayor. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de dos a cuatro veces mayor que el de la población en general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de 40 por ciento, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

En esencia, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Si el episodio de depresión mayor se desarrolla en el contexto de otro trastorno, con frecuencia sigue un curso más refractario. Entre estos trastornos se encuentran el trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad. Las enfermedades médicas, crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. La diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular se complican a menudo con episodios depresivos.

Por su parte, el trastorno de pánico también presenta factores de riesgo de tipo: temperamentales, ambientales, genéticos y fisiológicos. En los primeros, la afectividad negativa (neuroticismo, predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) se constituyen en factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico (APA, 2014). Una historia de “episodios de miedo” (ataques con síntomas limitados) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico posterior. La ansiedad por separación en la infancia puede preceder al desarrollo posterior de un trastorno de pánico.

En cuanto a los factores ambientales, las experiencias infantiles de abusos sexuales y malos tratos físicos son frecuentes en el trastorno de pánico. Fumar también es un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico. Los pacientes refieren factores de estrés identificables en los meses previos al primer ataque de pánico (i.e. factores estresantes interpersonales y factores de estrés relacionados con el bienestar físico, como experiencias negativas con drogas o fármacos, enfermedades o una muerte en la familia).

Sobre los factores genéticos y fisiológicos, podemos destacar que hay múltiples genes que confieren vulnerabilidad para el trastorno de pánico, pero siguen siendo desconocidos los genes exactos, los productos génicos y las funciones relacionadas con las regiones genéticas. Los modelos neuronales actuales para el trastorno de pánico, destacan el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas que también están implicadas en otros trastornos de ansiedad. Entre los hijos de los padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares existe un aumento del riesgo para el trastorno de pánico. El asma y otras enfermedades respiratorias también se asocian con el trastorno de pánico en cuanto a antecedentes personales, familiares y de comorbilidad.

### **2.3 Trastornos depresivos**

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) los trastornos depresivos se clasifican en: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor),

trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (en el DSM-5 se separó el trastorno bipolar y trastornos relacionados). En todos los casos, el rasgo común es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Los diferencia la duración, la presentación temporal y la supuesta etiología (APA, 2014).

### **2.3.1 Trastorno de depresión mayor**

Es el trastorno clásico del grupo, y se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, además de remisiones interepisódicas.

Los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor son los siguientes (APA, 2014):

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente de la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Falta o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (i.e. duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, y otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

## **2.4 Trastornos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo se considera una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Mientras el miedo está asociado a accesos de activación autonómica para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, la ansiedad está asociada con tensión muscular, vigilancia con relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. En ocasiones, los niveles de miedo o ansiedad se ven reducidos por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (*panic attacks*) se presentan como una respuesta al miedo, pero no sólo se observan en los trastornos de ansiedad, sino también en otros trastornos mentales (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí dependiendo del tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. El DSM-5 incluye 10 tipos de trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado.

### **2.4.1 Trastorno de pánico**

Es asociado con frecuencia al trastorno depresivo mayor, se caracteriza porque la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis, o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (i.e. evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). En las crisis de pánico, de manera súbita aparecen síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos (APA, 2014).

Según el DSM-5, las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos y situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente.

Los criterios diagnósticos del trastorno de pánico, son los siguientes:

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos, y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).

11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.

13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p.ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

## **2.5 Comorbilidad**

De acuerdo con el DSM-5, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad (APA, 2014).

En cuanto al trastorno de pánico, se observa con poca frecuencia en la práctica clínica en ausencia de otra psicopatología. El trastorno de pánico tiene una elevada prevalencia en las personas con otros trastornos, particularmente con otros trastornos de ansiedad (especialmente la agorafobia), la depresión mayor, el trastorno bipolar y posiblemente el trastorno por consumo moderado de alcohol. El trastorno de pánico a menudo tiene una edad de inicio anterior a la del trastorno comórbido, a veces aparece después de la comorbilidad, y puede considerarse un marcador de gravedad de la enfermedad comórbida.

Las tasas de comorbilidad de por vida entre el trastorno de pánico y el trastorno depresivo van del 10 al 65 por ciento en los individuos con trastorno de pánico. En la tercera parte de los individuos con ambos trastornos, la depresión precede a la aparición de un trastorno de pánico. En los dos tercios restantes, la depresión coincide con la aparición del trastorno de pánico u ocurre después de éste (APA, 2014).

---

## **Capítulo 3. Modelo de intervención cognitivo-conductual**

### **3.1 Definición, origen y desarrollo histórico**

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un modelo de intervención psicológica que emplea fundamentos teóricos y técnicas conductuales y cognitivas para promover en el individuo/paciente, la recuperación y el mantenimiento de la salud mental. Plaud (2001) la define como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente.

De acuerdo con Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), la TCC no cuenta en estos momentos con un entramado de principios teórico conceptuales y técnicas compartidas de manera generalizada, porque abarca enfoques de tratamientos que pueden resultar dispares, pero existen cuatro rasgos comunes compartidos por los enfoques integrantes:

1. La TCC es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido.
2. La TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación tiene un tiempo limitado en comparación con otras terapias a largo plazo.
3. La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede ser más o menos explícita.
4. La TCC posee en esencia un carácter autoevaluator a lo largo de todo el proceso, con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos.

#### **3.1.1 Origen**

La investigación sobre aprendizaje de principios del siglo XX es considerada el cimiento básico para la construcción de la estructura de la TCC. De manera específica, los fundamentos conductuales de la TCC se refieren a la reflexología y las leyes del

condicionamiento clásico; el conexionismo de Thorndike (1898); el conductismo de Watson (1913) y los desarrollos neoconductistas de Hull (1943), Guthrie (1935), Mowver (1947) y Tolman (1952), además de la contribución de Skinner (1938) y su análisis experimental de la conducta (Ruiz et al., 2012).

Por la parte cognitiva, se considera que el psicoanalista estadounidense Albert Ellis (1913-2007) fue uno de los pioneros de la TCC, al presentar en 1957 un modelo de intervención terapéutica que denominó Terapia Racional, que enfatizaba el papel de la creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales. Defendía que el cambio de creencias irracionales puede conducir a un cambio emocional y conductual.

Sin embargo, en 1961 tuvo que cambiar el nombre de su modelo a Terapia Racional Emotiva, para enfrentar las críticas y mostrar que no era una terapia centrada sólo en las creencias, sino también en las emociones de los pacientes. En 1993 vuelve a cambiar el nombre a Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) para enfatizar que la conducta también es un objetivo de tratamiento de su modelo terapéutico (Ruiz et al., 2012).

### **3.1.2 Desarrollo histórico**

En los inicios del siglo pasado, los fisiólogos rusos realizaron, sin proponérselo, una gran contribución para el desarrollo del conductismo y de la terapia de conducta. Aplicaron la metodología de su ciencia a los fenómenos psicológicos y establecieron interpretaciones mecanicistas, tanto de los procesos subjetivos como de la conducta manifiesta. Aunque su objetivo inicial era la neurofisiología, los resultados que obtenían desviaban su interés hacia los fenómenos psicológicos. De esta manera, dieron una gran importancia al aprendizaje en la explicación de la conducta y al medio ambiente como fuente generadora (Ruiz et al., 2012).

El fisiólogo I. M. Sechenov (1829-1905) trabajó sobre los reflejos, y de ahí surgió su interés por combinar la neurofisiología y la psicología. El autor señaló que toda actividad psíquica está determinada por los mecanismos reflejos y la estimulación ambiental. Según Sechenov, la conducta voluntaria o involuntaria puede explicarse mediante

reflejos, que son producto de una estimulación ambiental concreta, que incluye pensamientos, imágenes o recuerdos (Ruiz, et al., 2012).

Los reflejos complejos, característicos del ser humano, según Sechenov, se desarrollaban por medio del aprendizaje, por la asociación de estímulos con movimientos musculares cuya repetición los hace convertirse en actos habituales e involuntarios

Pavlov (1849-1936), quien adoptó los planteamientos de Sechenov, ha sido fundamental en el desarrollo de las teorías del aprendizaje, pues realizó investigaciones antes, durante y después de la Revolución Rusa de 1917, y estableció el paradigma del condicionamiento clásico, al reportar resultados que ahora son fundamentales para entender el aprendizaje. Pavlov trabajaba con perros, y buscaba “ventanas” que le permitieran ver el funcionamiento de los sistemas fisiológicos: cardiaco, digestivo y cortical (Hothersall, 2005).

Para sus investigaciones sobre el aparato digestivo, aisló un estómago en miniatura en una bolsa para poder observar la actividad glandular de un perro sin que se contaminara con alimento. Estudió la composición de los jugos gástricos cuando los perros ingerían diversos alimentos, pero también cuando el esófago estaba cortado y el alimento no llegaba al estómago. En estas condiciones, los perros ingerían una “comida ficticia” y aun así producían jugos gástricos. Pavlov dedujo que este reflejo gástrico era producido por un centro superior del sistema nervioso, y lo denominó “reflejo psíquico” (Hothersall, 2005).

Uno de los discípulos de Pavlov, Ovsianitskii (en (Hothersall, 2005), investigó la respuesta de las glándulas salivales de los perros ante diversos estímulos, y encontró que con frecuencia salivaban al ver el alimento sin ingerirlo, al observar un cuenco que solía contener alimento o hasta oír pasos del personal de laboratorio que los alimentaba. Al ver que estos estímulos no eran fisiológicamente preparados para la salivación, Pavlov los denominó estímulos psíquicos, y consideró que estudiar estos estímulos y las respuestas que provocan revelaría los secretos de los hemisferios cerebrales.

Pavlov utilizó entonces en sus investigaciones diversos estímulos condicionados (EC), como metrónomos, timbres y estímulos táctiles y térmicos, que no producían salivación hasta que después del proceso de condicionamiento (apareamiento del estímulo con la respuesta). Pavlov también se interesó por la neurosis, que observó en perros sometidos a experimentos traumáticos. En uno de ellos se entrenó a un perro para diferenciar entre un círculo y una elipse (Hothersall, 2005).

### **3.1.3 Modelo conductual**

Watson (1913 en Hothersall, 2005), considerado el fundador del conductismo, sostuvo sus investigaciones con base en los principios del condicionamiento de Pavlov. Watson investigaba la relación entre la creciente complejidad conductual de la rata en crecimiento y el desarrollo de su sistema nervioso. En una segunda fase, investigó y comprobó la relación entre el cambio de inteligencia en las ratas y las modificaciones en su cerebro.

Watson rechazó de manera tajante el estudio del pensamiento, que era el principal objeto de investigación de la psicología. En su artículo *La psicología como la perciben los conductistas*, publicado en 1913 en *Psychological Review* hace un resumen de sus planteamientos sobre el modelo conductista:

“La psicología como la perciben los conductistas es una rama experimental puramente objetiva de las ciencias naturales. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. La introspección no forma una parte esencial de sus métodos, ni el valor científico de sus datos depende de la rapidez con que se presten a interpretación en términos de conciencia. El conductista, en sus esfuerzos por obtener un esquema unitario de la respuesta animal, reconoce que no hay una línea divisoria entre el hombre y la bestia. El comportamiento del hombre, con todo su refinamiento y complejidad, sólo forma parte del esquema total de investigación del conductista” (Watson, 1913, p.158, en Hothersall, 2005).

Más tarde, Skinner (1904-1990 en Tortosa & Civera, 2006) sostiene que la unidad de la conducta es el reflejo, que resulta de la correlación funcional entre clases de estímulos y

clases de respuestas. Las conductas son cadenas de reflejos en los que se asocian los elementos que refuerzan. El autor toma como punto de partida el reflejo y destaca el papel de los estímulos reforzadores. Asimismo, defiende el control del comportamiento por sus consecuencias gratificantes o aversivas. Considera a la psicología como una ciencia natural que tiene como objetivo describir fenómenos observados e investigar las leyes que los relacionan. Se propone predecir y controlar lo que el organismo hace o dice.

Skinner ha sido el autor más influyente en la aparición de la Terapia de Conducta, introdujo por primera vez el término Terapia de Conducta en la literatura psicológica, y es considerado el psicólogo más influyente del siglo XX. Se considera a su tesis doctoral *The behavior of organisms* (Skinner, 1938) como el inicio de una nueva era para la psicología.

Skinner estuvo comprometido con el conductismo, rechazó la psicología tradicional considerada como mentalista y colocó a la conducta como tema central de estudio. Planteó la existencia de dos tipos de condicionamiento en función del tipo de respuesta implicada en cada uno: respondiente y operante. El aprendizaje respondiente sigue las reglas del condicionamiento clásico pavloviano, mientras que en el operante la adquisición se da en función de la ley del efecto. Sin embargo, mencionó que había otras áreas en las que los dos condicionamientos no se distinguen (Ruiz et al., 2012).

