



**UNIVERSIDAD  
DEL NORTE**

**ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE  
POR SU EXCELENCIA ACADEMICA**

TESIS DOCTORAL

PREDICTORES COGNITIVOS, DE PERSONALIDAD Y ESTRÉS PARA  
SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE PRIMEROS  
SEMESTRES DE EDUCACIÓN SUPERIOR E IMPACTO DEL PROGRAMA DE  
PREVENCIÓN BASADO EN EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO Y  
EL DIÁLOGO SOCRÁTICO.

NORA HELENA LONDOÑO ARREDONDO

DIRECTOR

PhD. JORGE ENRIQUE PALACIO SAÑUDO

CODIRECTOR

PhD. CARLOS ACOSTA BARROS

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
BARRANQUILLA (COLOMBIA)

2011

## CONTENIDO

RESUMEN	15
CAPÍTULO 1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL	17
1.1 SALUD PÚBLICA	19
1.1.1 HISTORIA SOBRE LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD	20
1.1.2 LA SALUD MENTAL Y LOS TRASTORNOS MENTALES	25
1.1.3 LA ATENCIÓN Y LOS ACTORES EN SALUD	27
1.1.4 INTERVENCIONES EN LA SALUD	29
1.1.5 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD EN COLOMBIA	30
1.2 DIMENSIÓN PEDAGÓGICA	34
1.2.1 CONCEPTUALIZACIÓN	34
1.2.2 EL DIÁLOGO SOCRÁTICO	37
1.2.3 ELEMENTOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO	40
1.2.4 ESTÁNDARES UNIVERSALES DE CALIDAD	43
1.2.5 CARACTERÍSTICAS INTELECTUALES ESENCIALES	45
1.2.6 PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL CENTRADA EN EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO	48
1.3 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	52
1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	53
1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS	56
1.3.2.1 Ideas centrales del Modelo cognitivo	56
1.3.2.2 Taxonomías del Modelo cognitivo	58
1.3.2.3 Postulados del Modelo de la terapia cognitiva	60
1.3.3 REPRESENTANTES DEL MODELO COGNITIVO	61
1.3.3.1 Albert Ellis	62
1.3.3.2 Aaron T. Beck	64
1.3.3.3 Jeffrey Young	67
CAPÍTULO 2. MODELO DE VULNERABILIDAD – ESTRÉS	74
2.1 EL ESTRÉS	76
2.1.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS	76
2.1.2 TEORÍAS SOBRE EL ESTRÉS	78
2.1.2.1 Teorías basadas en la respuesta	78

2.1.2.2 Teorías basadas en el estímulo	80
2.1.2.3 Teoría basada en la interacción	81
2.1.3 SUCESOS VITALES Y SUCESOS MENORES	84
2.1.4 EVALUACIÓN COGNITIVA	86
2.1.5 RESPUESTA DE ESTRÉS	87
2.1.6 AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	88
2.2 VULNERABILIDAD COGNITIVA	92
2.3 LA PERSONALIDAD	97
2.3.1 CUESTIONES SOBRE LA DEFINICIÓN	98
2.3.1.1 Perspectiva Nomotética	100
2.3.1.2 Perspectiva Ideográfica	100
2.3.1.3 Perspectiva Integradora	101
2.3.2 CLASIFICACIÓN	105
2.3.2.1 Modelos Dimensionales	105
2.3.2.2 Modelos Catoriales	109
2.3.3 PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL CENTRADA EN LA PERSONALIDAD	118
CAPÍTULO 3. PREVENCIÓN EN DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	120
3.1 LA NATURALEZA DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD	121
3.1.1 LA DEPRESIÓN	121
3.1.1.1 Clasificación	125
3.1.1.2 Prevalencias de los trastornos depresivos	127
3.1.1.3 Curso	129
3.1.2 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	131
3.1.2.1 Clasificación	134
3.1.2.2 Prevalencias de los trastornos de ansiedad	138
3.1.2.3 Curso de la ansiedad	140
3.2 PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DEPRESIÓN	142
3.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA DEPRESIÓN	144
3.3.1 PREDICTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	145
3.3.2 PREDICTORES PSICOLÓGICOS	147
3.3.3 ESTRESORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	154
3.4 PREVENCIÓN TERCIAARIA DE LA DEPRESIÓN	159
3.5 PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ANSIEDAD	164

3.6 PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ANSIEDAD	165
3.6.1 PREDICTORES PSICOLÓGICOS	165
3.6.2 ESTRESORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	168
3.6.3 PREDICTORES CLÍNICOS Y NEUROPSIQUIÁTRICOS	169
3.7 PREVENCIÓN TERCARIA DE LA ANSIEDAD	173
3.8 COMORBILIDAD E IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN	177
3.8.1 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	178
3.8.2 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ALCOHOLISMOS	179
3.8.3 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	180
3.8.4 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	180
3.8.5 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN Y ENFERMEDAD	182
CAPÍTULO 4. ESTUDIOS PRELIMINARES	184
RESUMEN	185
4.1 ESTUDIO NACIONAL SOBRE PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN	187
1.1 MÉTODO	187
4.1.1.1 Participantes	187
4.1.1.2 Instrumentos	190
4.1.1.3 Procedimiento	195
4.1.2 RESULTADOS	195
4.1.3 DISCUSIÓN	202
4.2 ESTUDIO PILOTO SOBRE PREVENCIÓN	209
4.2.1 MÉTODO	209
4.2.1.1 Participantes	209
4.2.1.2. Instrumentos	210
4.2.1.3 Procedimiento	211
4.2.2 RESULTADOS	211
4.2.3 DISCUSIÓN	214
4.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SQ-SF	218
4.3.1 MÉTODO	222
4.3.1.1 Participantes	222
4.3.1.2 Instrumento	223
4.3.1.3 Procedimiento	225
4.3.2 RESULTADOS	225

4.3.3 DISCUSIÓN	228
4.4 VALIDACIÓN DEL PBQ-SF	231
4.4.1 METODO	235
4.4.1.1 Participantes	235
4.4.1.2 Instrumento	237
4.4.1.3 Procedimiento	238
4.4.2 RESULTADOS	239
4.4.2.1 Análisis factorial confirmatorio del PBQ-SF	239
4.4.2.2 Consistencia interna y fiabilidad	242
4.4.2.3 Comparaciones multi-grupo	242
4.4.3 DISCUSIÓN	246
CAPÍTULO 5. EL PRESENTE ESTUDIO	249
5.1 DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	250
5.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS	258
5.3 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	263
5.4 PRIMERA ETAPA. FACTORES DE RIESGO	268
5.4.1 MÉTODO	268
5.4.1.1 Participantes	268
5.4.1.2 Variables	270
5.4.1.3 Instrumentos	272
5.4.2 RESULTADOS	278
5.4.2.1 Descriptivos generales	278
5.4.2.2 Análisis comparativo de las variables	281
5.4.2.3 Análisis de regresión	286
5.4.2.4 Análisis de ecuaciones estructurales	304
5.4.3 DISCUSIÓN	311
5.5 SEGUNDA ETAPA. IMPACTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN	316
5.5.1 MÉTODO	316
5.5.1.1 Participantes	316
5.5.1.2 Variables	318
5.5.1.3 Instrumentos	321
5.5.2 RESULTADOS	323
5.5.2.1 Análisis de relación entre las variables	324
5.5.2.2 Análisis estadísticos sobre el impacto del programa	326

5.5.2.3 Prácticas Socráticas	330
5.5.3 DISCUSIÓN	332
5.6 DISCUSIÓN GENERAL	339
REFERENCIAS	342
ANEXOS	389
ANEXO 1. CES-D (Radloff y Loche, 1977).	390
ANEXO 2. Escalas de ansiedad del SCL-90-R (Derogotis, 1994).	391
ANEXO 3. Young Schema Questionnaire – Short Form (Young y Brown, 2001)	392
INSTRUCCIONES	392
ANEXO 4. PBQ-SF (Beck y Beck, 2001)	395
ANEXO 5. Acontecimientos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004).	397
ANEXO 6. Autodiálogo Ansioso (ASSQ; Kendall y Hollon, 1989)	398
ANEXO 7. ATQ – R (Kendall, Howard y Hays, 1989)	399
ANEXO 8. Autorización A.T. Beck para validar la prueba en Colombia	400
Re: PBQ-SF (2007), Depression and anxiety, Colombia.	400
ANEXO 9. Consentimiento Informado con Aval de Bioética	401
ANEXO 10. Aleatorización de los Grupos	402
ANEXO 11. Momentos de participación de los estudiantes	406
ANEXO 12. Pruebas de normalidad	411
ANEXO 13. Taller Salud mental y desarrollo del pensamiento crítico	418
ANEXO 14. Diálogos Socráticos con criterios de Pensamiento Crítico	428
Caso #1. Hombre, 20 años de edad	429
Caso #2 Hombre, 18 años de edad	432
Caso #3 Hombre, 23 años de edad	436
Caso #4 Hombre, 17 años de edad	438
Caso #5 Mujer, 23 años de edad	441
Caso #6 Hombre, 20 años de edad	444
Caso #7 Hombre, 27 años de edad	446
Caso # 8 Mujer, 27 años de edad	449
Caso # 9 Hombre, 18 años de edad	453
Caso # 10 Hombre, 17 Años de edad	455
Caso # 11 Mujer, 21 años de edad	458
Caso #12 Mujer, 26 años de edad.	461
Caso # 13 Hombre, 17 años de edad	464
Caso #14 Mujer, 17 años de edad	467

Caso #15 Mujer, 19 años de edad	471
Caso #16 Mujer, 22 años de edad	473
Caso #17 Mujer, 20 años de edad	476
Caso #18 Mujer, 25 años de edad	480
Caso #19 Mujer, 30 años de edad	482
Caso #20 Mujer, 20 años de edad	485
Caso #21 Mujer, 36 años de edad	487
Caso #22 Hombre, 18 años de edad	490
Caso #23 Mujer, 19 años de edad	492
Caso #24 Mujer, 20 años de edad	495
Caso #25 Mujer, 30 años de edad	499
Caso #26 Mujer, 24 años de edad	502

