



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344-25

Estrategias de regulación emocional, afecto positivo, afecto negativo y estilos de solución de problemas como predictores de sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes mexicanos.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Gabriela Valdés González

DIRECTOR DE TESIS: DR. OSCAR GALINDO VÁZQUEZ

Ciudad de México, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Vivir es ser capaz de responder
a los múltiples desafíos de la existencia,
no para ostentar saber,
sino para resolver los problemas
y tomar las mejores decisiones.

-Michel Fustier-

A mi familia, por ser la principal columna de apoyo, quien ha compartido conmigo los momentos más inolvidables, gracias por todo lo que me han obsequiado a lo largo de mi vida, no me queda más que expresar mi gratitud y amor por ustedes... ¡Los amo!

Agradecimientos

A la Universidad Latina, Campus Sur; por la calidad humana y profesional que la integra y a los profesores que me brindaron conocimientos y herramientas que contribuyeron en mi formación profesional; en particular al extraordinario apoyo de la Mtra. Liliana Chimal Ornelas y la Mtra. María Angélica González Lechuga.

Al Dr. Oscar Galindo Vázquez, por todo su apoyo, tiempo, dedicación, paciencia y las valiosas aportaciones durante el desarrollo de este proyecto.

A la Mtra. Amalia Alejo Martínez, por su tiempo, orientación, apoyo y comentarios, los cuales fueron imprescindibles para la culminación de este proyecto.

A la Dra. Laura Hernández Guzmán, por su generosa disposición en el préstamo y uso de los instrumentos estandarizados en población mexicana infanto-juvenil; Inventario de Depresión de Beck (BDI), Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS), sin los cuales no hubiera sido posible llevar a cabo esta investigación.

Al director de la escuela Secundaria Aztecas 188, Prof. Manuel Frago Sandoval, a sus maestros y alumnos; por toda la ayuda y las facilidades otorgadas, quienes colaboraron en este proyecto de forma desinteresada.

Al Dr. Abel Lerma Talamantes, por su infinita paciencia, claridad y orientación, despejando mis dudas al compartirte sus valiosos conocimientos.

Al Dr. José Alfredo Contreras Valdez, por todo el apoyo brindado y su constante disposición, ayudándome a ser una mejor profesional.

A todos los estudiantes que integraron este estudio... ¡gracias! no hubiera sido posible terminar este estudio sin la donación de su valioso tiempo y experiencias de vida.

Índice

Índice	V
Índice de tablas	VII
Índice de figuras	IX
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Capítulo 1. ADOLESCENCIA	6
Antecedentes	6
Desarrollo emocional en la adolescencia	7
Capítulo 2. REGULACIÓN EMOCIONAL (RE)	11
Antecedentes teóricos del estudio de la regulación emocional	11
Definiciones	12
<i>Regulación emocional</i>	12
<i>Emoción</i>	13
Teoría de la generación de las emociones y su regulación	16
Capítulo 3. AFECTO POSITIVO Y AFECTO NEGATIVO	19
Relación del afecto con la depresión y la ansiedad	20
Impacto del afecto negativo y positivo	23
Capítulo 4. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	26
Síntomas de depresión	26
<i>Epidemiología</i>	27
<i>Cuadro clínico y criterios diagnósticos</i>	30
<i>Evaluación</i>	34
<i>Tratamiento</i>	36
Síntomas de ansiedad	40
<i>Epidemiología</i>	40
<i>Cuadro clínico y criterios diagnósticos</i>	42
<i>Evaluación</i>	45
<i>Tratamiento</i>	47
Capítulo 5. ENFOQUE COGNITIVO	49
Antecedentes de la Terapia Cognitiva	49
Técnicas Cognitivo-Conductuales	51
<i>Terapia racional emotiva conductual (TREC)</i>	51

<i>Terapia Cognitiva</i>	53
Técnicas de Relajación	54
<i>Terapia Autógena</i>	55
<i>Relajación muscular progresiva</i>	56
<i>Terapia de solución de problemas sociales</i>	57
<i>El enfoque cognitivo relacionado con la depresión y ansiedad</i>	60
METODOLOGÍA	63
Planteamiento del problema y justificación	63
Pregunta de investigación	64
Objetivo general.....	64
Objetivos específicos	64
Hipótesis	64
Hipótesis específicas.....	65
Diseño de investigación	65
Muestreo	65
<i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i>	66
Instrumentos	70
Procedimiento	73
RESULTADOS	75
Descripción de la sintomatología depresiva y ansiosa.....	77
Relación de la sintomatología depresiva con las variables independientes.	82
Relación de los síntomas de ansiedad con las variables independientes.	84
Comparación de la sintomatología depresiva por sexo	85
Modelos predictivos de la sintomatología depresiva.....	89
DISCUSIÓN	95
CONCLUSIONES	99
Limitaciones	100
Perspectivas futuras.....	100
X. REFERENCIAS	103
APÉNDICES	118

Índice de tablas

Tabla 1. Síntomas comunes de la ansiedad y la depresión (tomada de Arbesú <i>et al.</i> , 2006; Barlow, 2002).....	21
Tabla 2. Síntomas de depresión de acuerdo con la CIE-10.	31
Tabla 3. Criterios diagnósticos del TDM de acuerdo con el DSM-V (APA, 2014).....	32
Tabla 4. Criterios diagnósticos de distimia de acuerdo con el DSM-V (APA, 2014).	34
Tabla 5. Instrumentos para la evaluación de la depresión en México. Calleja, 2011.....	35
Tabla 6. Tratamiento farmacológico para la depresión (Cárdenas <i>et al.</i> , 2010a; Pérez, 2017).	37
Tabla 7. Síntomas característicos de la ansiedad (Tomada de Cía, 2007).	43
Tabla 8. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo con el DSM-V (APA, 2014).....	44
Tabla 9. Instrumentos para la evaluación de la ansiedad en México. Calleja, 2011.	45
Tabla 10. Tratamiento farmacológico para la ansiedad (Cárdenas <i>et al.</i> , 2010a; Pérez, 2017).	47
Tabla 11. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas.	75
Tabla 12. Distribución de frecuencias de las variables psicológicas.	76
Tabla 13. Comparación del nivel de síntomas de depresión respecto al nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.....	77
Tabla 14. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas respecto al nivel de sintomatología depresiva en adolescentes.....	78
Tabla 15. Distribución del nivel de síntomas de depresión por variable psicológica.....	79
Tabla 16. Distribución de frecuencias de los niveles de síntomas de ansiedad respecto a las variables sociodemográficas en adolescentes.	80
Tabla 17. Distribución del nivel de síntomas de ansiedad por variable psicológica.	81

Tabla 18. Relación de los síntomas de depresión con las variables independientes en adolescentes.....	83
Tabla 19. Relación de los síntomas de ansiedad con las variables independientes en adolescentes.....	84
Tabla 20. Distribución de frecuencias del nivel de síntomas de depresión respecto a los síntomas de ansiedad en mujeres adolescentes.....	85
Tabla 21. Distribución de frecuencias del nivel de síntomas de depresión respecto a los síntomas de ansiedad en hombres adolescentes.....	86
Tabla 22. Comparación de la sintomatología depresiva por sexo en adolescentes.	86
Tabla 23. Comparación de la sintomatología ansiosa por sexo en adolescentes.....	87
Tabla 24. Relación de la sintomatología depresiva con las variables independientes por sexo en adolescentes.....	87
Tabla 25. Relación de la sintomatología ansiosa con las variables independientes por sexo en adolescentes.....	89

Índice de figuras

Figura 1. Modelo del proceso del surgimiento de la respuesta emocional, proceso de regulación emocional (modelo modal de la emoción) y estrategias de RE (adaptado de Gross y Thompson, 2007; Gross <i>et al.</i> , 2006).	17
Figura 2. Modelo ABC de la terapia racional emotivo-conductual (Lega <i>et al.</i> , 2002).	52
Figura 3. Estrategias de afrontamiento (tomado y adaptado de Lazarus y Folkman, 1986; Garnefski y Kraaij, 2010).	59
Figura 4. Proceso realizado en campo.	73
Figura 5. Porcentajes de intensidad de la sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes mexicanos (n= 246).	82
Figura 6. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.	90
Figura 7. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.	90
Figura 8. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.	91
Figura 9. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.	92
Figura 10. Modelo predictivo del nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.	92
Figura 11. Modelo predictivo del nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.	93
Figura 12. Modelo predictivo del nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.	94

RESUMEN

Los síntomas de depresión y ansiedad se han colocado como los problemas más frecuentes a nivel mundial y ocupan el primer y sexto lugar como causa de discapacidad respectivamente. En México tienen alta prevalencia por lo que se consideran problemas serios de salud; durante la adolescencia la prevalencia es de 11.5% para los síntomas de depresión y de 8.1% para los trastornos de ansiedad en la categoría último año; además, tienen mayor prevalencia en mujeres que en hombres. **Método:** mediante un muestreo intencional, participaron 246 adolescentes de entre 13-18 años (\bar{x} = 15.37 años y $DE = \pm 1.63$) a quienes se les aplicaron 5 instrumentos: BDI, BAI, ERQ, PANAS y SPSI-R. **Resultados:** El 53.25% de la muestra reportó presentar síntomas de depresión y el 43.9% de ansiedad, se identificó diferencia estadísticamente significativa en los niveles de síntomas de depresión y ansiedad por sexo; además, se identificó que el afecto negativo posee la mayor potencia predictiva para determinar síntomas de depresión ($R^2 = .407$) y síntomas de ansiedad ($R^2 = .363$). **Conclusiones:** los participantes reportaron altas prevalencias de sintomatología depresiva y ansiosa, sobre todo las mujeres; se determinó que los adolescentes con mayor cantidad de síntomas de depresión presentan menor nivel de afecto positivo a diferencia de los que presentan mayor cantidad de síntomas de ansiedad; finalmente, el afecto negativo fue el mejor predictor de estas sintomatologías por lo que se sugiere implementar programas de intervención dirigidos en promover factores protectores que contrarresten estos síntomas durante la adolescencia.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, afecto, síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, solución de problemas.

ABSTRACT

Symptoms of depression and anxiety have been ranked as the most frequent problems worldwide and occupy the first and sixth place as a cause of disability, respectively. In Mexico they have a high prevalence for what are considered serious health problems; during adolescence, the prevalence is 11.5% for symptoms of depression and 8.1% for anxiety disorders in the last year category; they are also more prevalent in women than in men. **Methods:** through an intentional sampling, 246 adolescents between 13 and 18 years of age participated (\bar{x} = 15.37 years and $SD = \pm 1.63$) and 5 instruments were applied: BDI, BAI, ERQ, PANAS, and SPSI-R. **Results:** 53.25% of the sample reported symptoms of depression and 43.9% of anxiety. A statistically significant difference was identified in the levels of symptoms of depression and anxiety by sex; furthermore, it was identified that negative affect has the highest predictive power to determine symptoms of depression ($R^2 = .407$) and symptoms of anxiety ($R^2 = .363$). **Conclusions:** the participants reported high prevalence of depressive and anxious symptoms, especially women; It was determined that adolescents with a greater number of symptoms of depression have a lower level of positive affect, than those with a greater number of anxiety symptoms; finally, negative affect was the best predictor of these symptoms, so it is suggested to implement intervention programs aimed at promoting protective factors that counteract these symptoms during adolescence.

KEY WORDS: depression, anxiety, affection, problem solving, adolescents.

INTRODUCCIÓN

Entre 1990 a 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) calcula que ha habido un aumento de 416 millones a 615 millones de personas (cerca de un 50%) con depresión y ansiedad en población adulta. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018a) reporta que, la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial y región de las Américas, con una prevalencia de 4.4% a nivel mundial; mientras que los trastornos de ansiedad son la sexta causa de discapacidad con una prevalencia de 3.6% a nivel mundial (OPS, 2017a); sin embargo, en la región de las Américas son el segundo grupo de importancia (OMS, 2018a).

En México, los trastornos afectivos ocupan el segundo lugar entre los trastornos más frecuentes, con una prevalencia de 11.1% y los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar con una prevalencia de 11.6% en la categoría a lo largo de la vida (OPS, 2009). De acuerdo con la OPS, (2017a), la prevalencia de los trastornos afectivos en México es de 4.2% para los trastornos afectivos; además, la Academia Nacional de Medicina de México, (ANM, 2015), reporta que el trastorno depresivo mayor ocupa el primer lugar en mujeres, con una prevalencia de 8.3% en comparación con 5.5% para los hombres; esta tendencia ha sido observada a nivel mundial y región de las Américas, por lo que se deduce que las mujeres son un grupo más vulnerable (OMS, 2020a, 2020b; OPS, 2009, 2017a, 2020a, UNICEF, 2011).

En los adolescentes, la depresión es la cuarta causa de enfermedad y discapacidad entre los 15 a 19 años y la decimoquinta en adolescentes de 10 a 14 años (OMS, 2020b) y la prevalencia de sintomatología depresiva es de 11.5% en adolescentes mexicanos de 12 a 17 años en la categoría del último año; respecto a los trastornos ansiosos, la prevalencia es de 8.1% (Heinze y Camacho, 2010b) y mientras que la proporción mujer-hombre es de 2:1 en adultos en población general mexicana, en adolescentes es de 3:1 (Sánchez y Cohen, 2020). Además, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) reportó que el 20% de la población adolescente padece problemas mentales o de comportamiento a nivel mundial (UNICEF,

2011), y la mitad de estos trastornos comienzan a los 14 años o antes, pero generalmente no se detectan o tratan y las consecuencias se extienden hasta la edad adulta, limitando la oportunidad de llevar una vida satisfactoria (OMS, 2020b).

De acuerdo con lo anterior, continúa siendo una necesidad, detectar la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en los adolescentes, así como la relación que tiene con otros constructos psicológicos que se traducen en factores de riesgo o prevención para el desarrollo de psicopatologías. Al respecto, Gross (2001) reportó que las estrategias de regulación emocional tienen implicaciones en el bienestar de la persona y Gross *et al.* (2003) reportan que las personas que utilizan más la estrategia de supresión emocional presentan menor frecuencia en sus emociones positivas y mayor cantidad de síntomas depresivos, en comparación con las que utilizan la estrategia de reevaluación cognitiva.

Por otra parte, las estrategias de regulación emocional desadaptativas, se relacionan con psicopatologías internalizadas como depresión y ansiedad (Aldao *et al.*, 2010); en los adolescentes, a mayor cantidad de emociones negativas, mayor frecuencia de la estrategia de supresión expresiva (Shutte, 2010; Freire *et al.*, 2011); específicamente, los adolescentes diagnosticados con algún trastorno del estado del ánimo, como la depresión, tienden a utilizar con mayor frecuencia la estrategia de supresión expresiva que aquellos que solo presentan ansiedad (Essau *et al.*, 2017).

La importancia de esta investigación radica en dos razones fundamentales: en primer lugar, este estudio contribuye en la identificación y corroboración de la relación que existe entre el afecto, las estrategias de regulación emocional y la solución de problemas con la sintomatología depresiva y ansiosa durante la adolescencia, debido a que no hay un estudio que incluya los constructos psicológicos mencionados, menos aún, en qué medida pueden contribuir para predecir los niveles de síntomas de depresión o de ansiedad. En segundo lugar, existen pocos datos epidemiológicos de los problemas de salud en México (ANM, 2015), sin mencionar que los trastornos psiquiátricos tienden a iniciar antes de los 21 a 24 años, (UNICEF, 2011; OMS, 2014), lo cual puede dar

oportunidad de prevenir e identificar adolescentes con un nivel de síntomas clínicamente significativos.

En resumen, el presente trabajo es relevante ya que contribuye a la línea de investigación acerca de sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes; por un lado reduce la insuficiencia de conocimiento, al identificar la prevalencia de estas sintomatologías, la relación que guardan con el afecto negativo y el afecto positivo; así como en la identificación de las principales estrategias de regulación emocional y/o estilo de solución de problemas principalmente utilizados durante la adolescencia en mexicanos.

Capítulo 1. ADOLESCENCIA

Antecedentes

El término adolescencia proviene del latín *adolescere*, cuyo significado es *crecer, ir en aumento, robustecer o desarrollarse ante algo que aún falta* (González, 2001). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la adolescencia es una etapa que transcurre en la segunda década de vida entre los 10 y los 19 años de vida.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011), informó que después de la Primera Guerra Mundial, la Organización Internacional del Trabajo, planteó por primera vez la necesidad de elaborar convenios para proteger a los niños que se encontraban trabajando en entornos industriales peligrosos y estipuló que la edad mínima para trabajar sería a partir de los 16 años; sin embargo, aún no existía una diferencia clara entre la infancia y la adultez. Fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando en 1959 se logró la aprobación de la Declaración de los Derechos del Niño, lo cual contribuyó al bienestar de la población infantil y propició la participación de adolescentes en foros internacionales; remarcando en las últimas décadas la importancia en la atención de sus necesidades (UNICEF 2011).

Aunque la tasa de mortalidad ha disminuido en los últimos cincuenta años, en 2009 se reportó la excepción de este comportamiento en la población adolescente de entre 15 a 19 años y se calculaba que la población adolescente se había incrementado al doble (UNICEF, 2011). En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) durante 1950, el 22.26% de la población estaba compuesta por adolescentes y en la Ciudad de México (CDMX) el 10.85% eran adolescentes; en la actualidad, el 17.26% en México son adolescentes y en la CDMX hay 21,750,230 adolescentes que representan el 9.21% (INEGI, 2021). De acuerdo con la OMS (2021), los adolescentes representan una sexta parte de la población mundial, es decir, alrededor de 1,200 millones de adolescentes, de los cuales mueren más de 3,000 adolescentes al día y cerca de 1.1 millones de adolescentes anuales por condiciones o causas

que son prevenibles o tratables; por lo que se deberá hacer énfasis en el desarrollo de su capacidad para adquirir habilidades sociales adaptativas y resolver problemas, ya que estas competencias pueden servir para prevenir problemas en la salud mental, tales como trastornos alimenticios, de ansiedad, de estado de ánimo, u otros trastornos de conducta como el abuso de sustancias.(UNICEF, 2011).

La adolescencia es una etapa crítica durante la que se arraigan hábitos por lo cual se debería poner especial esfuerzo para fortalecer comportamientos de protección; cabe mencionar que un factor de riesgo es un comportamiento o rasgo que expone a una persona a una situación que pone en peligro su salud; mientras que un factor protección es un rasgo o comportamiento que facilita la inhibición de comportamientos de riesgo (OMS, 2014).

Es de esperar que en cada momento existan múltiples factores que determinen la salud mental del adolescente y que entre más expuestos se encuentren a los factores de riesgo, los harán más vulnerables a mayores efectos adversos que puedan perjudicar su salud mental; entre los factores de riesgo podemos encontrar a las situaciones de discriminación, estigmatización, exclusión, falta de acceso a servicios de apoyo de calidad, problemas socioeconómicos, nutricionales, padecimiento de enfermedades crónicas, uso dañino de sustancias o drogas, prácticas sexuales de riesgo, embarazo precoz, estereotipos culturales, violencia, pobreza , y la vida en entornos frágiles que se encuentre en crisis humanitaria pueden aumentar el riesgo de que surjan problemas de salud mental como trastornos de ansiedad, depresión o alimenticios (UNICEF, 2011; OMS, 2020b, 2021).

Desarrollo emocional en la adolescencia

Existen diversos puntos de vista que sugieren cómo se dividen las etapas de la adolescencia, si bien no se trata de una división tajante, ayuda a exponer la información de forma didáctica. De acuerdo con la UNICEF (2011) y la OPS (2018) existe una brecha muy amplia en las

experiencias de vida entre los adolescentes, por lo cual resulta útil contemplar esta segunda década de vida en dos etapas principales, donde se pueden presentar variaciones de edad debido a que los cambios físicos y emocionales son rápidos e intensos; por lo tanto, esos cambios podrían desarrollarse y acentuarse más en el aspecto cognitivo, físico, conductual y/o emocional. Peter Blos (1971) divide la adolescencia en cinco periodos:

La **pre-adolescencia** se inicia la pubertad (10 a 12 años), las características físicas y sexuales maduran, se comienza a consolidar su concepto de masculinidad y feminidad; el infante en cuestión se muestra difícil de “educar” (hechos que lo vuelven un tanto inaccesible), aunque estas experiencias psicológicas buscan activar su pensamiento para concebir el mundo de formas distintas a las ya conocidas. Estos cambios son repentinos, acelerados y pueden ser causa de ansiedad, aunque también de entusiasmo por las transformaciones experimentadas (Blos, 1971; UNICEF, 2011).

La **adolescencia temprana** (12 a 13 años), durante este periodo el adolescente acepta los cambios corporales que se han desarrollado en su cuerpo; es crucial el aprendizaje social de su grupo de amistades e iguales (pares), ya que le ayudará a integrar nuevos valores éticos, conducirse a partir de la experiencia adquirida en ese entorno social y también le ayudará a contrarrestar sus ansiedades.

Por otra parte, en la **adolescencia** propiamente dicha, se presenta una amplia gama de nuevas inquietudes, intereses y sentimientos, que llevan al adolescente a expresar su creatividad y la aceptación de la disciplina que le exige su desarrollo escolar, esto los lleva a involucrarse en actividades donde le es posible demostrar sus capacidades y en las que puede generar sentimientos de autoestima, un sentido de identidad, autonomía y ayudarlo a establecer un compromiso con la sociedad. Además, en este periodo se lleva a cabo una reorganización profunda de la vida emocional, ya que el adolescente se comienza a preocupar por preservar el objeto de amor, termina de formar su identidad sexual y se activan de manera más objetiva sus procesos cognitivos; es decir, su percepción comienza a centrarse de manera más analítica en la

realidad (Blos, 1971). En otras palabras, durante la **adolescencia temprana** ambos sexos toman conciencia de su género y ajustan su conducta a las normas que observan en la sociedad; cabe destacar, que el desarrollo a nivel físico, sexual y cerebral en las niñas tiende a ser precoz, a diferencia de los varones; este fenómeno contribuye a la percepción general de que las niñas maduran antes que los niños y que estos últimos puedan ser más vulnerables a realizar actos impulsivos y tener una forma de pensamiento poco crítica durante más tiempo que las niñas (UNICEF, 2011).

Para Blos (1971), en el periodo de **adolescencia tardía**, la mayor parte de los cambios físicos ya han ocurrido, el adolescente deja de crecer de forma acelerada, sus actitudes sociales se integran, gana estabilidad en su autoestima y constancia en sus emociones. En cuanto al periodo post adolescente, surge la necesidad de remarcar una personalidad moral, realizando todo tipo de acciones para mantener su sentido de dignidad y autoestima; involucrándose en procesos de integración que les permitan anclarse de una forma más permanente en la sociedad.

Como ya se ha explicado, en la adolescencia se manifiestan cambios fisiológicos (de aspecto anatómico), de personalidad y de perfil psicológico que no son estables y varían de acuerdo con las características individuales y de grupo. Es más, debido a la inestabilidad emocional, la inadecuada toma de decisiones y la baja autoestima, el adolescente es susceptible de desarrollar adicciones (alcohol, tabaco u otras drogas) y exhibir alteraciones en sus relaciones interpersonales (Martínez, 2005).

Además, es de esperar que durante la adolescencia surjan contradicciones entre lo que se desea y lo que se piensa; esta faceta es complicada debido a los cambios biológicos, sociales y psicológicos que pasan simultáneamente sin dar el tiempo necesario para asimilar los cambios y retos evolutivos como la elección de estudios, el inicio de la vida laboral o la necesidad de integración con un grupo de iguales (Sánchez y Cohen, 2020); sin embargo, esta transición le ayudará al adolescente a forjar su personalidad, identidad e independencia propia (González, 2001).

También es común que el adolescente se muestre ansioso al momento de forzar el “control” que tiene sobre sus emociones; sin embargo, sus actitudes negativas no desaparecerán de esta forma; pero se pueden sustituir por maneras más adaptativas como realizar una valoración crítica positiva de “x” situación antes de dar una respuesta hacia el evento, gestionar sus emociones de manera adecuada para satisfacer sus necesidades y exigencias sociales o graduar sus emociones conforme lo que ha sido aprobado socialmente a través de estrategias que le permitan alcanzar la madurez emocional (Hurlock, 1987).

En síntesis, esta etapa no es únicamente de vulnerabilidad, sino también de grandes oportunidades para proporcionar las herramientas necesarias y mejorar las condiciones de vida de los adolescentes, ya que, durante esta etapa se integrarán a la educación superior y al mundo laboral; por lo tanto, la prevención de conductas de riesgo equivale a invertir en fortalecer a la sociedad misma y participar activamente en la estructuración del mundo que les rodea (UNICEF, 2011).

Capítulo 2. REGULACIÓN EMOCIONAL (RE)

Antecedentes teóricos del estudio de la regulación emocional

Después de una amplia revisión de la literatura, Post *et al.*, (2006) revelaron que el concepto de regulación emocional (RE), surgió a finales del siglo XIX y apareció por primera vez en revistas de psicología del desarrollo desde 1891 y que existen cuatro periodos de tiempo que conceptualizan su estudio:

- *Precursor (1891-1950)*, Freud (1924) dio las primeras perspectivas del comportamiento temprano del niño, asociando la necesidad adaptativa de controlar los impulsos internos, ahora conocido como RE. Thorn (1946) escribió el primer artículo de regulación y comportamiento, definiendo a la regulación como un factor de adaptación que se consigue por un proceso de psicoterapia.
- *Emergente (1950-1970)*, se ofreció una perspectiva que coincide con la teoría cognitiva, en donde Piaget (1952) relacionó la regulación de la persona con su adaptación al entorno y Vygotsky (1932) remarcó la importancia del entorno sociocultural como determinante de la regulación que se lleva a cabo desde la niñez.
- *Contemporáneo (1970-1990)*, la RE se estudió desde una perspectiva funcionalista en términos de voluntad, incorporando aspectos considerados como innatos a diferencia de los adquiridos; además, en este intervalo, Bandura (1977) llegó a la conclusión de que el comportamiento y el pensamiento se influyen mutuamente en las situaciones del medio ambiente.
- *Expansión (1990-actualidad)*, se reconoció la importancia de los procesos mentales, las metas y el control del comportamiento y se terminó aplicando el concepto de competencia social para resolver problemas tanto en el hogar como en la escuela, lo cual

ha ido aportando conocimiento sobre las estrategias que ayudan a contrarrestar trastornos sociales.

Aunque existen muchas formas de abordar las emociones molestas o no deseadas, de manera histórica, la investigación se había centrado en la RE explícita, la cual requiere un mayor esfuerzo para su implementación; sin embargo, en la actualidad, los investigadores optan por describir y prestar mayor atención a la RE implícita, la cual requiere un menor esfuerzo; en específico la estructura del proceso dual está compuesta e integrada por ambas formas de RE (Gross y Thompson, 2007). En psicoterapia, una de las estrategias de la RE explícita es la reestructuración cognitiva, cuya meta es dar acceso a la emoción a través del pensamiento cuando existe dificultad para su modulación (LeDoux, 1999).