Skinner también estimuló métodos innovadores para moldear el comportamiento de personas con trastornos mentales. En 1932 comenzó su interés por la conducta de personas neuróticas y psicóticas en el hospital estatal Worcester, en Massachusetts. Cuestionó la eficacia del psicoanálisis como procedimiento terapéutico y propuso como nuevo método observar el comportamiento de un paciente y luego tratar de modificarlo mediante contingencias de reforzamiento apropiadas (Hothersall, 2005).

De acuerdo con Ruiz et al. (2012), Skinner dio lugar al surgimiento de una de las áreas más relevantes de la Terapia Conductual y núcleo central de la evaluación conductual: el análisis conductual aplicado o análisis aplicado de la conducta.

La evolución conceptual de la Terapia Conductual es resumida por O'Donohue (1998) y Rachman (2009) en Ruiz et al. (2012) en tres estadios o generaciones. La primera generación de terapeutas de conducta basan sus intervenciones en las teorías del aprendizaje, a través del análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. En esta primera generación están incluidas las aportaciones de los grupos de Sudáfrica (Wolpe, Rachman y Lazarus), Inglaterra (Eysenck, Yates y Shapiro) y Estados Unidos (Skinner).

En la segunda generación, la Terapia de Conducta se abre hacia los aspectos cognitivos y sociales. Se considera que la Terapia de Conducta no puede basarse sólo en la psicología del aprendizaje y acepta fuentes de influencia de otros campos. Se da mayor importancia a las teorías del aprendizaje social principalmente propuestas por Bandura (1969, en Ruiz et al., 2012), y al enfoque cognitivo de Ellis (1962, en Ruiz et al., 2012) y Beck (1979, en Ruiz et al., 2012).

En la tercera generación, la TCC está constituida como una de las principales psicoterapias, pero se sigue realizando un notable esfuerzo para dotarla de un cuerpo teórico sistemático. Ahora se incluyen nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado (terapias contextuales) y nuevas derivaciones de modelos cognitivos influidos por las teorías del aprendizaje constructivistas (Mahoney, 1995, en Ruiz et al., 2012).

### **3.1.4 Modelo cognitivo**

La Terapia de Conducta va a iniciar una importante fase de transformación alrededor de 1970, cuando se abre hacia aspectos cognitivos y sociales. Los psicólogos consideraban que la Terapia de Conducta no podía basarse sólo en la psicología del aprendizaje, por lo que abrieron otras fuentes de influencia de los más diversos campos. Bandura (1969) plantea la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), para superar las limitaciones establecidas por la adquisición de comportamientos a través de la experiencia. Expone un marco conceptual de la teoría del aprendizaje social que posteriormente denomina teoría cognitiva social, para consignar la contribución de los procesos cognitivos de pensamiento a la emoción y la conducta humana (Ruiz et al., 2012).

Mahoney (1974) permitió el desarrollo y la difusión rápida del enfoque cognitivo y la terapia cognitiva. En 1977, fundó la revista *Cognitive Therapy and Research*, y Meichenbaum publicó su libro *Cognitive-behavior modification*, que dio un nuevo avance al asentamiento de esta orientación. Finalmente, el *Annual Review of Behavior Therapy* designó a 1976 como “el año de la cognición”.

El cognitivismo podría explicarse en tres fases: La primera se refiere a la institucionalización de la psicología cognitiva que abarca desde su iniciación hasta la década de los ochenta, y domina la metáfora de que el cerebro es semejante a un ordenador. La segunda fase se refiere al cognitivismo conexionista, en el que los modelos conexionistas de procesamiento distribuido en paralelo son un intento de respetar las exigencias psicológicas y de ajustarse con aspectos esenciales del funcionamiento y la estructura del sistema nervioso. La esencia de esta tradición conexionista es el trabajar sobre redes. Las redes neuronales asumen como principio fundamental que el cerebro es un computador.

En la tercera fase, iniciada en la década los años 90 del siglo pasado, el estatus especial que se le da al cerebro es por las funciones especiales que realiza, como ver, pensar, sentir, elegir y actuar. Estas funciones son en realidad procesamientos de información o computación.

Respecto de la eficacia del modelo terapéutico cognitivo y el abandono del psicoanálisis, Eysenck (1985, en Caballo 2013) explica que “en los años 50 varios autores plantearon dudas y cuestionaron esta creencia carente de apoyo empírico, y mostraron que el emperador no llevaba vestido –no existían pruebas de que el psicoanálisis produjera mejores resultados que la falta de tratamiento- (...) Métodos diferentes y mejores ya fueron adelantados por la teoría de Watson, en 1920, sobre los síntomas neuróticos en respuestas emocionales condicionadas” (p. xvii).

Agrega que la terapia de conducta ha incluido siempre a los elementos cognitivos como una parte de su teoría básica: “ya Pavlov insistió en el lenguaje como un segundo sistema de señales, incorporando la cognición en la reflexología, y la moderna teoría del

aprendizaje insiste en la relevancia de la cognición, incluso en los procesos de aprendizaje y condicionamiento de los animales inferiores”. (Caballo, 2013, págs. xvii y xviii).

El especialista asegura que el término cognitivo-conductual es hasta cierto punto redundante, porque todos los tratamientos conductuales utilizan estrategias cognitivas, y señala que emplear esta terminología tiene la ventaja de que así no es probable que se tomen en serio las objeciones ignorantes que plantean que nuestras teorías se olvidan de elementos cognitivos esenciales.

Beck (1964, en Caballo 2013), es uno de los padres de la terapia cognitiva junto con Ellis (1962, en Ellis & Abrahms 2002), quien explicó el desarrollo de la terapia cognitiva, pues sus primeras ideas sobre este modelo surgieron en 1956, cuando se propuso validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión. Él creía que las formulaciones psicoanalíticas eran correctas y había resistencia por parte de los psicólogos y psiquiatras teóricos por la falta de datos empíricos que apoyasen tales formulaciones, por lo que podían elaborarse las técnicas adecuadas y los estudios controlados para proporcionar esos datos convincentes.

Los resultados iniciales de sus estudios empíricos parecían apoyar su fe en los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, como la hostilidad vuelta hacia sí mismo expresada como “necesidad de sufrimiento”, pero experimentos posteriores parecían contradecir esa hipótesis, por lo que decidió evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis. Posteriores investigaciones, incluidos el desarrollo y comprobación de nuevos instrumentos, validaron la idea de Beck de que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. Encontró que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro, que queda expresada dentro de un amplio rango de distorsiones cognitivas negativas (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2012). Así se iniciaba el modelo terapéutico cognitivo de Beck.

## **3.2 Herramientas cognitivas y de modificación de conducta**

La TCC utiliza un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos para tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos, pero también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo. Esta diversidad de estrategias terapéuticas permite el diseño creativo de programas de tratamiento para problemas novedosos o complicados (Ruiz et al., 2012).

La aplicación de las herramientas cognitivas parte de la idea central de que las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Entonces, una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. En pocas palabras, esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (Beck, 1995, 2012).

### **3.2.1 Técnicas cognitivas**

Mahoney & Arnkoff (1978, en Ruiz et al., 2012) establecen una clasificación de las técnicas cognitivas:

**Técnicas de reestructuración cognitiva**, que buscan la identificación y modificación de cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas) que provocan o mantienen el problema. Este modelo se centra en el significado, analiza la racionalidad de los pensamientos o creencias y enseña al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar produciéndose en el procesamiento de la información. Aquí se incluyen la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck, además de la Reestructuración Racional Sistemática y hasta el Entrenamiento de Autoinstrucciones.

**Técnicas para el manejo de situaciones**, que buscan enseñar habilidades para que el paciente pueda enfrentar diversas situaciones problemáticas como el estrés o el dolor,

para ello, existen el Entrenamiento en Inoculación de Estrés y las técnicas de Manejo de la Ansiedad.

**Técnicas de solución de problemas**, dirigidas a corregir la manera en que el paciente aborda sus problemas y enseñándole un método sistemático para resolverlos. En este apartado incluimos la Terapia de Solución de Problemas de D'Zurilla y Golfried (1971 en Ruiz et al., 2012), que después se renombró como Terapia de Solución de Problemas Sociales. Se incluyen la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales y la Ciencia Personal (Ruiz et al., 2012).

### **3.2.2 Técnicas de modificación de conducta**

El concepto de modificación de conducta se refiere a la aplicación sistemática de los principios y técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas, y facilitar así un funcionamiento favorable. La modificación de conducta pone énfasis en definir los problemas en términos de comportamiento que pueden estimarse objetivamente, y en tomar los cambios en las evaluaciones del comportamiento como el mejor indicador del grado de solución de problemas alcanzado.

Otra característica es que los procedimientos y técnicas consisten en mecanismos para alterar el entorno de un individuo y así ayudarle a funcionar más adecuadamente, además que las técnicas conductuales provienen de la investigación básica y aplicada de las ciencias del aprendizaje en general y de los principios del condicionamiento operante y pavloviano en particular (Martin & Pear, 2008).

La siguiente es una descripción breve de las técnicas de terapia y modificación de conducta más utilizadas en los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales:

#### **3.2.2.1 Técnicas basadas en condicionamiento clásico**

**La respiración diafragmática o abdominal.** Es muy eficaz para el control crisis de angustia, el control de la respiración para cantantes y locutores y la disminución del trabajo respiratorio en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Algunas de sus ventajas son que el aire llega a todo el pulmón y la sangre se oxigena mejor, requiere un mínimo esfuerzo muscular y disminuye el número de respiraciones por minuto (Fundación Argentina del Tórax, 2016).

**La técnica de relajación progresiva de Jacobson.** Es una secuencia de ejercicios de tensión-relajación de grupos musculares. Se sugiere que se comience por mostrar al paciente la técnica de tensión-relajación haciendo un ensayo con las manos, para después aplicarla en los grupos musculares de cara, cuello y espalda, brazos, manos y dedos de las manos, pecho y estómago, cadera, piernas, pies y dedos de los pies y, finalmente, todo el cuerpo (Mendoza, 2010).

**Técnica de relajación pasiva.** En esta técnica no se utilizan ejercicios de tensar, sino sólo de relajación de grupos musculares. El terapeuta guía la relajación con instrucciones suaves para ir relajando los mismos grupos musculares que en la relajación progresiva. Se utiliza cuando no esté recomendado tensar los músculos de personas con problemas orgánicos o tensionales (Olivares & Méndez, 2005).

**Desensibilización sistemática.** Se trata de una técnica diseñada para eliminar la conducta de miedo y evitación. Primero se enseña al paciente una respuesta contraria a la ansiedad, como una técnica de relajación, y luego se aplica una exposición graduada al estímulo que provoca el miedo, que puede ser en la imaginación o en la realidad (Caballo, 2008).

**Terapia implosiva (inundación).** Se basa en el principio de la extinción experimental directa. La tarea terapéutica consiste en detener la conducta de evitación exponiendo al paciente a diversos estímulos de evitación para obtener una completa exposición al estímulo condicionado (Caballo, 2008).

**Intención paradójica.** El procedimiento se construye para que sorprenda. Es contrario a la expectativa de los pacientes sobre su visión de la naturaleza y la función de la terapia. La hipótesis es que el paciente será incapaz de llevar a cabo las instrucciones del terapeuta (Caballo, 2008).

**Procedimientos aversivos.** Intentan asociar un patrón de reacción comportamental no deseado o sancionado con un estímulo desagradable externo o interno. Se reorganiza la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean lo suficientemente desagradables para que el comportamiento no se repita (Caballo, 2008).

### **3.2.2.2 Técnicas basadas en condicionamiento operante**

**Economía de fichas.** Es un sistema de reforzamiento en el que se administran fichas como refuerzo inmediato, las cuales posteriormente podrán ser cambiadas por refuerzos más valiosos (Caballo, 2008).

**Condicionamiento encubierto.** Se pretende aumentar la frecuencia de una conducta positiva a través del reforzamiento en imágenes; es decir, se le pide al sujeto que imagine la conducta objetivo y a continuación una imagen reforzante para él (Caballo, 2008).

**Biofeedback.** Es una técnica de autocontrol de respuestas fisiológicas que opera por medio de la retroalimentación constante que recibe el sujeto de un aparato sobre la función que se quiere someter a control voluntario (Caballo, 2008).

### **3.2.2.3 Técnicas basadas en el aprendizaje social**

**Entrenamiento en habilidades sociales.** Es una de las técnicas de terapia de conducta que más se utilizan en la actualidad. Se podría definir como un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida (Caballo, 2008).

**Entrenamiento de padres.** Puede definirse como un enfoque para el tratamiento de los problemas de la conducta infantil, que utiliza procedimientos para entrenar a los padres a modificar la conducta de sus hijos en casa, para fomentar la conducta prosocial y disminuir la conducta desviada (Kazdin, 1985, en Caballo, 2008).