## Índice de tablas

Tabla 1. Trastornos de ansiedad: edad de comienzo, prevalencia y distribución según sexo ....	140
Tabla 2. Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas de 490 usuarios de servicios psicológicos de diferentes universidades de Colombia .....	188
Tabla 3. Distribución de la muestra por región, ciudad, universidad y servicio .....	189
Tabla 4. Prevalencia de los trastornos del estado de ánimo.....	196
Tabla 5. Prevalencia de los trastornos de ansiedad .....	197
Tabla 6. Prevalencia de trastornos por abuso y dependencia de sustancia psicoactivas .....	197
Tabla 7. Prevalencia de los trastornos psicóticos .....	198
Tabla 8. Prevalencia de los Trastornos de la alimentación.....	198
Tabla 9. Distribución de acuerdo con las variables sociodemográficas .....	199
Tabla 10. Trastornos mentales diagnosticados y comorbilidad .....	200
Tabla 11. Análisis de regresión logística de las variables cognitivas en los trastornos de mayor prevalencia.....	201
Tabla 12. Salud mental y factores de riesgo .....	202
Tabla 13. Distribución de las variables sociodemográficas.....	210
Tabla 14. Valores descriptivos de los componentes evaluados con la prueba MCMI-II.....	212
Tabla 15. Descriptivos y comparativos de las creencias centrales de los trastornos de la personalidad.....	213
Tabla 16. Distribución de la muestra .....	222
Tabla 17. Indicadores de ajuste para los modelos estimados para el SQ-SF.....	227
Tabla 18. Estadísticos descriptivos básicos y fiabilidad.....	228
Tabla 19. Distribución de la muestra .....	237
Tabla 20. Modelo de 9 factores con 62 ítems y factor límite (independiente) .....	241
Tabla 21. Correlaciones entre las escalas del PBQ-SF.....	243
Tabla 22. Percentiles de la escala PBQ-SF N=665 Colombianos población no-clínica.....	245
Tabla 23. Descriptivos de las variables sociodemográficas para el estudio factores de riesgo.	269
Tabla 24. Descriptivos de los programas académicos de la muestra global para el estudio factores de riesgo .....	269



Tabla 25. Descriptivos de las variables sociodemográfico del estudio factores de riesgo discriminada por momento de participación en el estudio .....	270
Tabla 26. Descriptivos de los síntomas clínicos en 356 jóvenes universitarios del primer semestre de UNINORTE y USB, evaluados en Enero y Mayo del mismo año. ....	278
Tabla 27. Descriptivos de la variable cognitiva Esquemas maladaptativos .....	279
Tabla 28. Descriptivos de la variable cognitiva Creencias de personalidad .....	279
Tabla 29. Descriptivos de la variable acontecimientos estresantes.....	280
Tabla 30. Frecuencias de la variable Acontecimientos estresantes.....	280
Tabla 31. Comparativo de los síntomas de depresión entre hombres y mujeres .....	282
Tabla 32. Comparativo de los síntomas de depresión entre hombres y mujeres en el Tiempo 2. ....	283
Tabla 33. Comparativo de los síntomas de ansiedad generalizada entre hombres y mujeres en el tiempo 2. ....	284
Tabla 34. Comparativo de los síntomas de ansiedad fóbica entre hombres y mujeres en el tiempo 2. ....	284
Tabla 35. Comparativos de las variables clínicas en T1 y T2 discriminado por .....	285
Tabla 36. Comparativos de las variables cognitivas (esquemas maladaptativos) entre hombres y mujeres .....	285
Tabla 37. Comparativos de las creencias de personalidad entre hombres y mujeres .....	286
Tabla 38. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T1.....	287
Tabla 39. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T2.....	288
Tabla 40. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T1, controlando por ansiedad. ....	288
Tabla 41. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T2, controlando el solapamiento de la ansiedad. ....	288
Tabla 42. Análisis de regresión para las creencias de personalidad y la depresión T1.....	289
Tabla 43. Análisis de regresión para las creencias de personalidad y la depresión T2.....	290
Tabla 44. Análisis de regresión para las creencias de personalidad y la depresión T1 introduciendo las variables de ansiedad generalizada y ansiedad fóbica .....	290
Tabla 45. Regresión para las creencias de personalidad y la depresión T2 introduciendo las variables de ansiedad generalizada y ansiedad fóbica.....	290

Tabla 46. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T1 .....	291
Tabla 47. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T2 .....	292
Tabla 48. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T1 introduciendo la variable síntomas de depresión T1 .....	292
Tabla 49. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T2 introduciendo la variable síntomas de depresión T2 .....	292
Tabla 50. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la ansiedad generalizada Tiempo 1 .....	293
Tabla 51. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la ansiedad generalizada Tiempo 2.....	293
Tabla 52. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la ansiedad generalizada Tiempo 1 introduciendo la variable síntomas de depresión Tiempo 1.....	294
Tabla 53. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la variable síntomas de ansiedad generalizada Tiempo 2, introduciendo la variable depresión.....	294
Tabla 54. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 1 .....	295
Tabla 55. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 2 .....	295
Tabla 56. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 1 introduciendo las variables depresión y ansiedad generalizada.....	295
Tabla 57. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 2 introduciendo las variables depresión y ansiedad generalizada.....	296
Tabla 58. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad fóbica Tiempo 1 .....	296
Tabla 59. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad fóbica .....	297
Tabla 60. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad fóbica Tiempo 1 introduciendo las variables síntomas depresión y ansiedad generalizada .....	297
Tabla 61. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad fóbica Tiempo 2 introduciendo las variables síntomas de depresión y ansiedad generalizada .....	297
Tabla 62. Análisis de Regresión de los estresores para la depresión T2.....	298
Tabla 63. Análisis de Regresión de los estresores para la ansiedad generalizada T2.....	298
Tabla 64. Análisis de Regresión de los estresores para la ansiedad fóbica T2.....	299

Tabla 65. Análisis de Regresión del número de estresores y el estrés percibido para la depresión T2. ....	299
Tabla 66. Análisis de Regresión del número de estresores y el estrés percibido para la ansiedad generalizada T2.....	299
Tabla 67. Análisis de Regresión del número de estresores y el estrés percibido para la ansiedad fóbica T2.....	299
Tabla 68 Vulnerabilidad – estrés a la depresión .....	301
Tabla 69. Vulnerabilidad – estrés a la ansiedad generalizada .....	302
Tabla 70. Vulnerabilidad – estrés a la ansiedad aguda.....	303
Tabla 71. Modelos explicativos para los indicadores clínicos. ....	304
Tabla 72. Descriptivos de las variables sociodemográficas del estudio de prevención de acuerdo con la participación en las pruebas pretest y postest .....	317
Tabla 73. Descriptivos de las variables sociodemográficas discriminadas por los grupos que realizaron todo el proceso.....	318
Tabla 74. Descriptivos de la edad discriminadas por grupo. ....	318
Tabla 75. Correlación entre las variables cognitivas y las clínicas.....	324
Tabla 76. Análisis de regresión para la depresión postest. ....	325
Tabla 77. Análisis de regresión para la ansiedad generalizada postest .....	325
Tabla 78. Análisis de regresión para la ansiedad aguda postest .....	326
Tabla 79. Comparativos entre el grupo experimental y el grupo control para las variables síntomas clínicos en el postest.....	327
Tabla 80. Descriptivos generales de pensamientos negativos, positivos y ansiosos en la evaluación pretest y postest para cada grupo de estudio .....	327

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo adaptado de Sandín (2008).....	83
Figura 2. Diagrama de Modelo Genérico de Vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin y Abramson, 2001).....	94
Figura 3. Diagrama de la relación entre estrés y vulnerabilidad.....	95
Figura 4. Causas y síntomas que son específicas y comunes a los trastornos de depresión y ansiedad.....	96
Figura 5. Modelo de vulnerabilidad a corto y largo plazo.....	97
Figura 6. El mejor modelo estructural de los 10 trastornos mentales más comunes del DSM-IV y 11 del ICD-10.....	153
Figura 7. Motivo de consulta de pacientes deprimidos referidos por el médico general.....	177
Figura 8. Modelo de predicción.....	266
Figura 9. Modelos de prevención.....	266
Figura 10. Modelo 1 para la Depresión Tiempo 1.....	305
Figura 11. Modelo 2 para Depresión Tiempo 2.....	306
Figura 12. Modelo 3 para Ansiedad generalizada Tiempo 1.....	307
Figura 14. Modelo 5 para Ansiedad fóbica Tiempo 1.....	309
Figura 15. Modelo 6 para Ansiedad fóbica Tiempo 2.....	310
Figura 16. Variables clínicas para el grupo experimental y control (pretest-postest).....	329
Figura 17. Variables cognitivas para el grupo experimental y control (pretest-postest). ....	329
Figura 18. Variables clínicas grupo experimental y control en los cuatro tiempos de observación (Estudio 1 y 2).....	330
Figura13. Modelo 4 para Ansiedad generalizada Tiempo 2.....	308

## INDICE DE CUADROS

<i>Cuadro 1. Organización de competencias</i> .....	36
Cuadro 2. Procesos automáticos versus procesos controlados .....	58
Cuadro 3. Dimensiones de afrontamiento del Ways of Coping Questionnaire .....	90
Cuadro 4. Afrontamientos menos deseables y más deseables .....	91
Cuadro 5. Desde la personalidad saludable al trastorno de personalidad.....	107
Cuadro 6. Relación entre pensamiento y emoción .....	162
Cuadro 7. Descripción del Modelo de prevención para la depresión y la ansiedad .....	265
Cuadro 8. Subcategorías del pensamiento crítico e indicadores en diálogo socrático.....	320
Cuadro 9. Estructura del programa Salud mental y pensamiento crítico. ....	425

## **DEDICATORIA**

*Las obras grandes cobran sentido cuando tras ellas se evocan las fases y las personas mediante las cuales la idea tomó forma, se transformó en acciones y logró ser culminada en algo a lo cual le damos sentido.*

*Dedico esta obra a María Auxiliadora y doy gracias a Dios por lo que soy y lo que me ha propiciado; oportunidades, Personas e Instituciones que me han aportado creyendo en mí y reforzando mi compromiso social.*

*Expreso toda mi gratitud a mi familia y en especial a mi esposo e hijos, quienes transformaron mis tiempos de dedicación en momentos de comprensión, entrega sin límites de amor y expresiones de demandas oportunas e inoportunas por compartir conmigo.*

*A las personas que me acompañaron en mi formación académica e investigativa en esta etapa de mi vida, con quienes crecí a través de los debates teóricos y aprendí con sus experiencias investigativas y personales.*