Finalmente, durante la última década en la psicología clínica, las investigaciones con enfoque cognitivo-conductual han demostrado que las dificultades en la capacidad para regular o modular la emoción son las principales causas de problemas psicológicos por los que se acude a terapia y se ha demostrado que están íntimamente relacionadas con problemas de ansiedad y depresión (Cisler *et al.*, 2010); ganando gran interés en la investigación aplicada debido a que su disfunción conocida como desregulación emocional (DE) se asocia a numerosas patologías emocionales y del comportamiento (Thompson y Meyer, 2007).

Definiciones

Regulación emocional

En 1989 se hizo un primer intento por definir a la RE, describiéndola como el proceso que activa una respuesta ante un estímulo para alterar, valorar o modular la activación de otro estímulo de respuestas (Garber y Dodge, 1991), lo cual puede generar una modulación oportuna de las emociones, ya sea al suprimir o aumentar un estado de ánimo en curso, con el fin de promover

su comprensión (Fernández-Berrocal y Extremera, 2009), ya que la regulación emocional es aquella capacidad de la persona para modificar su conducta en virtud de las demandas bajo situaciones específicas (Esquivel, 2010).

Considerando las definiciones previas, podemos decir que la regulación emocional es una gama extensa de todos los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables del monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, en donde sus características de duración e intensidad son ejecutadas para conseguir o cumplir los objetivos y metas propias (Thompson y Meyer, 2007; Eisenberg *et al.*, 2004); lo cual implicará la modificación de los elementos involucrados con dicha experiencia emocional (Sánchez, 2010).

Emoción

De acuerdo con Renata y Sánchez (2010) el término emoción proviene del latín *motere* cuyo significado es moverse, que en conjunto con el prefijo “e”, significa “movimiento hacia”. Dada la multiplicidad de perspectivas a lo largo de la historia en el estudio de las emociones, Dantzer (1989) puntualiza que las emociones son consideradas como un factor central de la experiencia humana, ya que, a partir de ellas, posteriormente se dotará de un significado a nivel cognoscitivo y la persona podrá definir la acción a realizar en su medio ambiente.

Más aún, desde la influencia neo-darwiniana, Damasio (1999) señala que la emoción es una capacidad que ha sido mantenida en el organismo debido al extraordinario valor que implica en su supervivencia y adaptación; por lo que se puede definir a la emoción como un detector de respuesta inmediata inmerso en el ambiente, que sirve como herramienta para valorar la experiencia y orientar a la persona a que actúe oportunamente ante una situación (Cole *et al.*, 2004). Cabe destacar que, para Lazarus (1991) la cognición precede a la emoción, por lo que la evaluación cognitiva de una persona en un entorno específico produce una emoción que le permite adaptarse; aunque al mismo tiempo, la experiencia previa al acontecimiento también influye en el proceso cognitivo de evaluación que se lleva a cabo por la persona (Bisquerra, 2000).

De acuerdo con Kleinginna y Kleinginna (1981), la emoción es un proceso que se da en serie e incluye conjunto de factores subjetivos y objetivos, mediados por sistemas biológicos que dan lugar a experiencias afectivas de placer o displacer, adaptaciones fisiológicas y conductas dirigidas a una meta, que en la mayoría de las ocasiones resulta adaptativa, lo cual genera procesos cognitivos de percepción, evaluación y clasificación. Para Garnefski y Kraaij (2010) esto implica que las emociones son un fenómeno multidimensional que se manifiesta en interacción con las dimensiones sociales y culturales.

Para Reeve (2010), resulta complejo definir la emoción debido a su naturaleza multidimensional y debido a que vincula una serie de componentes de corta duración que se coordinan en un patrón sincronizado que ayudan a la persona a adaptarse ante los sucesos, oportunidades o retos que se le presenten de manera significativa en su vida: a) estimulación corporal, conforma la activación fisiológica cerebral, preparando al organismo a una conducta adaptativa de afrontamiento y respuesta corporal acorde con la fisiología cerebral; b) sentimental, proporciona la experiencia subjetiva, es decir cómo se siente en términos de intensidad, así como el significado e importancia que se le atribuye a lo experimentado por los procesos cognoscitivos que se llevan a cabo; c) intencional, dirige a las acciones necesarias para afrontar las circunstancias del momento con el fin de obtener su objetivo, explicando por qué la persona quiere hacer lo que quiere hacer, beneficiándose de tal emoción; y d) social-expresivo, es de carácter comunicativo, volviendo manifiesto cómo la persona siente e interpreta la situación presente a través de diferentes expresiones no verbales.

En resumen, la emoción se define como un estado complejo de corta duración (Reeve, 2010) caracterizado por la excitación del organismo, sensibilizándolo a un estado de respuesta organizada; cuyos componentes más comunes son: el afectivo, el cognitivo, el fisiológico y del comportamiento emocional expresivo (Bisquerra, 2000).

Tipos de emociones.

Las emociones son reacciones en las que existe una valoración cognitiva (Lazarus, 1991), pero también presentan variabilidad en su intensidad a lo largo de un continuo donde pueden tomar valores en alguna de las dos categorías básicas de las emociones primarias: a) positivas y b) negativas; estas categorías son de igual importancia en el contexto evolutivo (Barragán y Morales, 2014).

El aprendizaje de conductas es crucial para proporcionar mayores posibilidades de supervivencia, ya que amplía el repertorio de recursos con los que cuenta la persona a nivel social, psicológico e intelectual (Fredrickson, 2001), lo cual resalta el valor adaptativo de estas reacciones que, aunque son breves resultan ser el reflejo exteriorizado de lo que la persona siente ante una situación que enfrenta (Barragán y Morales, 2014).

Las *emociones positivas* proporcionan posibilidades para generar vínculos con los demás (Fischer *et al.*, 1990), suponen sensaciones de agrado o de placer, cuyo objetivo evolutivo es ampliar los recursos intelectuales, físicos y sociales de la persona, lo cual prepara a la persona para desarrollar, practicar e incrementar habilidades psicológicas (afrentamiento) o sociales con el fin de establecerlas como recursos valiosos en momentos de oportunidad; además, promueven la resiliencia protegen contra la depresión y reducen la ansiedad (Barragán y Morales, 2014).

En cuanto a las *emociones negativas* ayudan a reducir el rango de respuestas (Fischer *et al.*, 1990), suelen tener una mayor duración e intensidad que las emociones positivas (Gilboa y Revelle, 1994); normalmente se evalúan como desfavorables para nuestro bienestar, debido a que acarrear diversos problemas de salud física o mental como problemas cardíacos, trastornos de ansiedad y depresión, entre otros (Fredrickson, 2001); sin embargo, ayudan a solucionar problemas de supervivencia inmediata, respondiendo a situaciones próximas de manera concreta (Frijda, 1986; Barragán y Morales, 2014).

Teoría de la generación de las emociones y su regulación

El modelo de la teoría de la generación de las emociones posee un sustento empírico que propone dos estrategias generales: 1) la reevaluación cognitiva y 2) la supresión expresiva. Se ha visto que ambas estrategias poseen implicaciones en las relaciones sociales y el bienestar de la persona (Gross, 2001). Este modelo describe la generación de una emoción en los siguientes pasos: a) la situación, ya sea interna o externa, b) la atención, en cuanto a la elección de los elementos más relevantes, c) la evaluación, que depende de la relevancia que tenga el evento y d) la respuesta emocional, como efecto de retroalimentación que modifica la situación que ha sido evaluada como relevante (Gross y John, 2003; Gargurevich y Matos, 2010).

Es más, de acuerdo con el trabajo de Gross y John (2003) las personas que suelen utilizar más la estrategia de supresión tienden a presentar menor frecuencia o intensidad en sus emociones positivas y menor satisfacción en su vida, presentando mayor cantidad de síntomas depresivos, que aquellas personas que utilizan la estrategia de reevaluación cognitiva; por lo tanto, cuando la persona utiliza la estrategia de supresión se tienden a encontrar mayores niveles de afecto negativo y una asociación positiva con los síntomas de depresión; es decir, a mayor uso de la estrategia de supresión, mayor cantidad de sintomatología depresiva (Gargurevich y Matos, 2010).

Por otra parte, como se puede observar en la figura 1, Gross y Thompson (2007) señalan que las diferentes estrategias de regulación emocional se pueden presentar durante el surgimiento de la emoción en cinco procesos cognitivos y conductuales:

1) Selección de la situación, esta involucra una toma de decisiones que aumentan la probabilidad de estar o no en una situación en la que se experimente una emoción.

2) Modificación de la situación, se refiere a los esfuerzos por alterar el impacto emocional de manera interna (cambio cognoscitivo) o externa (modificar el ambiente).

3) Despliegue de atención, consiste en dirigir la atención a la situación para influenciar la emoción, una de las formas es la distracción (cambiar el foco interno de atención al evocar pensamientos o recuerdos) y la otra es la concentración (implica dirigir la atención a las características de la situación y no de los sentimientos o de las consecuencias).

4) Cambio cognoscitivo, consiste en modificar la manera de apreciar la situación al alterar su importancia, ya sea al cambiar la forma de pensar o evaluando las capacidades propias para manejar la situación.

5) Modulación de la respuesta, se refiere a la influencia que la persona ejerce en la respuesta fisiológica o conductual respecto a la emoción.

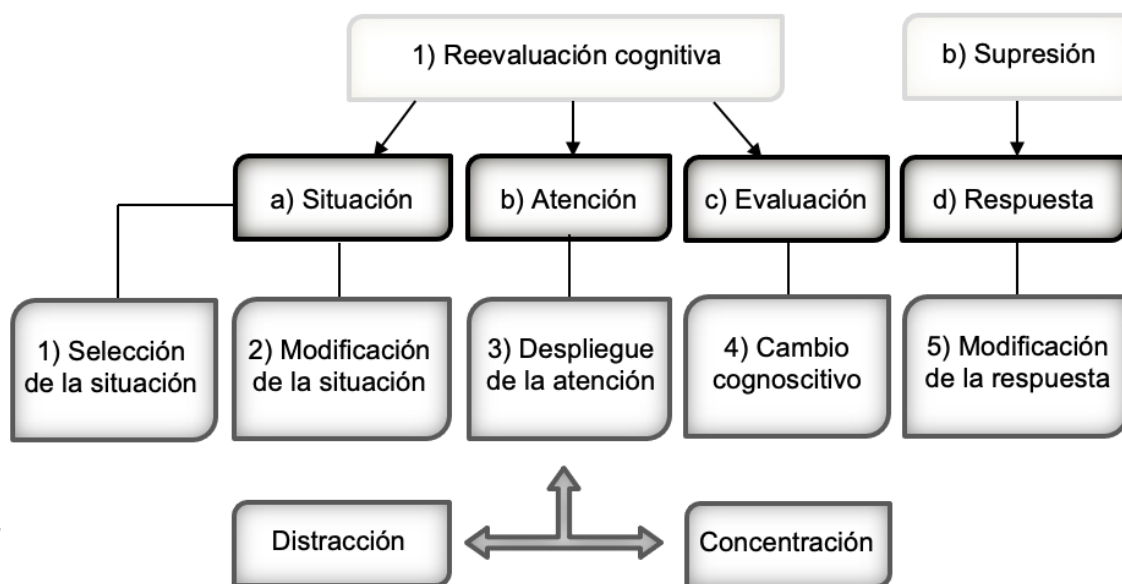


Figura 1. Modelo del proceso del surgimiento de la respuesta emocional, proceso de regulación emocional (modelo modal de la emoción) y estrategias de RE (*adaptado de Gross y Thompson, 2007; Gross et al., 2006*).

Estos procesos se agrupan dependiendo del impacto que tienen en la generación de la emoción, ya sea en estrategias enfocadas en el antecedente (reevaluación cognitiva) las cuales se centran en modificar la respuesta emocional en eventos futuros o estrategias enfocadas en la respuesta (supresión emocional) las cuales prestan atención a lo que sucede una vez que la emoción ya se ha generado (Gross, *et al.* 2006; Gargurevich y Matos, 2010).

Ahora bien, la presencia de estrategias de regulación emocional desadaptativas, como la supresión emocional, la rumia y la evitación, se encuentran relacionadas con psicopatologías internalizadas como la depresión o la ansiedad; mientras que las estrategias de regulación emocional adaptativas, como la reevaluación cognitiva, o la solución de problemas, se tienden a observar en menor cantidad (Aldao *et al.*, 2010). En este sentido, Essau *et al.* (2017) informaron que los adolescentes de 12 y 18 años que son diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo como la depresión, suelen usar con mayor frecuencia la estrategia de supresión emocional, que aquellos que solo presentan ansiedad; aunque no reportan diferencias en cuanto a la estrategia de reevaluación cognitiva.

Por último, cabe destacar, que el uso adecuado de las estrategias de RE le permite al ser humano tener mayor competencia social que se integra en la habilidad de comprender y discriminar estados emocionales propios o de otras personas, para promover que las emociones negativas sean menos aversivas para sí mismo; y se logre una comprensión recíproca respecto a las relaciones sociales cercanas que se entablan para favorecer este proceso (Balter y Tamis-LeMonda, 1999).

En síntesis, para Barragán y Morales (2014) las personas que tienden a experimentar mayor cantidad de emociones positivas manifiestan un mejor funcionamiento interpersonal y suelen utilizar estrategias de reevaluación cognitiva, mientras que las personas que tienden a experimentar mayor cantidad de emociones negativas presentan un pobre funcionamiento a nivel interpersonal y suelen utilizar estrategias de supresión de la emoción; sin embargo, es inapropiado establecer a las estrategias de regulación emocional como adaptativas o desadaptativas, ya que la utilidad que se obtenga de la estrategia utilizada también depende de la situación en la que se haya elegido (Shutte, 2010).

Capítulo 3. AFECTO POSITIVO Y AFECTO NEGATIVO

Watson y Tellegen (1988) señalan que estructura básica del afecto está conformada por dos factores, el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN); además, Bradburn (1969) fue un pionero al proponer y describir esta estructura sentando así los antecedentes para diferenciar la depresión de la ansiedad (Mineka *et al.*, 1998). Como consecuencia, la atención se enfocó en agrupar los síntomas en estos dos factores (Diener y Emmons, 1984) y se coincidió en que la estructura del afecto está conformada por las dimensiones de afecto positivo y afecto negativo (Sandín *et al.*, 2012).

Por un lado, el afecto positivo es una dimensión que incluye estados afectivos con valencia positiva; las personas con alto afecto positivo experimentan sentimientos de confianza, amor, entusiasmo, amistad, energía, afirmación, satisfacción, placer, unión, concentración; mientras que personas con bajo afecto positivo tienden a experimentar fatiga, letargo, desánimo, melancolía, desinterés, tristeza, aburrimiento, soledad, y/o arrepentimiento (Sandín *et al.*, 2012). En cuanto al afecto negativo, éste es una dimensión que se caracteriza por angustia subjetiva con estados afectivos de valencia negativa. Las personas con alto afecto negativo experimentan sentimientos de culpa, molestia, temor, aversión, desagrado, irritabilidad, pesimismo, ansiedad, insatisfacción, hostilidad, asco, quejas somáticas y/o pensamientos negativos hacia sí mismo o los demás; mientras que una persona con bajo afecto negativo experimenta estados de calma, satisfacción, sociabilidad, energía y serenidad (Sandín *et al.*, 2012; Robles y Páez, 2003).

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) el afecto es un patrón de comportamientos observables, que son la expresión de los sentimientos experimentados de manera subjetiva (APA, 2002). Además, el afecto resulta ser la experiencia psicológica más elemental que constituye el núcleo central de la emoción al cual se puede acceder por medio de la introspección (Russel y Barrett, 1999).

Para Rosenberg (1998), existen al menos dos clases de estados afectivos que son ampliamente reconocidos: 1) la emoción y 2) el estado de ánimo o humor. Como se mencionó en el capítulo 2, la emoción se caracteriza por ser breve e intensa y genera cambios fisiológicos en la persona; además, suelen ser la consecuencia de un evento específico. Por su parte, el estado de ánimo también presenta procesos dinámicos, es más duradero, menos intenso, no genera cambios tan significativos a nivel biológico como la emoción y se produce como consecuencia de algo global. Una de las similitudes entre la emoción y el estado de ánimo es el desenlace de la experiencia subjetiva (sentimiento), es decir, la intensidad, significado e importancia que le atribuye una persona a lo que se experimenta por medio de sus procesos cognoscitivos que guía, motiva y organiza su percepción, pensamiento y acción (Izard, 1991; Lazarus, 1986). Por lo tanto, hay que señalar que ambos procesos ponen a la persona en la predisposición de comportarse de manera congruente con el estado afectivo que le corresponda con independencia de la profundidad con la que irrumpa en la vida afectiva de la persona (Rosenberg, 1998).

Relación del afecto con la depresión y la ansiedad

El modelo bifactorial de Watson y Tellegen (1988), señala que los factores o dimensiones que conforman al afecto son “descriptivamente bipolares, pero afectivamente unipolares”; es decir, que solo el polo con un nivel alto refleja un estado de afecto alto y el polo bajo refleja cierta ausencia relativa del afecto; en otras palabras, la presencia de un nivel bajo de afecto positivo no indica un alto afecto negativo o la presencia de un bajo afecto positivo no indica un bajo afecto negativo y viceversa (Watson *et al.*, 1988; Padrós *et al.*, 2012).

La comprensión del afecto positivo y el afecto negativo es uno de los principales pilares para diferenciar la depresión de la ansiedad; además, debido al traslapo de sus síntomas, como se puede observar en la tabla 1 éstos se consideran parte de una dimensión; es decir, sus síntomas se encuentran y se distribuyen a lo largo de un continuo que va de lo normal a lo

patológico de acuerdo con la intensidad con que se presenten en la persona (Watson *et al.*, 1995; Watson, *et al.*, 2005).

Tabla 1. Síntomas comunes de la ansiedad y la depresión (tomada de Arbesú *et al.*, 2006; Barlow, 2002).

Ansiedad	Traslapo	Depresión
Preocupación excesiva	Preocupación / Rumia	Anhedonia
Tensión muscular o nerviosa	Anticipar lo peor	Ideación suicida
Pesadillas	Irritabilidad	Desamparo
Estremecimiento	Hipervigilancia	Falta de placer
	Disminución de la concentración	
	Llanto	
	Dolor crónico	
	Fatiga	
	Culpa	
	Problemas de memoria	
	Desesperanza	
	Sueño insatisfactorio	

Para Tellegen (1985), el afecto negativo es un factor inespecífico común responsable del traslape entre la depresión y la ansiedad, mientras que la ausencia o el bajo nivel de afecto positivo correlaciona como factor específico responsable del desarrollo y mantenimiento de la depresión, que además posee como síntoma relevante a la anhedonia para diferenciar su diagnóstico frente a la ansiedad. En otras palabras, el modelo bifactorial posee un factor general que genera vulnerabilidad a todos los trastornos emocionales y un factor específico para la depresión como lo es el afecto positivo (Watson *et al.*, 1995; Watson *et al.*, 2005).

Ahora bien, el modelo tripartito de Watson y Clark (1991) agrega otro factor específico denominado hiperactivación fisiológica (HF) que abarca síntomas de activación somática como vértigo, tensión, respiración entrecortada, temblores, boca seca y mareos; estas características

hacen referencia a síntomas de ansiedad y son indicadores de afecto negativo, pero no habían sido considerados como un factor específico de la ansiedad (Watson *et al.*, 2005).

Es más, se propuso que ciertos patrones de afecto predisponen al desarrollo de ciertos trastornos; por ejemplo, las personas que presentan riesgo de comorbilidad tienden a tener alto afecto negativo, alta hiperactivación fisiológica y bajo afecto positivo; las que presentan riesgo de sintomatología depresiva suelen tener un alto afecto negativo y bajo afecto positivo; y las personas que presentan riesgo de sintomatología ansiosa tienden a niveles altos de afecto negativo e hiperactivación fisiológica (Shankman y Klein, 2003).

Sin embargo, para Sandín *et al.* (2012) el factor hiperactivación fisiológica no es un predictor de la ansiedad, sino que tiende a relacionarse principalmente con el trastorno de pánico; debido a esta limitación, se integró el modelo tripartito de Watson y Clark (1991) con el modelo jerárquico de los trastornos de ansiedad de Barlow *et al.* (1998) que considera que cada trastorno tipificado contiene un componente común, así como un componente único y fue así como surgió el modelo jerárquico integrador (Mineka *et al.*, 1998). Este modelo propone que el afecto positivo y el afecto negativo actúan de manera paralela la mayor parte del tiempo, pero se acoplan para dar una respuesta integral; por ejemplo, ante una situación grata la respuesta es de acercamiento; mientras que emprender la retirada, suele ser respuesta ante una situación aversiva (Sandín *et al.*, 2012). No obstante, la persona puede tener activos ambos afectos y presentar ambivalencia (coexistencia de dos emociones o sentimientos opuestos) o labilidad emocional (respuestas emocionales descontroladas como causa de alteraciones en la afectividad); o bien, la persona puede tener un nivel bajo en ambos afectos, lo cual puede producir indiferencia o un estado afectivo aplanado (Padrós *et al.* 2012). De manera específica, la depresión y la ansiedad tienden a presentar síntomas de angustia; por ejemplo, personas que presentan ansiedad tienden a experimentar un malestar subjetivo centrado en situaciones específicas, evitación conductual o episodios temporalmente discretos.

Finalmente, se sugirió que el afecto negativo es un factor común para la ansiedad y para la depresión, siendo el responsable del traslapo de síntomas entre estos trastornos; mientras que algunos factores únicos para la depresión son desinterés, anhedonia y ausencia de afecto positivo. No obstante, cabe aclarar que la especificidad no debe utilizarse de manera absoluta, sino más bien con precaución, debido a que puede generar un punto de vista relativo y es poco probable que los síntomas se limiten a un solo trastorno (Mineka *et al.*, 1998; Watson *et al.*, 2005).

Impacto del afecto negativo y positivo

Como se mencionó anteriormente, el afecto es una experiencia subjetiva de las emociones, que posee un patrón de comportamientos observables que expresan los sentimientos experimentados y al que se puede acceder mediante la introspección, es decir, cómo se siente una persona, cómo percibe el mundo y cómo se desenvuelve en él (Russel y Barrett, 1999; APA, 2002).

De acuerdo con Watson y Clark (1984), las personas con un alto nivel de AN reaccionan de manera poco funcional en la sociedad que les rodea, tienden a sentirse molestas, angustiadas, frustradas, con baja autoestima, suelen magnificar sus errores y su conducta suele asociarse con la agresión. De manera específica, en lo que refiere al aspecto cognitivo, las adolescentes de entre 12 y 16 años, tienden a tener un alto contenido de pensamientos automáticos negativos (Gómez-Maquet, 2007) que pueden ser de tipo absolutista, catastrófico, irreal y auto derrotista; además de ser destructivos y poco acertados, les pueden provocar mayor estrés y malestar psicológico debido al estilo explicativo negativo utilizado ante situaciones problemáticas; el cual también tiende a presentarse con sintomatología depresiva y ansiosa (Tortella-Feliu *et al.*, 2010).

Por otro lado, se ha reportado que las personas con un nivel bajo de afecto negativo se comportan amables, asertivas, con mayor seguridad, mejor auto concepto y tienden a desempeñar conductas pro-sociales, por lo que suelen sentirse más satisfechas con ellas mismas

y con su vida. Sin embargo, en adolescentes de 11 a 15 años, se observa que algunos componentes del afecto negativo como sentirse triste y cansado correlaciona de manera negativa con su satisfacción de vida, es decir, a mayor tristeza, menor satisfacción de vida (Watson y Clark, 1984).

El afecto negativo resulta relevante en la motivación y el efecto atencional que puede propiciar para afrontar los problemas; sin embargo, las personas con altos niveles de afecto negativo tienden a desarrollar comportamientos autodestructivos de riesgo como adicciones y utilizar estrategias de afrontamiento un tanto desadaptativas como la descarga emocional, la rumia y la evitación conductual (Folkman y Tedlie, 2000). Otros problemas relacionados con el AN son la presencia de enfermedades médicas como cáncer, diabetes, VIH, problemas respiratorios y cardiovasculares (Billings *et al.*, 2000).

Ahora bien, en lo que refiere al afecto positivo éste se tiende a relacionar con el bienestar emocional y psicológico, rasgos de extroversión, satisfacción consigo mismo, mejor salud física y relaciones sociales, estilos de afrontamiento y cogniciones positivas, por lo cual se le considera un factor de protección en el desarrollo de psicopatologías (Folkman y Tedlie, 2000; Tortella-Feliu *et al.*, 2010).

Cabe destacar que en los adolescentes se ha encontrado una relación positiva entre su satisfacción de vida y el afecto positivo lo cual puede conducirlos a un mayor éxito académico y profesional (Ashby *et al.*, 1999). Así mismo, los adolescentes de entre 15 a 19 años, que usan la estrategia de supresión emocional presentan mayor afecto negativo y tienen una percepción negativa de su satisfacción de vida; mientras que la estrategia de reevaluación cognitiva está más relacionada con el afecto positivo y una mayor percepción positiva de su satisfacción de vida (Freire y Tavares, 2011).

Hay que destacar que las personas con afecto positivo son más capaces de ampliar su repertorio y construir nuevos recursos de comportamiento, logrando regular sus emociones

negativas con mayor facilidad e interrumpir un proceso cognitivo negativo como la rumia. Por lo tanto, se ha sugerido que el afecto positivo posee funciones adaptativas en el uso de estrategias de afrontamiento como la reevaluación cognitiva y el afrontamiento centrado en el problema (Folkman y Tedlie, 2000; Billings *et al.*, 2000).

Cabe recordar que las experiencias que los padres y la familia del entorno del infante, permean en su desarrollo socio afectivo, en cuanto a ser un modelo de los roles, los valores, las reglas, las habilidades sociales y la regulación emocional, entre otras (Eisenberg y Fabes, 2006). Es decir, las prácticas y estilos de crianza que llevan a cabo los padres pueden apoyar el ajuste emocional y la expresión de las respuestas afectivas del infante, ya que la repetición de un comportamiento lo condiciona a respuestas similares que podrían mantenerse en el tiempo en otras etapas de vida si existe la repetición del comportamiento (Eisenberg *et al.*, 2010).

Capítulo 4. SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

De acuerdo con los objetivos de esta investigación resulta necesario definir la depresión y la ansiedad como síntomas, con el fin de identificar sus características previniendo que la cantidad de síntomas se incremente, intensifique o se vuelva más frecuente y por ende evolucione a un trastorno mental de salud serio.

Síntomas de depresión

Los síntomas de depresión son manifestaciones subjetivas que revelan cierta alteración del estado de ánimo mediante señales a nivel cognitivo, somático y/o volitivo; estos indicios pueden incluir tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, cansancio, impotencia hacia las exigencias de la vida, apatía y un concepto negativo de sí mismo. Además, estas alteraciones, se puede acompañar de autoreproches, autoinculación, autocastigo, cambios en el nivel de actividad (retardo o agitación), pérdida de interés, baja autoestima y falta de concentración que se pueden convertir en un trastorno afectivo cuando la alteración resulta global (Beck, 1976; OMS, 2021; RAE, 2021). De manera similar, Ruz y Alvis (2009) señalan que la depresión considerada como síntoma se refiere a diversos estados afectivos que suelen ser reacciones comunes y normales a lo largo de la vida ante acontecimientos del entorno; sin embargo, cuando se trata de estados de ánimo, se pueden identificar con mayor facilidad, debido a que son emociones persistentes, generalizadas y sostenidas (APA, 2002).