### 3.2.2.4 Técnicas cognitivas y de autocontrol

**Terapia racional emotiva.** Consiste en establecer cuáles son las creencias o hipótesis irracionales de las personas sobre sí mismas y sobre los demás, y luego discutir tales hipótesis si parecen producir consecuencias emocionales y conductuales (Ellis & Abrahms, 2002).

**Terapia cognitiva.** Se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino por el modo cómo las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1964, en Beck 2012).

**Terapia de resolución de problemas.** Ofrece entrenamiento en un modelo sistemático de resolución de problemas cotidianos para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006).

**Entrenamiento de autoinstrucciones.** Se trata de una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifican las autoverbalizaciones que un sujeto realiza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras que son más útiles para llevar a cabo la tarea (Caballo, 2008).

**Inoculación del estrés.** Es un enfoque general para los asuntos relacionados con el estrés. Consta de tres fases: 1) reconceptualización (de las preocupaciones), 2) adquisición y ensayo de habilidades, y 3) aplicación y consolidación (Caballo, 2008).

**Métodos de autocontrol.** Se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo (Caballo, 2008).

**Mindfulness (Atención plena o conciencia plena).** Se integra en las terapias de tercera generación. Se ha definido como la conciencia no prejuiciosa de la experiencia inmediata (sensaciones, emociones, sentimientos o pensamientos) tal y como es en el momento presente. Así, mindfulness hace referencia, sobre todo, a la conciencia por la cual el simple vivir se transforma en experiencia (Miró & Simón, 2012).

**Activación conductual.** Es un tratamiento breve y estructurado para la depresión que tiene como objetivo la activación de los clientes de modos específicos que aumentarán las experiencias gratificantes en sus vidas (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2013).

### **3.2.2.5 Terapia de grupo cognitivo-conductual**

Se puede definir como cualquier intento por parte de una persona o personas para modificar la conducta de, por lo menos, dos o más personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, dentro de un marco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de estos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo (Hollander & Kazaoka, 1988, en Caballo, 2008).

### **3.3 Evidencias científicas sobre la eficacia de la TCC**

La Asociación Psicológica Americana (APA por sus siglas en inglés), refiere que la Terapia Cognitivo Conductual (CBT por siglas en inglés) es una forma de tratamiento psicológico que ha demostrado ser efectivo para una gama de problemas que incluyen la depresión, los trastornos de ansiedad, los problemas de abuso de alcohol y drogas, problemas maritales, trastornos alimenticios y enfermedades mentales severas. Numerosos estudios de investigación sugieren que la TCC lleva a mejoras significativas en el funcionamiento y la calidad de vida. En muchos estudios la TCC ha demostrado ser tan efectiva, o más efectiva que otras formas de terapia psicológica o medicación psiquiátrica (*American Psychological Association*, [APA], 2018).

La APA enfatiza que los avances en la TCC han sido conseguidos sobre la base de investigación y práctica clínica. Es un enfoque que tiene amplia evidencia científica de que los métodos que han sido desarrollados realmente producen cambios, y difiere de muchas otras formas de tratamiento psicológico (APA, 2018).

En la Tabla 2 se mencionan algunos estudios publicados en revistas científicas que comprueban la eficacia de la TCC para la ansiedad y la depresión por encima de otros modelos terapéuticos conocidos.

Kodal et al. (2017) publican en Noruega un estudio que describe la efectividad de largo plazo de la TCC para trastornos de ansiedad en una muestra de 139 jóvenes de entre 11 y 21 años. Los jóvenes fueron evaluados un promedio de 3.9 años (en un rango de 2.2 a 5.9 años) después de que recibieron TCC para trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. Los investigadores concluyen que los hallazgos son alentadores para el uso más amplio y la implementación de la TCC en clínicas de salud mental comunitaria, y que los resultados similares de la TCC individual y la TCC grupal permiten tener flexibilidad en el formato de tratamiento cuando se trata de jóvenes con trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, el estudio reconoce que los participantes con diagnóstico de ansiedad social tuvieron menos niveles de recuperación comparados con los que fueron diagnosticados con ansiedad por separación y ansiedad generalizada. Menciona que habrá que realizar más investigaciones para identificar los predictores y moderadores de los resultados, a fin de diseñar mejores tratamientos.

En otro estudio, Moreno (2016) analiza en España los cambios cerebrales que ocurren tras la TCC e investiga en qué medida las técnicas de neuroimagen contribuyen a valorar la eficacia de la psicoterapia en trastornos de ansiedad. Tras analizar 20 estudios de los últimos 5 años con prueba de neuroimagen antes y después de TCC encuentra que sistemáticamente se observan cambios funcionales y normalizadores tras las terapias en regiones cerebrales relacionadas con la fisiopatología de la ansiedad. Afirma que suelen modificarse regiones corticales, principalmente prefrontales y estructuras límbicas y de procesamiento emocional, con diferencias entre trastornos específicos.

En conclusión, señala que la TCC resulta eficaz clínicamente, y que cada vez hay más pruebas que evidencian la estrecha relación entre cambio cerebral y mejora clínica, pero reconoce que aún es pronto para extraer conclusiones definitivas sobre los efectos de la TCC en el cerebro. El investigador dice que aunque la neuroimagen no permite todavía valorar con precisión la eficacia de la intervención psicológica, sí que está aportando información útil para comprender mejor las bases biológicas de las psicopatologías y los cambios que subyacen a la mejora sintomatológica.

Por su parte, Wood (2008) presenta en España un caso de un varón de 20 años con ansiedad y depresión al cual se le aplican 12 sesiones de terapia cognitivo conductual más 3 de seguimiento. Las técnicas principales son psicoeducación y reestructuración cognitiva para combatir las creencias irracionales acerca de las sensaciones corporales, los sesgos cognitivos y las anticipaciones catastrofistas. El estudio refiere como conclusiones que se logró alcanzar y mantener los objetivos planteados: eliminar los ataques de pánico, disminuir los niveles de ansiedad y depresión, enfrentarse a las situaciones temidas sin sufrir ansiedad (viajar en avión o en transporte público, acudir al cine o al teatro, etc.) y retirar la medicación sin sufrir recaídas.

En un cuarto estudio, en Canadá, Cuijpers et al. (2013) realizan un meta-análisis actualizado de 115 estudios que examinan efectos de TCC sobre depresión mayor comparados con grupos de control, otras psicoterapias y farmacoterapia. En sus resultados señalan que no hay duda que la TCC es un efectivo tratamiento para la depresión en adultos, aunque los efectos pueden haber sido sobreestimados; que la TCC es la psicoterapia más estudiada para la depresión y con el mayor peso de evidencia, y que otros tratamientos se acercan a la eficacia de la TCC (Tabla 2).

En un quinto estudio, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood (2010) presentan en Reino Unido los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia de la TCC en depresión, ansiedad y trastorno mixto. Toman como muestra ensayos controlados aleatorios de terapias psicológicas breves de pacientes adultos con ansiedad, depresión o problemas de salud mental mixtos comunes tratados en atención primaria en comparación con el tratamiento de atención primaria de costumbre. Sus resultados muestran que la TCC breve, el *counselling* y la TRP (terapia de resolución de problemas) son todos tratamientos efectivos en atención primaria, pero los tamaños del efecto son bajos en comparación con los tratamientos de mayor duración. La excepción es la TCC breve para la ansiedad, que tiene tamaños de efectos comparables.

Por su parte, Olaso, Andrason, Jónsdóttir, Kritisbergsdóttir y Jensen (2018) estudian en Estados Unidos a 115 pacientes con dolor crónico musculoesquelético, que también tenían ansiedad y depresión. Ochenta de estos pacientes que cumplían los criterios para

el tratamiento de TCC se asignaron al azar para recibir o no recibir TCC para la depresión y la ansiedad, además del tratamiento del dolor de rehabilitación. Los 35 pacientes restantes constituyeron un segundo grupo de comparación. Los datos de seguimiento se recogieron 1 y 3 años después del tratamiento con el 19% de los pacientes que abandonaron el estudio después de 1 año y el 34% después de 3 años. Los resultados indicaron que proporcionar TCC para la depresión y la ansiedad como parte de un programa de rehabilitación del dolor puede mejorar los beneficios a largo plazo del tratamiento. Este hallazgo, si se replica en estudios adicionales, tiene importantes implicaciones clínicas y económicas.

También en Estados Unidos, Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2012) revisan 269 meta-análisis publicados desde el año 2000 sobre la eficacia de la TCC en una veintena de trastornos, incluyendo depresión y trastornos de ansiedad. Sus resultados muestran que en depresión la TCC es superior a las técnicas de relajación en el postratamiento; la TCC es superior a la terapia psicodinámica tanto en el postratamiento como a los seis meses de seguimiento, aunque esto ocurrió cuando los síntomas de depresión y ansiedad se examinaron juntos. En los trastornos de ansiedad, la TCC es un abordaje confiable y de primera línea, con efectos positivos significativos sobre síntomas secundarios como disfunción del sueño y sensibilidad a la ansiedad, y para el trastorno de pánico sin agorafobia, el tratamiento combinado de TCC y la relajación aplicada fue igual en eficacia al uso de cualquiera de los abordajes de terapia solos, y el uso de uno o ambos fue superior al uso de medicamentos.

En Asia, específicamente en Japón, Okumura y Ichikura (2014) analizan 35 ensayos controlados sobre depresión que comparan la TCC grupal con intervenciones no activas. Sus resultados muestran que la TCC grupal tiene una eficacia superior (diferencia de medias estandarizada [DME] = -0,68) y una aceptabilidad similar en comparación con los controles no activos.

Tabla 2  
*Investigaciones sobre la eficacia de la TCC en ansiedad y depresión*

Autor y año	País	Muestra	Trastorno mental	Técnicas utilizadas	Principales hallazgos
Kodal, Fjermestad, Bjelland, Gjestad, Ost, Bajaastad y Wergeland (2017)	Noruega	139 jóvenes de entre 11 y 21 años	Ansiedad	Evaluación 3.9 años después tratamiento	Efectividad a largo plazo de la TCC
Moreno (2016)	España	Población adulta tratada con TCC y con grupo control	Ansiedad	Análisis de 20 estudios de los últimos 5 años con prueba de neuroimagen antes y después de TCC	Cambios funcionales normalizadores tras la TCC en regiones cerebrales relacionadas con la fisiopatología de la ansiedad.
Wood (2008)	España	Hombre de 20 años, caso único	Ansiedad, depresión, ataques de pánico y agorafobia	Psicoeducación, trabajo sobre creencias irracionales acerca de las sensaciones corporales, sesgos cognitivos y anticipaciones catastrofistas en 12 sesiones más 3 de seguimiento.	Se lograron alcanzar y mantener los objetivos planteados: eliminar los ataques de pánico, disminuir los niveles de ansiedad y depresión, enfrentarse a las situaciones temidas sin sufrir ansiedad (viajar en avión o en transporte público, acudir al cine o al teatro, etc.) y retirar la medicación sin sufrir recaídas.
Cuijpers, Berking, Andersson, Quigley, Kleiboer y Dobson (2013)	Canadá	115 estudios que examinan efectos de TCC comparados con grupos de control, otras psicoterapias y farmacoterapia	Depresión	Meta-análisis actualizado.	La TCC es un efectivo tratamiento para la depresión en adultos, aunque los efectos pudieron sobreestimarse, esta terapia es la psicoterapia más estudiada para la depresión y tiene el mayor peso de evidencia. Sin embargo, otros tratamientos se acercan a su eficacia total.

(Continúa)

Tabla 2. Investigaciones sobre la eficacia de la TCC en ansiedad y depresión (Continuación).

Autor y año	País	Muestra	Trastorno mental	Técnicas utilizadas	Principales hallazgos
Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood (2010)	Reino Unido	Ensayos controlados aleatorios de terapias psicológicas breves de pacientes adultos con ansiedad, depresión o problemas de salud mental mixtos comunes tratados en atención primaria en comparación con el tratamiento de atención primaria de costumbre.	Depresión, ansiedad y trastorno mixto	Metaanálisis y metarregresión.	La TCC breve, el <i>counselling</i> y la TRP (terapia de resolución de problemas) son todos tratamientos efectivos en atención primaria, pero los tamaños del efecto son bajos en comparación con los tratamientos de mayor duración. La excepción es la TCC breve para la ansiedad, que tiene tamaños de efectos comparables.
Olaso, Andrason, Jónsdóttir, Kritisbergsdóttir y Jensen (2018)	Estados Unidos	115 pacientes con dolor crónico musculoesquelético	Ansiedad, depresión y dolor crónico	Ochenta de estos pacientes que cumplían los criterios para el tratamiento de TCC se asignaron al azar para recibir o no recibir TCC para la depresión y la ansiedad, además del tratamiento del dolor de rehabilitación. Los 35 pacientes restantes constituyeron un segundo grupo de comparación. Los datos de seguimiento se recogieron 1 y 3 años después del tratamiento con el 19% de los pacientes que abandonaron el estudio después de 1 año y el 34% después de 3 años.	Los resultados indican que proporcionar TCC para la depresión y la ansiedad como parte de un programa de rehabilitación del dolor puede mejorar los beneficios a largo plazo del tratamiento. Este hallazgo, si se replica en estudios adicionales, tiene importantes implicaciones clínicas y económicas.