*A mis amigas y amigos de siempre, a mis compañeras y compañeros de Universidad y de Doctorado, fundamentales para vivir, sentir y disfrutar la vida.*

*Por último, a los jóvenes del mundo y en especial a los de la Universidad de San Buenaventura, Medellín y a los de la Universidad del Norte, Barranquilla, razón de ser y de inspiración de esta Tesis Doctoral.*

## RESUMEN

El propósito de la Tesis Doctoral fue investigar sobre el modelo de vulnerabilidad-estrés aplicado a la prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes de primeros semestres de educación superior. La investigación partió de un estudio epidemiológico a nivel nacional para identificar los trastornos de mayor prevalencia, características cognitivas y factores estresantes asociados; de los 490 participantes usuarios de los servicios psicológicos de 13 Universidades de Colombia distribuidas en las regiones Andina, Caribe, Pacífica y los Santanderes, el 51.8% presentó al menos un trastorno mental, siendo los más prevalentes la depresión (26.3%), la ansiedad generalizada (17.8%), el trastorno por angustia (13.3%) y fobia social (10.8%), de acuerdo con la entrevista neuropsiquiátrica M.I.N.I. (Scheehan y Lecrubier, 1999). Las variables cognitivas y los estresores se asociaron de manera diferencial a estos trastornos, validándose las hipótesis de especificidad cognitiva y vulnerabilidad-estrés. La población identificada como de mayor riesgo fue la de estudiantes de primeros semestres, por lo que se diseñó el estudio de investigación-prevención en dos etapas: una primera con un diseño longitudinal de cohorte sobre factores de riesgo y una segunda etapa con un diseño experimental con grupo control y evaluación posttest sobre el impacto del programa de prevención. En el primer estudio participaron 356 estudiantes de dos Universidades ubicadas en regiones diferentes de Colombia: Universidad del Norte, Barranquilla (región Caribe) y Universidad de San Buenaventura, Medellín (región Andina) evaluados en dos momentos: Tiempo 1 iniciando el semestre (Enero del 2010) y Tiempo 2 finalizando el semestre (Mayo del 2010). Se evaluaron los síntomas de depresión y ansiedad en los dos momentos de observación y se investigó la asociación predictiva de los factores de riesgo de vulnerabilidad cognitiva: esquemas maladaptativos, creencias de trastornos de personalidad y acontecimientos estresantes. En la segunda etapa participaron 110 estudiantes, variable independiente: entrenamiento en desarrollo del pensamiento crítico y prácticas socráticas sobre la información de los factores de riesgo y de protección para la depresión y la ansiedad, y variables dependientes: pensamientos negativos, positivos y ansiosos, síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad aguda (o fóbica).

Resultados y discusión: se validaron las hipótesis predictivas de las variables cognitivas, de personalidad y los estresores para los síntomas de depresión y ansiedad, al igual que las hipótesis sobre la especificidad cognitiva y vulnerabilidad cognitiva al estrés, a través de los siguientes modelos: a) modelo 1 depresión Tiempo 1: predicen síntomas depresivos los esquemas maladaptativos de fracaso, aislamiento, autosacrificio, vulnerabilidad, creencias de personalidad límite y por evitación; b) modelo 2 depresión Tiempo 2: predicen síntomas depresivos finalizando el semestre los esquemas maladaptativos de autocontrol insuficiente, aislamiento, creencias de personalidad por dependencia, esquizoide e histriónico y de manera negativa antisocial, y estresores relacionados con la incomprensión por parte de los adultos, problemas o cambios en la situación económica, estar rodeado de personas desconsideradas u ofensivas, discusiones o problemas con un amigo/a, experimentar problemas de salud y romper o ser rechazado por la pareja; c) modelo 3 ansiedad generalizada Tiempo 1: predicen los esquemas maladaptativos de vulnerabilidad, apego, creencias de personalidad histriónica y por dependencia; d) Modelo 4 para ansiedad generalizada Tiempo 2: predicen los esquemas maladaptativos de vulnerabilidad, subyugación, aislamiento, privación, creencias de personalidad límite, histriónica y por dependencia, y estresores precipitantes relacionados con la incomprensión por parte de los adultos, estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas, cambios en cuanto a las responsabilidades en casa y algo malo que sucede a alguien que le preocupa; e) modelo 5 ansiedad fóbica Tiempo 1: predicen los esquemas maladaptativos de vulnerabilidad, autosacrificio, creencias de personalidad límite, histriónica y por dependencia; y f) modelo 6 ansiedad fóbica Tiempo 2: predicen los esquemas de vulnerabilidad, defectuosidad y de manera negativa estándares, creencias de personalidad límite y por dependencia, y estresores precipitantes relacionados con problemas al adaptarte a los grupos de trabajo, ser víctima de un delito, problemas o cambios en la situación económica, problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos. Con relación al impacto del programa se validó la hipótesis de la efectividad del mismo sobre los pensamientos negativos al comparar postes del grupo experimental y control ( $U= 746.500$ ;  $p<.05$ ) y sobre los síntomas de ansiedad generalizada al comparar el grupo experimental en el pretest-postest ( $Z=-3.556$ ;  $p<.001$ ).



# **CAPÍTULO 1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD MENTAL**

El propósito de este capítulo es identificar las dimensiones desde donde es abordado el presente estudio sobre prevención de la depresión y la ansiedad en jóvenes universitarios. Se sustenta la necesidad de promover investigaciones referentes a los factores de riesgo psicológicos en los problemas relacionados con la salud mental, considerando los planteamientos que desde la legislación, la teoría y las investigaciones lo soportan. Se rescata la importancia de generar procesos desde la identificación de los factores de riesgo, la intervención preventiva en poblaciones que se consideren en riesgo y la evaluación del proceso o seguimiento sobre el impacto del programa. Se considera fundamental aumentar el compromiso de las personas sobre su salud mental y el autocuidado, la flexibilidad y la adaptación a las nuevas demandas que se presentan en su entorno a través de acciones que favorezcan el pensamiento crítico en búsqueda de potencializar la capacidad cognitiva, esta vez a favor del propio bienestar del individuo y su calidad de vida.

Las tres dimensiones fundamentales para tratar el concepto de prevención, concepto que es inseparable del de promoción, serán: la salud pública, la pedagógica y la psicológica. Se estudian ciertos momentos históricos así como las políticas públicas en el marco de la salud mental, y se retoma el modelo del desarrollo del pensamiento crítico como ejes centrales para el diseño del programa en prevención propiamente dicho. Así mismo, dado el carácter psicológico del tema de estudio, el modelo de la terapia cognitivo se articula teóricamente para el estudio de los factores de riesgo y las metas de intervención en la prevención. Se concluye que los diferentes actores actualmente se encuentran ante el reto de la prevención en salud mental y desde la psicología y la pedagogía se asume el modelo para cubrir el ciclo de la investigación hasta llevar a la intervención y el seguimiento.

## 1.1 SALUD PÚBLICA

En América Latina se viene realizando reformas en los sistemas de salud, y se cuenta con importantes enseñanzas que pueden hacer más exitosos los programas orientados a la mejoría de la salud y la calidad de vida de la población. La Salud pública más que una actividad orientada a mejorar la salud de la población, es considerada tanto como ciencia y arte, encaminada a impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, en espera que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de sus derecho natural a la salud y longevidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Es ciencia porque aplica conocimientos de las ciencias básicas expresados en leyes y relaciones entre fenómenos naturales y sociales, y es arte en cuanto muchas de sus actividades dependen de la habilidad personal, la capacidad de integración y aplicación y el amor e interés de quien aplican los conocimientos. La Salud Pública se apoya para su acción en conocimientos de ciencias como la ingeniería sanitaria, economía, antropología, sociología, demografía, estadística, biología, ecología, etc. Todos los especialistas de salud pública y los profesionales del área de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, optómetras, etc.), y de otras áreas que laboran en el sector, son responsables de mejorar el nivel de vida de la población (Maya, 2005).

La salud pública se reglamenta a través de las políticas públicas, siendo éstas en sí mismas, la ciencia del Estado. Las políticas públicas se elaboran a partir de la confluencia de varios enfoques que ayudan a las decisiones políticas frente a la implementación de “buenas” políticas, eficaces y eficientes. Las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos o situaciones socialmente problemáticas. Se considera que las políticas públicas no son en sí mismas un fin; son más bien un medio para dar respuesta a una problemática social específica. Así, el análisis de las políticas públicas se realiza a partir de una metodología de investigación aplicada al *qué* y al *cómo hacer* del Estado, y desplaza el punto de observación hacia los productos, lo cual requiere de una indagación rigurosa de las causas y las consecuencias de las políticas públicas. El carácter práctico y teórico del análisis de las políticas públicas, hace que el centro de interés, independientes de su

orientación política, esté fuertemente determinado por las problemáticas políticas dominantes del momento (Roth, 2006; Molina y Cabrera, 2008; Roth y Molina, 2008).

Con relación a los derechos de los ciudadanos, los derechos humanos se consideran como universales, en el sentido que corresponden a todos los hombres y en todo lugar, y tiene su fundamento en la dignidad humana (Montoya y Gaviria, 2000). El derecho a la salud ha sido definido a partir del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDECS) (Colombia. Defensoría del Pueblo, 2004).

### 1.1.1 HISTORIA SOBRE LA PROMOCIÓN PARA LA SALUD

Todos los programas de salud requieren de una atención integral de diferentes profesionales para que se busquen alternativas interdisciplinariamente y planes de prevención y promoción de la salud, y acciones en cada una de las fases de un proceso de ayuda clínica como son la evaluación, la intervención y el seguimiento (Blanco y Maya, 2005; 2005b; 2006; Germán, 2004; Márquez, Sáez y Guayta, 2004). Un programa de salud nunca reemplazará la visión integral del paciente. Estos programas surgen de la necesidad de intervenir problemas de salud, organizar los recursos, focalizar las intervenciones y hacerlas más efectivas (Ruiz y Blanco, 2005).

La promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en los cambios de las condiciones sanitarias y en el modo de vivir, ajustado con la creación de una cultura de salud. Así, la difusión de la información y la promoción de los conocimientos constituyen valiosos instrumentos para los cambios de los estilos de vida de una comunidad (Sebastiani, Pelicioni y Chiattonne, 2002). Ahora bien, el diseño de programas en prevención de la salud, requiere de un plan estructurado que tenga sustentación a partir de la investigación y la planificación. Necesita además de la exploración previa del fenómeno y la caracterización de los factores de riesgo en la población que se piensa intervenir, la propuesta de un plan definido de estrategias y procedimientos activos y reflexivos, y un plan de evaluación y seguimiento. La promoción en salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar física, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (Gómez, 2005).

Se considera que los programas de educación para la salud deben promover la participación crítica de las personas, permitirles problematizar, reflexionar y actuar. Entre los principios para la educación para la salud, se considera la retroalimentación permanente y el desarrollo de la capacidad reflexiva como las que más podrían generar responsabilidad y compromiso frente a la salud en cada una de las personas. Si la educación para la salud se entiende como un conjunto de saberes y prácticas que transcurren en lo cotidiano, con una dinámica determinada por condiciones concretas bajo las cuales se vive y se realiza el bienestar, entonces la información y la educación se convierten en pilares fundamentales mediante los cuales se puede lograr la transformación cultural favorable a la salud y al bienestar, que penetra en el tejido social. Por ello, se consideran como principios básicos de la educación para la salud aquellos que favorecen el ciclo que le permite a las personas problematizarse, reflexionarse y actuar (Montoya, 2005).

La prevención para la salud hasta la década de los 60 hacía énfasis en la educación sanitaria, y se entendía como la acción de enseñar para prevenir y curar las enfermedades. El auge del concepto de Asistencia pública y el intervencionismo del Estado en la salud, fue característico de la década del 60 y el 70 (Maya y Torres, 2005). En 1962 denominada la época de la Alianza para el progreso, la educación sanitaria tuvo un papel protagónico para ayudar a la convivencia de los pueblos, especialmente para los países llamados subdesarrollados o del tercer mundo, y era concebida como el arte para la convivencia pacífica de los pueblos. Los fracasos en gran parte fueron atribuidos a la no planeación y a su limitada difusión y acción. En la Séptima Reunión internacional para la educación sanitaria, se recomendó que las técnicas de educación estuvieran orientadas a modificar conductas del individuo, la familia y la comunidad, y se daba especial énfasis al método a través de la comunicación de las masas y a la educación escolar, con especial énfasis en las prácticas para la utilización de los servicios de salud (planificación familiar, control de enfermedades de transmisión sexual y enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la malaria, la diarrea, etc.) (Montoya, 2005).

En la década de los setenta, el auge en aspectos de planificación de la salud y de educación sanitaria, dio lugar a comprender que la educación es un proceso de cambio de conducta de interés para la salud pública y que esta planificación se inicia teniendo en cuenta el diagnóstico de la situación de las necesidades educativas en salud de una

población determinada, y por lo tanto el indicado para ser educador era aquel adiestrado en los Ciclos de la conducta y en Salud pública. En 1973 en la Octava conferencia internacional de Educadores sanitarios realizada en París, se le asignó por primera vez a la educación sanitaria un rol básico en el discurso sobre “La calidad especial de vida”. La metodología de instruir individuos se concentró en el núcleo familiar a través de la mujer y los hijos, especialmente los adolescentes, se partía de un supuesto sobre la ignorancia de las gentes en materias de salud, por lo cual necesitaban educadores adiestrados en dar charlas, usar material audiovisual sobre salud, utilizar la “propaganda sanitaria”, ya que se hacía un análisis de que educar era convencer. Más adelante se vio la necesidad de incorporar la investigación y evaluación en el proceso de educación para la salud, y fue el auge de las técnicas de educación en grupo (Montoya, 2005; Maya y Torres, 2005).

El anhelo de justicia social se destacó claramente en la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo de 1977, cuando se tomó la trascendente decisión de comprometer a todos los gobiernos y a la OMS con el compromiso social, para que en el año 2000 todos los ciudadanos tuvieran un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Con la Declaración de Alma Ata de la meta mundial de *Salud Para Todos en el año 2000*, SPT-2000, en 1978, se adoptó la atención primaria como la principal estrategia para lograr la anhelada meta. La educación para la salud se constituyó en un componente esencial de la atención primaria, que conjuntamente con la comunidad, se proponía el cumplimiento de los principios de igualdad, equidad, universalidad y eficiencia (Maya, 2005; Maya 2005b).

En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud reafirmó que la salud influye poderosamente en el desarrollo socioeconómico y en la paz y que la clave para alcanzar la salud para todos es el sistema que se basa en la atención primaria de salud. En 1981, en el marco de la 33ª Asamblea Mundial de la Salud, se adoptó la estrategia mundial de “Salud para todos en el año 2000” (Vélez, 2000).

El concepto de Educación para la salud orientó las acciones de educación en salud en la década de los ochenta, surgieron los vigías de la salud del sector educativo, los agentes educativos en salud, los líderes comunitarios, además de grupos de profesionales haciendo actividades de educación para la salud (Montoya, 2005). En 1986 en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, se reunió en Ottawa (Canadá) los representantes de los países desarrollados, y se promulgó la famosa Carta

de Ottawa a favor de la promoción de la salud, en la cual se caracterizó a la promoción de la salud como *“el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*. Se enfatizó también en la necesidad de emprender acciones tendientes a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial (Vélez, 2000). En la misma carta se incluyeron cinco líneas generales de actuación para conseguir el objetivo de promoción de la salud: a) construir políticas públicas saludables; b) crear el entorno que favorezca la salud con ambientes favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales); c) fortalecer las acciones comunitarias; d) desarrollar aptitudes personales (estilos de vida); y e) reorientar los servicios de salud. Se posesionó la cultura de la salud y se propugnó por la búsqueda de hábitos saludables (Maya y Torres, 2005; Sánchez-Martos, 2004; Restrepo, 2001, 2001b).

En el año de de 1989 el Día Mundial de la Salud se celebró con el lema *“Hablemos de la Salud”*. El director de la OMS Hiroshi Nakajima, planteó la relación entre la salud y el desarrollo económico y social, e identificó la comunicación como el elemento clave en el mundo de hoy, la cual dará la opción de que los seres humanos elijan una vida saludable. Para ello habrá que informarles adecuadamente sobre los factores que pueden influir en su salud. Cada persona debe sentirse responsable de su propia salud. *“Activar procesos que generen visiones de ideales de salud y una voluntad colectiva para realizarlos, nos coloca en el ámbito del desarrollo de la cultura de la salud, finalidad última de la promoción de la salud, entendida ésta como el conjunto de modos, ideas, creencias, valores, actitudes, relaciones, estilos, instituciones, saberes y tecnología, que permiten a los seres humanos y a las comunidades no solo sobrevivir, sino vivir con dignidad a su manera”* (Montoya, 2005, p. 127).

En la década de los 90 entran en crisis muchos sistemas de salud, principalmente aquellos centrados en la asistencia pública; *“Se da un repunte al concepto de salud enmarcado en la seguridad social. Nuevos fenómenos sociales apuntan a la privatización o disminución del papel del Estado en la prestación de servicios de salud, posicionándose importantes conceptos como los de Gerencia de la salud y los de Descentralización y sistemas locales de salud. Se abre en esta década nuevas*

posibilidades para universalizar la atención, partiendo del aporte solidario de todos los ciudadanos y del manejo eficiente de los recursos” (Maya y Torres, 2005, p. 24).

En 1992 se celebró en Colombia en Santa Fe de Bogotá, la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Se consideró como un desafío de la salud en América Latina el transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como el trabajo por la solidaridad y la equidad social, condiciones necesarias para la salud y el desarrollo (Vélez, 2000). La educación se consideró como una estrategia básica de la promoción, conjuntamente con la comunicación, concertación y participación ciudadana. El proceso educativo apunta a dotar a cada sujeto y a la sociedad de instrumentos para entender, transformar y utilizar los conocimientos y recursos disponibles al servicio de la satisfacción de las necesidades, desarrollo de las potencialidades y solución de los problemas y conflictos (Márquez et al., 2004; Montoya, 2005).

La atención primaria de salud, es más necesaria que nunca, tal como se nombra en el reporte de salud del 2008 de la Organización Mundial de la Salud. La atención está orientada en buscar equilibrio entre la salud y el bienestar, posibilitando de esta manera la prevención y la promoción de la salud mental. “La atención primaria combina de forma segura, eficaz y socialmente productiva la prevención y la promoción, los cuidados y la asistencia, uniéndolos en el punto de interacción, entre la población y el sistema de salud” (OMS, 2008, p. 43). Lo que se precisa para lograr este objetivo es dar prioridad a las personas, tener en cuenta de manera equilibrada la salud y el bienestar, los valores, las capacidades y competencias de la comunidad y del personal que atiende. Los desafíos de un mundo en transformación, poblaciones con mayor longevidad y salud, y un mundo globalizado, urbanizado, requieren de una atención que den prioridad a las personas; la buena atención gira en torno a la persona, entenderla y dar continuidad en la atención, proveer confianza, y prevenir desequilibrio emocional (OMS, 2008).

Parte del interés por la calidad de los servicios se refleja en la elaboración de guía sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007). Por su parte, se especifica una lista de acciones inmediatas, que facilite la coordinación de las acciones con los sectores de salud mental y apoyo psicosocial para dar atención y facilitar la prevención y la promoción en salud: diagnóstico, evaluación y seguimiento de la salud mental y el apoyo psicosocial de la comunidad, capacitación al personal sobre identificación



síntomas y estrategias de intervención, prevención en salud mental para el personal que asiste a la comunidad, una prioridad a la atención a la persona, donde más que tecnología se espera profesionales comprometidos con la atención humanitaria. La atención inmediata para lograr estabilizar las condiciones médicas debe estar a la par de la atención para lograr o mantener el equilibrio emocional. En el campo de la salud mental, se plantea la necesidad de iniciar con programas de capacitación a los profesionales y a la comunidad para mantener la red de apoyo social, lograr la expresión emocional, e implementar estrategias de relajación, de comunicación y de solución de problemas. De manera directa se deben generar soluciones y tener conocimiento de lo indicado y lo no indicado en el momento de proceder al contacto con la comunidad afectada (IASC, 2007).

La justificación de las acciones consideradas como mecanismos de prevención parten tanto de la conceptualización sobre la salud mental en relación con los trastornos mentales como de los sistemas de clasificación, los niveles de intervención y los actores implicados para cada nivel, temas que son abordados a continuación.