Para la OMS (2020a), la depresión es un trastorno mental en el que la persona presenta pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos en el apetito o del sueño, falta de concentración y sensación de cansancio. Además, el malestar y la disfunción que provoca en la persona se refleja en sus actividades cotidianas al modificar su comportamiento habitual; constituyendo uno de los principales problemas de salud mental en niños y adolescentes en México (Cárdenas *et al.*, 2010).

De acuerdo con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC, 2015), el trastorno de depresión mayor es una agrupación de síntomas en los que predominan la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; también hay síntomas de tipo cognitivo, volitivo e incluso somático en mayor o menor grado, por lo que es una alteración global de la vida psíquica (CENETEC, 2015).

Epidemiología.

Entre los años de 1990 a 2013, la OMS (2016a), reportó que el número de personas con depresión o ansiedad aumentó casi en 50%; es decir, de 416 millones a 615 millones de personas a nivel mundial; además, durante las emergencias o conflictos se ha visto que una de cada cinco personas se ve afectada por depresión o ansiedad y los niños menores de 12 años que sufren episodios frecuentes de descontrol conductual e irritabilidad persistente suelen ser más susceptibles a desarrollar depresión mayor o un trastorno de ansiedad cuando pasan a la adolescencia y edad adulta (APA, 2014).

De acuerdo con la OMS (2020a), la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo lo cual equivale a una prevalencia de 4.4% a nivel mundial y señala que es la principal causa de los trastornos mentales en años ajustados por discapacidad (AVAD); es decir, los años de vida con algún tipo de pérdida de salud (corto o largo plazo) ajustados por la gravedad de esta patología es de 7.5% a nivel mundial (OPS, 2017a).

En la región de las Américas, la OPS (2017a) reportó un incremento del 18.4% en la depresión en el período de 2005 a 2015; también reportó que los trastornos depresivos son la principal causa de la pérdida de salud sin consecuencias mortales con un 3.35% del total de AVAD y 7.84% del total de APD (2018a). En cuanto a México, la prevalencia de los trastornos depresivos es de 4.2%, con un 8.6% en AVAD (OPS, 2017a) y 7.6% en APD; además, de los 14.5 millones de personas afectados en APD por depresión en la Región de las Américas, 10 millones

corresponden a personas de entre 15 a 50 años, cuyo inicio durante la infancia y adolescencia es de 3.1% en México (OMS, 2018a).

Por otra parte, la depresión presenta la tendencia de ser más común en las mujeres que en los hombres (OPS, 2020a) con una prevalencia de 5.1% en mujeres y 3.6% en hombres a nivel mundial (OPS, 2017a); en la región de las Américas (OPS, 2009) la prevalencia en población general es de 5.6% en mujeres y 3.7% en hombres; sin embargo, la severidad también varía de acuerdo al sexo, y aunque la proporción es menor en los hombres, cerca del 51.3% de los casos son severos, mientras que en la mujeres solo poco más de la tercera parte son severos; en los adolescentes de etapa tardía, la prevalencia es de 4.5% en mujeres y 3.1% en hombres.

La OMS (2020b) señala que la depresión es un problema de salud que puede llevar al suicidio, causa que ocupa el segundo lugar en muerte en personas de 15 a 29 años y que anualmente registra casi un millón de muertes, sin mencionar que, un trastorno psiquiátrico aumenta la probabilidad de suicidio (Borges *et al.*, 2008) y que la depresión es el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio (OPS, 2017a).

Ahora bien, durante los últimos 30 años, los trastornos mentales han aumentado entre los adolescentes, estimándose que el 20% de los adolescentes padece problemas mentales o de comportamiento (UNICEF, 2011) y que, alrededor del 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años, pero la mayoría de los casos no son detectados ni tratados lo cual tiene consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida (OPS, 2018a; OMS, 2014, 2020b), pero a pesar de que existen tratamientos eficaces, más del 50% no los recibe (UNICEF, 2011); es más, se reporta que la depresión es la cuarta causa de enfermedad y discapacidad en adolescentes de 15 a 19 años y la decimoquinta en adolescentes de 10 a 14 años (OMS, 2020b).

En México, los trastornos afectivos y de ansiedad se presentan en una proporción de un hombre por cada dos mujeres y la depresión ocupa el segundo lugar entre los trastornos mentales más frecuentes en la población mexicana con una prevalencia de 11.1% a lo largo de la vida

(OPS, 2009), De acuerdo con la ANM (2015), el trastorno depresivo mayor ocupa el primer lugar en mujeres con una prevalencia de 8.3% a diferencia de los hombres con 5.5%; sin embargo, existen pocos datos epidemiológicos para tener mayor conocimiento en los problemas de salud mental en niños y adolescentes, aunque se estima que entre el 50% al 70% de los trastornos psiquiátricos tienen sus inicios antes de los 21 a 24 años, manifestándose alrededor de los 14 años, solo reciben atención uno de cada cinco personas con un trastorno afectivo.

La ANM (2017) reportó una prevalencia de 11% en la categoría a lo largo de la vida y 75% en el último año para población general; en adolescentes y adultos jóvenes, existe una prevalencia del 5.7% con un 50 a 90% de comorbilidad, siendo más frecuentes en los trastornos de ansiedad y 1 de cada 5 adolescentes presenta un cuadro depresivo antes de los 18 años.

De acuerdo con la encuesta mundial de salud mental de la OMS en la que participó México, se reportó que el 51.3% de los adolescentes de entre 11 a 17 años han cumplido los criterios para algún trastorno mental durante su vida, existiendo una prevalencia del 10.7% para trastornos afectivos, del cual 7.8% es debido al trastorno de depresión mayor; sin embargo, solo uno de cada cuatro adolescentes recibe ayuda especializada. Es más, los jóvenes son incapaces de realizar sus actividades habituales alrededor de 15 días al año a causa de la depresión mayor y casi 30 días a causa de la distimia (OPS, 2009).

Así mismo, la ANM (2015), calcula que la mitad de los niños y adolescentes de 4 a 16 años presentaron sintomatología depresiva y 16% presentaron la sintomatología suficiente para requerir atención, pero solo recibió tratamiento el 13.7% de los adolescentes entre 12 y 17 años que padecieron un trastorno en el último año; cabe resaltar que la prevalencia para la sintomatología depresiva en niños de 4 a 16 años es de 11.5% y de 7.6% para trastornos de depresión mayor en adolescentes mujeres. En cuanto a la distimia (un trastorno crónico) su prevalencia es casi del 6% a lo largo de la vida y, aunque se puede presentar en igual porcentaje en ambos sexos en etapas tempranas es durante la adultez cuando se presenta un predominio de casos de distimia en las mujeres (Cárdenas *et al.*; 2010a).

Finalmente, en la CDMX, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar con una prevalencia anual de 6.8% y para depresión fue de 4.8% en adultos de población general (18 a 65 años); sin embargo, la prevalencia de un trastorno depresivo en el último año en adolescentes de 12 a 17 años es de 7.2%, de los cuales el 54.7% fueron calificados como graves; sin mencionar que los trastornos de ansiedad y depresión son responsables del mayor riesgo que se atribuye a los trastornos mentales para la ideación e intento suicida (Wagner *et al.*, 2012).

Cuadro clínico y criterios diagnósticos.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) señala que se puede hacer uso de dos clasificaciones: 1) el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [DSM-V] y 2) la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]. Los trastornos afectivos utilizados en esta investigación se clasifican con el código F32 para el episodio o trastorno depresivo mayor y F34.1 para el trastorno afectivo persistente (distimia), considerando la clasificación de la CIE-10.

Episodio depresivo.

De acuerdo con la CIE-10, un trastorno de ánimo como la depresión no suele variar de un día a otro y tampoco tiende a responder a cambios ambientales; además indica que los síntomas presentados deben durar al menos dos semanas e incluir dos de los tres síntomas más típicos (pérdida de interés, ánimo depresivo y/o pérdida de la capacidad para disfrutar) independientemente del nivel de gravedad (OMS, 2001).

Para la OMS (2020) los episodios depresivos pueden clasificarse en tres niveles, de acuerdo con el número de síntomas y de la intensidad con que se presenten. En el nivel leve, la persona presenta dos síntomas adicionales a los típicos de un episodio depresivo como se puede observar en la Tabla 2, pero ninguno de estos se presenta en grado intenso; es decir, la persona se podría sentir tensa, pero es apta para continuar con la mayoría de sus actividades sin

abandonarlas por completo. En el nivel moderado, la persona presenta al menos tres a cuatro síntomas adicionales a los síntomas típicos de un episodio depresivo y se puede observar un comportamiento con ciertas dificultades para continuar con sus actividades cotidianas. Por último, en el nivel grave la persona presenta los tres síntomas típicos con al menos cuatro síntomas de un episodio depresivo; estos son marcados, la persona se puede ver angustiada o agitada y puede existir pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad, culpa, ideación suicida y riesgo de suicidio en los casos más graves (OMS, 2001).

Tabla 2. *Síntomas de depresión de acuerdo con la CIE-10.*

Síntomas del Episodio Depresivo (F32)
1. Ánimo depresivo.
2. Pérdida de interés.
3. Pérdida de la capacidad de disfrutar.
4. Disminución de atención y concentración.
5. Pérdida de confianza y disminución de la autoestima.
6. Ideas de culpa y de ser inútil.
7. Trastornos del sueño.
8. Pérdida de apetito.
9. Perspectiva sombría y pesimista del futuro.
10. Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

Trastorno de depresión mayor (TDM).

La CIE-10 señala que los síntomas del trastorno se deben presentar por al menos dos semanas y no suelen durar más de seis meses, aunque es probable que la persona vuelva a presentar otro episodio de mayor magnitud en el futuro. Entre el 5% y el 10% de la población joven puede seguir presentando síntomas después de dos años, convirtiéndose en un trastorno crónico

(OMS, 2001). Adicionalmente, los síntomas melancólicos como anhedonia (pérdida del disfrute de las actividades), anorexia o pérdida de peso, culpa y sentimiento de tristeza, tienden a predominar durante la mañana; mientras que el 15% de las personas presentan síntomas atípicos como hipersensibilidad al rechazo, aumento de peso, hipersomnia y sensación de pesadez en las extremidades del cuerpo, entre otros (APA, 2002).

Al igual que en la CIE-10, el DSM-V, señala que la gravedad del trastorno de depresión mayor se puede identificar por el número de síntomas, su intensidad y grado de discapacidad funcional. Cabe mencionar que el nivel leve incluye dos síntomas, es decir, únicamente los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos que se muestran en la tabla 3, para presentar un trastorno de depresión mayor, cuya intensidad de los síntomas causará malestar, pero producirá poco deterioro en el funcionamiento social o laboral; mientras que el nivel grave, incluirá por lo menos cuatro síntomas con agitación motora para hacer el diagnóstico y su intensidad causará gran malestar, tanto que interferirá con el funcionamiento cotidiano, ya sea social, laboral, académico, etc. (APA, 2014).

Tabla 3. Criterios diagnósticos del TDM de acuerdo con el DSM-V (APA, 2014).

Criterios diagnósticos (F32)	
A) Cinco (o más) síntomas durante el período de dos semanas que representan un cambio del funcionamiento previo; incluyendo al menos uno de los síntomas 1 o 2 .	
1.	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se reporte subjetivamente (sentirse triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso). Además, en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
2.	Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3.	Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En niños considerar el fracaso en el aumento de peso esperado.
4.	Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5.	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6.	Fatiga 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 autor reproche 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 solo 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 atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

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

E) Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaníaco.

Las formas atípicas del episodio depresivo o trastorno de depresión mayor pueden ser más frecuentes en población adolescente y estar enmascaradas por otros síntomas como consumo de alcohol, ansiedad, comportamiento histriónico, malestar e irritabilidad; así como volver más graves las preocupaciones hipocondríacas, síntomas obsesivos o fobias que ya estaban presentes en la persona, pero que aún no eran evidentes (APA, 2014).

Trastorno afectivo persistente (distimia).

Para la OMS (2001) y la APA (2014) este trastorno del estado del ánimo es crónico por la persistencia y fluctuación de sus síntomas, los cuales se pueden observar en la Tabla 4 y se presentan durante al menos dos años, pero los síntomas no son severos y los episodios no son prolongados para diagnosticar un trastorno depresivo recurrente o un trastorno depresivo mayor; además, dependiendo de la edad, el inicio puede ser temprano o tardío; en el caso de los adolescentes se especifica como temprano debido a que se ha presentado antes de los 21 años.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de distimia de acuerdo con el DSM-V (APA, 2014).

Criterios diagnósticos (F34.1)
A) Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. <i>Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.</i>
B) Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.
C) Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
D) Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
E) Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
F) La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
G) Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga o un medicamento) o a otra afección médica (hipotiroidismo).
H) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Evaluación.

Cárdenas *et al.* (2010a) señalan que ante la sospecha de que un adolescente presente síntomas de un episodio depresivo, un trastorno depresivo o distímico, se le debe alentar para hablar del problema con aquellas personas que puedan ayudar de forma activa en la solución, presentando la opción de acudir con un especialista para que sea evaluado apropiadamente. También recomiendan tratar de manera confidencial la información que el adolescente ofrezca de sí mismo, aunque ésta podrá ser revelada bajo su autorización o cuando presente pensamientos suicidas.

En ocasiones es un reto diferenciar entre los trastornos afectivos debido a que comparten síntomas y su persistencia, gravedad, duración e inicio no son fáciles de evaluar de manera retrospectiva (Heinze y Camacho, 2010a; Cárdenas *et al.*, 2010a). Por ejemplo, el trastorno de depresión mayor puede alterar la actividad normal del adolescente, mientras que el trastorno depresivo recurrente (distimia) presenta síntomas menos graves, aunque crónicos por al menos un año (APA, 2014).

Finalmente, en la tabla 5, se muestran algunos de los instrumentos validados en población mexicana para evaluar la depresión.

Tabla 5. Instrumentos para la evaluación de la depresión en México. Calleja, 2011.

Instrumento	Autores	Objetivo	Descripción
Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor (DSRS)	Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez y Almeida (1996). Validación de la Escala Birleson (1980 y 1987).	Evaluar la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. Mide los efectos de la depresión, desde un abatimiento ligero hasta una desesperación extrema, así como la sensación consistente de insuficiencia y de falta de ánimo.	18 afirmaciones. $\alpha = 0.85$ Varianza total 28.8%
Escala de depresión para adolescentes mexicanos (EDAM)	Axelrod y Pick de Weiss (1988).	Evaluar síntomas depresivos en jóvenes, tales como: desgano, insatisfacción, inseguridad, tristeza, soledad y pesimismo.	29 adjetivos. Confiabilidad osciló entre $\alpha = 0.57$ a 0.83 Varianza total 86.7%
Inventario de depresión de Beck (BDI)	Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998). Basada en Beck, Steer y Garbin (1988).	Evaluar la severidad de los síntomas de depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas.	21 afirmaciones. $\alpha = 0.89$ Varianza total 43.69%
Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) para adolescentes	Mariño, Medina-Mora, Chaparro, y González (1993). Versión original de Radloff (1977).	Evaluar con precisión los síntomas depresivos en la población adolescente. Identifica estados depresivos más que depresión clínica, pero discrimina entre pacientes y población general. Es una escala de autoreporte para ser utilizada en estudios epidemiológicos.	20 síntomas. $\alpha = 0.88$ Varianza total 51.7%

Escala de depresión para niños (CDS)	Cruz, Morales y Ramírez (1996). Basado en Lang y Tisher (1978).	Evaluar la depresión del niño, que es definida como la respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o ideas suicidas e irritabilidad. Pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas.	66 afirmaciones. $\alpha = 0.85$
Escala de depresión en adolescentes	Escalante (2002).	Evaluar los sentimientos de disminución del valor de la persona en relación con sentimientos anteriores o en comparación con otra persona; la tristeza vaga, honda, pacífica y permanente; la actitud de desagrado en relación con la compañía de los demás; el desengaño, el conocimiento del error o el engaño en que se estaba; y los síntomas físicos consecuencia de malestar emocional.	80 afirmaciones. $\alpha = 0.95$ Varianza total 34.8%

Tratamiento.

El tratamiento de la depresión puede ser farmacológico, psicoterapéutico o la combinación de ambos; en lo que respecta a la intervención farmacológica se apoya en la hipótesis de que existe un desequilibrio químico en el cerebro, por lo cual existen diferentes grupos farmacológicos de antidepresivos; sin embargo, se ha reportado que los mejor tolerados y efectivos en niños y adolescentes son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y se recomienda iniciar con dosis bajas e ir monitorizando la dosis para incrementarla según responda y lo tolere el adolescente (Cárdenas *et al.*, 2010a; ANM, 2017). En la tabla 6 se puede observar la dosis según el antidepresivo que haya determinado el profesional de la salud.

Tabla 6. Tratamiento farmacológico para la depresión (Cárdenas et al., 2010a; Pérez, 2017).

Mecanismo de acción	Grupo	Antidepresivo	Dosis inicial - máxima
Inhibidor Selectivo de la recaptación de serotonina	ISRS	*Fluoxetina	10-60 mg / día
		Paroxetina	10-50 mg / día
		Sertralina	25-200 mg / día
		Citalopram	20-40 mg / día
		Escitalopram	20-40 mg / día
		Fluvoxamina	50-200 mg / día
		(4.7 mg / kg / día en niños de 8-12 años; 3.1 mg / kg / día en adolescentes de 12-17 años)	
Inhibidor de la recaptación de la serotonina y norepinefrina	IRSN	Venlafaxina	37.5-225 mg / día
		Duloxetina	30-120 mg / día
Inhibidor de la recaptación de la dopamina y norepinefrina	IRND	Bupropión	150-300 mg / día

*ISRS aprobado por la FDA para el tratamiento de depresión en los niños y adolescentes.

La mayoría de los antidepresivos tienen el objetivo de regular el sistema monoaminérgico al regular alguno de los siguientes neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA), incrementando su disponibilidad en las hendiduras sinápticas (Pérez, 2017).

Para observar los efectos terapéuticos de los antidepresivos, el paciente debe esperar entre dos a cuatro semanas y mantener su uso por un lapso de seis meses a un año, ya que se ha observado que este periodo de tratamiento reduce el riesgo de recaídas, pero hay que recordar que se debe continuar con la evaluación de la respuesta a los antidepresivos (Cárdenas *et al.*, 2010a).

De acuerdo con la OMS (2020a), existen algunos materiales para la intervención psicológica breve que pueden ser utilizados por no profesionales, para la depresión y la ansiedad, pero deben tener el entrenamiento y supervisión profesional apropiados. Por ejemplo, el manual Enfrentando problemas plus (EP+) que explica el entrenamiento de relajación, el fortalecimiento del apoyo social, la resolución de problemas y la activación conductual en adultos; sin embargo, se pretende desarrollar una versión para jóvenes adolescentes (OMS, 2016b). Además, la OMS

(2020b) continúa trabajando para desarrollar herramientas que ayuden a dar una respuesta a las necesidades de salud de los adolescentes. Por ejemplo, la Guía de Acción Global Acelerada para la Salud de los Adolescentes (¡Guía AA-HA!, por sus siglas en inglés) de la OPS (2018b) y el programa de acción para la brecha de salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) de la OPS (2017b).

Cabe destacar que una de las aproximaciones terapéuticas como la psicoeducación, es un tipo de intervención psicosocial que se puede llevar a cabo por medio de información específica sobre la depresión, así como del entrenamiento en las técnicas para afrontar este trastorno (CENETEC, 2015). Es fundamental indicar las pautas que se pueden llevar a cabo por los adolescentes y/o por su familia, con el fin de comprender qué es la depresión, identificar los síntomas que presenta y aprendan a reconocer los pensamientos que le pueden provocar emociones desagradables (OPS, 2016).

En resumen, como primera intervención se puede comenzar por la psicoeducación del adolescente y sus padres o cuidadores primarios dependiendo su sintomatología; además, la elección del tratamiento variará en función de la edad, el grado de desarrollo del adolescente, características familiares, sociales, recursos disponibles, tratamientos anteriores, la gravedad, tiempo de evolución, presencia de posible comorbilidad y diagnóstico específico para evitar complicaciones a largo plazo como trastornos depresivos o ansiosos en la edad adulta (Sánchez y Cohen, 2020).

Para finalizar, respecto al tratamiento psicológico profesional, existen diversos enfoques que han demostrado ser eficaces en menores de edad, como la terapia interpersonal para la depresión en adolescentes y la terapia cognitivo-conductual (ANM, 2015); la terapia cognitivo-conductual esta validada empíricamente para los trastornos de depresión en niños y adolescentes (Hernández-Guzmán *et al.*, 2010) y es igual de efectiva que el tratamiento farmacológico (CENETEC, 2015) en niveles leves y moderados de sintomatología depresiva; así mismo, las personas con un nivel moderado de esta sintomatología han mostrado mejoría a largo plazo en

conjunto con farmacoterapia (Heinze y Camacho, 2010a), por este motivo en el capítulo V se describen algunas de las técnicas de este enfoque como complemento de los posibles tratamientos.

Síntomas de ansiedad

La ansiedad es una emoción normal que surge en respuesta a las situaciones que nos resultan nuevas, amenazantes o sorprendidas que forma parte de los mecanismos básicos de supervivencia que nos encamina a la adaptación y preservación, incitándonos a actuar, ya sea al enfrentarnos al acontecimiento o preparamos para escapar; preservando el equilibrio ante el suceso que la causó; sin embargo, se puede convertir en un trastorno cuando los síntomas se presentan de manera intensa, persistente y desproporcionada, de tal manera que afectará varias áreas de la vida cotidiana de la persona (Cárdenas *et al.*, 2010b).

Por otra parte, es necesario puntualizar que los síntomas de ansiedad son manifestaciones subjetivas exageradas que pueden presentarse mediante indicios displacenteros que predominan a nivel emocional, acompañados de manifestaciones somáticas a nivel fisiológico y conductual; que se relacionan con el nivel cognitivo (pensamientos catastróficos, pérdida de objetividad, etc.) ante un evento que se considere aversivo, impredecible o incontrolable que, aunque el daño no sea real, al estar condicionado por la experiencia, la persona anticipa que potencialmente podría amenazar sus intereses y propiciar resultados negativos e inciertos (Lega *et al.*, 1997; Clark y Beck, 2010; Cárdenas *et al.*, 2010b; RAE, 2019).

En lo que respecta al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se trata de una ansiedad y preocupación excesiva por diversas situaciones o actividades cotidianas (fallas académicas) durante al menos seis meses y requiere cumplir con varios criterios para ser diagnosticado (Cárdenas *et al.*, 2010b).

Epidemiología.

La OPS (2017a) reportó que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia del 3.6% y son la sexta causa que contribuye a la discapacidad con 3.4% en AVAD, afectando casi al mismo número (264 millones) de personas que la depresión; además reportó un aumento del 14.9% entre 2005 a 2015 e indicó que estos trastornos son más comunes en las mujeres (4.6%) que en los

hombres (2.6%) a nivel mundial. Sin embargo, en los adolescentes de 10 a 14 años son la sexta causa de discapacidad y en adolescentes de 15 a 19 años es la novena causa (OMS, 2020b).

En la región de las Américas, los trastornos de ansiedad son el segundo grupo de importancia con 2.1% del total de AVAD y 4.9% para el total de APD (OMS, 2018a) y se estima que son más comunes en las mujeres (7.7%) que en los hombres (3.6%), figurando entre las principales diez causas de años de vida vividos con discapacidad (OPS, 2017a). En las mujeres adolescentes de etapa tardía (15 a 19 años) son la quinta causa en años de vida ajustados por discapacidad (OPS, 2018b).

La OPS (2009) reportó que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en la población mexicana con una prevalencia del 11.6% a lo largo de la vida, siendo uno de los trastornos mentales que mayor discapacidad producen, con 9.5 días para ansiedad generalizada, en contraste con el promedio de 6.9 días que se pierden por padecer una enfermedad crónica no mental; estos trastornos de ansiedad tienden a manifestarse a edades tempranas, por ejemplo: la fobia específica se presenta a los 5 años y la ansiedad por separación a los 6 años; pero se observa que el trastorno de ansiedad generalizada tiene un inicio más tardío, con una mediana de inicio a los 12 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es difícil de determinar, ya que la mayoría de las personas tienden a reportar haberse sentido ansiosos desde que tienen memoria; cabe señalar que, en poblaciones pediátricas, los niños se ven más afectados (Cárdenas *et al.*, 2010b).

En México, los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 3.6%, con un 4.0% en AVAD (OPS, 2017a) y 3.5% en APD (OMS, 2018a); aproximadamente entre 1 a 5 y hasta 1 a 12 personas que solicitaron consulta en atención de primer nivel padecían síntomas ansiosos, específicamente, el trastorno de ansiedad generalizada fue detectado con mayor frecuencia (Heinze y Camacho, 2010b), pero solo uno de cada 10 recibieron atención (ANM, 2015).

Ceballos (2010) señala que entre el 50% a 60% de las personas que presenta depresión también ha padecido algún trastorno de ansiedad; por tal motivo, se ha considerado más difícil

encontrar personas con depresión sin ansiedad, aunque es más común encontrar ansiedad sin depresión. En este sentido, en México se reporta una alta comorbilidad (Heinze y Camacho, 2010b), en donde, de cada cien personas con trastorno de ansiedad generalizada, más del 50% presentó un diagnóstico comórbido con otro trastorno ansioso o depresivo (Cárdenas *et al.*, 2010b). La comorbilidad más frecuente con un trastorno de ansiedad es de un 50% con otro trastorno de ansiedad, mientras que con la depresión es de un 33%, ya que los síntomas de ansiedad suelen preceder a la aparición de sintomatología depresiva (Sánchez y Cohen, 2020).

Así mismo, la prevalencia de ansiedad y depresión suele ser mayor en mujeres por lo que se ha llegado a deducir que este grupo es más vulnerable (UNICEF, 2011; OPS, 2009, 2017a, 2020a, OMS, 2020a, 2020b, 2021); en población mexicana adulta, los trastornos de ansiedad tienen una proporción mujer-hombre de 2:1 en población general y de 1:1 en población clínica (Cárdenas *et al.*, 2010b), mientras que en adolescentes la proporción es de 3:1 (Sánchez y Cohen, 2020).

Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en población mexicana con una prevalencia de 14.3% en la categoría de alguna vez en la vida, 8.1% en el último año, y entre el 60% al 70% de las personas de la población general mexicana que presenta un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, tienden a tenerlo activo durante los últimos seis meses a un año (Heinze y Camacho (2010b).

Cuadro clínico y criterios diagnósticos.