(Continúa)

Tabla 2. Investigaciones sobre la eficacia de la TCC en ansiedad y depresión (Continuación)

Autor y año	País	Muestra	Trastorno mental	Técnicas utilizadas	Principales hallazgos
Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang (2012).	Estados Unidos	269 metaanálisis publicados desde 2000.	Una veintena de trastornos, incluyendo depresión y trastornos de ansiedad.	Revisión de metaanálisis sobre la eficacia de la TCC.	En depresión, Jorm y sus colegas (2008) encontraron que la TCC es superior a las técnicas de relajación en el postratamiento. Tolin (2010) mostró que la TCC es superior a la terapia psicodinámica tanto en el postratamiento como a los seis meses de seguimiento, aunque esto ocurrió cuando los síntomas de depresión y ansiedad se examinaron juntos. En los trastornos de ansiedad, la TCC es un abordaje confiable y de primera línea (Hofmann & Smits, 2008), con efectos positivos significativos sobre síntomas secundarios como disfunción del sueño y sensibilidad a la ansiedad (Ghahramanlou, 2003). Para el trastorno de pánico sin agorafobia, el tratamiento combinado de TCC y la relajación aplicada fue igual en eficacia al uso de cualquiera de los abordajes de terapia solos, y el uso de uno o ambos fue superior al uso de medicamentos (Mitte, 2005).
Okumura e Ichikura (2014)	Japón	35 ensayos controlados	Depresión	Se analizaron estudios que compararon TCC grupal con intervenciones activas	La TCC grupal tuvo una eficacia superior (diferencia de medias estandarizada [DME] = -0,68) y una aceptabilidad similar en comparación con los controles no activos.

## **Capítulo 4. Programa de intervención grupal**

### **4.1 Método**

#### **Planteamiento del problema**

##### **Justificación**

La prevalencia de los trastornos mentales, principalmente la depresión y la ansiedad, continúa en aumento, y causa efectos considerables tanto en la salud de las personas como en los aspectos económicos, sociales y de derechos humanos de todas las naciones. Se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, y la ansiedad a más de 260 millones. De hecho, muchas personas padecen ambas afecciones (OMS, 2017a).

Existen tratamientos eficaces para la depresión, pero más de la mitad de los afectados en el mundo y más del 90 por ciento de las personas en muchos países, no los reciben por falta de recursos o de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.

En México, la Secretaría de Salud, en su Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018, refiere que en este país se experimenta una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales (SSA, 2014).

Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero sólo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento; 24.7% de los adultos jóvenes mexicanos están afectados por uno o más problemas de salud mental, y que los más recurrentes son los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida (SSA, 2014).

Por su parte, Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván (2013) realizaron una evaluación del sistema de salud mental de México y encontraron que del total del presupuesto asignado a la salud, solo 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese

porcentaje, 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. El eje de la atención de la salud mental es designado para los hospitales psiquiátricos; el acceso a los servicios es limitado por la centralización del sistema de atención y solamente 30% de los servicios de atención primaria cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales y en los establecimientos de salud mental, la tasa de psiquiatras, médicos, enfermeros y psicólogos por cada 100 000 habitantes registró valores de 1.6, 1.3, 3.4 y 1.5 respectivamente.

Para reducir la brecha entre la carga que representan los trastornos mentales y el presupuesto asignado para su atención, requiere de un mayor financiamiento y una utilización de los recursos más racional, considerando al primer nivel como el eje de la atención. Asimismo, será necesario ampliar el número de especialistas, capacitar periódicamente al personal en los primeros niveles de atención en el empleo de tratamientos integrales basados en la evidencia e incrementar la participación del resto de la sociedad (Berenzon et al., 2013).

Mientras esto ocurre, el presente trabajo propone la aplicación de intervenciones psicológicas cognitivo conductuales grupales desde el primer nivel de atención, a fin de evitar que los trastornos se agraven y puedan derivar en enfermedades orgánicas de tipo psicosomático.

#### **Pregunta de investigación:**

¿La instrumentación de una intervención cognitivo-conductual es eficaz para disminuir la depresión mayor con ansiedad en adultos jóvenes?

#### **4.2. Propuesta**

En este trabajo se presenta una propuesta de intervención grupal cognitivo-conductual para adultos jóvenes (de 18 a 39 años) con diagnóstico inicial de depresión con ansiedad o depresión ansiosa, que obedece a un modelo de psicoterapia que ha demostrado su eficacia en la disminución de los síntomas de estos trastornos en numerosos estudios y meta-análisis de diversos países (Tabla 2).

**Objetivo general:** Instrumentar una intervención cognitivo-conductual para disminuir la depresión mayor con ansiedad en adultos jóvenes.

**Objetivos específicos:**

Que los pacientes diagnosticados con depresión mayor y ansiedad (trastorno de pánico), tengan un impacto en los siguientes aspectos (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006):

- Mejoren su estado de ánimo negativo.
- Recuperen el interés en las actividades placenteras.
- Disminuyan, en su caso, la ideación suicida.
- Alcancen el funcionamiento adecuado de sus relaciones ocupacionales, académicas y sociales, lo mismo que su salud física y mental.
- Reduzcan sus crisis de angustia y el posible abuso de sustancias, además de mejorar sus habilidades de afrontamiento adaptativo.

**Descripción de la propuesta:**

Se instrumentará un programa de intervención psicoterapéutica bajo el modelo cognitivo-conductual que se llevará a cabo durante 10 sesiones con una duración de dos horas cada una (una sesión por semana).

La intervención grupal se diseñó con 10 sesiones y no ocho como se acostumbra, considerando que Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood (2010) encontraron que el tamaño del efecto de una terapia breve es bajo en comparación con las terapias de mayor duración.

Aunque la propuesta puede ser aplicada en trastornos depresivos y de ansiedad en general, en la presente intervención se propone aplicarse específicamente a personas con trastorno de depresión mayor combinado con trastorno de pánico.

Las sesiones 1, 2, 3 y 4 están dirigidas especialmente a los trastornos depresivos, y las sesiones 5, 6, 7 a los trastornos de ansiedad, específicamente al trastorno de pánico. Las sesiones 8 y 9 son técnicas adicionales que hacen posible mejorar las habilidades

psicosociales que también repercuten en la disminución de los síntomas. La sesión 10 contiene un resumen de los aprendizajes abordados y una evaluación final del nivel de los síntomas, es decir, de las metas alcanzadas.

### **4.3. Participantes**

Participarán diez adultos jóvenes con diagnóstico de depresión con ansiedad (trastorno de pánico) leve o moderado de acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014). Serán adultos canalizados de servicios de salud que brindan atención primaria (centros o clínicas de salud comunitarias) de la Ciudad de México.

Criterios de inclusión: Adultos jóvenes de 18 a 39 años con diagnóstico psicológico o psiquiátrico de trastorno de depresión con ansiedad leve o moderado que cuenten al menos con educación básica, nivel secundaria.

Criterios de exclusión: Jóvenes que presentan otra problemática, como trastornos del neurodesarrollo, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos disociativos, trastornos neurocognitivos o trastornos de la personalidad, o jóvenes analfabetos.

Espacio de trabajo. Aula cerrada con pizarrón, plumones de colores, escritorio, sillas y equipo de proyección.

### **4.4. Instrumentos**

Ficha de admisión al programa (Anexo 1).

Entrevista de tamizaje (Anexo 2).

Inventario de Depresión de Beck (BDI), estandarizado por Jurado et al. (1998) (Anexo 3).

Propiedades psicométricas del BDI:

El BDI desarrollado en Jurado et al. (1998) cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México.

Confiabilidad por consistencia interna obtenida: alfa de Cronbach=0.87, p menor a .000 en muestra normativa de 1508 personas adultas de entre 15 y 65 años de edad.

Validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung: Correlación estadística entre ambas escalas de  $r=0.70$ ,  $p$  menor a  $.000$  en muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años.

Validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, esta vez en una población de 546 estudiantes de bachillerato con edades de entre 15 y 23 años. Correlación estadística entre ambas escalas fue de  $r=0.65$ ,  $p$  menor a  $.000$ .

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), estandarizado por Tafoya-Ramos, Gómez, Ortega y Ortiz-León (2006) (Anexo 4).

Propiedades psicométricas del BAI:

El BAI mostró ser un instrumento válido y confiable en la detección de síntomas ansiosos en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM, pudiendo ser usado de manera indistinta con el HAM-A con la ventaja de ser breve y autoaplicable. Para obtener este resultado se llevó a cabo un estudio de campo, transversal, con un diseño de dos muestras. Se evaluó a 102 pacientes, los cuales fueron entrevistados por un psiquiatra de acuerdo con los criterios del DSM-IV; posteriormente al 50% de los sujetos se les aplicó el BAI seguido de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y con el otro 50% se procedió de manera inversa.

Conforme a lo esperado, se obtuvieron diferencias significativas al comparar los puntajes totales del BAI entre los grupos de pacientes con diagnóstico de ansiedad y sin diagnóstico de ansiedad ( $t=3.51$ ,  $p$  0.01), asimismo, al comparar el 25% de los puntajes altos con el 25% de los puntajes bajos se obtuvieron diferencias significativas ( $t=16.61$ ,  $p$  0.001). La correlación entre la calificación total del BAI y la del HAM-A (como estándar de oro) fue significativa ( $r= 0.82$ ,  $p$  0.001). La consistencia interna del instrumento mostró un coeficiente alfa=0.86. El análisis de ROC indicó que el mejor punto de corte en esta población fue de 23 puntos (sensibilidad=0.63, especificidad = 0.65).

## **4.5. Procedimiento**

### **Evaluación**

Posterior a la canalización de los participantes y previo al inicio del programa, llenarán la Ficha de Admisión y se les aplicará la entrevista de tamizaje breve.

Los inventarios de depresión y ansiedad de Beck serán aplicados “pre” y “post”, es decir, en la sesión 1 (inicial) y en la sesión 10 (final) para confirmar los avances alcanzados en cuanto a la reducción de síntomas.

Si en la sesión uno, los niveles de depresión y ansiedad de algún participante son severos, se canalizará al servicio psiquiátrico para la medicación respectiva, y el paciente podrá continuar en el programa de intervención si así lo desea.

En la Tabla 3, se describen los contenidos temáticos, los objetivos terapéuticos, así como las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizarán en cada una de las sesiones.

## Diseño de las sesiones

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL      **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
PARA TRASTORNO DE DEPRESION MAYOR CON ANSIEDAD      **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
EN ADULTOS JOVENES

**CARTA DESCRIPTIVA GENERAL**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JOVENES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LOPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**OBJETIVO GENERAL:** Que los participantes puedan mejorar su estado de ánimo negativo, recuperar el interés en las actividades placenteras, disminuir, en su caso, la ideación suicida, alcanzar el funcionamiento adecuado de sus relaciones ocupacionales, académicas y sociales, y conservar su salud física y mental. Además, lograrán reducir sus crisis de angustia y el posible abuso de sustancias, así como mejorar sus habilidades de afrontamiento adaptativo.

Tabla 3

*Descripción general de las sesiones*

<b>SESIÓN</b>	<b>NOMBRE DE LA SESIÓN</b>	<b>OBJETIVO TERAPEUTICO</b>	<b>TÉCNICA PSICOLÓGICA</b>
1	Qué es la depresión mayor con ansiedad y cómo se supera.	Los participantes podrán identificar los síntomas de sus trastornos y conocer las bases de la terapia cognitivo conductual.	Psicoeducación y evaluaciones de depresión y ansiedad de Beck.
2	Qué son los pensamientos disfuncionales y cómo podemos combatirlos.	Los participantes podrán disminuir los pensamientos disfuncionales que generan sus síntomas.	Reestructuración cognitiva.
3	Reforzamientos positivos y cómo incrementarlos.	Los participantes podrán mejorar sus tasas de reforzamiento positivo al incrementar sus actividades gratificantes.	Terapia de Activación conductual.
4	Cómo resolver los problemas que disparan los trastornos.	Los participantes podrán optimizar su capacidad de resolución de los problemas que agravan sus síntomas.	Terapia de resolución de problemas.
5	Cómo disminuir las interpretaciones catastróficas de nuestros síntomas ansiosos.	Los participantes podrán disminuir sus interpretaciones catastróficas de la activación fisiológica.	Reestructuración cognitiva/Terapia de exposición interoceptiva.
6	Cómo reducir la activación fisiológica provocada por la ansiedad.	Los participantes podrán reducir su activación fisiológica.	Respiración diafragmal/Relajación muscular progresiva.
7	Cómo liberarnos de nuestros falsos comportamientos de seguridad.	Los participantes podrán limitar sus comportamientos de seguridad.	Terapia de exposición gradual.
8	Habilidades sociales y su aprendizaje.	Los participantes podrán aumentar sus habilidades sociales/interpersonales.	Entrenamiento en habilidades sociales.
9	Cómo incrementamos nuestro autocontrol.	Los participantes podrán incrementar sus habilidades de autocontrol.	Entrenamiento en autoinstrucciones.
10	Resumen de aprendizajes terapéuticos y evaluación final.	Los participantes podrán aclarar sus dudas generales y evaluar el avance en el abatimiento de sus síntomas.	Psicoeducación y evaluaciones de síntomas de Beck.