### 1.1.2 LA SALUD MENTAL Y LOS TRASTORNOS MENTALES

El concepto de salud es abordado como “objetivo de conocimiento de la medicina y de las profesiones sanitarias. No es una identidad, una realidad como lo es un objeto, sino una abstracción, un concepto que hace referencia a una circunstancia humana. Al ser un concepto, depende de la cultura en la que se produce, pues ella es la que suministra el patrón que define la forma de estar o de ser sano” (Maya, 2005, p.1).

La Salud es considerada como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1998). Es el resultante de un gran número de fuerzas o variables, las cuales pueden agruparse en cuatro categorías de factores: a) el ambiente, el cual hace referencia a las circunstancias en las que vive el hombre y a las que debe adaptarse del mejor modo posible para estar sano; b) el comportamiento humano/estilo de vida, identificado como un conjunto de creencias, valores, pautas de conducta, etc., las cuales dependen en gran medida de las motivaciones y personalidades, y de los estilos de vida y pautas de conducta de los grupos sociales a los que pertenece y se integra; c) herencia (genética), contemplado como el proceso de salud que determina el substrato anatómico y fisiológico sobre el

cual ocurre el fenómeno de salud, su asociación con el ambiente puede generar la génesis multifactorial y aberraciones cromosómicas; y d) los servicios de salud, dentro de los cuales se rescata la disponibilidad, la calidad y la oportunidad de sus servicios (Maya, 2005).

De manera complementaria, para una aproximación a la conceptualización de los trastornos mentales, debe considerarse la imposibilidad en establecer una línea divisoria exacta entre lo normal y lo patológico (Millon y Davis, 2000; Millon, Davis y Millon, 2009; Millon y Everly, 1994). El DSM-IV TR (*American Psychiatric Association* [APA], 2000) plantea la dificultad en su definición, pero se aproxima a conceptualizarlos como síndromes o patrones comportamentales o psicológicos de significación clínica, que aparecen asociados a un malestar (p. ej., dolor), una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser culturalmente aceptado a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). No es el propósito clasificar a las personas sino los trastornos que padecen las personas. Una evaluación multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales. La evaluación multiaxial implica una evaluación en varios ejes:

Eje I: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad y Retardo mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

Con relación al deterioro e incapacidad, debe considerarse que hacen parte de los propósitos principales del actual sistema de diagnóstico (APA, 2000); el principal objetivo es facilitar una comunicación fiable de información descriptiva clínicamente relevante acerca de los síntomas o cuadros clínicos, y el segundo objetivo es describir los efectos de estos síntomas en la capacidad del paciente para llevar a cabo funciones importantes, denominadas *deterioro funcional* (Eje V). La inclusión del criterio de significancia clínica se plantea en más del 70% de los trastornos (p. ej. este trastornos

provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo). Sin embargo, pese a que la separación entre la descripción sintomática y la incapacidad se reportan en la clasificación multiaxial, esta división es difícil dado que en la actualidad muchos indicadores de incapacidad se relacionan con el tipo de síntoma. Como agenda de investigación para el DSM V, se recomienda dividir los asuntos diagnósticos de los referentes a la incapacidad, para así fomentar la investigación sobre la etiología, la evolución y el tratamiento de los trastornos mentales *así como* de la incapacidad que provoca y advertir de las consecuencias no intencionadas de un diagnóstico o tratamiento tardío. De manera ideal, la presencia o ausencia de malestar o incapacidad no debería gobernar la decisión sobre la presencia de un trastorno mental o la necesidad de tratamiento. La eliminación del requerimiento de *deterioro* en los criterios diagnósticos estimulará la intervención temprana en aquellos individuos de riesgo de morbilidad o muerte, en lugar de retrasar la intervención hasta después de alcanzar una morbilidad significativa (Lehman, Alexopoulos, Goldman, Jeste y Üstün, 2004).

### 1.1.3 LA ATENCIÓN Y LOS ACTORES EN SALUD

La atención en salud hace parte del derecho a la salud, y dentro de los actores estarían los actores sociales, los decisores, los corporativos y los académicos. Los actores sociales, por definición, somos todos; cada sujeto es un actor social, y cada actor social construye su propia percepción de los problemas que lo rodean, de acuerdo con las estructuras normativas, las prácticas sociales y las instituciones en las que ejerce su ciudadanía y vive su cotidianidad. Del proceder de los actores sociales conviene diferenciar sus intereses y sus prácticas de las de los actores decisores, los actores corporativos y los actores académicos (López, 2008).

Los actores decisores formulan políticas públicas, y su poder debe estar mediado por el poder del resto de los actores sociales. Se exige, desde su función rectora, que haya un ejercicio democrático en donde exista equilibrio de intereses y poderes entre los diferentes actores, y es el Estado quien debe ejercer mayor poder para mediar entre los intereses de las aseguradoras y los intereses, por ejemplo, de los profesionales de la salud. La economía adquiere cada vez más poder sobre lo político, y en consecuencia, en América Latina ha surgido las orientaciones neo-estructuralistas como un enfoque

teórico alternativo donde los actores decisores modulan la prestación de servicios, para que la atención vaya dirigida a la población vulnerable de forma cada vez más focalizada (López, 2008).

Los actores corporativos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SSGSSS) surgen como aseguradoras y prestadores de servicios de salud. Los primeros conformados por las Entidades Prestadoras de Servicio (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), los segundos por las Institución Prestadora de Salud (IPS). La preparación de los profesionales de atención en salud para el Siglo XXI, está enfocado a la atención directa con el paciente y al trabajo conjunto con otros profesionales. Las aptitudes y conocimientos que se han considerado cualificaciones básicas para todos los profesionales que atienden a pacientes con problemas crónicos son: a) atención centrada en el paciente; b) cooperación; c) mejora de la calidad; d) tecnología de la información y la comunicación; y e) perspectiva de salud pública (OMS, 2004, 2004b).

Los actores académicos son la conciencia crítica y científica que identifica, estudia, analiza y expresa soluciones a los problemas de salud de toda la población. Las tensiones surgidas entre actores que interactúan en el SGSSS, revelan que en Colombia el diseño de políticas públicas en salud expresa fragilidades estatales para adoptar decisiones con impacto positivo en el bienestar social (López, 2008).

Las reformas en salud operantes en Colombia no han podido superar la disyuntiva entre equidad y eficacia. El aumento de tensiones entre actores sociales generan posiciones polarizadas, se desarrollan estrategias específicas de organización del sistema sanitario y se idean tácticas de focalización del gasto público para alcanzar la cobertura de los más pobres. Sin embargo, se evidencian enfoques parciales en la interpretación estatal de los problemas de salud pública y, sobre todo, se revela un ejercicio del poder hegemónico en la orientación, la estructuración y el funcionamiento del SGSSS (López, 2008).

En Colombia se puede decir, que a pesar de la reforma al sistema de salud y la normatividad existente, no se han garantizado efectivamente el derecho ni la atención a la salud. Los estudios de las tutelas en salud muestran falencias en calidad, accesibilidad y oportunidad para algunos grupos poblacionales (Rodríguez, 2008).

#### 1.1.4 INTERVENCIONES EN LA SALUD

Se proponen cuatro dimensiones que guían las intervenciones en el campo de la salud, aplicables también a la salud mental: a) la promoción de la salud: incluye todo tipo de comportamiento y actitudes que fomenten la salud y disminuyan la propensión a enfermar. En la definición de estilos de vida saludables se integra el bienestar físico, emocional, y espiritual de las personas; b) la prevención de enfermedades: abarca intervenciones conducentes a evitar el desarrollo de patologías (agudas y crónicas). En la prevención primaria las acciones pueden superponerse a las propuestas en la dimensión de la promoción, mientras que la prevención secundaria y terciaria se definen a partir de disminuir el riesgo de secuelas o complicaciones de las mismas; c) la evaluación y tratamiento de enfermedades crónicas: comprende la exploración y las intervenciones sobre los diferentes componentes biopsicosociales que participan en la enfermedad con la finalidad de lograr mayor impacto de los tratamientos sobre la misma y su evolución; y d) la intervención hospitalaria: al igual que la anterior, contempla todas las acciones de evaluación e intervención sobre los componentes biopsicosociales que participan en la enfermedad en el contexto de la hospitalización (Hoyos y Rincón-Hoyos, 2010).

En la actualidad, los profesionales de la salud han tenido mayor conciencia sobre los estilos de vida saludables. Algunas de las conductas o actitudes que definen un estilo saludable y que se citan como aquellas que pueden contribuir a prevenir tanto el inicio como las complicaciones de enfermedades comunes y serias como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, el VIH sida, entre otras, pueden igualmente servir como guía para la salud mental pero requieren ser adaptadas y complementadas. Estas conductas son las siguientes: a) practicar ejercicio físico de modo moderado y regular; b) nutrición adecuada que incluya una dieta equilibrada que contenga carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. Adicionalmente es importante realizar las tres comidas, en especial el desayuno; c) disminuir o eliminar conductas poco saludables como el tabaquismo, alcohol, y sustancias psicoactivas; d) adoptar comportamientos de seguridad: sexo seguro, evitar conductas de riesgo, usar dispositivos de seguridad (como por ejemplo el cinturón de seguridad, el casco para moto, etc.), cumplir las normas de tránsito y de seguridad industrial; e) regulación apropiada de emociones negativas especialmente el estrés; f) disponibilidad de sistemas de apoyo o redes sociales

confiables y consistentes; y g) fortalecer la alianza terapéutica o relación médico paciente a través de fomentar la autonomía y empoderamiento del paciente sobre su salud (Hoyos y Rincón-Hoyos, 2010).

#### 1.1.5 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA LA SALUD EN COLOMBIA

Las políticas de salud hoy en día están orientadas a la cualificación de los profesionales para orientar programas enfocados al paciente y con destrezas comunicativas con otros profesionales. Además, el cuidado de la salud se ha orientado al paciente, buscando que tome conciencia de los factores de riesgo y asuma un estilo de vida responsable que logre de alguna manera el control de los mismos. Actualmente las políticas de salud enfatizan en el autocuidado, desplazando la dimensión colectiva de la salud cada vez más hacia el control individual de los factores de riesgo (Echeverri, 2000). Hay un nuevo discurso en las estrategias de políticas de salud con un fuerte corte individualista, que enfatiza el control de factores de riesgo en la acción y concientización de individuos, familias y comunidades, y privilegia modelos de intervención centrado en los estilos de vida y el auto-cuidado. Así la dimensión colectiva y social de la salud se sustituye cada vez más por la esfera individual y el Estado se encarga más de regular que de actuar directamente sobre el control de factores de riesgo” (Vega, citado por Echeverri, 2000).