Para fines de esta investigación, se utilizan los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, la cual se clasifica con el código F41.1 de acuerdo con el DSM-V (APA, 2013) y CIE-10 (OMS, 2001).

En general, los conceptos de ansiedad y angustia suelen utilizarse como sinónimos; sin embargo, la angustia por lo general hace referencia a los síntomas somáticos, mientras que la ansiedad se asocia con los síntomas psíquicos asociados a la interpretación de las sensaciones

somáticas (Heinze y Camacho, 2010b). En la Tabla 7 se muestran los diferentes tipos de síntomas de ansiedad.

Tabla 7. Síntomas característicos de la ansiedad (Tomada de Cía, 2007).

Fisiológico	Emocional	Cognitivo	Conductual
Palpitaciones	Miedo		Inquietud motora
Mareos	Aprehensión	Pensamiento catastrófico del ambiente, del futuro y de sí mismo	Tics
Temblor	Irritabilidad		Evitación de situaciones “peligrosas”
Náuseas	Vergüenza		Búsqueda constante de ayuda
Sudoración	Culpabilidad		Imposibilidad de relajarse
Falta de aire	Indefensión	Despersonalización	Tendencia a morderse las uñas o labios
Cambios de temperatura corporal	Apatía	Pérdida de objetividad	Bajo rendimiento escolar
		Ideas obsesivas	Distanciamiento social

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

De acuerdo con la CIE-10 (OMS, 2001) el trastorno de ansiedad generalizada es persistente, pero no se limita ni predomina en situaciones con un entorno particular. Es decir, es una “ansiedad libre flotante”. Además, los síntomas que pueden predominar son variables; sin embargo, las quejas frecuentes refieren nerviosismo constante, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico, sin mencionar que a menudo, el paciente manifiesta que, en breve, sufrirá una enfermedad o tendrá un accidente, ya sea él mismo o alguna persona allegada a él. Para los niños y adolescentes, las quejas suelen ser más limitadas que en los adultos y los síntomas de hiperactividad vegetativa (taquicardia, sudoración, temblor, sequedad de boca náuseas, dolor en el pecho o sensación de ahogo) pueden ser menos sobresalientes.

La clasificación de los criterios diagnósticos del DSM-V de acuerdo con la APA (2014) se pueden observar en la Tabla 8. Es importante destacar que el trastorno de ansiedad generalizada

es un tipo de ansiedad y preocupación excesiva persistente por diferentes sucesos o actividades cotidianas que no se limitan alguna circunstancia ambiental concreta; por lo cual, la persona percibe la situación como difícil de controlar y considera las posibles consecuencias de manera desproporcionada; además, los síntomas somáticos resultan ser más prominentes en niños y adolescentes (OMS, 2001; CENETEC, 2017).

Tabla 8. *Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada de acuerdo con el DSM-V (APA, 2014).*

Criterios diagnósticos (F41.1)
A) Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante al menos 6 meses, sobre una amplia gama relacionada con diversos sucesos (como la actividad escolar).
B) A la persona le resulta difícil controlar su estado constante de preocupación.
C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los 6 síntomas y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos 6 meses. Nota: en los niños solo se requiere uno de estos síntomas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Alteraciones del sueño.
D) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social u otras áreas importantes del funcionamiento.
E) La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) ni otra afección médica (ejemplo: hipertiroidismo).
F) La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (ejemplo: ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, etc.)

Evaluación.

Al igual que en el trastorno de depresión, se recomienda alentar al adolescente para que platique del problema con aquellos que puedan ayudar de manera activa en la solución y presentarle la opción de acudir con un profesional de la salud para que sea evaluado y tratado de forma apropiada.

Respecto a la entrevista, se recomienda iniciar con el adolescente y después con sus padres, pidiéndoles que describan a detalle las situaciones que tengan que ver con los síntomas (de acuerdo con los criterios mencionados en el cuadro clínico) teniendo en cuenta que la ansiedad o preocupación se encuentra relacionada principalmente con su rendimiento escolar, su familia y/o los deportes que practican (Cárdenas *et al.*, 2010b). No obstante, la CENETEC (2015) sugiere llevar a cabo una detección oportuna al observar y elaborar preguntas simples a los adolescentes que refieran indicios de trastorno de ansiedad generalizada; así como aplicar escalas de tamizaje, examen físico e identificar factores de riesgo para saber si requiere una intervención primaria que fortalezca su red social y promueva un estilo de vida saludable o una intervención de segundo nivel para su apoyo emocional y control de síntomas mediante planes especializados.

En la tabla 9 se muestran algunos de los instrumentos validados en población mexicana para evaluar la ansiedad.

Tabla 9. Instrumentos para la evaluación de la ansiedad en México. Calleja, 2011.

Instrumento	Autores	Objetivo	Descripción
Cuestionario de ansiedad cognoscitivo-somática	Zanatta (2001). Basado en Schwartz, Davidson y Goleman (1978).	Evaluar alteraciones de pensamiento que se presentan en situaciones percibidas como una amenaza	14 afirmaciones. $\alpha = 0.83$ y 0.80 Varianza total 50.2%

Escala de Ansiedad	Cañizales (1994).	Evaluar la respuesta de nerviosismo o agitación asociadas comúnmente con algún acontecimiento del futuro.	24 afirmaciones. Confiabilidad oscila $\alpha = 0.80$ y 0.83 Varianza total 46.8%
Escala de preocupación emocionalidad	Valderrama, Fernández, Martínez y Zepeda (1994). Basada en Morris <i>et al.</i> (1981).	Evaluar los elementos cognoscitivos que se presentan ante la ansiedad, pensamientos que suceden cuando la persona se encuentra ante alguna tensión.	9 afirmaciones. $\alpha = 0.81$. Varianza total 54.4%
Escala de síntomas de malestar psicológico (STR)	Mora, Natera y Andrade (1994). Basada en Kellner y Sheffield (1973).	Explorar la presencia de rasgos psicopatológicos en la práctica clínica, y de síntomas somáticos, depresivos y de ansiedad en la población general. Detecta los cambios en el estado clínico de un paciente.	27 síntomas. $\alpha = 0.93$. Varianza total 52.6%
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Robles, Varela, Jurado y Páez (2001).	Evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. Se puede utilizar en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como normal.	21 síntomas. $\alpha = 0.83$ Varianza total 46.3%
Índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI)	Jurado (2002). Basado en Donnell y McNally (1989) y Sandín, Chorot y McNally (1996).	Evaluar la sensibilidad a la ansiedad, considerada como una serie de síntomas que pueden generar resultados dañinos.	16 afirmaciones. $\alpha = 0.87$
Escala de ansiedad y depresión en el hospital (HADS)	Villegas (2004). Basado en Zigmond y Snaith (1983).	Evaluar la presencia y severidad de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por enfermedades de diversa índole. No distingue entre diferentes tipos de ansiedad y depresión.	11 afirmaciones. $\alpha = 0.78$ Varianza total 44%

Tratamiento.

Existen diversos tratamientos, uno de ellos es el farmacológico con los ansiolíticos que se muestran en la tabla 10; principalmente, los IRSN han mostrado ser bien tolerados y efectivos en el tratamiento del TAG en adolescentes (Cárdenas *et al.*; 2010b; Heinze y Camacho, 2010b).

Tabla 10. Tratamiento farmacológico para la ansiedad (Cárdenas *et al.*, 2010a; Pérez, 2017).

Mecanismo de acción	Grupo	Ansiolítico	Dosis inicial - máxima
Inhibidor Selectivo de la recaptación de serotonina	ISRS	Fluoxetina	10-60 mg / día
		Paroxetina	10-50 mg / día
		Sertralina	25-200 mg / día
		Fluvoxamina	50-200 mg / día (4.7 mg / kg / día en niños de 8-12 años; 3.1 mg / kg / día en adolescentes de 12-17 años)
Inhibidor de la recaptación de la serotonina y norepinefrina	IRSN	Venlafaxina	37.5-225 mg / día
		Duloxetina	30-120 mg / día
Inhibidor de la recaptación de la dopamina y norepinefrina	IRND	Bupropión	150-300 mg / día

De igual manera que en la depresión, Hernández *et al.* (2010) sugieren que la psicoeducación se puede iniciar como intervención de primer nivel de atención; en la cual, el objetivo es que el adolescente comprenda qué es la ansiedad, pueda identificar sus síntomas que presenta y aprenda a reconocer las fuentes de su preocupación, como aquellos pensamientos que le provocan emociones desagradables.

Se recomienda que los adolescentes reciban terapia cognitivo-conductual, debido a que es un modelo de psicoterapia estructurado para diversos trastornos mentales basado en la evidencia, cuyo objetivo es que la persona cambie sus pensamientos, emociones, respuestas fisiológicas y comportamientos por otros que sean más adaptativos y le ayuden a combatir sus problemas (Puerta, 2011) al aprender habilidades nuevas ante las situaciones que les provoca

ansiedad, por ejemplo: las técnicas de relajación proporcionan buena respuesta (Cárdenas *et al.*, 2010b). Las sesiones pueden ser individuales o grupales durante un plazo aproximado de cuatro meses; es decir, entre doce a veinte sesiones durante las cuales el objetivo es aprender y fortalecer nuevas habilidades para las problemáticas específicas que manifiesta el adolescente (CENETEC, 2009, Hernández *et al.*, 2010).

Finalmente, entre las psicoterapias que han demostrado eficacia, se encuentra la terapia cognitivo-conductual (ANM, 2015), además, este tratamiento psicológico está validado empíricamente para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Hernández-Guzmán *et al.*, 2010) y ha resultado ser igual de efectiva que el tratamiento farmacológico en niveles leves y moderados de sintomatología ansiosa, mostrando mejoría a largo plazo en conjunto con farmacoterapia (Heinze y Camacho, 2010b), por este motivo en el capítulo V se describen algunas de las técnicas de este enfoque como complemento de los posibles tratamientos.

Capítulo 5. ENFOQUE COGNITIVO

Antecedentes de la Terapia Cognitiva

Contrario a lo que se cree, la psicología cognitiva se originó antes de los años sesenta como disciplina de la psicología experimental con Bartlett (1932) y de la psicología evolutiva con Piaget (1951); siendo a mediados de los años cincuenta cuando la revolución cognitiva y diversas influencias de la teoría de la información de Shannon y Weaver (1949), la teoría de la cibernética de Wiener (1948), la teoría de la comunicación de Laswel (1948), la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1950) y del desarrollo de los ordenadores, reconstruyeron la psicología cognitiva concibiendo al ser humano como un procesador activo de su experiencia y se logró combinar un modelo terapéutico cognitivo-conductual más elaborado que ha demostrado su eficacia (Yapko, 2006).

Ahora bien, Camacho (2003) señala que, aunque la psicología cognitiva sustentó principios básicos debido a los procesos que estudia (memoria, procesamiento de la información, concentración, formación de conceptos, etc.), la psicoterapia cognitiva desarrolló métodos específicos a partir de esos principios, lo cual permitió que fuesen aplicados en las distintas problemáticas que presentan las personas con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Uno de los antecedentes conceptuales más antiguos de la psicoterapia cognitiva según Ruiz *et al.* (2002) proviene de la filosofía estoica (350 a.C.-180 d.C.), la cual fue fundada por el griego Zenón quien consideró que para alcanzar la felicidad es necesario gobernar los estados emocionales a través del autodomínio, consideración defendida por algunos romanos como Séneca, Cicerón y Marco Aurelio. Además, el griego Epicteto señala en su obra "Enchiridion", que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por los sucesos mismos (González *et al.*, 2017).

La psicoterapia cognitiva surgió de dos sectores cuyos principales exponentes provenían del psicoanálisis: Albert Ellis (1962) y Aaron Beck (1967) quienes se apartaron del enfoque

psicoanalítico debido a que no aportaba evidencia empírica relevante y por lo cual dieron mayor auge a la investigación, comprobación y validación de las teorías mediante la práctica (Camacho, 2003). Fue así como Albert Ellis (1955) desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) revolucionando el papel del terapeuta, cuya actitud debía ser activa y directiva, sustituyendo la escucha pasiva por el diálogo con la persona y cuyo objetivo principal es intervenir para que la persona identifique sus pensamientos irracionales o disfuncionales y darle asistencia para que los reemplace por otros pensamientos más racionales o eficientes; es decir, la TREC hace énfasis en la reestructuración cognitiva (Ellis y Grieger, 1990; Cabezas y Lega, 2006).

Por otra parte, Beck (1979) desarrolló una psicoterapia eficaz para el tratamiento de la depresión; hablando de manera estricta, fue así como la terapia cognitiva surgió y “sus modelos de intervención terapéutica destacan la influencia del pensamiento sobre las emociones” (González *et al.*, 2017). De esta manera, Ellis y Beck fueron pioneros en la terapia cognitivo-conductual (TCC); sus modelos han demostrado eficacia en el abordaje de diversos trastornos psicológicos (Echeburúa *et al.*, 2010; Fullana, De la Cruz *et al.*, 2012; Korman, 2013; Camacho-Mata *et al.*, 2015). De manera general el enfoque cognitivo-conductual ha demostrado que la práctica de sus técnicas ayuda a promover la disminución en la sintomatología depresiva, ansiosa y de afecto negativo (Gross *et al.*, 2006).

El segundo sector de donde surgió la terapia cognitiva fue el del conductismo, entre los autores más destacados se encuentra el trabajo realizado en 1969 de Bandura y Meichenbaum y el de Lazarus en 1971, cuyo aporte principal fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el ser humano y su medio ambiente (Camacho, 2003).

Uno de los conceptos principales de la terapia cognitivo-conductual es el significado que se le da a un acontecimiento; en este sentido, Beck definió a la cognición como cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico que está basado en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Por lo tanto, las cogniciones se encuentran subordinadas a los esquemas que ya posee la persona, es decir, la construcción mental de la experiencia que refleja

simultáneamente el mundo real de los objetos y hechos siempre cambiantes. La terapia cognitivo conductual incorpora procedimientos de modificación de conducta y emociones mediante la reevaluación de las pautas automáticas del pensamiento, el cual ha llevado a la persona a una conducta determinada que resulta desadaptativa para el contexto en el que se encuentra, por lo cual debe reaprender nuevas formas de respuesta adaptativas para disminuir su malestar, ya que los patrones irracionales y disfuncionales son los causantes de una falsa interpretación (Hernández y Sánchez, 2007; Ruiz *et al.*, 2002).

En resumen, el objetivo de la terapia cognitivo conductual es utilizar una serie de estrategias que proporcionen a la persona las técnicas necesarias para reformular las cogniciones distorsionadas que existen y, a su vez, modificar las conductas que se desencadenan, logrando así la conjunción entre las técnicas cognitivas y las conductuales para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Técnicas Cognitivo-Conductuales

De acuerdo con Mahoney y Arnoff (1978) la división general de estas técnicas consiste en: (a) técnicas enfocadas en ayudar a la persona a reinterpretar la realidad de una manera más objetiva y racional, (b) técnicas centradas en generar mayores habilidades cuando la persona se enfrenta a un problema y (c) técnicas enfocadas en modificar la manera en que se aborda un problema. A continuación, se describirán brevemente algunas de las características de cada una de estas técnicas.

Terapia racional emotiva conductual (TREC).

La TREC es mejor conocida como la teoría ABC del pensamiento irracional; como se muestra en la figura 2, donde la A representa los acontecimientos, recuerdos u otros pensamientos activadores de C (consecuencias que se dan a nivel emocional, cognitivo y conductual). Ya que los activadores se entrelazan con B (las creencias) y con C (consecuencias), esto sugiere que los

seres humanos nunca experimentan los activadores (A) sin las creencias (B) aunadas a ellos o sin las consecuencias (C) afectivas, cognitivas y conductuales (preferencias, deseos, motivaciones, perturbaciones). El proceso de esta técnica se basa principalmente en reconocer las creencias irracionales (Ci) y sustituirlas de manera activa por creencias racionales preferenciales (no demandantes o absolutistas) para ayudar a la persona a al minimizar disturbios conductuales, emocionales y conductas autoderrotistas (Ellis, 1980; Ellis y Grieger, 1990; Lega, *et al.*, 2002; Ruiz *et al.*, 2012).

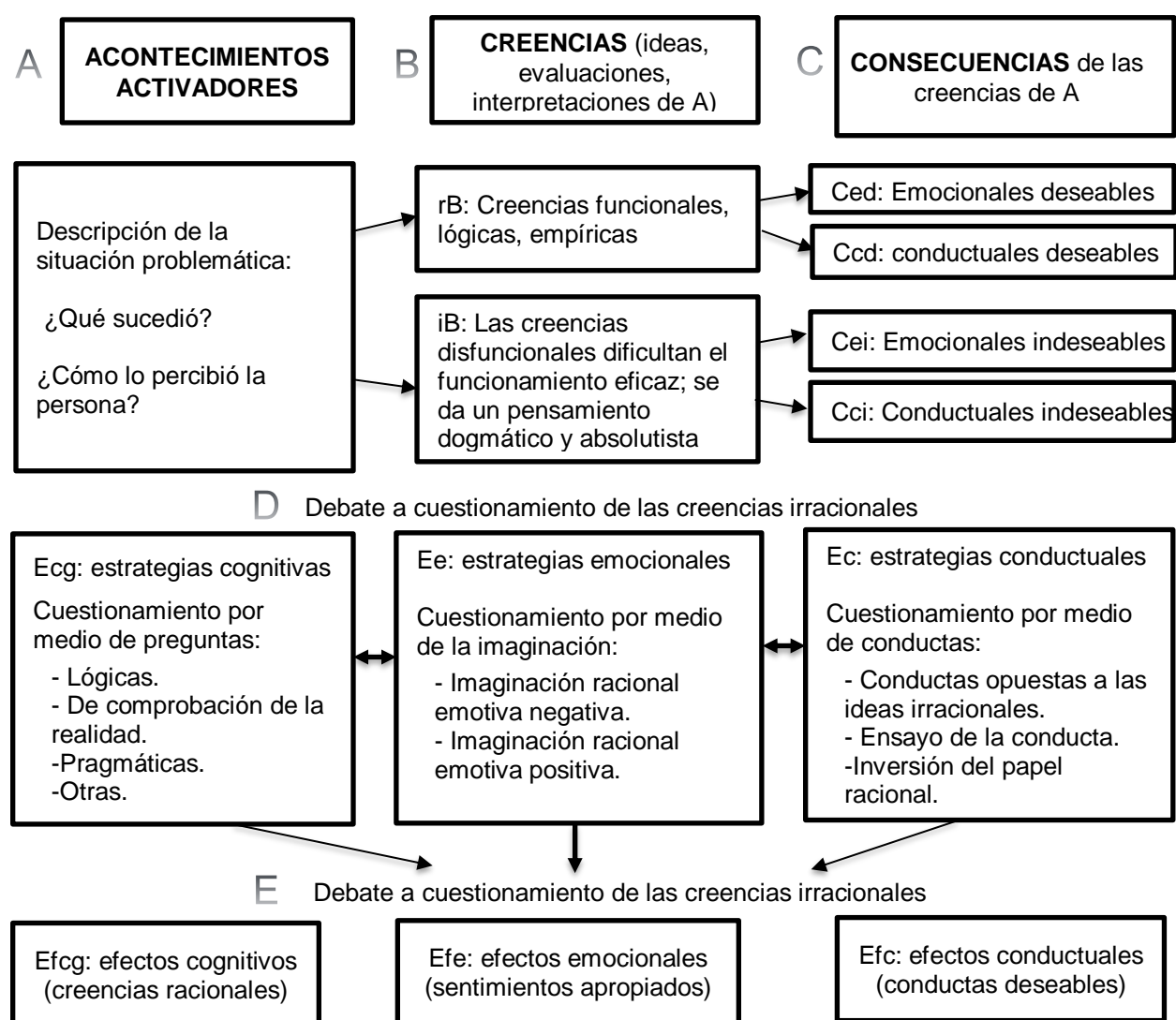


Figura 2. Modelo ABC de la terapia racional emotivo-conductual (Lega *et al.*, 2002).

Terapia Cognitiva

Para Cabezas *et al.* (2006), la Terapia Cognitiva de Aaron Beck ha tenido gran difusión y reconocimiento debido a su enfoque en las perturbaciones emocionales que conciernen a la depresión y ansiedad y cuyo trabajo se basó principalmente en su modelo de depresión publicado en 1979, y posteriormente desarrollaría para los problemas de ansiedad teniendo en cuenta:

1. Triada cognitiva, se conforma de tres patrones cognitivos inadecuados: visión negativa acerca de sí mismo, tendencia a interpretar negativamente el mundo y visión negativa sobre el futuro.
2. Esquemas, son las actitudes o creencias que tiene la persona, las cuales le ayudan a transformar la información que percibe de su ambiente y es así como va desarrollando cogniciones adecuadas o inadecuadas (pensamientos automáticos negativos)
3. Errores cognitivos, son las formas en las que se procesa la información percibida, también llamados distorsiones cognitivas (Beck, 1979; Camacho, 2003; Camacho-Mata *et al.*, 2015).

En este sentido, una de las grandes aportaciones de esta técnica fue identificar las distorsiones cognitivas de: a) inferencia arbitraria, se saca una conclusión sin evidencia que apoye a esta misma o cuando inclusive sea contraria a la conclusión dada; b) abstracción selectiva: centrarse en un detalle sin contextualizarlo, conceptualizando su experiencia en base a una sola parte de la realidad; y c) generalización excesiva: elaborar una regla o conclusión a partir de hecho aislados, aplicándolas a diferentes situaciones que no se relacionan entre sí; d) maximización y minimización: disminuir o incrementar el grado de importancia a un suceso o conducta y distorsionándolo en dicho proceso; e) personalización: tendencia de la persona para atribuirse a sí mismo situaciones externas, aunque no exista tal conexión; y f) pensamiento absolutista-dicotómico: tendencia a clasificar en categorías opuestas sin considerar puntos intermedios (Beck, *et al.* 1979, Clark y Beck, 2010 ; Camacho, 2003; Cabezas *et al.*, 2006).

Finalmente, para Beck (2006) el objetivo de la terapia cognitivo conductual es poner a prueba las creencias falsas que son desadaptativas y el tratamiento consiste en un aprendizaje dirigido a controlar los pensamientos automáticos negativos, detectar las cogniciones erróneas, identificar la relación entre cognición, afecto y conducta; al examinar las evidencias en a favor y en contra de los pensamientos distorsionados, aprendiendo a identificar las creencias falsas y sustituirlas por cogniciones realistas (Yapko, 2006).

Técnicas de Relajación

El origen de estas técnicas se sitúa en la cultura oriental, para Ruiz *et al.* (2012) dentro de la terapia cognitivo conductual “el entrenamiento de relajación autógena Schultz y el entrenamiento de relajación progresiva Jacobson, son dos de los procedimientos estructurados que han cobrado mayor relevancia y aplicación” (p. 253), por lo tanto, forman parte de algunas de las técnicas más utilizadas en intervenciones psicológicas, ya que como se mencionó anteriormente, su aplicabilidad es muy diversa y los trastornos o problemas que no se pueden beneficiar son muy pocos. En este sentido, el objetivo de estas técnicas reside en reducir el estado de activación fisiológica; sin embargo, también se afectan procesos emocionales, cognitivos y conductuales.

Además, se afirma que la reducción de la activación que se produce en el organismo produce beneficios sobre la salud y equilibrio mental general de la persona cuyos cambios más significativos se encuentran mediados por el sistema nervioso autónomo a través de la división simpática regula las funciones de alerta y defensa como la temperatura del cuerpo, el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria, la circulación de la sangre y la tensión en el sistema musculoesquelético, entre muchas otras. A través de la división parasimpática regula funciones de ahorro y reposo ayuda a disminuir el consumo de oxígeno, la presión arterial y los niveles de hormonas del estrés como la cortisona. Adicionalmente, el sistema nervioso puede disminuir su actividad general y mostrar un incremento de algunos neurotransmisores como la serotonina,

induciendo de esta forma sensaciones de tranquilidad y alegría que asociadas a la disminución del tono muscular (distensión), inducen relajación muscular (Ruiz *et al.*, 2012).

Terapia Autógena.

La terapia autógena fue propuesta por el neurólogo Schultz (1926). Su enfoque psicofisiológico se compone de técnicas y métodos psicoterapéuticos que estimulan el proceso de capacidades autorreguladoras del ser humano a partir de un entrenamiento que se focaliza en la concentración pasiva del cuerpo, la emoción y su experiencia. Esta terapia se basa más en el proceso que en la meta, de forma que la obtención de los objetivos terapéuticos son la consecuencia de llevar a cabo adecuadamente el proceso atencional (Grau y Martín, 2004). El entrenamiento autógeno es una técnica básica fundamental de las estrategias de relajación y es una de las más utilizadas en psicoterapia que debe ser enseñada o supervisada por un profesional de la salud mental para facilitar el proceso de práctica (sugestión) en el que la persona tenga la oportunidad de desarrollar sus procesos autorreguladores (Abuín, 2016).

De acuerdo con Luthe y Blumberger (1977), los procesos autorreguladores se componen de: 1) concentración pasiva, que consiste en la focalización atencional de las sensaciones corporales sin una meta en sí; 2) aceptación pasiva, consiste en tener una actitud de observador a lo largo de la experiencia durante el entrenamiento, es decir, sin interferencia alguna y 3) práctica, la cual debe ser una concentración pasiva consistente con una frecuencia de por lo menos tres veces por día. Autores como Abuín (2016) señalan que su efectividad depende del contacto mental con el cuerpo según se vaya señalando la zona corporal, el mantenimiento continuo de las representaciones verbales, visuales o acústicas y la aceptación pasiva de las posibles descargas autógenas que lleguen a presentarse durante el entrenamiento; las cuales pueden ser motoras, sensoriales, afectivas, ideativas, auditivas, vestibulares, olfativas o gustativas. Finalmente, el entrenamiento autógeno es un mecanismo que se relaciona con las representaciones mentales y las consecuencias motoras de relajación que se obtienen de la serie

de ejercicios graduales mediante instrucciones verbales de concentración pasiva en las sensaciones corporales de: 1) peso (relajación muscular), 2) calor (relajación vascular), 3) ritmo cardiaco (regulación cardíaca), 4) respiración (control de la respiración), 5) región abdominal (regulación de órganos abdominales) y 6) frescor en la frente (regulación de la región cefálica). Se recomienda repetir esta serie de ejercicios 6 veces durante alrededor de un minuto y medio, este tiempo se puede ir alargando conforme la persona se sienta cómoda. Cada ejercicio se debe practicar tres veces al día; para lograr una relajación automática, se requieren de cuatro a diez meses de práctica diaria (Grau y Martín, 2004).

Relajación muscular progresiva

Ruiz *et al.* (2012) señalan que a diferencia del método de Schultz, la relajación muscular progresiva de Edmund Jacobson, es una técnica de retroalimentación biológica que disminuye la activación fisiológica ante situaciones que generen ansiedad o estrés que conllevan altos niveles de tensión en la persona; por lo cual es un método que estriba en tensionar y relajar varios músculos de manera secuencial; de manera que busca enseñarle a la persona a que aprenda a discriminar entre un estado de tensión y uno de relajación muscular.