## Cartas descriptivas

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
EN ADULTOS JÓVENES

**SESIÓN 1. QUÉ ES LA DEPRESIÓN MAYOR  
CON ANSIEDAD Y CÓMO SE SUPERA**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán identificar los síntomas de sus trastornos y conocer las bases de la terapia cognitivo conductual.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Bienvenida, presentación de los terapeutas y los participantes.	Que los participantes se integren en el grupo terapéutico.	Los terapeutas dan la bienvenida a los participantes y los conducen para que se presenten uno por uno y mencionen dos de sus principales síntomas.	Tarjetas, plumón, seguros pequeños.	10 min.
2. Encuadre terapéutico.	Que los participantes conozcan las reglas del programa, como	Los terapeutas detallan las reglas del programa, se establecerá el horario de trabajo y se detallará el trabajo terapéutico de todas las sesiones.		5 min.

	duración, horario, respeto y confidencialidad.			
3. Presentación del programa de intervención.	Que los participantes conozcan temario y objetivos para reforzar nivel de compromiso.	Los terapeutas detallan el temario del programa y lo que se espera de los participantes. Entregan carta de consentimiento informado para firma.	Temario del programa y carta de consentimiento informado (Anexo 5).	15 min.
4. Evaluación de niveles de depresión y ansiedad.	Definir una línea base.	Los terapeutas aplican inventarios de evaluación y los califican.	Inventarios de depresión y ansiedad de A. Beck y criterios de interpretación.	30 min.
5. Lluvia de ideas sobre la depresión y la ansiedad.	Que los participantes identifiquen sus conocimientos y creencias sobre los trastornos e interactúen.	Los terapeutas invitan a los participantes a exponer sus ideas sobre lo que es la depresión y la ansiedad y las anotan en el pizarrón.	Pizarrón.	10 min.
6. Video sobre depresión y ansiedad.	Que los participantes se familiaricen con el tema.	Los terapeutas proyectarán un video disponible en: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=d4S6rYIGXNc">https://www.youtube.com/watch?v=d4S6rYIGXNc</a> ; invitarán a los participantes a realizar breves comentarios sobre el tema y sobre la sintomatología que presentan.	Video <i>youtube</i> sobre depresión y ansiedad.	10 min.
7. Exposición de conceptos teóricos.	Que los participantes tengan conocimientos científicos sobre los trastornos y la TCC.	Los terapeutas expondrán los criterios diagnósticos del DSM-5 para la depresión y la ansiedad y las bases teóricas de la TCC.	Presentación <i>power point</i> .	20 min.

8. Sesión de preguntas.	Que los participantes resuelvan sus dudas.	En plenaria, los terapeutas responderán las preguntas y dudas ocasionadas con la exposición de los temas.	Pizarrón	10 min.
9. Tarea terapéutica.	Que los participantes comprendan cómo sus pensamientos generan sus emociones y sus conductas adecuadas o inadecuadas.	Los terapeutas asignan como tarea que los participantes se analicen durante la semana y llenen el formato pensamiento-emoción-conducta (PEC).	Formato Pensamiento-Emoción-Conducta (Anexo 6).	5 min.
10. Cierre y entrega de programa y criterios diagnósticos depresión-ansiedad.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.	Programa y criterios diagnósticos DSM-5	5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL      **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
**PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD      NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
**EN ADULTOS JÓVENES**

**SESIÓN 2. QUÉ SON LOS PENSAMIENTOS  
DISFUNCIONALES Y CÓMO COMBATIRLOS**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán disminuir sus pensamientos disfuncionales.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes refuercen la idea de que ellos son responsables de su bienestar o malestar.	Los terapeutas comentan algunos formatos PEC resueltos por los participantes y hacen las observaciones pertinentes.	Formatos resueltos de PEC.	20 min.
3. Pensamientos disfuncionales (automáticos).	Que los participantes identifiquen los pensamientos disfuncionales que los afectan y sepan cómo se generan.	Los terapeutas explican qué son los pensamientos disfuncionales, cómo se generan y cómo nos afectan.	Textos "Creencias irracionales" de Ellis y "Errores del pensamiento	30 min.

			de Beck” en <i>power point</i> .	
4. Cómo combatir los pensamientos disfuncionales.	Que los participantes aprendan una técnica para enfrentar eficazmente los pensamientos disfuncionales.	Los terapeutas explican el empleo de las preguntas socráticas para cuestionar la validez de los pensamientos disfuncionales.	Pizarrón. Tarjeta de respuesta alternativa (Anexo 7).	10 min.
5. Aplicación de las preguntas socráticas.	Que los participantes combatan su principal pensamiento disfuncional con la ayuda de la tarjeta de respuesta alternativa.	Los terapeutas invitan a los participantes a definir su principal pensamiento disfuncional y a responder por escrito a las preguntas socráticas.	Hojas blancas, plumas.	30 min.
6. Sesión de preguntas.	Que los participantes resuelvan sus dudas.	Los terapeutas responden a las preguntas.		10 min.
7. Tarea terapéutica.	Que los participantes identifiquen un nuevo pensamiento disfuncional y que lo trabajen en sus casas con la tarjeta de respuesta alternativa.	Los terapeutas asignan como tarea que los participantes identifiquen y trabajen en casa sobre un nuevo pensamiento disfuncional sometiéndolo a las preguntas socráticas.	Tarjeta de respuesta alternativa.	5 min.
8. Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.		5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
**PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD** **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
**EN ADULTOS JÓVENES**

**SESIÓN 3. REFORZAMIENTOS POSITIVOS  
Y COMO INCREMENTARLOS**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD  
**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán mejorar sus tasas de reforzamiento positivo a través del aumento de actividades gratificantes y la disminución de las depresógenas.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes afinen su habilidad para enfrentar pensamientos disfuncionales.	Revisión del estado de pensamientos disfuncionales del grupo.	Tareas escritas de los participantes.	10 min.
3.Reforzamientos positivos contra la depresión.	Que los participantes comprendan los beneficios de las actividades	Los terapeutas explicarán las bases de la activación conductual y su efecto positivo sobre la depresión.	Presentación <i>power point</i> .	20 min.

	placenteras y de dominio.			
4. Monitoreo de actividades depresógenas.	Que los participantes tengan información real sobre las actividades que generan depresión.	Los terapeutas solicitarán llenado de formato para indagar actividades que generan depresión.	Formato monitoreo de actividades y del estado anímico (Anexo 8)	20 min.
5. Monitoreo de actividades que generan placer y dominio.	Que los participantes tengan información sobre los reforzadores positivos que hay en su vida diaria.	Los terapeutas solicitarán llenado de formato para indagar actividades placenteras y de dominio que generan estado de ánimo positivo.	Formato monitoreo de actividades placer/dominio (Anexo 9)	20 min.
6. Actividades planeadas.	Que los participantes puedan elaborar programas semanales de actividades gratificantes.	Los terapeutas pedirán a los participantes que con la ayuda de un formato elaboren un programa sencillo de actividades gratificantes para la semana. Se pedirá que algunos miembros del grupo expongan en plenaria su trabajo.	Formato de actividades planeadas (Anexo 10).	20 min.
7. Sesión de preguntas	Que los participantes resuelvan sus dudas.	Los terapeutas responderán a las dudas.		10 min.
8. Tarea terapéutica.	Que disminuyan los síntomas depresivos al realizar actividades que proporcionan placer y dominio.	Los terapeutas asignarán como tarea, que los participantes realicen las actividades y registren su estado de ánimo.	Formato de actividades planeadas.	5 min.
9. Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.	Resumen escrito del tema.	5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL      **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
 PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD      **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
 EN ADULTOS JÓVENES

**SESIÓN 4. CÓMO RESOLVER LOS  
 PROBLEMAS QUE DISPARAN LOS  
 TRASTORNOS**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán optimizar su capacidad de resolución de problemas.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes comprendan la utilidad de su programa de actividades placenteras y de dominio.	Los terapeutas comentarán algunos de los formatos entregados.	Formatos elaborados por los participantes.	10 min.
3. Terapia de resolución de problemas.	Que los participantes aprendan una técnica efectiva para resolver	Los terapeutas explican cómo es que los problemas de la vida disparan los trastornos. Les	Pizarrón.	40 min.

	sus problemas cotidianos.	enseñan la técnica de cinco pasos y se resolverán algunos casos de los miembros del grupo.		
4. Sesión de preguntas.	Que los participantes resuelvan sus dudas.	Los terapeutas resuelven las dudas de los participantes.		10 min.
5. Aplicación de la técnica en situaciones reales.	Que los participantes aprendan a definir y resolver problemas específicos.	Los terapeutas resuelven uno de sus principales problemas con ayuda de un formato.	Formato Técnica de Resolución de problemas (Anexo 11).	40 min.
6. Tarea terapéutica.	Que los participantes puedan resolver problemas de una manera eficaz.	Los terapeutas asignan la tarea de resolver un problema familiar o laboral que hayan experimentado los participantes y éste se tendrá que registrar en el formato respectivo.		5 min.
7. Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.		5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
**PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD** **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
**EN ADULTOS JÓVENES**

**SESIÓN 5. COMO DISMINUIR LAS  
 INTERPRETACIONES CATASTRÓFICAS DE  
 LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán disminuir sus interpretaciones catastróficas de la activación fisiológica.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes puedan aplicar correctamente la técnica de resolución de problemas	Los participantes describirán las dificultades que enfrentaron para encontrar soluciones adecuadas a los problemas que se plantearon en la sesión anterior.	Informe de participantes.	10 min.
3. Interpretaciones catastróficas.	Que los participantes modifiquen sus creencias irracionales	Los terapeutas explican cómo se trabajan estas interpretaciones con la tarjeta de respuesta alternativa.	Tarjeta de respuesta alternativa (Anexo 7).	30 min.

	hacia pensamientos más realistas.	Se ejemplificará con el caso de alguno de los participantes.		
4. Sesión de preguntas.	Los participantes aclaran sus dudas.	Los terapeutas responden a las preguntas.		10 min.
5. Exposición interoceptiva.	Que los participantes disminuyan sus interpretaciones catastróficas.	Los terapeutas explican la técnica de exposición interoceptiva y la aplican en un par de voluntarios. Ejercicio respirar rápidamente durante 60 segundos.	Sillas colocadas al frente.	20 min.
6. Ejercicio grupal de exposición interoceptiva.	Que los participantes se cercioren de que sus sensaciones se pueden controlar.	Los terapeutas aplican un ejercicio de provocación voluntaria de un síntoma en el grupo, como mover la cabeza de un lado a otro durante 30 segundos. Luego controlarlo con respiración lenta y profunda.		20 min.
7. Sesión de preguntas.	Que los participantes aclaren sus dudas.	Los terapeutas responden a las interrogantes.		10 min.
8. Tarea terapéutica.	Que los participantes puedan provocarse síntomas de ansiedad y entender que no son mortales.	Los terapeutas asignan la tarea de aguantar la respiración todo el tiempo que se pueda y anotar las sensaciones experimentadas en una hoja blanca.	Hojas blancas.	5 min.
9. Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.		5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
 PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
 EN ADULTOS JÓVENES

**SESION 6. COMO REDUCIR LA ACTIVACIÓN FISIOLÓGICA PROVOCADA POR LA ANSIEDAD**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán controlar la activación fisiológica disparada por los trastornos de ansiedad.

CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS OPERACIONALES	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes puedan desactivar la amenaza del pensamiento catastrófico.	Los participantes comparten la experiencia de provocar sus síntomas en un ambiente seguro.		10 min.
3. Técnicas de relajación. Respiración diafragmal.	Que los participantes puedan utilizar la respiración diafragmal	Los terapeutas explicarán lo que es la relajación y la utilidad de la respiración diafragmal para detener los ataques de pánico. Se mostrará su efectividad	Presentación <i>power point</i> .	20 min.

	para controlar sus síntomas ansiosos.	controlando síntomas de hiperventilación.		
4. Ejercicio grupal de respiración diafragmal.	Que los participantes practiquen la técnica.	Los terapeutas conducirán el ejercicio haciendo las observaciones pertinentes.		20 min.
5. Sesión de preguntas	Que los participantes aclaren sus dudas.	Los terapeutas responderán a las interrogantes.		10 min.
6. Relajación muscular progresiva.	Que los participantes conozcan otra técnica efectiva contra el estrés y la ansiedad.	Los terapeutas explicarán la técnica y la aplicarán en el grupo (Mendoza, 2010)	Presentación <i>power point</i> y formato de registro (Anexo 12).	30 min.
7. Sesión de preguntas.	Que los participantes aclaren sus dudas.	Los terapeutas responderán a las interrogantes.		10 min.
8. Tarea terapéutica.	Que los participantes puedan disminuir sus niveles de ansiedad y ataques de pánico de una manera efectiva.	Los terapeutas asignan como tarea a los participantes que apliquen en el transcurso de la semana la respiración diafragmal por la mañana y la relajación muscular progresiva por la noche, antes de dormir.	Registro de antes y después de la relajación muscular progresiva (Anexo 12).	5 min.
9. Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.		5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL      **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
 PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD      **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
 EN ADULTOS JÓVENES

**SESION 7. COMO LIBERARNOS DE NUESTROS  
 FALSOS COMPORTAMIENTOS DE SEGURIDAD**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán reducir sus comportamientos de seguridad limitantes.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes revisen las habilidades adquiridas para relajarse.	Los terapeutas revisan y comentan los registros de los participantes.	Registros de antes y después de la relajación.	10 min.
3. Qué son los comportamientos de seguridad.	Que los participantes comprendan que los comportamientos de seguridad perpetúan	Los terapeutas explicarán el tema y recogerán ejemplos de los participantes.	Presentación <i>power point</i> .	20 min.

	las creencias catastróficas.			
4. Cómo superar los comportamientos de seguridad.	Que los participantes aprendan a superar de manera eficiente sus miedos.	Los terapeutas promoverán la elaboración de listas de situaciones ansiógenas que los participantes deberán superar con exposición gradual.	Formato exposición gradual (Anexo 13).	30 min.
5. Ensayos conductuales.	Los participantes harán juego roles sobre situaciones ansiógenas reales.	Los terapeutas coordinarán ensayos conductuales con algunos de los participantes.		30 min.
6. Sesión de preguntas.	Los participantes resolverán sus dudas.	Los terapeutas responderán las preguntas.		10 min.
Tarea terapéutica.	Que los participantes conozcan los comportamientos de seguridad en los que incurren.	Los terapeutas asignan como tarea que los participantes se observen y registren todos los comportamientos de seguridad encontrados.	Formato exposición gradual.	5 min.
Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen la asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.		5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
**PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD** **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
**EN ADULTOS JÓVENES**

**SESION 8. HABILIDADES SOCIALES Y SU  
 APRENDIZAJE**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD  
**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán aumentar sus habilidades sociales e interpersonales.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes analicen sus comportamientos de seguridad.	Los terapeutas piden a los participantes que comenten los hallazgos sobre sus comportamientos de seguridad.	Formato exposición gradual.	10 min.
3. Qué son las habilidades	Que los participantes entiendan la necesidad	Los terapeutas explicarán los conceptos básicos de las	Presentación <i>power point</i> y Pizarrón	20 min.

sociales. La asertividad.	de poseer habilidades sociales mínimas.	habilidades sociales y la asertividad.		
4. Práctica de habilidades sociales.	Que los participantes aprendan a utilizar la asertividad.	Los terapeutas coordinarán ejercicios de respuesta pasiva, agresiva y asertiva con los participantes.		20 min.
5. Sesión de preguntas.	Los participantes resolverán sus dudas.	Los terapeutas responderán las preguntas.		10 min.
6. Cómo expresar el enojo.	Los participantes aprenderán a expresar su enojo de manera asertiva.	Los terapeutas mostrarán la técnica adecuada para expresar el enojo: Pronombre, emoción provocada, situación y razón.	Pizarrón	20 min.
7. Práctica de expresión del enojo.	Los participantes aplicarán lo aprendido en situaciones controladas.	Los terapeutas coordinarán ejercicios de juego de roles con situaciones vividas por los participantes.		20 min.
8. Tarea terapéutica.	Que los participantes apliquen en la semana lo aprendido en la sesión y registren sus observaciones.	Los terapeutas asignan como tarea que los participantes pongan en práctica las técnicas de asertividad aprendidas y traigan un informe de experiencias.		5 min.
9. Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.		5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
 PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD **NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
 EN ADULTOS JÓVENES

**SESION 9. COMO INCREMENTAMOS  
 NUESTRO AUTOCONTROL**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán incrementar sus habilidades de autocontrol para enfrentar la ansiedad y la depresión.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes aclaren sus dudas sobre la aplicación de las técnicas asertivas.	Los terapeutas revisan las observaciones de los participantes sobre la tarea y responden a interrogantes.	Textos observaciones de participantes.	10 min.
3. Qué es el entrenamiento en autocontrol.	Que los participantes aprendan que toda conducta correcta o incorrecta tiene una consecuencia.	Los terapeutas explican la importancia de tener autocontrol y la técnica de autoinstrucciones aplicada en ansiedad y depresión.	Formato Antecedente-Conducta-Consecuencia (ACC) (Anexo 14).	20 min.

4. Evaluación del diálogo interno.	Que los participantes valoren la utilidad de las autoinstrucciones positivas.	Los terapeutas pedirán a los participantes que identifiquen sus autoinstrucciones naturales y revisen si son las adecuadas.	Formato de entrenamiento en autoinstrucciones (Anexo 15).	30 min.
5. Práctica de la técnica de autoinstrucciones.	Que los participantes practiquen la técnica de manera correcta.	Los terapeutas pedirán a los participantes que hagan una lista de autoinstrucciones adecuadas para una situación específica de ansiedad o depresión.		30 min.
6. Sesión de preguntas.	Los participantes resolverán sus dudas.	Los terapeutas responderán las preguntas.		10 min.
7. Tarea terapéutica.	Que los participantes aprendan a utilizar la técnica para controlar sus síntomas de ansiedad y depresión.	Los terapeutas asignan como tarea que los participantes apliquen las técnicas de autoinstrucciones en las actividades que disparan sus síntomas.	Formato de Entrenamiento en autoinstrucciones.	5 min.
8. Cierre de sesión y entrega de resumen escrito.	Que los participantes estén motivados para continuar con el programa.	Los terapeutas agradecen y reconocen asistencia de participantes y los invitan a la siguiente sesión.		5 min.

**NOMBRE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL      **NÚMERO DE SESIONES:** 10  
**PARA TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR CON ANSIEDAD      NÚMERO DE PARTICIPANTES:** 10  
**EN ADULTOS JÓVENES**

**SESION 10. RESUMEN DE APRENDIZAJES  
 TERAPEUTICOS Y EVALUACION FINAL**

**PERFIL DE PARTICIPANTES:** ADULTOS JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON ANSIEDAD

**INSTRUCTOR:** JAIME LÓPEZ CASTAÑEDA Y ASISTENTE

**Objetivos específicos:** Los participantes podrán aclarar sus dudas generales y evaluar el avance en el abatimiento de sus síntomas de depresión y ansiedad.

<b>CONTENIDO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS OPERACIONALES</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>MATERIAL</b>	<b>TIEMPO</b>
1. Resumen de la sesión anterior.	Que los participantes refuercen los conocimientos adquiridos.	Los terapeutas hacen un breve repaso de los conocimientos de la sesión anterior.	Pizarrón.	10 min.
2. Revisión de la tarea terapéutica.	Que los participantes revisen las dificultades que tuvieron para aplicar la técnica de autoinstrucciones.	Los terapeutas promueven los comentarios de los participantes sobre sus experiencias en la aplicación de la técnica.		10 min.
3. Revisión de técnicas para depresión.	Que los participantes consoliden las estrategias aprendidas contra la depresión.	Los terapeutas coordinan repaso sobre reestructuración cognitiva, activación conductual y resolución de problemas.		20 min.

4. Revisión de técnicas para ansiedad.	Que los participantes consoliden las estrategias aprendidas contra la ansiedad.	Los terapeutas coordinan repaso sobre terapia interoceptiva, técnicas de relajación y exposición gradual.		20 min.
5. Revisión de técnicas complementarias.	Que los participantes consoliden las estrategias complementarias aprendidas.	Los terapeutas coordinan repaso sobre técnicas de asertividad y autoinstrucciones.		20 min.
6. Evaluación de niveles de depresión y ansiedad.	Que los participantes comprueben la disminución de sus síntomas tras la intervención.	Los terapeutas aplican evaluaciones y califican niveles de ansiedad y depresión.	Inventarios de ansiedad y depresión de Beck.	30 min.
7. Cierre de programa de intervención.	Los participantes comprenderán que ya tienen las herramientas para controlar sus síntomas y evitar recaídas.	Los terapeutas agradecen la participación de los asistentes. Los motivan para poner en práctica todos los recursos utilizados en el programa de intervención.		10 min.

## **Posible análisis de resultados**

Se realizará un diario de campo para registrar los eventos que se presenten en las sesiones, donde se registrarán los avances clínicos, las actividades grupales, las emociones, pensamientos y conductas derivadas de la intervención y, finalmente, se aplicará a los participantes una evaluación para conocer su opinión sobre las estrategias empleadas en la intervención, cuya información se analizará mediante un análisis cualitativo a través de la teoría fundamentada (Vivar, Arantzamendi, López-Dicastillo & Gordo, 2010).

Al término del programa se aplicarán nuevamente los inventarios de ansiedad y depresión de Beck a los participantes, para medir la reducción real de sus síntomas. Además, se evaluarán los cambios logrados por cada uno de ellos en su capacidad para enfrentar y resolver de manera efectiva las situaciones que disparan sus síntomas y sus trastornos, por medio de un cuestionario de evaluación de estrategias (Anexo 16).

Para el análisis estadístico del impacto de la intervención, se aplicará la prueba no Paramétrica de Wilcoxon. Esta prueba toma en cuenta la magnitud relativa y la dirección de las diferencias. Le da mayor peso a los pares que tienen mayores diferencias entre el antes y el después que a los pares cuya diferencia es pequeña. El investigador puede entonces saber qué miembro del par es más grande. De esta manera puede hacer juicios de mayor que entre los valores de cualquier par (Siegel & Castellan, 2003, en Rivera & García 2012).

En caso necesario, se recomendará una Terapia Cognitivo Conductual personalizada para aquellos pacientes que no encontraron beneficios suficientes en la modalidad grupal.

## **Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones**

La afectación de los trastornos mentales en la población del mundo continúa en aumento, y tiene evidentes efectos sobre la economía, la sociedad y los derechos humanos de las naciones. Los organismos mundiales de salud han emitido constantes llamados a los gobiernos para que respondan a esta problemática, con resultados no muy favorables (OMS, 2017a).

La depresión, que comúnmente se acompaña de ansiedad, es el trastorno mental que mayor impacto tiene en la población mundial, y en ocasiones desemboca en el suicidio, que es la segunda causa de muerte entre los jóvenes, después de los accidentes de tránsito (OPS, 2017).

Estos trastornos cuestan a la economía mundial un promedio de un billón de dólares en pérdidas en productividad (OMS, 2017b).

La depresión y la ansiedad afectan en gran medida a los adultos jóvenes debido a que se encuentran en la etapa de logro (19 a 31 años) y en la etapa ejecutiva (30 a 40 años) (Papalia & Martorell, 2017), y enfrentan múltiples dificultades, como problemas relacionados con un acceso limitado a recursos, servicios de salud, educación, empleo y oportunidades económicas. Las crisis económicas han exacerbado las dificultades que enfrentan los jóvenes que buscan trabajo, y muchas veces tienen que conformarse con condiciones de empleo informales e inseguras, con remuneraciones más bajas y poca protección social (Jacinto, 2011).

Aunque existen tratamientos eficaces para la depresión y la ansiedad, más de la mitad de los afectados en el mundo y más del 90 por ciento en muchos países no los reciben por falta de recursos o de personal sanitario capacitado.

En México, los datos oficiales son escasos, y se habla de que mientras están disminuyendo las enfermedades infectocontagiosas, se están incrementando los padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales.

También se afirma que uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero sólo uno de cada cinco recibe tratamiento (SSA, 2014).

Berenzon et al. (2013) evaluaron el sistema de salud mental en México, y encontraron que del total del presupuesto asignado a la salud, sólo 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese porcentaje, 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. También encontraron que la mayoría de los establecimientos se ubican en las grandes ciudades y sólo el 30% de los servicios de atención primaria cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales.

Los expertos recomendaron un mayor financiamiento y una utilización de los recursos más racional, considerando al primer nivel como el eje de la atención. Asimismo, aconsejaron ampliar el número de especialistas, capacitar al personal en los primeros niveles de atención e incrementar la participación del resto de la sociedad.