En Colombia se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (Ministerio de la Protección Social, 2007), formulado por el entonces Presidente de la República de Colombia Álvaro Uribe Vélez, a través del Decreto número 3039 de agosto 10 de 2007, cuyos propósitos eran: a) mejorar el estado de salud de la población colombiana, b) evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, c) enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, y d) disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

En el Capítulo III se formulan las Líneas de políticas, con el Ministerio de la Protección Social como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, y se definen las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud: a) la promoción de la salud y la calidad de vida, b) la prevención de los riesgos, c) la recuperación y superación de los daños en la salud, d)

la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y e) la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Plantea el decreto la necesidad de articular los esfuerzos de los diferentes sectores, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de Salud – EPS, las administradoras de riesgos profesionales – ARP, los prestadores de servicios de salud – IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

Es así como las políticas nacionales en el Decreto 3039 priorizan la promoción de la salud y la calidad de vida (línea de política número 1) y la prevención de riesgos (línea de política número 2). Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integran las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. Tiene como propósito fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades la capacidad para identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan la vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva (Ministerio de la Protección Social, 2007).

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respeto a sus metas, expectativas, norma y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del conjunto de necesidades y satisfacciones en las dimensiones individuales, familiares y comunitarias en los ámbitos locales, regionales y nacionales. En congruencia con lo anterior, se definen estrategias de la promoción de la salud y la calidad de vida a cargo de la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud EPS, las administradoras de riesgos profesionales ARP e instituciones prestadoras de servicio de salud IPS. Dentro de éstas últimas, se formula la promoción del conocimiento, promoción de entorno saludable, promoción del desarrollo individual integral y la adopción de estilos de vida saludables. Además, la promoción

de la salud mental con énfasis en los ámbitos familiares, promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud, y la promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.

Se asume la prevención de riesgos, de enfermar o morir, con el propósito de minimizar la pérdida de bienestar, evitar la aparición de la enfermedad (la prevención primaria), y gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (prevención secundaria). Las estrategias que se definen son similares a las de promoción, con alta participación entre los profesionales frente al mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública.

En el Capítulo V del decreto 3039 del 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2007), se nombran dentro de las prioridades las siguientes: a) la salud infantil, b) la salud sexual y reproductiva, c) la salud oral, d) la salud mental y lesiones violentas evitables, e) las enfermedades transmisibles y la zoonosis, f) las enfermedades crónicas no transmisibles, g) la nutrición, h) la seguridad sanitaria y del ambiente, i) la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, y j) la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. Al revisar estas prioridades, la salud mental se ve representada tanto dentro de las enfermedades crónicas no trasmisibles, como en la enfermedad mental y lesiones violentas evitables.

En el 2011, la Presidencia de la República - Ministerio de la Protección Social MPS, realiza la reforma al SGSSS a través de la Ley 1438. En el TÍTULO II: Salud Pública, promoción y prevención y atención primaria en salud, establece a través del ARTÍCULO 6° el Plan decenal para la salud pública, y considera que, a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población incluyendo la salud mental y garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de ciudadanía y de las organizaciones sociales. El primer Plan Decenal deberá ponerse en vigencia en el año 2012 (Parágrafo transitorio del ARTÍCULO 6°).

La articulación de las redes integradas estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (ARTÍCULO 64°). Dentro de los objetivos, se propone la identificación de la población a atender y la determinación del



riesgo en salud (Numeral 64.1), la identificación de factores de riesgo y factores de protección (Numeral 64.2), el consenso en torno a la implementación de la estrategia de atención primaria en salud (Numeral 64.3), el consenso en torno al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población (Numeral 64.4) y el desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados (Numeral 64.5), entre otros.

El ARTÍCULO 65° sobre Atención Integral en Salud Mental expresa que las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del plan de beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.

El ARTÍCULO 93°, en el Numeral 93.4, propone Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirva de referencia para la presentación de los servicios de salud. Así, el ARTÍCULO 94° frente a Referentes basados en Evidencia Científica, especifica que éstas son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud, basados en evidencia científica. Incluyen las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

Ante el ARTÍCULO 97° de la Política de Talento Humano, el MPS definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de los profesionales y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del SGSSS.

En el Título VIII De los Usuarios del Sistema, ARTÍCULO 136°, Política Nacional de Participación Social, el MPS definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivo: fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste (Numeral 136.1), promover la cultura de la salud en el auto-cuidado, modificar los factores de

riesgo y estimular los factores protectores de la salud (Numeral 136.2), incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios (Numeral 136.3), participar activamente en los ejercicios de definición de política (Numeral 136.4), participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud (Numeral 136.5), y defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario (Numeral 136.6).

La atención primaria en salud hará énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la cultura del autocuidado y la participación activa de la comunidad, a partir de la orientación individual, familiar y comunitaria, la atención integral, integrada y continua, y las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias (ARTÍCULO 13°. Implementación de la atención primaria en salud).

A manera de conclusión, la línea de Políticas en Salud se constituye en una dimensión orientadora de proyectos de prevención en salud mental desde donde los diferentes actores pueden proponer acciones articuladas con los objetivos declarados en el Sistema de Salud Nacional. Considerar las prioridades de intervención que establece un Gobierno en su Plan de Desarrollo es responder de manera responsable como profesionales comprometidos no solo con la salud mental de la población sino también con el desarrollo del talento humano, dado que como psicólogos y docentes investigadores en entidades de formación superior, el compromiso es con los jóvenes en formación quienes serán los futuros profesionales. Estos asuntos son propuestos por el Gobiernos en respuesta a las prioridades establecidas por la Organización Mundial de la Salud, con el propósito de mejorar la calidad de la salud y la calidad de vida de los habitantes.

## **1.2 DIMENSIÓN PEDAGÓGICA**

### **1.2.1 CONCEPTUALIZACIÓN**

Los modelos educativos han estructurado sus currículos en torno a las competencias, lo cual implica dejar atrás los principios tradicionales de la educación en cuanto a la relación de la enseñanza y el aprendizaje, previamente centrada en la responsabilidad del docente para transmitir la información y favorecer el aprendizaje,

para enfocarlo en metodologías con el propósito de obtener mayor interacción con el estudiante, donde conjuntamente y a través de la investigación se favorezcan los procesos de aprendizaje, volviendo más capaces a los profesionales y estudiantes de aprender a aprender, de indagar, de cuestionar, de argumentar y de adquirir habilidades que les permitan desempeñarse de mejor manera en el mundo actual, que les exige cada más poder de adaptación y aprendizaje de nuevas tecnologías, en el mundo globalizado (Laiton, 2010).

La pedagogía distingue tres tipos de competencias genéricas en las personas responsables de los procesos de aprendizaje: las competencias instrumentales, las interpersonales y las sistémicas. El pensamiento crítico es considerado como una de las competencias instrumentales específicas a la cognición. Va más allá de las habilidades del análisis lógico puesto que, implica el preguntar sobre las asunciones subyacentes detrás de nuestros modos de pensar y actuar (Brookfield, 1987). El pensamiento crítico es de base un pensamiento de los interrogantes: ¿Por qué las cosas son así? ¿Por qué las cosas no pueden ser de otro modo? ¿Por qué tú crees que las cosas son así? ¿Por qué alguien puede querer que las cosas sean así? (Moya, 2005).

El pensamiento crítico se propone analizar o evaluar la estructura y consistencia de los razonamientos, particularmente opiniones o afirmaciones que la gente acepta como verdaderas en el contexto de la vida cotidiana (Ortiz, 2009, 2010).

Al intentar descubrir la naturaleza de la verdad, Russell (1995) hace tres consideraciones:

1. Nuestra teoría de la verdad debe ser tal que admita su opuesto, la falsedad.
2. Parece evidente que si no hubiera creencias no podría haber falsedad, ni verdad, en el sentido que la verdad es correlativa de la falsedad.
3. La verdad o la falsedad de la creencia depende siempre de algo que es exterior a la creencia misma.

A través del pensamiento crítico la persona se interroga sobre las cosas y se interesa por los fundamentos en los que se asientan las ideas, las acciones, las valoraciones y juicios tanto propios como ajenos. Además, se reconocen las condiciones que hacen posible que un determinado conjunto de ideas se transformen en

conocimiento o en creencias que influirán decisivamente sobre las decisiones y acciones, así como el modo en que una persona logra construir una mentalidad propia pero con influencia de algunas ideologías, y ejerciendo un juicio más amplio y sólido cuando su campo de interpretación se basa en diferentes puntos de vista. Por ello, constituye una base esencial para el desarrollo de competencias interpersonales, individuales y sociales, además de las sistémicas, dado que permite revisar, cuestionar y mejorar las prácticas sociales y organizativas (Villa y Poblete, 2008). Con base a las preguntas críticas, llegamos a motivarnos por pensar de manera diferente y actuar de manera diferente. El cuadro 1. Presenta la organización de las competencias planteadas por éstos autores

Cuadro 1. Organización de competencias

<b><i>Instrumentales</i></b>	
Cognitivas	Pensamiento: analítico, sistémico, crítico, reflexivo, lógico, analógico, práctico, creatividad y deliberado.
Metodológicas	Gestión del tiempo Resolución de problemas Toma de decisiones Orientación del aprendizaje (estrategias de aprendizaje) Planificación
Tecnológicas	Uso de las TIC Utilización de bases de datos
Lingüísticas	Comunicación verbal Comunicación escrita Manejo de idioma extranjera
<b><i>Interpersonales</i></b>	
Individual	Auto-motivación Diversidad e interculturalidad Resistencia y adaptación al entorno Sentido ético
Social	Comunicación interpersonal Trabajo en equipo Manejo de conflictos y negociación
<b><i>Sistemáticas</i></b>	
Organización	Gestión por objetivos Gestión de proyectos Orientación a la calidad
Capacidad emprendedora	Creatividad Espíritu emprendedor Innovación
Liderazgo	Orientación al logro, Dirección

Retomado de Villa y Poblete (2008).