La relajación muscular progresiva se compone de tres fases: a) se tensan (10 seg.) y relajan (30 seg.) 16 grupos musculares: 1) mano y antebrazo dominantes, 2) brazo dominante, 3) mano y antebrazo no dominantes, 4) brazo no dominante, 5) frente, 6) ojos y nariz, 7) boca, 8) cuello y garganta, 9) pecho, hombros y parte superior de la espalda, 10) región abdominal estomacal, 11) muslo dominante, 12) pantorrilla dominante, 13) pie dominante, 14) muslo no dominante, 15) pantorrilla no dominante y 16) pie no dominante; con el fin de reducir su número con la práctica, b) ahora se revisan los grupos anteriores al reunirlos en ocho grupos y se tensan (10 seg.) y relajan (20-30 seg.) esto es posible a medida que se va desarrollando esta habilidad y c) finalmente se trabajan con cuatro grupos musculares tensando secuencialmente en un solo movimiento (los brazos y manos dominantes y no dominantes, tronco, cara y cuello, y piernas,

pies dominantes y no dominantes) y se comienza a trabajar cada grupo de músculos, mediante ejercicios de tensión-distensión, primero tensándolos durante cinco a diez segundos y después relajándolos en intervalos de diez a quince segundos (Jacobson, 1929, como se citó en Van-der, Quiles y Quiles, 2008 Ruiz *et al.*, 2012).

Terapia de solución de problemas sociales

La terapia de solución de problemas sociales de Nezu y D’Zurrilla (1999) sigue los principios de la teoría de del aprendizaje social desarrollada por Bandura en los años sesenta, la cual indica que las personas generalmente reaccionan de acuerdo con la valoración que realizan sobre algún acontecimiento; de tal forma que estas habilidades se refinan con la práctica y al mismo tiempo se pueden modificar dependiendo el contexto social en el que se encuentre inmersa. Para diferenciar este modelo de otras intervenciones como el entrenamiento de habilidades sociales, se define a la solución de problemas como “el proceso cognitivo conductual auto-dirigido, mediante el que un individuo, pareja o grupo de individuos intenta identificar soluciones efectivas para problemas específicos del día a día” (D’Zurrilla y Nezu, 2010; como se citó en Ruiz *et al.*, 2012, pp. 439).

De acuerdo con D’Zurrilla y Nezu (Ruiz *et al.*, 2012, pp. 450-453) las fases de entrenamiento en solución de problemas son: 1) orientación hacia el problema, desarrollo de una actitud positiva hacia la situación-problema, fomentar creencias de autoeficacia, habilidades del reconocimiento de problemas, percibir la vida como un proceso de aprendizaje y reconocer los problemas como oportunidades, 2) definición y formulación del problema, recopilación de la información relevante del problemas mediante hechos y no interpretaciones o procesos de razonamiento emocional (distorsiones cognitivas) para clarificar el problema y posteriormente establecer metas realistas, cuyo proceso genera que la persona reevalúe el significado del problema, lo comprenda y lo defina de manera más acertada, 3) generación de alternativas de solución, proposición de numerosas y diversas soluciones alternativas al problema aplazando los

juicios de viabilidad, 4) toma de decisiones, valoración e integración de las alternativas generadas para escoger tres o cuatro opciones que se analizarán a detalle (ventajas y desventajas) anticipando sus posibles y elegir la que lleve a la solución más adaptativa; sin embargo, aunque el análisis costo-beneficio suele ser el más empleado, existirán otros factores subjetivos a tener en cuenta y 5) implementación de la solución y verificación, se pone en marcha la solución y se establece un plan de acción (pasos y recursos necesarios) que se implementa de manera progresiva.

Al mismo tiempo, hay que considerar que existen dos tipos de orientación al problema: positiva y negativa que generan un tipo de afecto; en este sentido, la solución de problemas proporciona estrategias para cambiar a una orientación positiva del problema, dirigiendo los recursos de la persona hacia el análisis y confrontación de problema en lugar de evitar el problema. En cuanto a los estilos de solución de problemas, se refiere al tipo de actividad (cognitivo-conductual) que la persona realiza para afrontarlo e igualmente puede ser positivo o adaptativo o negativo o disfuncional; de esta manera, el estilo positivo se considera racional y los estilos negativos que conducen a la desadaptación son el estilo impulsivo- descuidado y evitativo (D'Zurrilla y Nezu, 2010 como se citó en Ruiz *et al.*, 2012)

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento se dividen en dos tipos: el afrontamiento enfocado en la solución del problema y afrontamiento enfocado en la emoción como se muestra en la figura 3; en el primer tipo, el esfuerzo se dirige a la búsqueda de una solución satisfactoria, su modificación y/o eliminación de la fuente que ha causado el problema. Este tipo de afrontamiento se divide en las estrategias: resolución de problemas, describe el esfuerzo que se enfoca en alterar la situación (principalmente el entorno); confrontativo, el esfuerzo hace referencia al interior de la persona y sugiere cierto grado de agresividad o riesgo y el apoyo social, donde el esfuerzo se pondrá en la búsqueda de más información y soporte emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

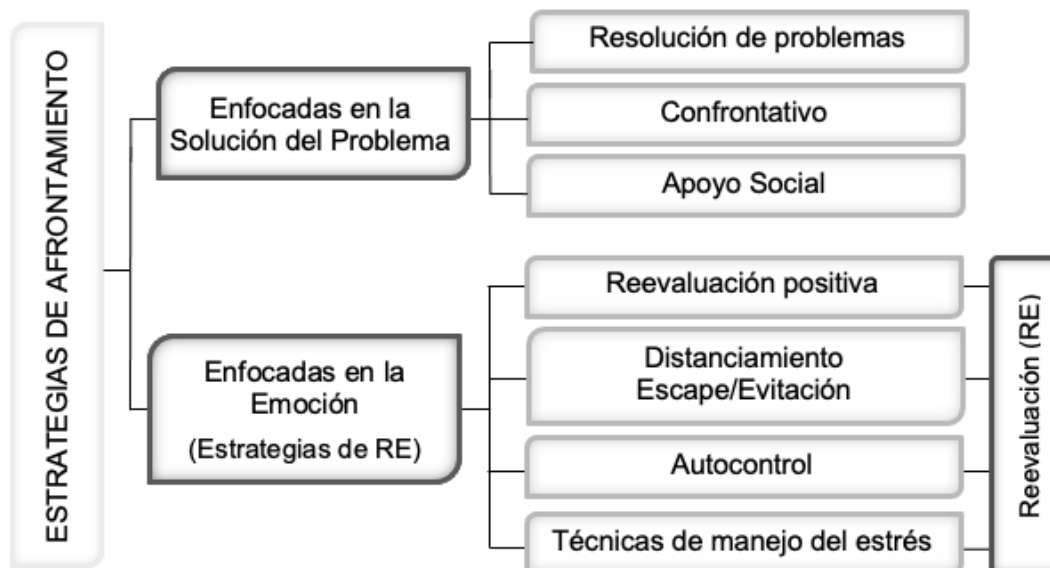


Figura 3. Estrategias de afrontamiento (tomado y adaptado de Lazarus y Folkman, 1986; Garnefski y Kraaij, 2010).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción son: a) Reevaluación positiva, es el esfuerzo de crear un sentido positivo al enfocarse en su crecimiento personal, b) Distanciamiento / Escape-Evitación, es el esfuerzo cognitivo por alejarse al minimizar la situación, c) Autocontrol, esfuerzo por regular los sentimientos y acciones propios y d) Técnicas de manejo de estrés, como la relajación, retroalimentación biológica, meditación, inoculación del estrés, entre otras; las cuales permiten a la persona moderar su reacción ante la experiencia que les genera estrés, que al poseer esta capacidad puede reducir a su vez reacciones de ansiedad y aumentar su sentido de autoeficacia (Lazarus y Folkman, 1986).

Finalmente, este tipo de estrategias enfocadas en la emoción constituyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de malestar emocional, modificando la manera de vivir la situación sin cambiarla objetivamente (reevaluación), lo cual coincide con lo que ahora se conoce como regulación emocional. No obstante, ya sea que se denominen estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción o estrategias de regulación emocional, la importancia se

refleja en el manejo adecuado de emociones asociadas a estímulos estresantes y la capacidad de ajustar metas y acciones bajo condiciones cambiantes del entorno (Garnefski y Kraaij, 2010).

El enfoque cognitivo relacionado con la depresión y ansiedad

El enfoque cognitivo considera que la depresión y ansiedad son resultado de etiquetar la situación de manera “alterada”, lo cual lleva a la persona a realizar una interpretación catastrófica o negativa del evento; sin embargo, esta se puede reelaborar por medio de estrategias de afrontamiento (Gantiva *et al.*, 2010).

De acuerdo con Nezu (1986), la patogénesis de la depresión está centrada en las pequeñas experiencias negativas a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento de solución de problemas con los que cuente la persona; ya que es más probable que la depresión se presente cuando existan déficits de estas habilidades por lo que conducirán a un afrontamiento ineficaz. El modelo de esta teoría apunta a que el entrenamiento de estas habilidades disminuye la sintomatología depresiva.

La terapia de solución de problemas es una intervención psicológica estructurada, breve y centrada en el aprendizaje para afrontar problemas específicos (CENETEC, 2015), se encuentra ubicada bajo el enfoque cognitivo-conductual que propone aumentar la capacidad que tiene la persona para enfrentar problemas cotidianos crónicos o acontecimientos traumáticos; sus objetivos son: a) adopción de una visión adaptativa hacia los problemas de la vida (problemas como situaciones vitales normales), y b) implantar conductas concretas de solución de problemas; con el fin de reducir problemas de salud mental y física, algunos de los problemas en los que ha demostrado tener eficacia para el tratamiento son: depresión, ansiedad, trastornos emocionales, ideación suicida, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, infarto, dolor de espalda, lesiones cerebrales traumáticas, entre otros (Nezu *et al.*, 2014).

Se calcula que entre el 60% al 80% de las personas con depresión mayor responden a tratamientos farmacológicos y a psicoterapias (terapia cognitiva de Beck, terapia de conducta,

terapia interpersonal, entre otras) para tratarla, las cuales enseñan a la persona en cuestión a mejorar su capacidad para resolver problemas (Nezu *et al.*, 1989). La técnica de solución de problemas se enfoca en manejar los déficits en las habilidades de solución de problemas; al respecto, Nezu (1986) señala que es menos probable que las personas se depriman cuando poseen las destrezas necesarias para resolver su problemas interpersonales o sociales, convirtiendo a esta terapia en una modalidad psicológica de intervención útil para el tratamiento de depresión (Ruiz *et al.*, 2012).

Actualmente, hay dos formas de la terapia de solución de problemas (TSP), la primera es administrada en un contexto de salud mental especializados con alrededor de 12 sesiones, y la segunda está diseñada para ser aplicada en atención primaria con alrededor de 6 sesiones; ambas formas están basadas en el modelo propuesto por Nezu y D'Zurilla y desarrollado por Nezu y Perri (1989), además, la segunda versión es una adaptación del modelo fácil de aplicar por médicos o enfermeras que no tienen entrenamiento en salud mental (Areán, 2000).

Respecto a la ansiedad, Barlow y Durand (2005) afirman que es un estado de ánimo caracterizado por afecto negativo, aprensión respecto al futuro y síntomas de tensión en el cuerpo; además, hay factores ambientales que influyen en su mantenimiento, el modelo cognitivo indica que existente vulnerabilidad psicológica en aquellos que la presentan, ya que interpretan de manera negativa o catastrófica, sobrevaloran el peligro y subestiman sus habilidades para afrontar la situación que se les presenta, siendo una característica central de la ansiedad, la alta activación emocional. En este sentido, las personas con síntomas de ansiedad tienden a tener un mayor uso de la estrategia de evitación emocional en situaciones poco amenazantes; ya que existe un temor implícito de su experiencia con las emociones “negativas” por su poca tolerancia ante ellas y su falta de control de los estresores, las cuales resultan molestos o hasta excesivos, por lo que buscan un control externo, cuya característica de las personas con ansiedad es la evitación ante la pérdida de control, lo que a su vez mantiene este trastorno (Gantiva *et al.*; 2010).

De acuerdo con Bisquerra (2003), la investigación psicopedagógica ha prestado atención a los factores de riesgo pero recientemente también se ha centrado en los factores protectores debido a tres hallazgos: a) es muy raro que un factor específico de riesgo incida en un único comportamiento que se encuentra desajustado, lo que explica hasta cierto punto la comorbilidad entre problemas de salud mental, b) el desajuste se asocia con múltiples factores de riesgo y c) el conjunto de factores protectores se puede relacionar con múltiples formas de desajuste. Además, existen dos categorías de factores protectores: 1) personales, los cuales son factores preventivos tales como las competencias sociales y emocionales, ya sean habilidades sociales, habilidades de solución de problemas, habilidades de comunicación efectiva, entre otras y 2) ambientales, las cuales favorecen el desarrollo social y emocional de la persona como el comportamiento apropiado de los padres, actividades sociales, compromiso fuerte con al menos un adulto, entre otros (Sánchez y Cohen, 2020).

Así mismo, la evidencia señala la necesidad de una prevención que si bien es inespecífica, incida en situaciones múltiples como trastornos mentales, consumo de drogas, violencia, etc.; ya que los jóvenes que experimentan un mayor bienestar personal, al sentirse apoyados y competentes, tienen menor probabilidad de exhibir comportamientos de riesgo, y en su lugar, tienden a superar las adversidades, cuidar de sí mismos, de los demás, mantienen “buena” salud y un “buen” rendimiento académico (Bisquerra, 2003).

Finalmente, existe una correlación negativa entre las habilidades de solución de problemas y algunos problemas de salud mental como lo son la depresión y la ansiedad (Galindo-Vázquez *et al.*, 2016), lo cual indica que a mayor habilidad en solución de problemas, menor sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa y viceversa.

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema y justificación

La prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad ha continuado en aumento y se han colocado como algunos de los problemas más frecuentes de salud mental en México (OPS, 2009; OPS, 2017a, 2018a), cuyas repercusiones durante la adolescencia pueden acentuarse debido a que es una faceta vulnerable llena de contradicciones debido a los cambios simultáneos que se presentan en sus diferentes ámbitos volviéndolo susceptible a alteraciones en sus relaciones interpersonales o rendimiento escolar (González, 2001; Martínez, 2005; UNICEF, 2011; Cárdenas *et al.*, 2010a; Sánchez y Cohen, 2020; OMS, 2021).

Actualmente, la depresión tiene una prevalencia de 4.2% en México (OPS, 2017a), y es la cuarta causa de enfermedad y discapacidad entre los 15 a 19 años y la decimoquinta en adolescentes de 10 a 14 años (OMS, 2020b); mientras que los síntomas de ansiedad tienen una prevalencia de 3.6 en México (OPS, 2017a) y presentan una proporción mujer-hombre de 2:1 en población general (Cárdenas *et al.*, 2020) y de 3:1 en adolescentes (Sánchez y Cohen, 2020). Debido a su prevalencia, estas sintomatologías son un problema de salud mental serio que puede llevar a las personas al suicidio y a su vez, los trastornos de ansiedad y depresión son responsables del mayor riesgo que se atribuye a los trastornos mentales para la ideación e intento suicida (Wagner *et al.*, 2012).

De acuerdo con los motivos anteriores, el propósito de este estudio fue identificar las diferencias estadísticamente significativas entre las categorías sociodemográficas, así como analizar la asociación a nivel predictivo entre la sintomatología depresiva y ansiosa con el afecto positivo, afecto negativo, las estrategias de regulación emocional y los estilos de solución de problemas; en particular, la parte funcional a nivel cognitivo, emocional y conductual se asocia al decremento de las sintomatologías mencionadas, lo cual contribuye a una mayor estabilidad emocional durante la adolescencia y muy probablemente en los años subsecuentes de su adultez.

Pregunta de investigación

¿El afecto negativo, afecto positivo, estrategias de regulación emocional y estilos de solución de problemas predicen los síntomas de depresión y ansiedad en un grupo de adolescentes mexicanos?

Objetivo general.

Determinar un modelo predictivo de los síntomas de depresión y ansiedad a partir del afecto positivo, afecto negativo, estrategias de regulación emocional y estilos de solución de problemas en un grupo de adolescentes mexicanos.

Objetivos específicos

- 1) Identificar la frecuencia de la sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes.
- 2) Comparar el nivel de sintomatología depresiva y ansiosa por sexo.
- 3) Identificar si existe relación entre el afecto negativo, afecto positivo, las estrategias de regulación emocional, estilos de solución de problemas con los síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes.
- 4) Identificar qué variable psicológica independiente posee el mayor nivel de potencia predictiva para determinar el nivel de sintomatología depresiva.
- 5) Identificar qué variable psicológica independiente posee el mayor nivel de potencia predictiva para determinar el nivel de sintomatología ansiosa.

Hipótesis

El afecto positivo y/o afecto negativo serán las variables psicológicas que tendrán la mayor potencia predictiva de la sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa en los adolescentes mexicanos.

Hipótesis específicas

H1) Existirá una mayor frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad estadísticamente significativos en adolescentes.

H2) El nivel de síntomas de depresión y ansiedad será mayor en el grupo de adolescentes mujeres en comparación con el grupo de hombres.

H3) Existirá relación entre el afecto negativo, afecto positivo, las estrategias de regulación emocional, estilos de solución de problemas, con los síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes.

H4) El afecto posee la mayor potencia predictiva para determinar el nivel de síntomas de depresión en adolescentes.

H5) El afecto posee la mayor potencia predictiva para determinar el nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.

Diseño de investigación

El diseño de investigación fue no experimental, transversal y correlacional-causal (Hernández *et al.*, 2014); transversal debido a que se recolectaron los datos en un único momento; correlacional-causal porque buscó analizar las relaciones asociadas a los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, conformando modelos predictivos a partir de las variables afecto positivo, afecto negativo, estrategias de regulación emocional y solución de problemas, en adolescentes mexicanos de niveles de educación secundaria y preparatoria.

Muestreo

Se conformó una muestra no probabilística (Hernández *et al.*, 2014) integrada por 246 participantes adolescentes, estudiantes de secundaria y preparatoria de la alcaldía Coyoacán, en la CDMX.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión: estudiantes mexicanos de secundaria y preparatoria mayores de 10 años y menores de 20 años que hayan leído y firmado el asentimiento informado, aceptando formar parte del estudio de investigación de manera voluntaria.

Criterios de exclusión: adolescentes con deficiencias sensoperceptivas como debilidad visual y/o auditiva que les impidiera contestar la batería psicológica.

Criterios de eliminación: que durante el llenado de la batería psicológica el adolescente decida no continuar participando en la investigación.

Definición de variables

Variables dependientes

Síntomas de depresión.

Definición conceptual: manifestaciones subjetivas que pueden presentarse mediante señales a nivel cognitivo, somático y/o volitivo, las cuales pueden revelar una alteración del estado de ánimo; estos indicios pueden incluir tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, así como cansancio, impotencia hacia las exigencias de la vida, apatía, un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches, autoinculpación, autocastigo, trastornos vegetativos (anorexia, insomnio, disminución del libido), cambios en el nivel de actividad (retardo o agitación), pérdida de interés, baja autoestima y falta de concentración; además, se puede convertir en trastorno del estado de ánimo cuando la alteración resulta global (Beck, 1976; OMS, 2020; RAE, 2019).

Definición operacional: puntuación obtenida mediante el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición [BDI-II, por sus siglas en inglés] (Beck *et al.*, 2006). Nivel de medición intervalar, a= 0, b= 1, c= 2 y d= 3; el punto de corte establecido para población mexicana es de 10 puntos.

Síntomas de ansiedad.

Definición conceptual: son manifestaciones subjetivas exageradas que pueden presentarse mediante indicios displacenteros que predominan a nivel emocional, acompañados de manifestaciones somáticas a nivel fisiológico y conductual; que se relacionan con el nivel cognitivo (pensamientos catastróficos, pérdida de objetividad, etc.) ante un evento que se considere aversivo, impredecible o incontrolable que, aunque el daño no sea real, al estar condicionado por la experiencia, la persona anticipa que potencialmente podría amenazar sus intereses y propiciar resultados negativos e inciertos (Lega *et al.*, 1997; Clark y Beck, 2010; Cárdenas *et al.*, 2010b; RAE, 2019).

Definición operacional: puntuación obtenida mediante el Inventario de Ansiedad de Beck [BAI, por sus siglas en inglés] (Beck *et al.*, 1988); estandarizado en México por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Nivel de medición intervalar: a= 0, b= 1, c= 2 y d= 3; el punto de corte para población mexicana es de 10 puntos.

Variables independientes

Afecto positivo.

Definición conceptual: dimensión que incluye estados afectivos con valencia positiva, en donde a mayor AP la persona experimenta sentimientos de confianza, amor, entusiasmo, amistad, energía, afirmación, satisfacción, placer, unión, concentración; mientras que personas con bajo AP pueden experimentar fatiga, letargo, desánimo, melancolía, desinterés, tristeza, aburrimiento, soledad, y/o arrepentimiento (Sandín *et al.*, 2012; Robles y Páez, 2003).

Definición operacional: puntuación obtenida mediante la escala de Afecto Positivo de escala de afecto positivo y negativo (PANAS, por sus siglas en inglés); versión preliminar de PANAS-C de Laurent *et al.* (1999). Nivel de medición intervalar: a= 1, b= 2, c= 3, d= 4 y e= 5.

Afecto negativo.

Definición conceptual: dimensión que se caracteriza generalmente de estados afectivos de valencia negativa, por lo cual, personas con alto AN experimentan sentimientos de angustia, culpa, molestia, temor, aversión, desagrado, irritabilidad, pesimismo, ansiedad, insatisfacción, hostilidad, asco, quejas somáticas y/o pensamientos negativos hacia sí mismo o los demás; mientras que personas con bajo AN experimentan estados de calma, satisfacción, sociabilidad, energía y serenidad (Sandín *et al.*, 2012; Robles y Páez, 2003).

Definición operacional: puntuación obtenida mediante la escala de Afecto Negativo de la PANAS; versión preliminar de PANAS-C de Laurent *et al.* (1999). Nivel de medición intervalar: a= 1, b= 2, c= 3, d= 4 y e= 5.

Estrategia de regulación emocional.

Definición conceptual: conjunto de acciones para modificar, evitar, mantener, modular o inhibir la ocurrencia, intensidad o duración del proceso de las reacciones emocionales; que serán ejecutadas para conseguir objetivos o cumplir las metas propias (Eisenberg *et al.*, 2004; Thompson y Meyer, 2007; Sánchez, 2010).

Definición operacional: puntuación obtenida mediante el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) de Gross y John (2003). Nivel de medición intervalar: a= 1, b= 2, c= 3, d= 4 y e= 5.

Solución de problemas.

Definición conceptual: tipo de respuesta de afrontamiento que la persona realiza para manejar adecuadamente una situación que le resulta problemática (debido al desequilibrio que percibe entre lo que se le exige y las respuestas que tiene disponibles); por lo cual utiliza su habilidad para procesar la situación de manera cognitiva, afectiva y/o conductual, logrando disminuir o eliminar los obstáculos para alcanzar el objetivo propuesto (D'Zurilla y Nezu, 2007; Galindo Vázquez *et al.*, 2016).

Definición operacional: puntuación obtenida mediante el Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R); desarrollado por D'Zurrilla y Nezu (1990). Nivel de medición intervalar: a= 1, b= 2, c= 3, d= 4 y e= 5.

Variables antecedentes (sociodemográficas)

Edad:

Definición conceptual: cantidad de años cumplidos que la persona tiene desde su fecha de nacimiento hasta el momento de la realización del estudio (INEGI, 2021).

Definición operacional: definida por medio del número de años cumplidos. Nivel de medición intervalar.

Sexo:

Definición conceptual: condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres (INEGI, 2021).

Definición operacional: definida por la respuesta seleccionada. Nivel de medición nominal: 0= Hombre y 1= Mujer.

Etapas de adolescencia:

Definición conceptual: división didáctica del desarrollo en el que se encuentra el adolescente, debido a una agrupación de ciertas características físicas, cognitivas y emocionales, que pueden presentar variaciones rápidas e intensas (UNICEF, 2011; Blos, 1971).

Definición operacional: definido por la edad que poseen. Nivel de medición nominal: 0= Adolescencia Tardía (15 a 19 años) y 1= Adolescencia Temprana (10 a 14 años).

¿Con quién vive?:

Definición conceptual: personas con las que habita en su lugar de residencia.

Definición operacional: definida por las personas con las que habita en casa. Nivel de medición nominal: 0= Ambos padres y 1= Solo madre o solo padre.

Nivel de estudios:

Definición conceptual: etapa de estudios recibida en una institución pública o privada donde se enseña para que la persona adquiriera un conjunto de conocimientos determinados (INEGI, 2021).

Definición operacional: definida por medio de la institución en la que se hizo la aplicación de la batería. Nivel de medición nominal: 0= Preparatoria y 1= Secundaria.

Cantidad de hermanos:

Definición conceptual: persona(s) con la(s) que se tiene en común el mismo padre y/o madre o solo uno de ellos (RAE, 2021).

Definición operacional: definida por la respuesta seleccionada. Nivel de medición nominal: 0= Dos o más y 1= Uno o ninguno.

Instrumentos

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):** instrumento desarrollado por Beck *et al.* (2006); estandarizado en población mexicana por Jurado *et al.* (1998) y adaptado en población infanto-juvenil mexicana por Hernández-Guzmán *et al.* (2014); cuantifica la existencia de los síntomas de depresión de acuerdo con el DSM-V, evaluando su gravedad en adolescentes de 13 años o más, en población normal y clínica.

El BDI-II es una escala de auto informe tipo Likert compuesta por 21 ítems, en la cual la persona elige una de las cuatro respuestas posibles, que corresponden a un valor que oscila de 0 a 3 de acuerdo con la intensidad y frecuencia de la sintomatología depresiva durante las últimas dos semanas. El puntaje total oscila de 0 a 63 puntos y permite reconocer depresión mínima (0-9 puntos), depresión leve (10-16 puntos), depresión moderada (17-29 puntos) y depresión severa (30-63 puntos). Finalmente, el punto de corte establecido para población mexicana es de 10 puntos, con un índice total de confiabilidad de $\alpha = 0.89$ y varianza explicada del 43.69%; además,

esta escala se divide en dos factores: cognitivo-afectivo y el somático-vegetativo (Jurado *et al.*, 1998, Calleja, 2011, Hernández-Guzmán, 2014).

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** instrumento desarrollado por Beck *et al.* (1988); estandarizado en México por Robles *et al.* (2001); evalúa la severidad de sintomatología ansiosa en adolescentes de 13 años o más, en población normal y clínica. Es una escala de auto informe tipo Likert compuesta por 21 ítems, en la cual la persona elige una de las cuatro respuestas posibles, que corresponden a un valor que oscila de 0 a 3, de acuerdo con la intensidad y frecuencia de la sintomatología ansiosa durante la última semana.