Como complemento específico de las recomendaciones de los investigadores, en este trabajo se propuso la implementación de programas grupales de intervención psicológica cognitivo-conductual, con énfasis en la depresión con ansiedad en los servicios de atención primaria del país, que son los señalados por Berenzon et al. (2013) como las instancias clave para enfrentar la problemática.

Para su implementación, se requerirá de la previa capacitación del personal de la salud multidisciplinario, preferentemente psicólogos, sobre los protocolos de evaluación y las técnicas cognitivas y de modificación de conducta que ofrecen los mejores resultados.

De hecho, los psicólogos de servicio social pueden prestar un gran apoyo, coordinados por un profesional experimentado, para superar los imprevistos que se presentan en toda actividad humana, en este caso, en un programa de intervención para la salud mental.

En este trabajo se consigna, de acuerdo con cifras y análisis de las organizaciones mundiales de salud, que la depresión es el trastorno mental prioritario a vencer, en virtud de sus repercusiones económicas y sociales. Sin embargo, se añadió el componente de

ansiedad, debido a que en la mayoría de los casos la depresión se acompaña de este tipo de trastorno, en muchos casos de ataques de pánico, lo que dificulta su atención farmacológica y psicológica si no se hacen las adecuaciones necesarias en los protocolos de tratamiento.

El proceso de tamizaje resulta de gran importancia en la aplicación de la presente propuesta, si se trata de obtener resultados positivos y homogéneos, en virtud de que la intervención sólo va dirigida a pacientes con depresión y ansiedad, y en caso de que presenten otro tipo de problemas, como trastornos de la personalidad o del espectro de la esquizofrenia, requerirán un tratamiento diferente, con énfasis en la intervención psicofarmacológica.

El presente modelo de intervención tiene fundamentos en las aportaciones teóricas y prácticas de los investigadores conductuales y cognitivos, así como de las nuevas aportaciones emanadas de las psicoterapias de tercera generación. Específicamente, se basa en los protocolos investigados por Nezu et al. (2006), Beck, J. S. (1995, 2012), Caballo (2002, 2008, 2013) y Ruiz et al. (2012).

Su aplicación exitosa se sustenta en estudios científicos y metaanálisis realizados en diversos países, y descritos en la Tabla 2.

Todas las actividades terapéuticas que se incluyen tienen objetivos específicos, y cada una de ellas aporta un elemento importante para la superación de los trastornos.

La psicoeducación, por ejemplo, permitirá que el usuario sea partícipe de lo que se sabe científicamente sobre su problema, y aplique este conocimiento a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y el de su núcleo familiar (Caballo, 1997, 2013).

La reestructuración cognitiva permitirá a los participantes identificar sus cogniciones distorsionadas y la manera en que les generan malestar e interfieren en su vida diaria (Caballo, 1997, 2013), además que podrán combatir sus pensamientos automáticos distorsionados a través de la aplicación esmerada de las preguntas socráticas resumidas en la tarjeta de respuesta alternativa que se incluye en los anexos.

Los ejercicios de activación conductual que se incluyen en una de las sesiones, con antecedente en Lewinsohn et al. (1980, en Caballo, 1997, 2013), recuerdan que la depresión tiene una relación significativa con bajas tasas de refuerzo positivo y con altas tasas de experiencias aversivas. De ahí la importancia de hacer cambios significativos en la vida de los pacientes para invertir esta situación depresógena.

En cuanto a la exposición interoceptiva, el paciente podrá reducir su temor a los síntomas de los ataques de pánico al darse cuenta de que son alarmas aprendidas o condicionadas ante determinadas señales corporales. Se trata de exponer a los pacientes al conjunto de sensaciones interoceptivas que recuerdan las de los ataques de pánico; es decir, crear “miniataques” de pánico en el consultorio a través de ejercicios para elevar su frecuencia cardíaca (Durand & Barlow, 2007).

Las técnicas de relajación, sobre todo la aplicación correcta de la respiración diafragmal, permiten al paciente detener sin gran esfuerzo los síntomas de ansiedad y de los ataques de pánico. Se parte de la idea de que la ansiedad y la relajación no pueden ocurrir al mismo tiempo (Caballo, 1997, 2013). De acuerdo con Beck (1985, 2014, p. 193) “los ataques de pánico significan indefensión ante un peligro grave. Esta sensación parece ser el resultado de un mecanismo interno que lleva a una persona a creer que se halla atrapada en una situación peligrosa, o abrumada por un trastorno interno”. El paciente relajado se da cuenta de que sus síntomas pueden ser controlados.

En cuanto a la terapia de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en autoinstrucciones (Nezu et al., 2006) se incluyen en las intervenciones por la evidente necesidad de los pacientes de superar los déficits que muestran en estos aspectos, los cuales generan vulnerabilidades significativas que les impiden superar sus trastornos.

El programa que se propone tiene diversas bondades, pero también considera algunas limitaciones. Una de ellas es que los pacientes con niveles bajos de escolaridad, como educación primaria, presentan dificultades para la comprensión y el aprendizaje de las estrategias cognitivas (no así las conductuales). Otra limitación es que este tipo de

intervenciones grupales no son atractivas para todas las personas, quienes prefieren buscar atención personalizada y con suficiente privacidad, y abandonan las sesiones. No obstante, se llevan, al menos, los elementos básicos de psicoeducación que les permitirán comprender la esencia de sus trastornos y la certeza de que existen herramientas psiquiátricas y psicológicas para superarlos.

Otra de las limitaciones es que cuando en la depresión ansiosa existe, además, un trastorno de la personalidad, como el límite, el grupo se puede ver afectado al no comprender las reacciones impulsivas y emocionalmente inestables que son comunes en este tipo de pacientes. A este respecto, se recomienda diseñar otro programa exclusivamente para quienes tengan TLP como trastorno de base, y ya reciban apoyo psicofarmacológico.

En resumen, se trata de una propuesta lo más completa posible dentro de las limitaciones que implica una intervención grupal breve, que intenta, con fundamentos científicos, incidir de manera positiva en la atención eficaz de aquellos pacientes que no tienen los recursos para recibir atención privada individualizada, que sigue siendo inalcanzable para un gran número de personas.

## Referencias

- Adhanom, T. (18 de octubre de 2017). Ceremonia inaugural de la Conferencia Mundial de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de <http://www.who.int/dg/speeches/2017/opening-ncds-conference/es>
- American Psychological Association (2018). What Is Cognitive Behavioral Therapy? Washington. Recuperado de <http://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral.aspx>
- Arranz, E. (Coord.) (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Educación.
- Asociación Americana de Psiquiatría APA (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (Quinta ed.). Arlington, VA, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979, 2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (Vigésima ed.). Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Beck, A. T., Emery G., & Greenberg, R. L. (1985, 2014). *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Beck, J. S. (1995, 2012). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M. E., Aparicio, V., & Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿Hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33 (4): 252–8.
- Bernad, J. A. (2004). *La psicología del soltero. Entre el mito y la realidad*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Caballo, V. E. (Comp.) (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (Quinta ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. E. (Dir.) (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Segunda ed. Vol. 2). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. E. (2009). Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. E. (Dir.) (1997, 2013). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (Segunda ed., Vol. 1). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T., & Michaca, P. (2007). *Teorías de la Personalidad* (Tercera ed.) México: Trillas

- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 58(7):376-85. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/250922346\\_A\\_Meta-Analysis\\_of\\_Cognitive-Behavioural\\_Therapy\\_for\\_Adult\\_Depression\\_Alone\\_and\\_in\\_Comparison\\_With\\_Other\\_Treatments](https://www.researchgate.net/publication/250922346_A_Meta-Analysis_of_Cognitive-Behavioural_Therapy_for_Adult_Depression_Alone_and_in_Comparison_With_Other_Treatments)
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal* (Cuarta ed.). México: Cengage Learning Editores
- Ellis, A., & Abrahms, E. (2002). *Terapia Racional Emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Editorial Pax.
- Fundación Argentina del Tórax (2016). *Respiración diafragmática o abdominal*. Recuperado de <http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/anatomia-y-fisiologia/533-respiraciondiafragmatica-o-abdominal>
- Gross, R. (2004). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*. México: Facultad de Psicología UNAM
- Hofmann, S.G., Asnaani, D., Vonk, I.J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, Volume 36, Issue 5, pp 427-440*. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10608-012-9476-1>
- Hothersall, D. (2005). *Historia de la Psicología*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Ost, L. G., Bajaastad, J. F., Wergeland, G. J. (2017). Long-Term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 53, pages. 58-67. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618517304280#bib0210>
- Jacinto, C. (2011). Expectativas de los jóvenes: ¿qué hacer? Carta informativa del IIPE. Vol. 39. pp. 1-2. Recuperado de [http://www.iipe.unesco.org/sites/default/files/newsletter2011-2\\_sp\\_web.pdf](http://www.iipe.unesco.org/sites/default/files/newsletter2011-2_sp_web.pdf)
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Revista Salud Mental Vol. 21, No. 3*.

- Martell, Ch. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Aguilar, S. (2003). Prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Revista Salud Mental, Vol. 26, No. 4, 1-16*.
- Mendoza, B. (2010). *Manual de autocontrol del enojo: tratamiento cognitivo-conductual*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Miró, M. T. & Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer
- Moreno, V. (2016). *Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de [https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2016/169278/Informe\\_Victor\\_Moreno\\_1196727\\_DDD.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2016/169278/Informe_Victor_Moreno_1196727_DDD.pdf)
- Morris, Ch., & Maisto, A. (2005). *Psicología*. México: Pearson Educación.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-Solving Therapy. A treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Oblitas, L. A. (Coord.) (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera ed.). México: Cengage Learning Editores
- Okumura, Y., & Ichikura, K. (2014). Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders. Volume 164, Pages 155–164*. Recuperado de [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714002079?\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_origin=gateway&\\_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ff](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714002079?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ff)
- Olaso, M., Andrason, R. H., Jónsdóttir, I. H., Kritisbergdóttir, H., & Jensen, M.P. (2018). *Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in an Interdisciplinary*

Rehabilitation Program for Chronic Pain: a Randomized Controlled Trial with a 3-Year Follow-up. *International Journal of Behavioral Medicine*. Volume 25, Issue 1, pp 55–66. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12529-017-9690->

Olivares, J. & Méndez, F. X. (2005). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Organización Mundial de la Salud (1948). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946. Recuperado de [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142)

Organización Mundial de la Salud OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud OMS (2017a). *Depresión, nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>

Organización Mundial de la Salud OMS (2017b). *Salud mental en el trabajo*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/es](http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es)

Organización Mundial de la Salud OMS (2018). Quiénes somos y qué hacemos. Recuperado de <http://www.who.int/about/es>

Organización Panamericana de la Salud OPS (2017). *Día Mundial de la Salud 2017. Depresión Hablemos*. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12933%3Aworld-health-day-2017-depression&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=0&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12933%3Aworld-health-day-2017-depression&catid=8190%3Amental-health-program-general&Itemid=0&lang=es)

Papalia, D. E., Stearns, H. L., Feldman, R. D., & Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez* (Tercera ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano* (Décimo tercera ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

Piaget, J. (1972). *The Psychology of Intelligence* (en inglés). Totowa, NJ: Littlefield.

Plaud, J.J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102.

- Real Academia Española RAE (2014). *Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario* (Vigésimo tercera ed. electrónica) Madrid: Real Academia Española.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Rivera, S. & García, M. (2005, 2012). *Aplicación de la estadística a la psicología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Miguel Angel Porrúa
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Primack, B. A., Shensa, A., Escobar-Viera, C. G., Barret, E. L., Sidani, J. E., Colditz, J. B., & James, A. E. (2017). Use of multiple social media platforms and symptoms of depression and anxiety: A nationally-representative study among U.S. young adults. *Computers in Human Behavior*. Volume 69, Pages 1-9. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563216307543>
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del Desarrollo. El ciclo vital* (Décima ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Secretaría de Salud SSA (2001). *Programa de Acción en Salud Mental*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud SSA (2014). *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018* (Primera ed.). México: Secretaría de Salud.
- Senado de la República. (15 diciembre 2016). Pide Senado asignar recursos para Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Boletín Número 834*. Recuperado de: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/33424-pide-senado-asignar-recursos-para-encuesta-nacional-de-epidemiologia-psiquiatrica-en-mexico.html>
- Soares, I., y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, enero, 177-219.
- Tafoya-Ramos. S. A., Gómez, G., Ortega, & H., Ortiz (2006). Inventario de ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 13 (3), 82-88.
- Tortosa, F., & Civera, C. (2006). *Historia de la Psicología*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Vivar, C.G., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, y Gordo, L.C. (2010). La teoría fundamentada como metodología de investigación cualitativa en enfermería. *Index de Enfermería*, 19, 4, 283-288.

Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*. Recuperado de: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-8-38>

Wood, C. M. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno de pánico con agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14(2-3), 239-251. Recuperado de: [https://webs.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento\\_cognitivo-conductual\\_caso\\_trastorno\\_panico\\_con\\_agorafobia.pdf](https://webs.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_trastorno_panico_con_agorafobia.pdf)

**ANEXOS**

## Anexo 1

### FICHA DE ADMISION AL PROGRAMA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Delegación: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Sexo: (M) (F) Edad: \_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

¿Estudia? (SI) (NO) Nivel máximo de estudios: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

Derechohabiente de: ISSSTE ( ) IMSS ( ) SSA ( ) OTRO: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive?: PADRE ( ) MADRE ( ) PAREJA ( ) HIJOS ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

¿Trabaja actualmente? (SI) (NO) ¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_

¿En qué consiste su trabajo? \_\_\_\_\_

Si no trabaja ¿de quién depende económicamente? \_\_\_\_\_

¿En qué trabajan? \_\_\_\_\_

**Motivo de consulta:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo le pasa esto? \_\_\_\_\_

Explique un poco más lo que le pasa y por qué acude a consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico? (SI) (NO) ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido anteriormente otro tipo de ayuda o tratamiento para resolver su (s) problema (s)? (SI) (NO)

Especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (SI) (NO)

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Toma actualmente algún medicamento? (SI) (NO)

¿Cuál medicamento, desde cuándo y quién lo recetó? \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que afecte significativamente su vida? (SI) (NO)

Especifique cuál: \_\_\_\_\_

Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas:

Indique con una “X” en qué grado: 1=Nada / 10= Mucho

Amistades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiares	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Académicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexuales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¡Muchas gracias por su cooperación!



ESTRATEGIAS DE SOLUCION APLICADAS:

---

---

---

---

---

---

AREAS AFECTADAS POR EL PROBLEMA:

Cognitiva: \_\_\_\_\_

Conductual: \_\_\_\_\_

Emocional: \_\_\_\_\_

Fisiológica: \_\_\_\_\_

TIPO DE CANALIZACION:                      INTERNA (   )                      EXTERNA (   )

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA SESION:

---

---

---

SOLUCIONES ADOPTADAS:

---

---

---

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Nombre:	Fecha:
---------	--------

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted **se sintió la semana pasada, incluso el día de hoy**. Marque con una X el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, marque cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

0 No me siento triste.

1 Me siento triste.

2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.

3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

0 En general no me siento desanimado respecto por el futuro.

1 Me siento desanimado de cara al futuro.

2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro.

3 En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar.

0 Yo no me siento como un fracasado.

1 Siento que he fracasado más que las personas en general.

2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.

3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo antes.

1 Yo no disfruto de las cosas como solía hacerlo.

2 Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.

3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

0 No me siento decepcionado de mí mismo.

1 Me siento decepcionado de mí mismo.

2 Estoy disgustado conmigo mismo.

3 Me odio.

0 No me siento especialmente culpable.

1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.

2 Me siento culpable casi siempre.

3 Me siento culpable siempre.

0 Yo no me siento que esté siendo castigado.

1 Siento que podría ser castigado.

2 Espero ser castigado.

- 3 Siento que he sido castigado.
  - 0 Yo no tengo pensamientos suicidas.
  - 1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
  - 2 Me gustaría suicidarme.
  - 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 
- 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas.
  - 1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
  - 2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
  - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 
- 0 Yo no lloro más que de lo usual.
  - 1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
  - 2 Actualmente lloro todo el tiempo.
  - 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.
- 
- 0 No estoy más irritable de lo que solía estar.
  - 1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
  - 2 Estoy irritado todo el tiempo.
  - 3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
- 
- 0 No he perdido el interés por otras personas.
  - 1 Estoy menos interesado en la gente que de costumbre.
  - 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
  - 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
- 
- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
  - 1 Postergo tomar decisiones más que antes.
  - 2 Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.
  - 3 Ya no puedo tomar decisiones.
- 
- 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
  - 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.
  - 2 Me parece que ha habido cambios que me hacen poco atractivo.
  - 3 Creo que me veo feo.
- 
- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
  - 1 Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
  - 2 Tengo que obligarme para hacer algo.
  - 3 No puedo trabajar en absoluto.
- 
- 0 Puedo dormir como siempre.
  - 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
  - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta trabajo volver a dormirme.
  - 3 Me despierto muchas horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.

- 0 No me canso más de lo habitual.
- 1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
- 2 Con cualquier cosa que haga me canso.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo.

- 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2 Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
- 3 Ya no tengo apetito.

- 0 No he perdido peso últimamente.
- 1 He perdido más de dos kilos.
- 2 He perdido más de cinco kilos.
- 3 He perdido más de ocho kilos.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI\_\_\_ NO\_\_\_

- 0 No me preocupa mi salud más de lo habitual.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o constipación.
- 2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.

- 0 No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

Estandarizado por Jurado et al. (1998). Instrumentos con propiedades psicométricas. *Revista Salud Mental*. Instituto Nacional de Psiquiatría.

## Anexo 4

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

Nombre:  Fecha:

**Instrucciones:** Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluso hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Síntomas	Poco nada	o	Más menos	o	Moderadamente	Severamente
Entumecimiento hormigueo						
Sentir oleadas de calor (bochorno)						
Debilidad de piernas						
Miedo a que pase lo peor						
Sensación de mareo						
Opresión en pecho o latidos acelerados						
Inseguridad						
Terror						
Nerviosismo						
Sensación de ahogo						
Manos temblosas						
Cuerpo temblosa						
Miedo a perder el control						
Dificultad para respirar						
Miedo a morir						
Asustado						

Indigestión o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Estandarizado por Tafoya-Ramos et al. (2006). Inventario de ansiedad, validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 13 (3), 82-88.

## CALIFICACION DE INSTRUMENTOS

### Depresión de Beck

Puntuación	Interpretación	Rasgos percentilares	
		Población Gral.	Población estudiantil
0-9	Mínimo	4-61	5-9
10-16	Leve	66-81	64-86
17-29	Moderado	82-96	88-97
30-63	Severo	97-99	98-99

### Ansiedad de Beck

Puntuación	Interpretación	Rasgos percentilares
0-5	Mínimo	1-10
6-15	Leve	25-50
16-30	Moderado	75-90
31-63	Severo	91-99

## Anexo 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

**Nombre del programa:** Intervención cognitivo conductual para trastorno de depresión mayor con ansiedad en adultos jóvenes

**Responsable:** Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

**Corresponsable:**

**Lugar:**

**Se solicita atentamente su aprobación para participar en una intervención psicológica grupal para reducir sus síntomas de depresión y ansiedad.**

**A continuación se mencionan los puntos a considerar:**

**EVALUACIÓN:** Se me realizarán dos mediciones de síntomas de depresión y ansiedad, una al inicio y otra al término de las sesiones dentro de las instalaciones de \_\_\_\_\_.

**TRATAMIENTO:** Acudiré a 10 sesiones psicoeducativas de entrenamiento a fin de que desarrolle estrategias para enfrentar y superar síntomas de depresión y de ansiedad.

- A. Estoy enterado(a) de que mi participación NO afectará la estancia, atención, derechos u obligaciones dentro de los servicios de salud.
- B. La intervención psicoeducativa es libre de riesgos.
- C. En caso de ser necesario, se me referirá al servicio de atención clínica que se requiera.
- A. Asistiré a 10 sesiones de 2 horas aproximadamente los días \_\_\_\_\_.
- B. Estoy enterado(a) de que las sesiones son grupales.
- C. Estoy enterado(a) de que la información y los resultados obtenidos de la intervención serán de carácter confidencial y para uso exclusivo del estudio.
- D. El material requerido para la intervención será totalmente gratuito y será proporcionado por el facilitador.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo, y no se hará alguna compensación económica por mi participación.

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

(  ) **Sí acepto participar** \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma**

**Anexo 6**

**Terapia cognitiva**

**Formato Pensamiento-Emoción-Conducta (PEC)**

<b>Situación</b>	<b>Pensamiento</b>	<b>Emoción</b>	<b>Conducta</b>	<b>Observaciones</b>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

## Anexo 7

### Tarjeta de respuesta alternativa

(Reestructuración cognitiva)

- 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es verdadero? ¿Y de que no lo es?
- 2) ¿Existe alguna otra explicación posible?
- 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista?
- 4) ¿Cuál es el efecto de creer en este pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento?
- 5) ¿Qué debo hacer al respecto?
- 6) Si \_\_\_\_\_ (nombre de un amigo) se encontrara en esta situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

Basado en:

Beck, J. (1993). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos. Pág. 142

## Anexo 8

### Monitorización de actividades y del estado depresivo

**Instrucciones:** Anota tu actividad para cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Valora la intensidad de tu estado anímico (es decir, lo deprimido que te has sentido) entre 1 y 10, donde 1=nada intenso y 10=muy intenso.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00-7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00-5:00							

Martell et al. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica.*

## Anexo 9

### Tabla de actividades de la activación conductual Monitorización de actividades/placer/dominio

**Instrucciones:** Anota tu actividad para cada hora del día (qué estabas haciendo, con quién, dónde, etcétera). Anota una valoración para el placer (P) y para el dominio (D) que experimentaste cuando estabas realizando cada actividad. El placer y el dominio son valorados entre 1 y 10, donde 1=bajo y 10=alto.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
5:00-7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00-5:00							

Martell et al. (2013). Activación conductual para la depresión. Una guía clínica.

## Anexo 10

### Tabla de actividades de la activación conductual

#### Actividades planeadas

Paciente: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Anota en cada una de las filas las actividades concretas que tu terapeuta y tú acordaron que harías esta semana (actividades 1-4). No necesitas utilizar todas las filas, o puedes añadir más, dependiendo de las actividades específicas que planeas para toda la semana. Cada día escribe una marca para señalar si te comprometiste en la actividad asignada. En la última fila anota una valoración del estado anímico de cada día; el estado anímico se valora entre 1 y 10, donde 1=nada deprimido y 10=muy gravemente deprimido.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Actividad 1:							
Actividad 2:							
Actividad 3:							
Actividad 4:							
Valoración diaria del estado anímico							

Martell et al. (2013). Activación conductual para la depresión. Una guía clínica.

## Anexo 11

### Técnica de resolución de problemas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fases	Descripción
1) <b>Perfil del problema</b> (percepción, consecuencias, evaluación).	
2) <b>Definición y formulación del problema</b> (con metas realistas).	
3) <b>Generación de posibles soluciones o alternativas</b> (lluvia de ideas sin juicios de valor).	
4) <b>Toma de decisiones</b> (valoración de ideas y resultados factibles, construcción y aplicación de solución).	
5) <b>Evaluación de los resultados</b> (si no está satisfecho considerar segunda alternativa).	

Basado en Reynoso y Seligson (2005) y Nezu et al. (2013).

**Anexo 12**

**AUTORREGISTRO DE RELAJACION**

Nombre: \_\_\_\_\_

Semana del: \_\_\_\_\_

**Cada vez que se relaje anote en este registro la tensión que ha experimentado antes y después de practicar la relajación. Para evaluarlo, utilice la siguiente escala:**

1

2

3

4

5

Nada de tensión

Algo de tensión

Bastante tensión

Mucha tensión

Muchísima tensión

<b>Día de la semana</b>	<b>Antes de la relajación</b>	<b>Después de la relajación</b>	<b>Observaciones</b>
LUNES			
MARTES			
MIERCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SABADO			
DOMINGO			

**Anexo 13**

**Formato de exposición gradual**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Situaciones ansiógenas</b>	<b>Comportamientos de seguridad (evitación)</b>	<b>Estrategias de exposición gradual</b>	<b>Observaciones</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Basado en Nezu et al. (2004).



**Anexo 15**

**Formato de entrenamiento en autoinstrucciones**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Situaciones ansiógenas y depresógenas</b>	<b>Autodeclaraciones desadaptativas y denigratorias</b>	<b>Autodeclaraciones adaptativas y positivas</b>	<b>Observaciones</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Basado en Nezu et al. (2004).

## Anexo 16

### Evaluación final de estrategias

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor responde con tus propias palabras y de manera breve a las siguientes preguntas:**

1. ¿Qué es la depresión mayor y qué es un trastorno de pánico?
2. ¿Qué son los pensamientos disfuncionales y cómo podemos combatirlos?
3. ¿Qué son los reforzamientos positivos y cómo podemos incrementarlos?
4. ¿Cómo podemos resolver los problemas que disparan nuestros trastornos?
5. ¿Cómo podemos disminuir las interpretaciones catastróficas de nuestros síntomas ansiosos?
6. ¿Cómo podemos reducir la activación fisiológica provocada por la ansiedad?
7. ¿Cómo podemos liberarnos de nuestros falsos comportamientos de seguridad?
8. ¿Cómo podemos mejorar nuestras habilidades sociales?
9. ¿Cómo podemos mejorar el control de nosotros mismos?
10. ¿Cómo podemos evitar el regreso de nuestros síntomas?