El pensamiento crítico propone analizar o evaluar la estructura y consistencia de los razonamientos, particularmente opiniones o afirmaciones que se aceptan como verdades en nuestra vida cotidiana. El pensamiento crítico se basa en valores intelectuales que tratan de ir más allá de las impresiones y opiniones particulares, por lo que se requiere claridad, exactitud, precisión, evidencia y equidad. Tiene por tanto una vertiente analítica y otra evaluativa. Aunque emplea la lógica, intenta superar el aspecto formal de ésta para poderlo entender evaluando su contexto y dotándose de herramientas intelectuales para distinguir lo razonable de lo no razonable, lo verdadero de las diferentes verdades dependiendo del contexto. La pretensión es aprender a aprender, ser competente y libre, para pensar para uno mismo, localizar la información que se requiere y aplicarla en la vida para resolver los problemas cotidiana (Ortiz, 2009; Ortiz, 2010).

El pensamiento crítico es esencial para el aprendizaje efectivo y la vida productiva, no es sólo pensar sino pensar para mejorar. Este mejoramiento viene de la destreza en usar estándares por el cual se evalúa de manera correcta el pensamiento en términos sencillos a través de normas. Requiere de disciplina, moderación en la manera de pensar --mediante estándares intelectuales-- para de esta forma llevar nuestro pensamiento a un nivel de “perfección” y calidad que no es natural en el pensamiento espontáneo e indisciplinado (Paul, 1993).

El pensamiento crítico requiere de habilidades cognitivas y de disposición, siendo este último una condición necesaria para la eficiencia en el proceso de enseñanza, especialmente para el uso de las habilidades del pensamiento (Nieto y Saiz, 2011). Se centra en el diálogo socrático, es un modo de pensar - sobre cualquier tema, contenido o problema (Paul y Elder, 2003, 2003b).

### 1.2.2 EL DIÁLOGO SOCRÁTICO

El diálogo socrático se entiende dentro de este contexto como una secuencia heurística de preguntas y respuestas encaminada a promover o enriquecer el pensamiento crítico. Sócrates, uno de los principales filósofos de la historia, considerado como genio y daimón de Atenas, aprendió de los sofistas un sistema de diálogo basado en la refutación, un método de indagación llamado *elenchos*.

Cuestionaba todo saber y para ello se sirvió de la refutación contra quienes pretendían ser poseedores de un conocimiento concluyente. Su frase célebre invita a la reflexión sobre cómo hacernos mejores a través de la dialéctica y la razón: *solo sé que nada sé*. La actividad de preguntar va dirigida hacia una conclusión que supuestamente contradiría la frase anterior: *conócete a ti mismo*. La ironía consiste en preguntar fingiendo ser ignorante, pero orientando la pesquisa hacia una meta ya sabida. Sócrates indagaba con aparente inocencia sobre las bases que apoyan un supuesto conocimiento, y finalmente confronta las contradicciones existentes entre los diversos fundamentos de su tesis. Así, el diálogo es la base de la revelación de la verdad, permite cuestionar nuestras creencias, y así podemos erradicar nuestros errores y llegar a las manifestaciones del bien, la verdad, la inteligencia, la belleza, la justicia, el amor, las cuales habitan en nosotros sin haberlo aprendido de nadie, dado que son certezas universales. El diálogo posibilita cuestionar nuestros supuestos e identificar la influencia de los contextos en ellos y precisar nuestros errores para poder llegar a una verdad más profunda. Más que revelar la verdad, el diálogo posibilita revelar el camino errado de nuestro pensamiento. El individuo, sin el otro, está condenado a caer en las redes de la propia ignorancia. Sócrates enseñó que las personas obran en base a sus límites de comprensión, y el diálogo permite cuestionar nuestras creencias, y así erradicar los errores. A través del diálogo se revela la verdad de un modo simple y natural (Morilla, 2008).

Paul (1996) fundamentó el proceso de enseñanza del pensamiento crítico a través de la pregunta socrática. Esta estrategia se fundamenta en el modelo de Paul en varias premisas. En su primera se plantea que el pensamiento no puede existir sin contenido. El pensamiento carente de contenido es ininteligible, y el contenido que no es pensado, no puede ser comprendido. El contenido y el pensamiento no son dos cosas independientes sino un todo integrado. La mente aprende contenidos a través del pensamiento, el contenido es producido, organizado, comprendido, aplicado, transformado y evaluado por el pensamiento. De esta manera, en los procesos educativos los objetivos deben orientar al estudiante a pensar como un biólogo, un historiador, un arquitecto, un poeta, un filósofo, un dramaturgo, etc. Si el contenido es pensamiento, entonces el contenido produce más contenido. Es propio del contenido generar más contenido. El contenido es pensamiento y pensar siempre genera más pensar. Por ejemplo, a medida que la química avanza en cuanto a contenidos, esto se

atribuye a que el pensar de los químicos ha generado más contenido, puesto que han estado pensando en nuevas formas y en nuevos caminos. El contenido les abre nuevos caminos para pensar y pensar de esta manera les genera más contenido (Paul, 1996).

En su segunda premisa se hace referencia al contenido visto como un modo de pensamiento dirigido por preguntas. Las preguntas son la maquinaria, la fuerza que impulsa el pensamiento. Sin las preguntas esenciales, muchas veces no logramos enfocar nuestro pensar en lo significativo y sustancial. Cuando hacemos preguntas esenciales, tratamos con lo que es necesario, relevante e indispensable al asunto que tenemos ante nosotros. Esto implica rastrear alternativas y de esta manera volver nuestro pensamiento más disciplinado pero a la vez más flexible. Se enfatiza en nuestra capacidad para aprender, estamos preparados para ello, somos intelectualmente capaces de reconocer nuestro potencial y encaminarlo para adaptarnos al mundo y tener éxito en la vida. Desde el planteamiento de Paul y Elder, se necesita hacer preguntas esenciales: preguntas esenciales cuando lee, escribe y habla; cuando está de compras, trabajando o ejerciendo su rol de padre; cuando hace amigos, escoge su pareja, e interactúa con los medios informativos y la Internet. Sin embargo, pocas personas dominan el arte de hacer preguntas esenciales (Elder y Paul, 2000; Paul, 1996b).

De esta manera, si deseamos pensar críticamente y que otros piensen críticamente, se espera que el contenido se arraigue en el pensamiento, transforme la forma de pensar o que se desarrolle o afine el pensamiento que se trae consigo. El pensamiento crítico así, es dirigido por preguntas (Paul, 1996), y pueden diseñarse sesiones de prácticas teniendo en cuenta estos fines para que los participantes se responsabilicen de su propio pensamiento haciéndolo progresar continuamente. Las preguntas socráticas que se pueden enunciar pueden ser: ¿Hay lógica en aquello que estoy planteando? ¿Este tema tiene sentido? ¿Sus partes encajan bien? Paul afirma que la discusión socrática debe dirigir las sesiones con los participantes si deseamos el desarrollo del pensamiento crítico. Buscar la lógica de las cosas lo ejemplifica en buscar la lógica del mal comportamiento, la lógica del comportamiento del pandillero, la lógica de las relaciones familiares, la lógica de las relaciones con tu pareja, la lógica del dominio, la lógica de la sumisión, la lógica de la manipulación, la lógica de las relaciones románticas, la lógica del bienestar, la lógica del dinero, la lógica de la lectura, de la escritura, etc.

En su tercera premisa se enfatiza sobre la necesidad de reconocer las propias debilidades de nuestros pensamientos. Si no descubrimos nuestras propias debilidades, no es posible mejorar la calidad de nuestro pensamiento. Al reconocer las debilidades, se genera una mejor actitud frente a los errores, a los malentendidos y las confusiones.

### 1.2.3 ELEMENTOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

El primer componente que estructura el pensamiento crítico del modelo de Paul y Elder (2003), es identificado como *elementos del pensamiento crítico*. La categoría cognitiva de este núcleo es el pensamiento crítico tal como lo ha estudiado Paul en términos de autorregulación –por un lado- de los propósitos del razonamiento que se hace: ¿Cuál es la meta? Los supuestos desde donde se habla o escribe: ¿Qué estamos dando por sentado en este punto en particular? Los datos disponibles al hacer una afirmación: ¿De dónde sacaste la información? Los conceptos desde donde se apoyan los argumentos: ¿En qué principio te basas para decir eso? La legitimidad de las inferencias que se hacen: ¿Cómo interpretas la información obtenida? La consideración de los puntos de vistas desde donde se hacen las afirmaciones: ¿Cuál es tu punto de vista? Las implicaciones o consecuencias de los planteamientos: ¿Cuáles pueden ser las implicaciones de esta decisión? La posibilidad de generar preguntas: ¿Existe alguna otra manera de expresar esta pregunta?

Específicamente Paul y Elder describen de la siguiente manera los elementos del pensamiento crítico (Paul, 1996; Paul y Elder, 2003):

Propósito: todo razonamiento tiene un propósito, y éste debe contar con el tiempo necesario para ser expresado con claridad. Los propósitos deben ser realistas y significativos. Se requiere distinguir nuestro propósito de otros propósitos relacionados, verificar periódicamente que se continúa enfocado. El propósito es la meta, el objetivo, el logro, la agenda. Las preguntas claves que pueden ser enunciadas sobre cualquier tema y en cualquier momento son las siguientes: ¿Cuál es el propósito del que se está razonando? ¿Cuál es el (mi) propósito? ¿Está el propósito implícito o explícito? ¿Se justifica? ¿Cuál es el objetivo de nuestro pensamiento? ¿Qué trato (tratamos) de lograr? ¿Cuál es el fin? ¿Cuál es mi fin? ¿Qué persigo? ¿Qué persigues? ¿Cuál es mi meta? ¿Qué lograré con este comportamiento? ¿Qué estamos tratando de lograr? Se recomienda tomar el tiempo necesario para expresar el propósito con claridad, distinguir



el propósito con otros relacionados, verificar periódicamente que se continúe enfocado, y elegir propósitos realistas y significativos.