El puntaje de severidad (0 a 63 puntos) reconoce ansiedad mínima (0 a 5 puntos), ansiedad leve (6 a 15 puntos) ansiedad moderada (16 a 30 puntos) y ansiedad severa (31 a 63 puntos). El punto de corte no se ha unificado; sin embargo, se establece en 10 puntos (Heinze y Camacho, 2010), con un índice total de confiabilidad de $\alpha = 0.83$ y una varianza explicada de 46.38%; esta escala se divide en cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y síntomas vasomotores (Robles *et al.*, 2001; Calleja, 2011).

- **Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS):** instrumento desarrollado por Watson *et al.* (1988) y adaptado para adolescentes y adultos mexicanos por Robles y Páez (2003). La versión preliminar de la PANAS-C de Laurent *et al.* (1999) fue adaptada para población mexicana infanto-juvenil por Hernández-Guzmán *et al.* (2014); esta escala enlista adjetivos asociados a sentimientos y emociones habituales en niños y adolescentes de 8 a 18 años. Es una escala de auto informe tipo Likert de 29 ítems, en la cual el adolescente elige una de las cinco respuestas posibles, que corresponden a un valor que oscila de 1 (Muy poco o nada) hasta 5 (Mucho) de acuerdo con la intensidad con que la ha sentido durante las últimas dos semanas. No posee punto de corte; sin embargo, en población general tiene una media de 33.9 (DE= ± 8.4) en afectividad positiva y una media de 18.7 (DE= ± 6.8) en afectividad negativa. Su índice de confiabilidad total de $\alpha = 0.88$ en adolescentes de 12 a 18 años y posee una varianza explicada

del 87.4 %; además, esta escala se divide en dos factores: afecto positivo y afecto negativo (Hernández-Guzmán *et al.*, 2014).

- **Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ):** instrumento desarrollado por Gross y John (2003), versión adaptada en español por Moreno-Jiménez y Garrosa (2006); adaptaciones menores por Hernández-Guzmán, *et al.* (2014). Esta escala evalúa dos tipos de estrategias de regulación emocional: supresión de la expresión emocional y reevaluación cognitiva. Es una escala de auto informe tipo Likert de 10 ítems, en la cual el adolescente elige una de las cinco posibles respuestas, que corresponderán a un valor que oscila de 1 (Muy poco o nada) hasta 5 (Mucho) de acuerdo con la intensidad con la que percibe.

Su confiabilidad test-retest es de $\alpha = 0.79$ para supresión y $\alpha = 0.72$ para reevaluación, con una varianza explicada 51.7%; además, esta escala se divide en dos factores: reevaluación cognitiva y supresión expresiva (Rodríguez Carvajal, 2007).

- **Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R):** instrumento desarrollado por D'Zurilla y Nezu (1990); estandarizado en México por Galindo-Vázquez, *et al.* (2016). Evalúa algunos aspectos funcionales y disfuncionales de la habilidad que la persona tiene para resolver problemas, contando con cuatro subescalas. Es una escala de auto informe tipo Likert de 25 ítems, la cual tiene cinco posibles respuestas, que corresponden a un valor que oscila de 1 (No es nada cierto) hasta 5 (Extremadamente cierto); su índice total de confiabilidad es de $\alpha = 0.812$ y explica un 50.22% de la varianza; además, esta escala se divide en cuatro factores: resolución racional de problemas, estilo evitativo-inseguro, estilo impulsivo-descuidado y estilo de orientación negativa al problema (Galindo-Vázquez *et al.*, 2016).

Procedimiento

Se visitaron diferentes instituciones educativas (secundarias y preparatorias) para realizar el trabajo de campo y conformar la muestra de este estudio de investigación, el proceso que se siguió se puede observar en la figura 4.

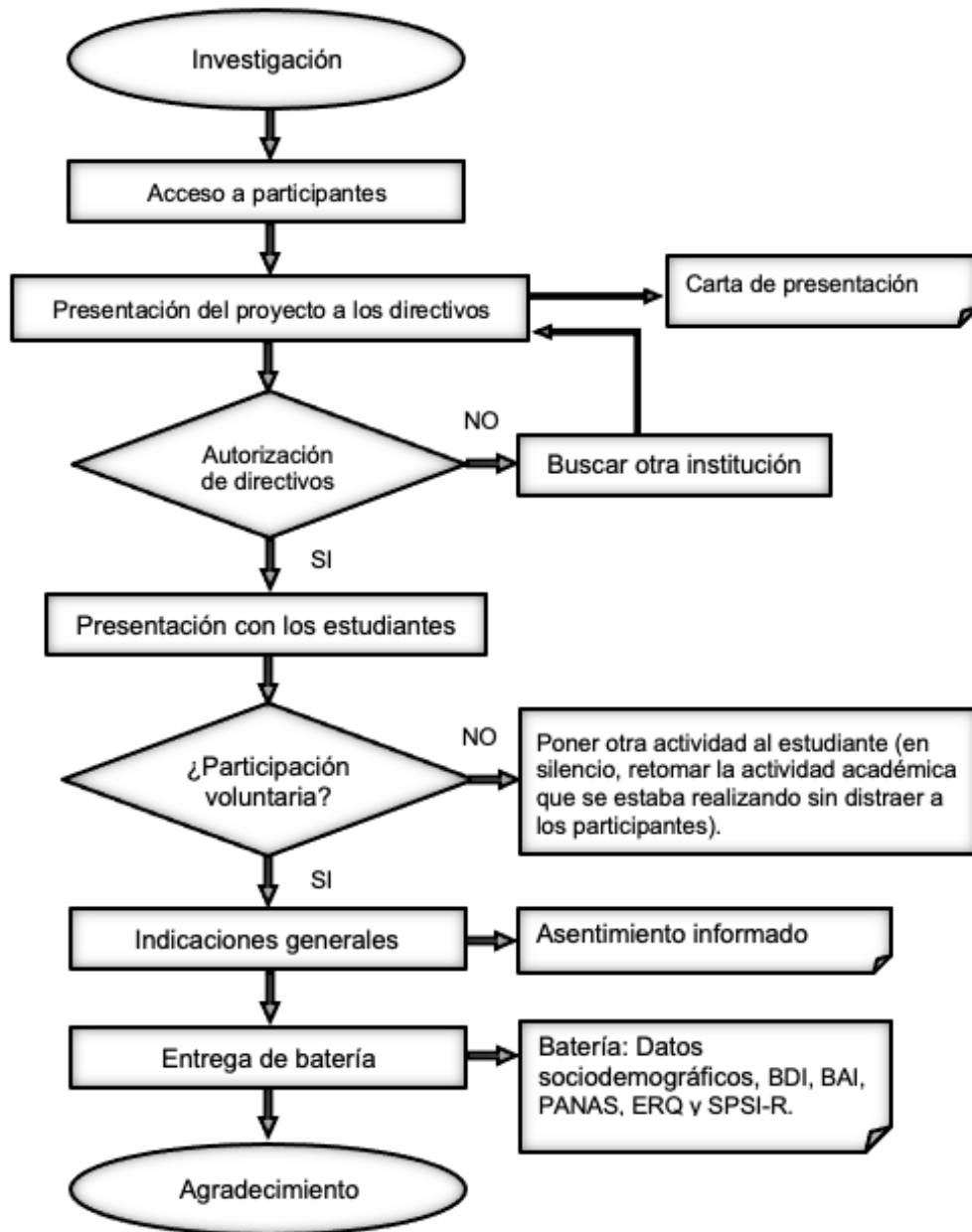


Figura 4. Proceso realizado en campo.

Se destaca que, una vez que los directivos correspondientes asignaron los grupos y horarios, se dio una breve plática de presentación por el aplicador para invitar a los alumnos del grupo para que participaran de manera voluntaria, explicándoles que la información recabada se utilizaría de forma confidencial y únicamente con fines académicos de investigación, los cuales serían procesados de manera global.

Análisis estadísticos

Los datos obtenidos por medio de la batería psicológica fueron capturados en el programa IBM SPSS versión 22 y se adoptó un nivel de significancia estadística $p < .05$ para realizar todos los análisis de este estudio y cumplir con los objetivos de la presente investigación:

- Análisis descriptivo de los datos obtenidos, donde las variables nominales se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.
- Análisis de Kolmogórov-Smirnov para las variables intervalares; además, se determinó el tipo de distribución de los datos y se describió con medias, desviación estándar, medianas y rangos intercuartilares.
- Análisis de Chi cuadrada para las variables nominales y U de Mann-Whitney para las variables intervalares para comparar los grupos de estudio debido a la distribución no normal.
- Análisis correlacional bivariado de Pearson para identificar las asociaciones entre las variables intervalares.
- Análisis de regresión lineal y de regresión lineal múltiple con las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis correlacional bivariado y determinar las variables predictoras del nivel de síntomas de depresión o síntomas de ansiedad durante la adolescencia en mexicanos.

RESULTADOS

Descripción general de la muestra

El presente estudio de investigación estuvo integrado por 246 participantes adolescentes de dos instituciones educativas ubicadas en la alcaldía Coyoacán, Ciudad de México como se muestra en la tabla 11; cuya edad promedio fue de 15.37 años, con una DE= ± 1.63 años, en un rango de 13 a 18 años.

Tabla 11. *Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas.*

Variable sociodemográfica	f	%	χ^2	p
Edad (\bar{x} = 15.37, DE= ± 1.63)			27.512	.001**
13 años	28	11.4%		
14 años	69	28.0%		
15 años	43	17.5%		
16 años	30	12.2%		
17 años	42	17.1%		
18 años	34	13.8%		
Sexo			.797	.372
Hombres	130	52.8%		
Mujeres	116	47.2%		
Etapa de adolescencia			10.992	.001**
Temprana	149	60.6%		
Tardía	97	39.4%		
¿Con quién vive?			18.797	.001**
Ambos padres	157	63.8%		
Solo mamá/papá u otro tutor	89	36.3%		
Nivel educativo cursado			.016	.899
Secundaria	124	50.4%		
Preparatoria	122	49.6%		
Cantidad de hermanos			.260	.610
Uno o ninguno	119	48.4%		
Más de uno	127	51.6%		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

En la tabla 11 se puede observar que existió diferencia estadísticamente significativa en las variables sociodemográficas edad ($p = .001$), etapa de adolescencia ($p = .001$), y con quién vive ($p = .001$), por lo cual se reportó una mayor cantidad de adolescentes con una edad correspondiente a 14 años (28%), mayor cantidad de adolescentes en etapa temprana (60.6%) y mayor cantidad de adolescentes que vivían con ambos padres (63.8%).

Ahora bien, como se muestra en la tabla 12, se identificó diferencia estadísticamente significativa con valor $p = .001$ en nivel de síntomas de depresión, afecto negativo, estrategias de regulación emocional ansiedad, las variables de afecto positivo y afecto negativo, estrategias de regulación emocional, estilo de solución de problemas evitativo-inseguro, evitativo-descuidado y, los síntomas de ansiedad. También se observó diferencia estadísticamente significativa para afecto positivo ($p = .002$) y estilo de solución de problemas evitativo-inseguro ($p = .037$).

Tabla 12. Distribución de frecuencias de las variables psicológicas.

Variable psicológica	<i>z</i>	<i>p</i>	Media	DE
Edad	.194	.001**	15.37	1.63
Síntomas de Depresión	.126	.001**	12.26	9.227
Cognitivo-Afectivo	.135	.001**	8.03	7.048
Somático-Vegetativo	.131	.001**	4.23	2.896
Afecto Positivo y Negativo	.059	.035*	76.26	13.504
Afecto positivo	.076	.002**	49.43	12.738
Afecto negativo	.127	.001**	26.83	9.726
Estrategias de RE	.077	.001**	26.85	6.444
Reevaluación Cognitiva	.079	.001**	17	4.572
Supresión Expresiva	.142	.001**	9.85	3.593
Solución de Problemas	.049	.200	70.82	14.212
Resolución Racional	.047	.200	40.29	10.118
Evitativo-Inseguro	.059	.037*	15.09	4.337
Evitativo-Descuidado	.119	.001**	8.03	2.513
Orientación Negativa al Problema	.139	.001**	7.4	2.871
Síntomas de Ansiedad	.153	.001**	12.3	9.834
Subjetivo	.145	.001**	5.07	4.019
Neurofisiológico	.205	.001**	4.06	3.939
Autonómico	.259	.001**	1.28	1.661
Síntomas Vasomotores	.195	.001**	1.89	1.735

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Descripción de la sintomatología depresiva y ansiosa

En la tabla 13 se puede observar una diferencia estadísticamente significativa ($p = .001$), que indicó mayor cantidad de sintomatología depresiva con un nivel de intensidad leve a grave en presencia de sintomatología ansiosa con un nivel leve a grave (35.77%), es decir, 1 de cada 3 adolescentes presentó un nivel de síntomas leves a graves de depresión y un nivel de síntomas leves a graves de ansiedad. Además, se identificó que el 53.25% de los adolescentes presenta sintomatología depresiva con un nivel de intensidad leve a grave y un 43.9% presenta un nivel de sintomatología ansiosa leve a grave.

Tabla 13. Comparación del nivel de síntomas de depresión respecto al nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.

Ansiedad \ Depresión	Sintomatología mínima ≤ 10		Sintomatología leve a grave > 10		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%		
Síntomas mínimos	95	38.62%	43	17.48%	138	56.1%	61.629	.001**
Síntomas leves a graves	20	8.13%	88	35.77%	108	43.9%		
Total	115	46.75%	131	53.25%	246	100%		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Como se muestra en la tabla 14, únicamente se observó diferencia estadísticamente significativa ($p = .001$) en la variable sexo, por lo cual se reportó una mayor cantidad de mujeres adolescentes con un nivel leve a grave de sintomatología depresiva (61.8%), correspondiente a una tercera parte de la muestra total (32.9%). Es decir, se identificó que 1 de cada 3 adolescentes es mujer con un nivel de síntomas de depresión de intensidad leve a grave; por lo tanto, la sintomatología de depresión se asoció con ser mujer.

Tabla 14. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas respecto al nivel de sintomatología depresiva en adolescentes.

Variable sociodemográfica	Sintomatología mínima ≤ 10		Sintomatología leve a grave > 10		χ^2	p
	f	%	f	%		
	115	46.75%	131	53.25%		
Edad					.013	.908
13 a 15 años	65	56.5%	75	57.3%		
16 a 18 años	50	43.5%	56	42.7%		
Sexo					24.226	.001**
Mujeres	35	30.4%	81	61.8%		
Hombres	80	69.6%	50	38.2%		
Etapas de adolescencia					.187	.665
Temprana (13-14 años)	68	59.1%	81	61.8%		
Tardía (15-18 años)	47	40.9%	50	38.2%		
¿Con quién vive?					1.500	.221
Ambos padres	78	67.8%	79	60.3%		
Solo mamá/papá u otro tutor	37	32.2%	52	39.7%		
Nivel educativo cursado					.070	.792
Preparatoria	56	48.7%	66	50.4%		
Secundaria	59	51.3%	65	49.6%		
Cantidad de hermanos					.026	.872
Más de uno	60	52.2%	67	51.1%		
Uno o ninguno	55	47.8%	65	48.9%		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Por otra parte, como se muestra en la tabla 15, existió diferencia estadísticamente significativa en afecto positivo ($p = .001$), afecto negativo ($p = .001$), estrategia de supresión expresiva ($p = .001$), el estilo de solución de problemas evitativo-inseguro ($p = .001$), estilo evitativo-descuidado ($p = .001$), estilo de orientación negativa al problema ($p = .001$) y síntomas de ansiedad; lo anterior indica que estas variables se relacionaron con la presencia de una mayor cantidad de síntomas depresivos.

Tabla 15. Distribución del nivel de síntomas de depresión por variable psicológica.

Variable psicológica	z	p
Edad	.057	1.000
Afecto positivo y negativo	.786	.566
Afecto positivo	2.512	.001**
Afecto negativo	3.376	.001**
Estrategias de RE	1.385	.043*
Reevaluación Cognitiva	.671	.759
Supresión Expresiva	2.068	.001**
Solución de problemas	1.340	.055
Resolución Racional	.617	.841
Evitativo-Inseguro	2.450	.001**
Evitativo-Descuidado	1.985	.001**
Orientación Negativa al Problema	3.010	.001**
Síntomas de Ansiedad	4.140	.001**
Subjetivo	3.643	.001**
Neurofisiológico	3.610	.001**
Autonómico	3.134	.001**
Síntomas Vasomotores	2.333	.001**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Ahora bien, como se muestra en la tabla 16, solo existió diferencia estadísticamente significativa en la variable sexo ($p = .001$); por lo cual se reportó una mayor cantidad de mujeres adolescentes con un nivel leve a grave de sintomatología depresiva (59.3%), correspondiente a una cuarta parte de la muestra total (26%). En otras palabras, se identificó que 1 de cada 4 adolescentes es mujer con un nivel de síntomas de ansiedad con intensidad leve a grave; por lo tanto, la sintomatología de ansiedad se asoció con ser mujer.

Tabla 16. Distribución de frecuencias de los niveles de síntomas de ansiedad respecto a las variables sociodemográficas en adolescentes.

Variable sociodemográfica	Síntomatología mínima ≤ 10		Síntomatología leve a grave > 10		χ^2	p
	f	%	f	%		
	138	56.1%	108	43.9%		
Edad					.144	.704
13 a 15 años	80	58%	60	55.6%		
16 a 18 años	58	42%	48	44.4%		
Sexo					11.320	.001**
Mujeres	52	37.7%	64	59.3%		
Hombres	86	62.3%	44	40.7%		
Etapas de adolescencia					1.453	.228
Temprana (13-14 años)	79	57.2%	70	64.8%		
Tardía (15-18 años)	59	42.8%	38	35.2%		
¿Con quién vive?					1.102	.294
Ambos padres	92	66.7%	65	60.2%		
Solo mamá o papá	46	33.3%	43	39.8%		
Nivel educativo					.781	.377
Preparatoria	65	47.1%	57	52.8%		
Secundaria	73	52.9%	51	47.2%		
Cantidad de hermanos					.102	.749
Dos o más	70	50.7%	57	52.8%		
Uno o ninguno	68	49.3%	51	47.2%		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

En la tabla 17, existió diferencia estadísticamente significativa en afecto positivo ($p = .001$), afecto negativo ($p = .001$), estrategia de supresión expresiva ($p = .001$), el estilo de solución de problemas evitativo-inseguro ($p = .001$), estilo evitativo-descuidado ($p = .001$), estilo de orientación negativa al problema ($p = .001$) y síntomas de ansiedad; lo anterior indica que estas variables se relacionaron con la presencia de una mayor cantidad de síntomas depresivos.

Tabla 17. Distribución del nivel de síntomas de ansiedad por variable psicológica.

Variable psicológica	z	p
Edad	.188	1.000
Afecto positivo y negativo	.852	.462
Afecto positivo	1.918	.001**
Afecto negativo	3.290	.001**
Estrategias de RE	.890	.407
Reevaluación Cognitiva	.718	.682
Supresión Expresiva	1.836	.002**
Solución de problemas	1.194	.116
Resolución Racional	.379	.999
Evitativo-Inseguro	1.877	.002**
Evitativo-Descuidado	1.338	.056
Orientación Negativa al Problema	2.278	.001**
Síntomas de Depresión	3.917	.001**
Cognitivo-Afectivo	3.513	.001**
Somático-Vegetativo	2.783	.001**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Por último, como se muestra en la figura 5, se puede observar a detalle la cantidad de sintomatología depresiva y ansiosa de acuerdo con el nivel de intensidad; cabe destacar que el 25.51% corresponde a un nivel de intensidad moderada y grave para síntomas de depresión y el 26.02% corresponde para síntomas de ansiedad; es decir, uno de cada cuatro adolescentes presenta una cantidad de síntomas que le podrían estar causando un malestar o deterioro en alguna o varias áreas de su vida.

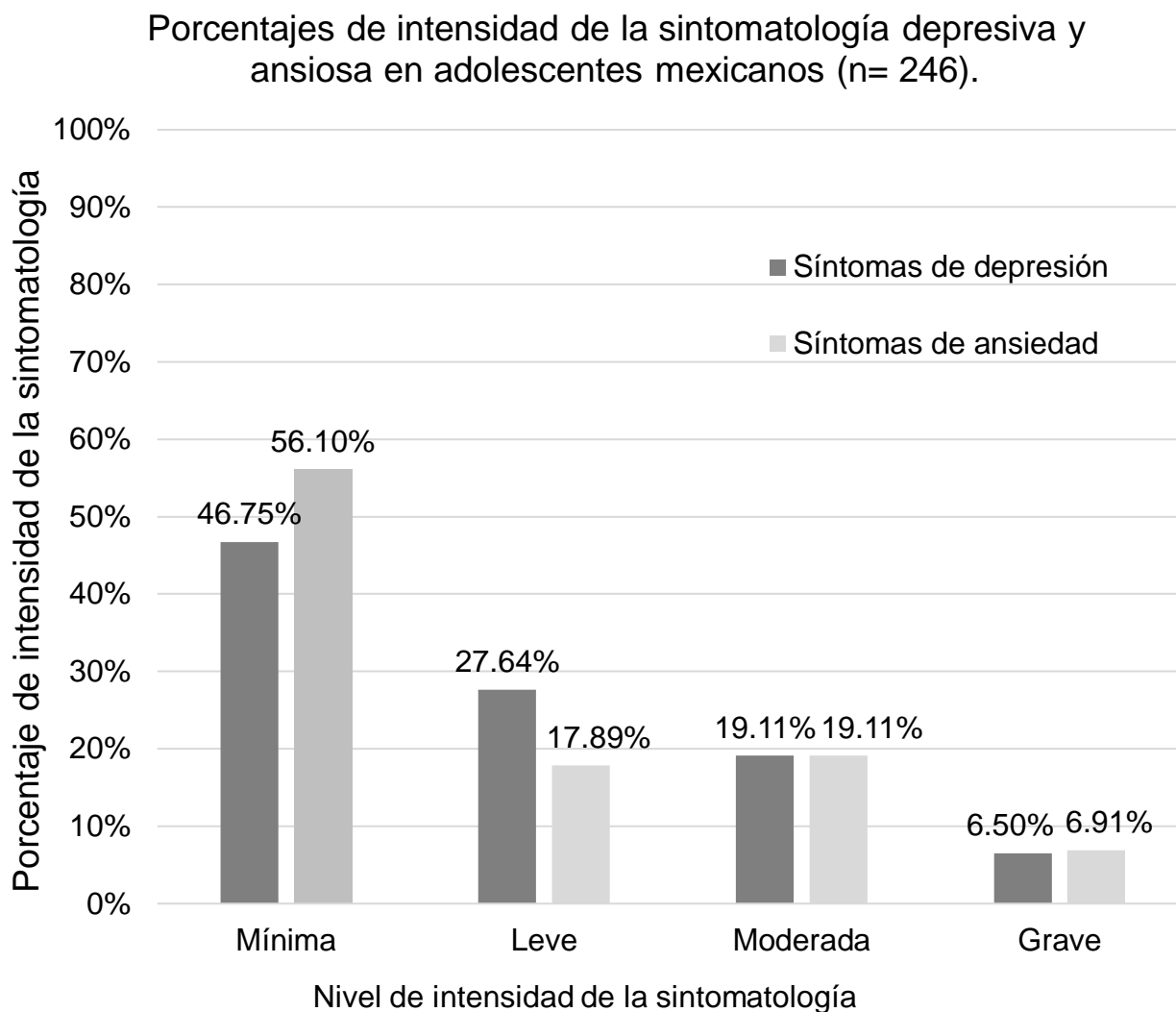


Figura 5. Porcentajes de intensidad de la sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes mexicanos (n= 246).

Relación de la sintomatología depresiva con las variables independientes.

En la tabla 18 se puede observar una relación fuerte y estadísticamente significativa ($p = .001$) entre la sintomatología depresiva fue de .640 con el afecto negativo y una relación inversa estadísticamente significativa ($p = .001$) de -.494 con el afecto positivo. En cuanto a los niveles de sintomatología depresiva y las estrategias de regulación emocional existió una correlación baja de .276 con la estrategia de supresión expresiva, aunque estadísticamente significativa ($p = .001$).

Respecto a la relación entre los niveles de síntomas depresivos en adolescentes y la variable de solución de problemas, se observaron tres relaciones estadísticamente significativas ($p = .001$), una moderada de .570 con el estilo de orientación negativa al problema, otra de .427 con el estilo evitativo-inseguro, y una relación baja de .223 con el estilo impulsivo-descuidado. También se observó una relación baja de -.146 con el estilo de resolución racional de problemas, aunque estadísticamente significativa ($p = .022$). Por lo que esta variable se asoció con presentar una mayor cantidad de síntomas de depresión en adolescentes.

Finalmente, existió una relación moderada estadísticamente significativa ($p = .001$) de .579 entre el nivel de sintomatología depresiva y el nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.

Tabla 18. *Relación de los síntomas de depresión con las variables independientes en adolescentes.*

Variable psicológica	Síntomas de depresión	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Afecto Positivo y Negativo	-.006	.930
Afecto Positivo	-.494	.001**
Afecto Negativo	.640	.001**
Estrategias de Regulación Emocional	.100	.116
Reevaluación cognitiva	-.075	.240
Supresión expresiva	.276	.001**
Solución de Problemas	.181	.004**
Resolución Racional de Problemas	-.146	.022*
Estilo Evitativo-Inseguro	.427	.001**
Estilo Impulsivo-Descuidado	.223	.001**
Estilo de Orientación Negativa al Problema	.570	.001**
Síntomas de Ansiedad	.579	.001**
Subjetivo	.517	.001**
Neurofisiológico	.558	.001**
Autonómico	.452	.001**
Síntomas vasomotores	.384	.001**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Relación de los síntomas de ansiedad con las variables independientes.

Como se muestra en la tabla 19, existe una relación moderada entre la sintomatología ansiosa fue de .605 con el afecto negativo; así mismo, la correlación negativa más fuerte fue de -.230 con el afecto positivo; existiendo diferencia estadísticamente significativa en ambas.

Finalmente, respecto a la relación entre los niveles de síntomas de ansiedad y el estilo de solución de problemas se observó que existen dos relaciones positivas de intensidad moderada, una de .380 con el estilo de orientación negativa al problema y la otra de .332 con el estilo evitativo-inseguro; además de una relación positiva de intensidad baja, aunque también estadísticamente significativa de .201 con el estilo impulsivo-descuidado.

Tabla 19. *Relación de los síntomas de ansiedad con las variables independientes en adolescentes.*

Variable psicológica	Síntomas de ansiedad	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Afecto positivo y negativo	.218	.001**
Afecto Positivo	-.230	.001**
Afecto Negativo	.605	.001**
Estrategias de RE	.126	.048*
Reevaluación Cognitiva	-.016	.803
Supresión Expresiva	.247	.001**
Solución de Problemas	.200	.002**
Resolución Racional de Problemas	-.020	.757
Evitativo-Inseguro	.332	.001**
Impulsivo-Descuidado	.201	.002**
Orientación Negativa al Problema	.380	.001**
Síntomas de depresión	.579	.001**
Cognitivo-Afectivo	.972	.001**
Somático-Vegetativo	.821	.001**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Comparación de la sintomatología depresiva por sexo

Como se muestra en la tabla 20, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de frecuencias de la sintomatología depresiva respecto a los síntomas de ansiedad en mujeres adolescentes, cuya prevalencia de 67.9%; en otra palabras, más de una quinta parte (22.3%) de la muestra total correspondió a mujeres que presentaron niveles leves a graves en ambas sintomatologías; mientras que solo el 10.6% presentaron la sintomatología mínima esperada, es decir, nueve de cada diez mujeres presentaron una o ambas sintomatologías en un nivel de intensidad leve a grave.

Tabla 20. Distribución de frecuencias del nivel de síntomas de depresión respecto a los síntomas de ansiedad en mujeres adolescentes.

Depresión \ Ansiedad	Depresión		Sintomatología mínima		Sintomatología leve a grave		Total		χ^2	p
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Síntomas mínimos	26	10.57%	26	10.57%	52	21.14%				
Síntomas leves a graves	9	3.66%	55	22.36%	64	26.02%	17.587	.001**		
Total	35	14.23%	81	32.93%	116	47.16%				

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Por otro lado, como se muestra en la tabla 21 se observó una diferencia estadísticamente significativa en la distribución de frecuencias de la sintomatología depresiva respecto a los síntomas de ansiedad en hombres adolescentes, cuya prevalencia fue de 66%. En otras palabras, una séptima parte (13.4%) de la muestra total correspondió a hombres adolescentes que presentaron niveles leves a graves en ambas sintomatologías; mientras que solo el 28% de hombres presentó la sintomatología mínima esperada; es decir, siete de cada diez hombres adolescentes presentaron una o ambas sintomatologías en un nivel de intensidad leve a grave.

Tabla 21. Distribución de frecuencias del nivel de síntomas de depresión respecto a los síntomas de ansiedad en hombres adolescentes.

Ansiedad \ Depresión	Síntomatología mínima		Síntomatología leve a grave		Total		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Síntomas mínimos	69	28.05%	17	6.91%	86	34.96%		
Síntomas leves a graves	11	4.47%	33	13.41%	44	17.89%	37.517	.001**
Total	80	32.52%	50	20.32%	130	52.84%		

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Al aplicar el análisis de U de Mann-Whitney se confirmó que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres y el grupo de hombres estudiados ($z = -5.440$, $p \leq 0.001$). Esto es, se observó que la sintomatología depresiva con intensidad leve a grave fue mayor en las mujeres con una media de 15.47 y $DE = \pm 10.11$, en comparación con los hombres que presentaron una media de 9.38 y $DE = 7.27$, como se muestra en la tabla 22.

Tabla 22. Comparación de la sintomatología depresiva por sexo en adolescentes.

Sintomatología depresiva	Mujeres (116)	Hombres (130)	<i>p</i>
Media	15.47	9.38	
Desviación estándar	10.11	7.27	.001**
Mediana	13	8	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

En cuanto a los niveles de síntomas de ansiedad, también se observó que existieron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres y los hombres ($z = -3.577$, $p \leq 0.001$) (Tabla 23). Esto es, se observó que la sintomatología ansiosa con intensidad leve a grave fue mayor en las mujeres (media= 14.31 y $DE = \pm 10.42$), en comparación con los hombres (media= 10.51, $DE = \pm 8.94$).

Tabla 23. Comparación de la sintomatología ansiosa por sexo en adolescentes.

Sintomatología ansiosa	Mujeres (116)	Hombres (130)	<i>p</i>
Media	14.31	10.51	
DE	10.42	8.94	.001**
Mediana	12	9	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Relación de la sintomatología depresiva con las variables independientes por sexo

Se observó que existe una relación positiva fuerte y estadísticamente significativa de .694 entre el nivel de sintomatología depresiva y el afecto negativo en mujeres adolescentes, mientras que en los hombres la relación fue moderada con .543 (Tabla 24). Así mismo, se observó una relación negativa moderada y estadísticamente significativa de -.520 con el afecto positivo en mujeres y de -.359 para hombres.

Tabla 24. Relación de la sintomatología depresiva con las variables independientes por sexo en adolescentes.

Variable psicológica	Sintomatología depresiva			
	Mujeres (116)		Hombres (130)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Afecto Positivo y Negativo	.033	.721	.046	.606
Afecto Positivo	-.520	.001**	-.359	.001**
Afecto Negativo	.694	.001**	.543	.001**
Estrategias de RE	.160	.086	.050	.571
Reevaluación cognitiva	-.008	.933	-.153	.082
Supresión expresiva	.278	.003**	.301	.001**
Solución de Problemas	.297	.001**	.097	.190
Resolución Racional de Problemas	-.059	.528	-.159	.070
Evitativo-Inseguro	.499	.001**	.325	.001**
Impulsivo-Descuidado	.269	.004**	.230	.008**
Orientación Negativa al Problema	.653	.001**	.380	.001**
Síntomas de Ansiedad	.505	.001**	.636	.001**
Subjetivo	.456	.001**	.563	.001**
Neurofisiológico	.499	.001**	.613	.001**
Autonómico	.396	.001**	.455	.001**
Síntomas vasomotores	.327	.001**	.394	.001**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

En cuanto a las estrategias de regulación emocional, se reportaron relaciones positivas bajas, aunque estadísticamente significativas entre la sintomatología depresiva con la estrategia de supresión expresiva para ambos sexos; con .301 en hombres y .278 en mujeres adolescentes. Respecto al estilo de solución de problemas se reportó que la relación positiva más fuerte y estadísticamente significativa, fue de .653 con el estilo de orientación negativa al problema en mujeres; mientras que en hombres la relación fue de .380 aunque también estadísticamente significativa. Así mismo, se observó una relación positiva moderada y estadísticamente significativa de .499 con el estilo evitativo-inseguro en mujeres y de .325 en hombres.

Finalmente, en lo que respecta al nivel de síntomas depresivos, se observó una relación positiva fuerte y estadísticamente significativa de .613 con el factor neurofisiológico de los síntomas de ansiedad en los hombres.

Relación de la sintomatología ansiosa con las variables independientes por sexo

En cuanto a la relación entre el nivel de sintomatología ansiosa, se observó una relación fuerte positiva y estadísticamente significativa de .617 con el afecto negativo en hombres y una relación positiva moderada y estadísticamente significativa de .574 con el afecto negativo en las mujeres adolescentes (Tabla 25).

Por otra parte, se observó que solo existe relación positiva moderada y estadísticamente significativa entre el nivel de sintomatología ansiosa y la estrategia de regulación emocional de supresión expresiva, la cual fue de .338 en hombres; aunque en las mujeres no hubo una relación estadísticamente significativa. Finalmente, existió una relación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la sintomatología ansiosa y el estilo de orientación negativa al problema; así como con el estilo evitativo-inseguro, tanto en mujeres como hombres.

Tabla 25. Relación de la sintomatología ansiosa con las variables independientes por sexo en adolescentes.

Variable psicológica	Sintomatología ansiosa			
	Mujeres (116)		Hombres (130)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Afecto Positivo y Negativo	.252	.006**	.246	.005**
Afecto Positivo	-.186	.045*	-.197	.025*
Afecto Negativo	.574	.001**	.617	.001**
Estrategias de Regulación Emocional	.104	.267	.153	.082
Reevaluación cognitiva	.010	.918	-.036	.687
Supresión expresiva	.163	.081	.338	.001**
Solución de Problemas	.231	.013*	.190	.030*
Resolución Racional de Problemas	.035	.713	-.016	.858
Estilo Evitativo-Inseguro	.323	.001**	.318	.001**
Estilo Impulsivo-Descuidado	.204	.028*	.222	.011*
Estilo de Orientación Negativa al Problema	.321	.001**	.375	.001**
Síntomas de Depresión	.505	.001**	.636	.001**
Cognitivo-Afectivo	.486	.001**	.648	.001**
Somático-Vegetativo	.424	.001**	.431	.001**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Modelos predictivos de la sintomatología depresiva

Se realizaron análisis de regresión lineal simple para determinar un predictor entre las variables psicológicas estudiadas en adolescentes mexicanos; como resultado, se observó que la asociación del afecto negativo (.640, $p \leq .001$) con los síntomas de depresión ($F= 169.13$, $p \leq .001$), explica una varianza del 40.7% (Figura 6) y se describe por la ecuación siguiente:

$$y = - 4.029 + .640x_1 + 7.106$$

En donde:

y = nivel de síntomas de depresión

x_1 = afecto negativo

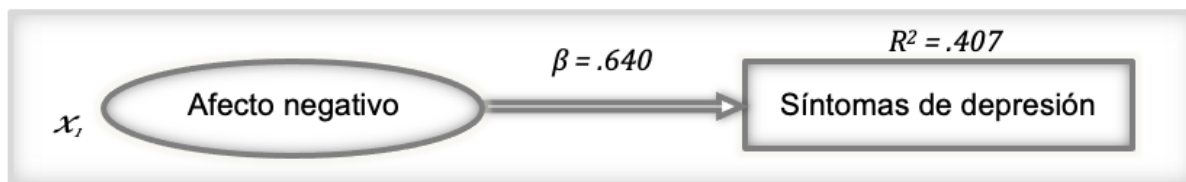


Figura 6. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.

También, se realizó un segundo modelo predictor por medio de un análisis de regresión lineal múltiple, en el cual se observó la asociación del afecto negativo y el afecto positivo ($.714, p \leq .001$) con los síntomas de depresión ($F= 126.326, p \leq .001$); como se muestra en la figura 7, el modelo explica una varianza del 50.6% y se describe por la ecuación siguiente:

$$y = 10.407 + .540x_1 + (-.332)x_2 + 6.488$$

En donde:

y = nivel de síntomas de depresión

x_1 = afecto negativo

x_2 = afecto positivo

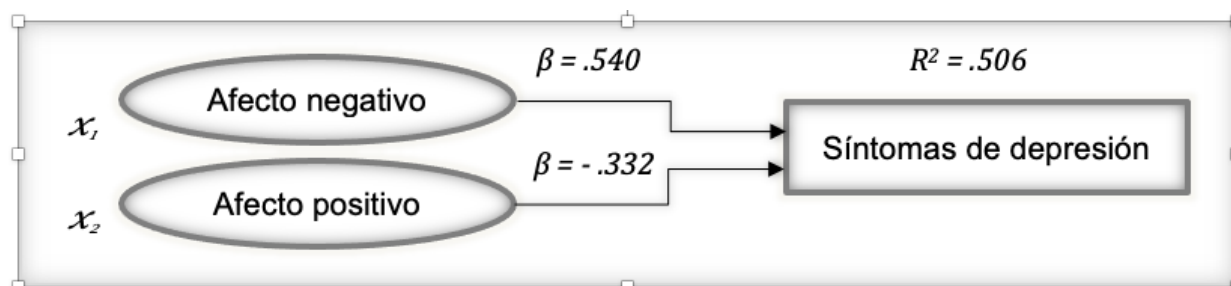


Figura 7. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.

Por otra parte, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, en el cual se observó que la asociación del afecto negativo y el estilo de orientación negativa al problema ($.699, p \leq .001$) con los síntomas de depresión ($F= 115.840, p \leq .001$), explica una varianza del 48.4% como se muestra en la figura 8 y se describe por la siguiente ecuación:

$$y = -7.530 + .472x_1 + .327x_2 + 6.629$$

En donde:

y = nivel de síntomas de depresión

x_1 = afecto negativo

x_2 = estilo de orientación negativa al problema

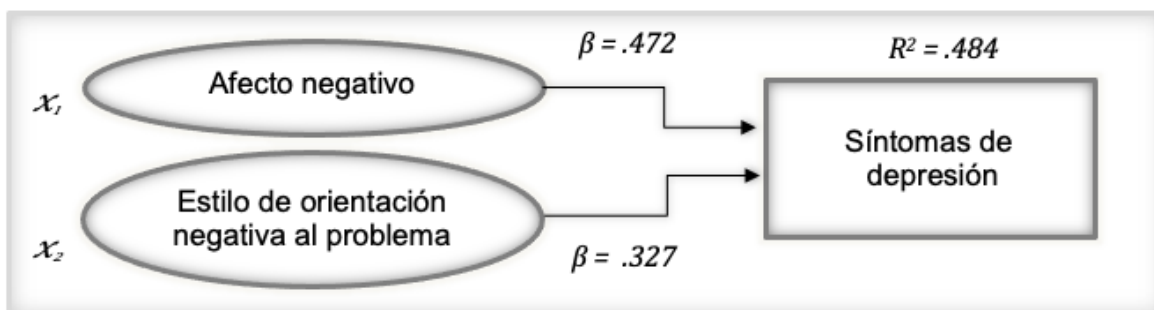


Figura 8. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.

Finalmente, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, en el cual se observó que la asociación del afecto negativo, afecto positivo y el estilo de orientación negativa al problema ($.747$ $p \leq .001$) con los síntomas de depresión ($F = 102.148$, $p \leq .001$), explica una varianza del 55.3% como se muestra en la figura 9 y se describe por la siguiente ecuación:

$$y = 5.517 + .419x_1 + (-.285)x_2 + .264 x_3 + 6.167$$

En donde:

y = nivel de síntomas de depresión

x_1 = afecto negativo

x_2 = afecto positivo

x_3 = estilo de orientación negativa al problema

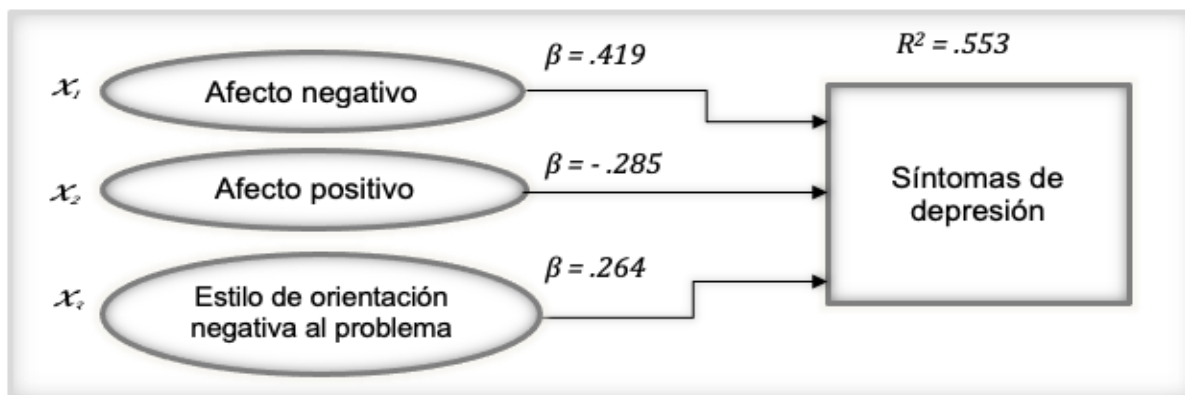


Figura 9. Modelo predictivo del nivel de síntomas de depresión en adolescentes.

Modelo predictivo de la sintomatología ansiosa

Por otro lado, se realizó un análisis de regresión lineal simple, en el cual también se observó que la asociación del afecto negativo ($.605$, $p \leq .001$) con los síntomas de ansiedad ($F=140.525$, $p \leq .001$), explica una varianza del 36.3% como se muestra en la figura 10; además, este análisis puede ser explicado por la siguiente ecuación:

$$y = - 4.097 + .605x_1 + 7.850$$

En donde:

y = nivel de síntomas de ansiedad

x_1 = afecto negativo

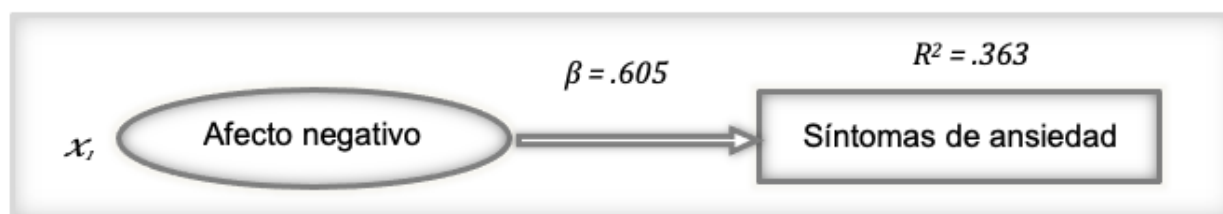


Figura 10. Modelo predictivo del nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.

También se realizó un modelo de regresión lineal simple, en el cual se observó que la asociación de la estrategia de regulación emocional de supresión expresiva (.380 $p \leq .001$) con los síntomas de ansiedad ($F= 15.847, p \leq .001$), explica una varianza del 5.7% como se muestra en la figura 11 y se describe por la siguiente ecuación:

$$y = 5.644 + .247x_1 + 9.549$$

En donde:

y = nivel de síntomas de ansiedad

x_1 = estrategia de supresión expresiva

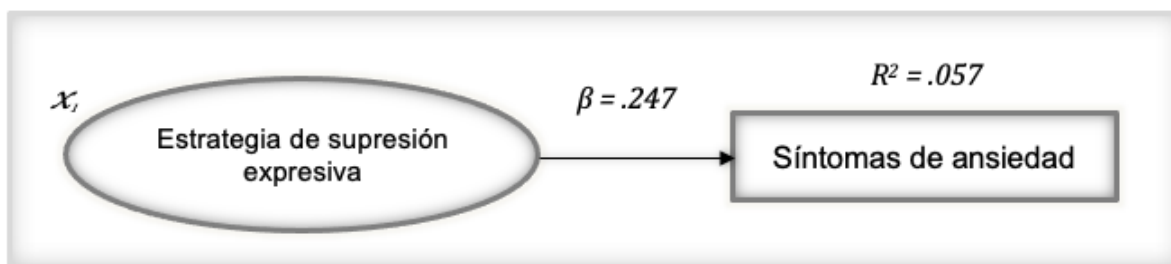


Figura 11. Modelo predictivo del nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.

Finalmente, se realizó un modelo de regresión lineal simple, en el cual se observó que la asociación del estilo impulsivo descuidado (.201 $p \leq .002$) con los síntomas de ansiedad ($F= 10.279, p \leq .002$), explica una varianza del 3.6% como se muestra en la figura 12 y se describe por la siguiente ecuación:

$$y = 5.982 + .201x_1 + 9.653$$

En donde:

y = nivel de síntomas de ansiedad

x_1 = estilo impulsivo-descuidado

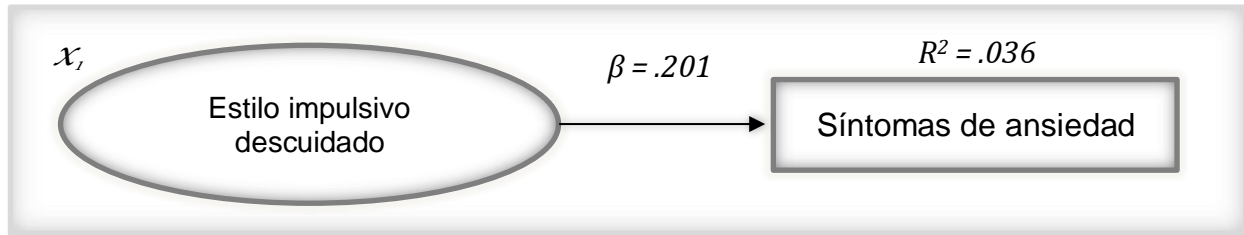


Figura 12. Modelo predictivo del nivel de síntomas de ansiedad en adolescentes.

DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como propósito determinar un modelo predictivo a partir de las variables de afecto negativo, afecto positivo, estrategias de regulación emocional y estilos de solución de problemas; en general, el propósito se cumplió y las hipótesis planteadas fueron comprobadas de la siguiente manera:

La primera hipótesis específica se comprobó al identificar una diferencia estadísticamente significativa en los síntomas de depresión (53.25%) y ansiedad (43.9%), demostrando que hubo mayor frecuencia de estas sintomatologías en un nivel leve a grave que al nivel mínimo esperado de sintomatología; también, existió una mayor frecuencia de síntomas de depresión (25.51%) con un nivel moderado a grave y mayor frecuencia de síntomas de ansiedad (26.02%) con un nivel moderado a grave en adolescentes. Estos resultados constatan lo reportado sobre los trastornos de depresión y ansiedad cuya manifestación puede comenzar en las primeras décadas de la vida (Benjet *et al.*, 2009) alrededor de los 14 años (UNICEF, 2011; OPS, 2018a; OMS, 2014, 2020b; ANM, 2015) y la depresión es la principal causa de morbilidad en adultos y la tercera causa de mortalidad y discapacidad en adolescentes de 15 a 19 años (OMS, 2020) con una prevalencia de 11.5% en adolescentes mexicanos de 12 a 17 años en la categoría del último año (Heinze y Camacho, 2010b). Además, los trastornos de ansiedad ocupan el 2º lugar en trastornos mentales en la mayoría de los países de la región de las Américas y en México, con una prevalencia de 8.1% en la categoría en el último año en adolescentes mexicanos (Cárdenas *et al.* 2010; Heinze y Camacho, 2010b; OPS, 2018a). Sin embargo, en la CDMX, Wagner *et al* (2012) reportó que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes que la depresión en adultos, pero en adolescentes de 12 a 17 años la prevalencia por depresión es mayor que en los adultos; sin mencionar que, el 54.7% fueron calificados como graves;

Se comprobó la segunda hipótesis al identificar diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de la sintomatología depresiva (32.9%) y la sintomatología ansiosa (26%) en

el grupo de mujeres en comparación con el grupo de los hombres; así mismo, de la prevalencia de ambas sintomatologías (35.7%) en los adolescentes de este estudio, 22.36% corresponde a las mujeres; esto es coherente con lo hallado en la literatura; ya que las mujeres son las que reportan mayor cantidad de trastornos de ansiedad y depresión (Benjet *et al.*, 2009; UNICEF, 2011; Ceballos, 2010; OPS, 2009, 2017^a, 2018a, OMS, 2020a, 2020b);

Así mismo, fue menos prevalente encontrar adolescentes con síntomas de depresión sin síntomas de ansiedad; no obstante, fue aún menos prevalente encontrar sintomatología ansiosa sin síntomas de depresión, a diferencia de lo que reportó Ceballos (2010), quien señala que es más común encontrar personas (en población general) con un trastorno de ansiedad sin depresión; una de las razones para explicar esta inconsistencia en los resultados es que se han utilizado poblaciones diferentes y que además este estudio aborda únicamente sintomatologías; sin embargo, es consistente con lo que señala Sánchez y Cohen (2020); en donde, los síntomas de ansiedad y depresión suelen estar presentes al mismo tiempo, con una comorbilidad del 33%;

En cuanto al afecto negativo, éste tuvo la relación más fuerte tanto con los síntomas de depresión como con los síntomas de ansiedad; con el afecto positivo existió una relación inversa estadísticamente significativa, aunque moderada con los síntomas de depresión, pero baja con los síntomas de ansiedad. Lo anterior indica que la cantidad de síntomas de depresión será mayor cuando el afecto positivo sea bajo y el afecto negativo será alto; al respecto la estructura propuesta por Watson y Tellegen (1988) en su modelo bifactorial, indica que la presencia de niveles altos de afecto negativo, no sugieren necesariamente un nivel bajo de afecto positivo y viceversa, (Watson *et al.*, 1988; Padrós *et al.*, 2012); sin embargo, los resultados del estudio son diferentes, lo cual podría deberse al tamaño de muestra y la población en la que se realizó el presente estudio; aunque hay que recordar que los dos factores del afecto actúan de manera paralela la mayor parte del tiempo y se acoplan para dar una respuesta integral (Sandín *et al.*, 2012).

En cuanto a las estrategias de RE se observó que las relaciones fueron bajas entre la estrategia de supresión expresiva con la sintomatología depresiva, como con la sintomatología

ansiosa, lo cual fue consistente con lo observado en personas que suelen presentar menor intensidad en sus emociones positivas, utilizando más la estrategia desadaptativa de supresión y que tienden a presentar mayor cantidad de síntomas de depresión o ansiedad, que aquellas que utilizan la estrategia de reevaluación cognitiva (Gross y John, 2003; Aldao *et al.*, 2010). Es importante señalar que autores como Essau *et al.* (2017), han indicado que los adolescentes entre 12 y 18 años que son diagnosticados con un trastorno como la depresión suelen usar con mayor frecuencia la estrategia de supresión emocional que aquellos que presentan ansiedad;

Respecto a los estilos de solución de problemas, se observó una relación positiva moderadas entre el estilo de orientación negativa al problema con los síntomas de depresión y con los síntomas de ansiedad; esto es coherente con lo reportado teóricamente por Gantiva *et al.*, 2010, ya que señala que dentro del enfoque cognitivo se considera que la depresión y la ansiedad son el resultado de etiquetar de manera distorsionada lo que se percibe, llevando a la persona a realizar interpretaciones negativas de la situación;

De manera similar, se observó una relación positiva y moderada entre el estilo evitativo inseguro con los síntomas de depresión, como con los síntomas de ansiedad; en este sentido, estos estilos tienden asociarse como comportamientos disfuncionales ante la solución de problemas, pero dependiendo la situación pueden ser un facilitador u obstáculo para relacionarse de manera adaptativa y funcional, ya que no solo dependerán de la preferencia personal, sino también del contexto, por lo cual pueden ser cambiantes (Castaño y León del Barco, 2010). Las personas que no resuelven sus problemas de manera eficaz con estrategias adecuadas y funcionales según el contexto tienen mayor probabilidad de deprimirse o sentirse ansioso de manera persistente (Nezu, 1986; Clark y Beck, 2010);

Se comprobó la cuarta hipótesis y quinta hipótesis específica mediante un análisis de regresión lineal múltiple para estimar la asociación entre los síntomas de depresión con el afecto negativo y positivo; y un análisis de regresión lineal para estimar la asociación entre los síntomas de ansiedad con el afecto negativo; fue a partir de estos resultados que se determinó que el afecto

posee la mayor potencia predictiva que contribuye a explicar la variabilidad del nivel de sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes mexicanos; ya que el afecto negativo es un factor común responsable del traslape entre depresión y ansiedad, pero la ausencia o bajo nivel de afecto positivo se relaciona como factor responsable del desarrollo de la depresión (Tellegen, 1985) y la distribución en función de su intensidad, frecuencia y magnitud con la que se presentan los síntomas, ayudará a diferenciar depresión de ansiedad (Sandín *et al.*, 2012).

CONCLUSIONES

- La sintomatología depresiva es el principal trastorno mental de esta investigación, al reportar mayor frecuencia en el nivel leve a grave que la sintomatología ansiosa en adolescentes mexicanos.
- Hay mayor cantidad de síntomas depresivos y ansiosos en mujeres que en hombres durante la adolescencia; además, las mujeres presentaron una mayor cantidad de síntomas con un nivel leve a moderado de ambas sintomatologías de manera simultánea.
- Fue más difícil encontrar adolescentes con sintomatología depresiva sin síntomas de ansiedad, que adolescentes con sintomatología ansiosa sin síntomas de depresión; la proporción fue de dos adolescentes con síntomas de depresión por cada adolescente con síntomas de ansiedad.
- Durante la adolescencia, el afecto negativo tiene una relación positiva fuerte con la sintomatología depresiva y con la sintomatología ansiosa; además, los adolescentes presentaron menor nivel de afecto positivo a mayor cantidad de síntomas de depresión que cuando presentan síntomas de ansiedad; esta divergencia podría diferenciar depresión de ansiedad; ya que aunque el afecto negativo es el responsable del traslapo de síntomas de estos trastornos mentales y la ausencia o nivel bajo de afecto positivo se ha relacionado como factor responsable del desarrollo de la depresión.
- El principal estilo utilizado en esa muestra fue el de orientación negativa al problema, cuya relación fue moderada con los síntomas de depresión y con los síntomas de ansiedad, aunque estadísticamente significativas.
- Se determinó que la principal estrategia de regulación emocional utilizada fue la supresión expresiva, cuya relación fue baja con la sintomatología depresiva y con la sintomatología ansiosa, aunque estadísticamente significativa.

- Se identificó que el afecto negativo explica el 40.7% de los síntomas de depresión y a su vez explica el 36.3% de los síntomas de ansiedad; sin embargo, ambos tipos de afecto (negativo y positivo) explican el 50.6% de los síntomas de depresión; mientras que el afecto negativo, afecto positivo y el estilo de orientación negativa al problema explican el 55.3% de la sintomatología depresiva en los adolescentes mexicanos de esta muestra de investigación.

Limitaciones

Cabe considerar que no se realizó un historial de antecedentes clínicos a los participantes para saber si existía algún tratamiento psicológico o médico previo, ya que no se esperaban casos con niveles tan altos de sintomatología depresiva y/o ansiosa en adolescentes mexicanos.

Además, se sugiere que los instrumentos que aún no han sido adaptados en adolescentes sean validados para esta población; en este caso se hace referencia al cuestionario de regulación emocional (ERQ) y el inventario de solución de problemas sociales-revisado (SPSI-R).

Finalmente, cabe mencionar que esta investigación no pretende que se consideren válidas las conclusiones para toda la población adolescente, ya que los participantes de esta muestra tenían un rango de edad de 13 a 18 años y provenían únicamente de una de las dieciséis alcaldías de la Ciudad de México, por lo que se sugiere que las investigaciones futuras incluyan todas las alcaldías de la ciudad para mayor validez.

Perspectivas futuras

A partir del estudio investigación presentado en esta tesis, las perspectivas de trabajo se pueden orientar en tres direcciones:

1. Los trabajos posteriores podrían enfocarse en identificar que habilidades pueden fungir como mediadoras o moderadoras de la sintomatología depresiva y ansiosa.

2. Desarrollar estudios enfocados en promover la optimización de talleres orientados en la disminución de factores de riesgo asociados a la depresión y ansiedad; al fortalecer los factores protectores, promoviendo la psicoeducación, el desarrollo de estrategias de regulación y estilos de solución de problemas funcionales o adaptativos, así como el desarrollo y fortalecimiento de habilidades sociales no solo de manera presencial sino también a través de las tecnologías de la información y de la comunicación realizando comparativos de la eficiencia de ambas intervenciones; hay que recordar que, las TIC's son herramientas de fácil acceso que enlazan un conjunto diversos medios de comunicación de la información que permiten adquirir conocimientos, las cuales se han convertido en instrumentos indispensables en la educación actual.

3. Realizar estudios de cohorte que podrían ayudar a determinar la estabilidad de los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa a lo largo del tiempo, con el fin de que se mantengan con una tendencia moderada a mínima.

Finalmente, debido a la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), la situación actual se ha convertido en una emergencia de salud pública a nivel mundial, que no solo amenaza la salud física, sino que también afecta la salud mental y el bienestar psicológico; ya que el cambio de rutina, reducción del contacto físico y el confinamiento, están teniendo efectos psicológicos negativos como síntomas de depresión, de ansiedad y de estrés postraumático. Cabe recordar, que la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad, por lo que resulta importante dar continuidad a las estrategias de intervención innovadoras que han ido ganando mayor terreno en los últimos años al incorporar las tecnologías de la información y comunicación, cuyas intervenciones son administradas a través de recursos y dispositivos tecnológicos tales como el internet, aplicaciones, telefonía inalámbrica o mensajería instantánea, cuyo alcance podría llegar a ser global y de costos reducidos para la implementación de programas que brinden psicoeducación y estrategias que reduzcan los síntomas de depresión y ansiedad; para que de esta manera, se prevenga el desarrollo de estos problemas de salud mental y se impacte en la disminución de la presencia de estas psicopatologías (De la Rosa *et al.*, 2020). Además, el cambio en la manera en la que se impartía una educación formal trajo con el aislamiento, un sentimiento de soledad que se puede asociar con problemas de salud mental como a depresión y la ansiedad hasta nueve años después; este sentimiento puede ser tan peligroso como fumar o tener obesidad por un largo tiempo, siendo un factor significativo para el comportamiento suicida (Townsend, 2020); sin mencionar que los trastornos de ansiedad y depresión son responsables del mayor riesgo que se atribuye a los trastornos mentales para la ideación e intento suicida (Wagner *et al.*, 2012).

X. REFERENCIAS

- Abuín, M. (2016). Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico. *Clínica y Salud*, 27(3) 133-145.
- Academia Nacional de Medicina (ANM, 2015). *La Depresión y otros Trastornos Psiquiátricos. Documento de postura*. México, Editores intersistemas.
- Academia Nacional de Medicina (ANM, 2017). Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, México, 60(3), 52-55.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer., S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for de assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1503-1526.
- Areán, P. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-559.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*, 4ª Ed. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psicología (APA, 2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. Guideline development panel for the treatment of depressive disorders*. Recuperado de: <https://www.apa.org/depression-guideline/children-and-adolescents>.
- Balter L. y Tamis-LeMonda C. (1999). *Child Psychology: A handbook of contemporary issues*. Philadelphia: Psychology Press.

- Barlow D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª edición). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. y Duran, V. (2001). Evaluación clínica y diagnóstico. *En Psicología anormal* (pp. 90-98). México: Thomson.
- Barragán, A. y Morales, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19 (1), 103-118.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Cons Clin Psychol*; 56:893-7. Doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York. Guilford Press. (Trad. Bilbao, D.D.B., 1983).
- Beck, AT, Steer, RA, y Garbin, MG (1988). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck: Veinticinco años de evaluación. *Revision Clinical Psychology*, 8(1),77-100.
- Becoña, E., y Oblitas, L. (1997). Terapia cognitivo conductual: antecedentes, técnicas. *Revista VERITAS*, Universidad de San Martín de Porres, 3(3), Perú.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Zambrano, J., Aguilar-Gaxiola, S. (2009) Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), pp. 386-395.
- Billings, D., Folkman, S., Acree, M., y Moskowitz, T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of personality and social Psychology*, 79(1) 131-142, Doi: 10.1037//0022-3514.79.1.131.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis (pp. 24).
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Borges, G., Benjet, C. Medina-Mora, M., Orozco, R., Molnar, B., Nock, M. (2008). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *The journal of child and psychiatry*, 49(6), pp. 654-666.

- Calleja, N., (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. UNAM, Facultad de Psicología, México (pp. 86, 87, 94 y 95).
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires.
- Camacho-Mata, D., Orozco-Ramírez, L., Ybarra-Sagarduy, J. Compeán-Ortiz, L. (2015). Paradigmas en Psicología Clínica: Perspectiva intrapsíquica e interpersonal de modelos de intervención psicológica apoyados en la evidencia. *CienciaUAT*, 9 (2), 59-67.
- Cárdenas EM, Feria M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. (2010a). *Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes*. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Cárdenas EM, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010b). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Castaño, E., y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta personal, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Ceballos, R., (2010). *Ansiedad y Depresión. Guía Práctica*, España, Formación Alcalá.
- Cabezas P. y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30 (2), 101-109.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: CENETEC (2009). *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo*. Secretaria de Salud. México.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: CENETEC (2015a). *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto*. Secretaria de Salud. México.

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: CENETEC (2017). Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y control de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica de enfermería*. Secretaria de Salud. México.
- Cía, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires. Polemos.
- Cisler, J., Olatunji, B., Feldner, B., y Forsyth, J. (2010). Emotion regulation and anxiety disorder: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68–82. Doi: 10.1007/s10862-009-9161-1.
- Clark, D. y Beck, A. (2010). *Cognitive therapy and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development*, 75(2), 317–333.
- Coté, S., Gyurak, A., y Levenson, R. (2010). The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income, and socioeconomic status. *Emotion (Washington, D.C.)* 10(6), 923-933. Doi:1037/a0021156.
- De la Rosa, A., Moreyra, L. y De la Rosa, N. (2020). Intervenciones eficaces vía internet para la salud emocional en adolescentes: Una propuesta ante la pandemia por COVID-19. *Hamut'ay*, 7(2), 18-33.
- D'Zurrilla, T.J. y Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychological Assessment*, 2, 156-163.
- D'Zurrilla, T.J. y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Nueva York, NY: Springer.
- Echeburúa, E. De Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(2), 85-99.

- Eisenberg N., y Fabes, R., (2006). Emotion regulation children's socioemotional competence. En Balter. L., y Tamis-Le Monda C.; *Child psychology: A Handbook of contemporary issues*, Nueva York, Psychology Press.
- Eisenberg, N., Smith, C., Sadovsky, A., y Spinrad, T. (2004). Effortful control: relations with emotion regulation, adjustment, and socialization in childhood. En Baumeister R., y Vohs, K., (Eds.) *Handbook of self-regulation: research, theory and applications*, Nueva York: Guilford Press.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. y Eggum, N. (2010). Emotion related self-regulation and its relation to children maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclée de Brower. Bilbao, España.
- Ellis, A., y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. pp. 20-35. Desclée de Brouwer. Bilbao, España.
- Essau, C., LeBlanc, S., y Ollendick, T. (2017). Transdiagnostic Approaches to Emotion Regulation Mechanisms and Treatment Research. En *Emotion Regulation and Psychopathology in Children and Adolescents* (pp. 419-430). Oxford University Press.
- Fischer, K., Shaver, P., y Carnochan, P. (1990). How Emotions Develop and How They Organize Development, *Cognition and Emotion*, 4(2), 81-127, DOI: 10.1080/02699939008407142.
- Flores, M. Y Sánchez-Aragón, R. (2010). Ontogenia y Filogenia Cultural de la regulación emocional (pp. 77-124). En Sánchez-Aragón, R. (Ed.), *Regulación emocional. Una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales*. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Folkman, S., y Tedlie, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *The American Psychologist*, 55(6), 647-654, Doi: 10.1037/0003-066X.55.6.647.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2006). Adolescent Development: Perspectives and frameworks: A summary of adolescent needs, an analysis of the various programme

approaches and general recommendations for adolescent programming, *Learning Series 1*, 1-3.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011*, Hatteras Press, Nueva York, EE. UU.

Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.

Freire, T., y Tavares, D. (2011). Influence of self-esteem and emotion regulation in subjective and psychological well-being of adolescents: contributions to clinical psychology. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 38(5), 184-188.

Frijda, N. (1986). *The Emotions*. Cambridge: University Press.

Fullana, M., De la Cruz, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo conductual para los trastornos mentales. *Medicina clínica*, 138(5), 215-219.

Galindo-Vázquez, O., Rivera-Fong, L., Lerma, A., y Jiménez, J. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Revista Psicología y Salud*, 26(2), 263-271.

Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., y Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psicología. Avances de la disciplina*, 4 (1), 63-72.

Garber, J. y Dodge, K. (1991) Domains of emotion regulation. En Garber J. y Dodge K. (2010) *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 3-12). Cambridge: University Press. Doi: 10.1017/CBO9780511663963.002

Gargurevich, R. y Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas de cuestionario de autorregulación emocional adaptado para el Perú (ERQO). *Revista de Psicología*, 12, 192-215.

Garnefski, N. y Kraaij, V. (2010). Regulación cognoscitiva de la emoción: el estado del arte. En Sánchez, R. (2010). *Regulación emocional: Una travesía de la Cultura y Desarrollo de las Relaciones Personales* (pp. 1-34). México. Universidad Autónoma Nacional.

- Gilboa, E., y Revelle, W. (1994). Personality and the structure of affective responses. En S. Van Goozen, N.E. Van de Poll y J.A. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory*, (pp. 135-159). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología* 39(3), 435-447.
- González, J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. Manual Moderno. México.
- González Arratia, N., y Valdez Medina, J. (2015). Validez de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) en niños. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 21(1), 37-47.
- Gonzalez Tuta, D. F., Barreto Porez, A. P., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología* issn-l:2027-1786, 10 (2), 201-207.
Obtenido de: <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>
- Grau, J. y Martín, M. (2004). El entrenamiento autógeno, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Ciudad de la Habana.
- Gresham, D., y Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 616-621.
- Gross, J. y John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J., y Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.4), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general Psychology*, 2(3), 271-299.

- Heinze, G., y Camacho, PV. (2010a). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Ed. S. Berenzon, J. Del Bosque, J. Alfaro, ME. Medina Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Heinze, G., y Camacho, PV. (2010b). *Guía clínica para el Manejo de Ansiedad*; pp. 5,14, 33; Ed. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., y Medina-Mora, ME. México: Instituto Nacional de Psiquiatría (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Hernández-Guzmán L, Benjet, C., Andar, MA., Bermúdez, G. y Bernal, F. (2010). Guía clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, pp. 11-13, 26; Ed. S Berenzon, J., Del Bosque, J., Alfaro, ME. y Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- Hernández-Guzmán, L., Bribiesca-Chávez, C., Freyre, M.-A., Santiago G., Zamudo S., Contreras-Valdez, J. y Paredes-García, J. (2014). Validación de la Escala del Afecto Positivo y Negativo (PANAS) en niños y adolescentes mexicanos (Instrumento de medición). Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. México: Libros en Red.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*, 6ª Ed., México: McGraw Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (25 de marzo de 2021). *Población*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Poblacion_Poblacion_01_e60cd8cf-927f-4b94-823e-972457a12d4b
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (25 de marzo de 2021). *Glosario*. <https://inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=eic2015#letraGloC>
- Jacobson, E. (1929) Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Express.
- Kleinginna, P., y Kleinginna, A. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivación y Emoción*, 5(4), 345-379.

- Koole, S. L. (2010). The psychology of emotion regulation: An integrative review. In J. De Houwer y D. Hermans (Eds.), *Cognition and emotion: Reviews of current research and theories* (pp. 128-167). New York, NY: Psychology Press.
- Korman, P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65 (3), 470-486.
- Laurent, J., Catanzaro, S., Joiner, T., Rudolph, K., Potter, K., Lambert, S., Osborne, L. y Gathright, T. (1999). Una medida de afecto positivo y negativo para los niños: desarrollo de la escala y validación preliminar. *Evaluación psicológica*, 11 (3), 326–338.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España, Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LeDoux J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona, Editorial Ariel Planeta.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid. Siglo XXI.
- Luthe, W. y Blumberger, S. (1977). *Autogenic therapy*. En Wittkower ED y Warnes H. (Eds.), *Psychosomatic medicine: Its clinical application*, Hagerstown, MD: Harper y Row, (pp. 146–165).
- Mahoney, M.J. y Arnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En Sánchez Meca, J., Alcázar, A. y Olivares J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11 (3), 641-654.
- Mineka, S.; Watson, D.; y Clark, L. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Nezu, A. (1986). Efficacy of social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 196-202.
- Nezu, A. y Perri M. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 408-413.

- Nezu, A., Nezu, C. y D´Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas*. Manual de tratamiento. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. (pp. 3, 4, 70-93) Madrid, España: Editorial Panamericana. <http://www.who.int/iris/handle/10665/42399>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Salud para los adolescentes del mundo, Una segunda oportunidad en la segunda década*. Recuperado en www.who.int/adolescent/second-decade
- Organización Mundial de la Salud (2016a). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organización Mundial de la Salud (2016b). *Enfrentando Problemas Plus (EP+): Ayuda psicológica individual para adultos afectados por la angustia en comunidades expuestas a adversidad*. (Versión genérica de prueba de mercado 1.0). Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2020a). *Depresión*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2020b). *Salud mental del adolescente*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). *Epidemiología de los trastornos mentales de América Latina y el Caribe*; pp. 79-89. Washington, D.C.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015). Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud con México. 2015-2018. México. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7667>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017a) Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017b). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 pp. 12-14, 19-32, 87 y 88. Recuperado en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018a). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018b). Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018c). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: PERFIL DEL PAÍS.
- Ortíz, M., (1999). El Desarrollo Emocional. En López, F., Itziar, E., Fuentes, M., y Ortíz M. (Ed.), *Desarrollo afectivo y social*, Madrid: Ediciones pirámide.
- Padrós, F., Soriano-Mas, C., y Navarro, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria*, 29(1), 151-164.
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(5), 7-16.
- Ponce, A. (1987). *La gramática de los sentimientos*. Argentina: Cartago.
- Post, Y., Boyer, W. y Brett, L. (2006). A Historical Examination of Self-Regulation: Helping Children Now and in the Future. Revisión histórica del concepto de regulación emocional. *Early Childhood Education Journal*, 34(1), 5-14.

- Prada, E. (2003). Psicología positiva y emociones positivas. *Revista electrónica Psicología Positiva*. 5, 39-64.
- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8 (2), 251-257.
- Real Academia Española (RAE, 2021). Recuperado en: <https://dle.rae.es/>
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción*. (pp. 221-271) México: McGraw-Hill.
- Renata, F. y Sánchez, R. (2010). Favoreciendo el adecuado manejo emocional de los celos: Una aproximación integral. En Sánchez, R. (2010). *Regulación emocional: Una travesía de la Cultura y Desarrollo de las Relaciones Personales* (pp. 284-314). México. Universidad Autónoma Nacional.
- Retana-Franco, B., y Sánchez-Aragón R. (2010). Rastreado en el pasado... formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo. *Universitas Psychologica* 9(1), 179-197, Bogotá, Colombia.
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativos (PANAS). *Salud Mental*, 26, 69-75.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*; 18, 211-8.
- Rosenberg, E. (1998). Levels of analysis and the organization of affect. *Review of General Psychology*, 2(3), 247-270. Doi: 10.1037//1089-2680.2.3.247.
- Ruiz, J. y Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Madrid, España: R&C Editores.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 252-257, 435-456). Desclée De Brouwer.
- Russell, J. y Barrett, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion. Dissecting the elephant, *Journal of Personality and social Psychology*, 76(5), 805-819.

- Ruz, A. y Alvis, L. (2009). *Enfermedades crónico-degenerativas y trastornos del estado del ánimo*. México: Lunbeck. Quinta de Agua Ediciones.
- Sánchez, A. (2010). *Regulación emocional: una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales*, (pp. 250-283). CDMX, México, UNAM.
- Sánchez, C. (2019). Normas APA – 7ma (séptima) edición. *Normas APA (7ma edición)*. <https://normas-apa.org/>
- Sánchez, P., y Cohen, D. (2020). Ansiedad y Depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*, VIII (1): 16-27.
- Sandín, B. (2003). Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo para niños y adolescentes (PANAS-N). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 173-182.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, 17(3), 185-203.
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo Infantil*. México, McGraw Hill.
- Shankman, S. y Klein, D. (2003). The relation between depression and anxiety: An evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 605-637.
- Shutte, N. S. (2010). Conexiones entre inteligencia emocional y los procesos de regulación emocional. En Sánchez Aragón (Comp.) *Regulación emocional: una travesía de la cultura al desarrollo de las relaciones personales* (pp. 35-45). CDMX, México, UNAM.
- Stieben, J., y Zelazo, P. (2006). Neurophysiological correlates of emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(3), 430-443.
- Tellegen, A. (1985). Structure of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with emphasis on self-report. En Tuma A. y Maser D. (Eds.) *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.

- Thompson, R. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of definition. En Fox, N. The Development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3) 25-52.
- Thompson, R. y Meyer, S. (2007). The socialization of emotion regulation in the family. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 249-268). New York: Guilford.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., y Sesé, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 686-693. Doi: 10.1016/j.ianxdis.2010.04.012
- Townsend, E. (2020). Debate: the impact of school closures and lockdown on mental health in young people. *Child and adolescent Mental Health*, 25(4), pp. 265-266. DOI: 10.1111/camh.12428
- Van-der, C., Quiles J. y Quiles, Y. (2008). Aprenda a relajarse fácilmente. (1ra. ed.) audiolibros.
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.
- Vecina, M. (2006). Emociones positivas. *Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 27(1), 9-17. Madrid, España.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11.
- Watson, D., y Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

- Watson, D., Clark, L., Weber, K., Smith, J., Strauss, M., y McCormick, R. (1995). Testing a Tripartite Model: I Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 3-14.
- Watson, D.; Gámez, W., y Simms, L. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46-66. Doi: 10.1016/j.jrp.2004.09.006.
- Yap, M., Allen, N., y Ladouceur, C., (2008). Maternal socialization of positive affect: the impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology. *Child development*, 79(5), 1415-1431. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2008.01196.x.

APÉNDICES

Apéndice I

ASENTIMIENTO INFORMADO

“Estrategias de regulación emocional, solución de problemas, afecto positivo y negativo como predictores de sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes”.



Es de mi conocimiento que se me invita a formar parte del proyecto de investigación cuyo **propósito** es identificar si regulación emocional, síntomas de ansiedad, afecto positivo, afecto negativo, son predictores en el desarrollo de síntomas de depresión en un grupo de jóvenes adolescentes en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

Procedimiento: Si acepta participar, se le entregará algunos cuestionarios para contestarlos en un tiempo aproximado de 25 a 35 minutos; la información proporcionada será manejada en forma estrictamente **confidencial**; es decir no se mencionará su nombre. En cuanto los beneficios, la información se podrá emplear con fines académicos, para contar con una propuesta más sólida para identificar y tratar de forma más adecuada la sintomatología depresiva en adolescentes mexicanos.

Finalmente, este estudio no representa ningún riesgo o gasto económico para mí; además puedo solicitar más información con la investigadora Gabriela Valdés González al correo: gaby_31_brm@hotmail.com, respecto a cualquier duda o pregunta que tenga.

Por lo tanto, yo, _____ declaro que he leído esta información, la entiendo, y estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación.

Fecha: _____ / _____ / _____.

Día / Mes / Año

Firma: _____

Apéndice II**Datos Sociodemográficos**

Escuela: _____ . Sexo: Hombre ____ Mujer ____



UNILA
Universidad Latina

Grado: 1º ____ 2º ____ 3º ____ año). Edad: _____ años

Vive con: ambos padres ____ / mamá ____ papá ____ / otro tutor ____.

Tiene hermanos: 1 ____ / 2 ____ / 3 o más ____ Turno: M ____ / V ____.

A continuación, solo se muestran algunos reactivos de los instrumentos utilizados en este estudio, para obtener más información sobre los instrumentos, así como la autorización para su uso; favor de contactar a los autores correspondientes.

Apéndice III

¿CÓMO ME HE SENTIDO LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS?

BDI-II (Beck *et al.*, 2006)

Este cuestionario consta de varios grupos de oraciones. Por favor, en cada uno lee las oraciones y luego elige con un círculo solo una, la que mejor describa la forma en que te has sentido durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

6. Sentimientos de castigo	
A	No me siento que se me esté castigando.
B	Siento que podría castigárseme.
C	Creo que seré castigado(a).
D	Siento que se me está castigando.
11. Agitación	
A	No estoy más inquieto(a) o nervioso(a) de lo usual.
B	Me siento más inquieto(a) o nervioso(a) de lo usual.
C	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que es difícil calmarme.
D	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que quedarme moviendo o haciendo algo.
19. Dificultad en la concentración	
A	Me puedo concentrar tan bien como siempre.
B	No me puedo concentrar tan bien como siempre.
C	Es difícil mantener mi mente en algo por mucho tiempo.
D	No me puedo concentrar en nada.

Apéndice IV**Inventario de Ansiedad de Beck***(Beck et al., 1988)*

A continuación, hay una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado la última semana incluyendo hoy:

Ítem		Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
10	Nervioso.	A	B	C	D
17	Con miedo.	A	B	C	D
20	Con rubor facial.	A	B	C	D

Apéndice V

Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS)

Laurent *et al.* (1999)

Lee atentamente las siguientes frases, y elige una de las opciones de acuerdo con cómo te has sentido las últimas dos semanas.

Sentimiento o emoción	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
1. Motivado(a), con ganas de hacer cosas	A	B	C	D	E
18. Satisfecho(a)	A	B	C	D	E
24. Molesto(a)	A	B	C	D	E






Apéndice VI

¿CÓMO ME HE SENTIDO Y EXPRESADO?

ERQ (Gross y John, 2003)

Nos gustaría que respondieras a algunas preguntas relacionadas con tu vida emocional, en particular cómo controlas o cómo manejas y regulas tus emociones. En este sentido, estamos interesados en dos aspectos principales: por un lado, tu experiencia emocional, o cómo sientes las emociones; y por otro la expresión emocional o cómo muestras tus emociones en tu forma de hablar o de comportarte. Aunque algunas de las siguientes preguntas pudieran parecer similares, difieren en aspectos bastante importantes.

Para cada uno de los ítems utiliza la siguiente respuesta:

Ítem	Muy poco o nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
					
2. Trato de mantener ocultas mis emociones.	A	B	C	D	E
8. Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro.	A	B	C	D	E

Apéndice VII.

IRPS-R

(Galindo-Vázquez *et al.*, 2016)

Las siguientes frases describen cómo puede pensar, sentir o actuar cuando se enfrenta a problemas de su vida diaria. No nos referimos a los disgustos habituales que resuelve con éxito cada día. En este cuestionario, **un problema** es algo importante en su vida que le preocupa mucho pero que no sabe inmediatamente cómo resolver o hacer, y que le deje de preocupar tanto. El problema puede ser algo que tenga que ver con Ud., (por ejemplo, sus pensamientos, sentimientos, conductas, salud o apariencia), algo que tenga que ver con su relación con otras personas (por ejemplo, su familia, sus amigos, sus profesores, o su jefe), o algo que tenga que ver con su entorno o las cosas que posea (por ejemplo, su casa, su coche, su dinero).

Por favor, lea cada frase atentamente y de las opciones que aparece a continuación, elija aquella que lo describa mejor, de acuerdo con cómo piensa, siente y se comporta **en general** cuando se enfrenta a problemas importantes de su vida **estos días**. (Seguido a cada afirmación encontrará una serie de círculos de diferentes tamaños, entre más grande es, representa que usted se identifica más con la afirmación). Seleccione cuál lo describe mejor.

	No es nada cierto	Un poco cierto	Bastante cierto	Muy cierto	Extremadamente cierto
9. Cuando resuelvo problemas, intento predecir los pros y los contras de cada opción.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Después de intentar resolver un problema, noto si me siento mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Creo que soy demasiado rápido(a) cuando tomo decisiones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¡Muchas gracias por su ayuda!

Asegúrese que hizo una sola elección (X) para cada frase.