**Preguntas:** todo razonamiento es un intento de solucionar un problema, resolver una pregunta o explicar algo. Se debe contar con el suficiente tiempo para expresar la pregunta en cuestión, formular la pregunta de varias formas para clarificar su alcance, seleccionar la pregunta en sub-preguntas, identificar si la pregunta tiene una respuesta correcta. Siempre que pensamos, debemos tener al menos una pregunta por responder. Es incomprensible decir que se está pensando algo, pero que no hay una pregunta que necesitamos contestar, pues son las preguntas las que dirigen las respuestas hacia una u otra dirección. ¿Se hace la pregunta con claridad? ¿Está libre de prejuicios? ¿Está formulada de forma que recoge la complejidad del asunto al cual alude? ¿Existe correspondencia entre la pregunta y el propósito? ¿Cuál es la pregunta principal a la que queremos responder? ¿Qué pregunta estoy formulando? ¿Qué pregunta estoy respondiendo? ¿Cuál es exactamente la pregunta? ¿Puede alguien redactar mejor la pregunta? ¿Necesito replantear esa pregunta? ¿Existe alguna otra manera de expresar esta pregunta? ¿Cuál es la ventaja de redactarla de esta manera? ¿Qué clase de pregunta es ésta que estamos haciendo? ¿Cómo la haría? Si se desea comprender la biología, se puede preguntar: ¿Qué clase de preguntas se hacen los biólogos? ¿De qué manera difieren sus preguntas de las de los químicos? o ¿Cómo difieren las preguntas de los botánicos de las de los biólogos, en general?

**Supuestos:** todo razonamiento se fundamenta en supuestos. Por lo tanto, es indispensable identificar claramente los supuestos y determinar si son justificables, además de considerar cómo éstos dan forma o determinan su punto de vista. Son presuposiciones lo que se acepta como dado. ¿Qué estoy dando por sentado? ¿Qué suposiciones me llevan a esta conclusión?

**Perspectiva o puntos de vista:** este elemento busca el marco de referencia, perspectiva u orientación. Siempre que se está pensando, se está haciendo desde un punto de vista determinado, se posee una visión general de las cosas. Sin duda alguna, éste es el propósito de la educación y a pesar de que se pueda aprender a pensar históricamente, económicamente, sociológicamente, psicológicamente, arqueológicamente y antropológicamente -enriqueciendo la mente- siempre se está pensando dentro de un marco de referencia (Paul, 1996). Siempre se estará pensando dentro de un determinado punto de vista. Paul plantea como necesario identificar el

punto de vista o perspectiva, buscar otros puntos de vista, identificar otros puntos de vista, sus fortalezas y sus debilidades y esforzarse en ser parcial al evaluar todos los puntos de vista. ¿Desde qué punto de vista estoy acercándome a este asunto? ¿Habrá otro punto de vista que deba considerar? Entonces, las preguntas que de aquí surgen y que siempre se pueden hacer son: ¿Cuál es mi punto de vista? ¿Cuál es el punto de vista de este tema? ¿Cómo estamos pensando sobre esto? ¿Cómo estamos mirando las cosas? ¿Será necesario enfocarlas desde otro ángulo? ¿Será necesario verlas desde otra perspectiva? ¿Deberíamos considerar otro tipo de orientación en el proceso de pensamiento?

**Información:** todo razonamiento se fundamenta en datos, información y evidencia, y es indispensable limitar las afirmaciones a aquellas apoyadas por los datos, recopilar información contraria a la suposición y también información que la apoye, asegurarse que toda la información usada sea clara, precisa y relevante a la pregunta en cuestión y asegurarse que ha recopilado suficiente información. Cuando se enuncia una pregunta para que ésta sea respondida, es indispensable poseer información. ¿Dónde obtuvimos la información? ¿Necesitamos más información? ¿Es esta información reciente? ¿Está completa? ¿Es significativa? ¿Qué información necesito para resolver esta pregunta?

**Conceptos:** todo razonamiento se expresa mediante conceptos e ideas. Identificar los conceptos claves y explicarlos con claridad, considerar conceptos alternos o definiciones alternas de los conceptos y asegurarse que se usan los conceptos con cuidado y precisión es tarea de quien piensa críticamente (Paul y Elder, 2003). Cuando se interpreta una información no se le puede dar un sentido sin ideas, conceptos, teorías, axiomas, leyes o sin principios, que de alguna manera le dan un significado. En toda interpretación hay, implícitamente, una pequeña teoría, un concepto y una idea, y por tanto, al tomar una interpretación, es posible encontrar en ella la idea clave, el concepto central y la teoría central. ¿Se clarifican los conceptos claves? ¿Se usan y aplican los conceptos adecuadamente?

**Interpretaciones e inferencias:** son las conclusiones, soluciones y dan significado a los datos. Inferir sólo aquello que se desprende de la evidencia, verificar que las inferencias sean consistentes entre sí e identificar las suposiciones que llevan a formular las inferencias posibilitan un razonamiento. Si se posee información, ésta por sí sola nunca que guía a las conclusiones. La información debe ser procesada por la mente, ser

interpretada y debe dársele un significado. Según lo anterior, pueden realizarse las siguientes preguntas: ¿Cómo interpreto la información que he obtenido? ¿Qué experiencias he tenido para apoyar esta afirmación? ¿Qué me está indicando esta gráfica? ¿Qué significado le daría a este poema? ¿Qué creo que significa este comportamiento? ¿Qué significado le estoy dando? ¿Qué información estoy usando para llegar a esa conclusión? ¿Cuál es la idea central? ¿Puedo explicar esta idea? ¿Existe alguna manera diferente de pensar sobre esto?

Implicaciones y consecuencias: el pensamiento no sólo se inicia a partir de un supuesto, sino que además, llega a un punto o implicación. Las preguntas que pueden formularse son: ¿Hacia dónde nos está llevando esto? ¿Es hacia allá hacia donde queremos ir? ¿Si alguien aceptara mi posición, cuáles serían las implicaciones y consecuencias? ¿Qué estoy insinuando? Si continúo con esta dieta ¿cuáles serán las consecuencias? Si no hago ejercicio ¿cuáles serán las consecuencias? ¿Hacia dónde va esto? ¿Cuáles son las implicaciones y consecuencias? Si seguimos educando a los jóvenes tal como lo estamos haciendo en la actualidad ¿Qué consecuencias traería esta educación en su desempeño durante el siglo XXI?

#### 1.2.4 ESTÁNDARES UNIVERSALES DE CALIDAD

El segundo componente del desarrollo del pensamiento crítico, hace referencia a los *estándares intelectuales*, los cuales son descritos por Paul de la siguiente manera (Paul, 1996; Paul y Elder, 2003):

Claridad: la claridad se refiere a que lo que se dice sea comprensible. Si el pensamiento no está claro, no se puede comunicar, explicar ni aprender. Cuando la mente no está segura, cuando está confundida, borrosa, dudosa, desordenada, entonces no está clara. Si se logra claridad en el pensamiento, se es capaz de expresar lo que realmente se intenta transmitir, las instrucciones no darían pie para equivocaciones y los compromisos serían reales. Las preguntas que se podrían formular a través del diálogo socrático por ejemplo, estarían: ¿Podrías explicar un poco más? ¿Podrías ilustrar lo que quieres decir? ¿Podrías darme un ejemplo? ¿Podrías dibujarlo, hacer una metáfora, hacer una analogía, mostrar algo que ilustrara o actuara como modelo de lo que me estás tratando de decir? ¿Podrías darme un ejemplo de lo que dices? Dar un ejemplo o describir a una persona en particular en una situación particular y en un contexto

particular, ayuda a ser específico, detallado y concreto. Los ejemplos fortalecen el pensamiento y lo clarifican.

**Exactitud:** es necesario aclarar si aquello que se dice es cierto, a través de preguntas tales como: ¿Es eso cierto? ¿Es esta la manera como son las cosas? ¿Cómo se puede verificar esto? ¿Cómo se puede estar seguro de que la forma como ha sido representada es real? Si alguien representa las cosas de una cierta manera y queremos averiguar su exactitud, preguntaremos: ¿Fue cierto o falso el testimonio? ¿Son exactos los detalles que conocemos acerca del testimonio? ¿Existe un testigo que corrobore lo dicho? ¿Cómo podríamos comprobar eso? ¿Cómo podríamos averiguar si eso es cierto? ¿Cómo podríamos verificar o evaluar eso?

**Precisión:** la precisión es el estándar que detalla y especifica. Las preguntas que pueden formularse son las siguientes: ¿Podrías expresarlo con más detalle o quizás en otras palabras? ¿Podrías ser más específico? ¿Podrías darme más detalles?

**Pertinencia:** es la habilidad de tener presentes aquellos factores que guardan relación con la pregunta y diferenciarlo de aquellos que, aún siendo verdaderos y exactos, no son pertinentes. Esta capacidad se desarrolla prestando atención a la manera como algunos datos tienen que ver con cierta pregunta y no con otra y observando cómo, de alguna manera, la pregunta determina aquellas cosas que son pertinentes a ésta. Es decir, si la pregunta es ética, los principios morales son pertinentes. Si la pregunta es legal, luego las leyes son pertinentes. Si la pregunta es química, la tabla periódica podría ser pertinente. Pero si la pregunta es ética, entonces la tabla periódica puede no ser pertinente. Si la pregunta es legal, el determinar la moralidad o la no moralidad del asunto sencillamente, no entraría en discusión. Como ejemplos se pueden citar: ¿Cómo se relaciona esto con el problema? ¿Cómo se relaciona esto con la pregunta? ¿Cómo nos ayuda esto con el problema?

**Profundidad:** frente a una pregunta compleja, la respuesta debe satisfacer dicha complejidad mediante una nueva dimensión del pensamiento, es decir, con un cierto grado de profundidad. Un ejemplo que refiere Paul (1996): al preguntar ¿quién eres? se está formulando una pregunta sencilla, cuando el objetivo de ésta es conocer el nombre de la persona a quien va dirigida la pregunta. En cambio si se pregunta ¿quién eres? con el fin de buscar una respuesta filosófica, tenemos que la pregunta es compleja. Esta clase de pregunta ha tomado un sentido más profundo y, por lo tanto, requiere de una respuesta más profunda. Ahora bien ¿de qué manera se logra la profundidad requerida?

Esto se lleva a cabo respondiendo a la siguiente pregunta: ¿De qué manera mi respuesta se ajusta a la profundidad de la pregunta? ¿A qué grado de complejidad de la pregunta se ajusta mi respuesta? ¿Qué factores hacen de éste un problema difícil? ¿Cuáles son las complejidades de esta pregunta? ¿Cuáles son las dificultades que tenemos que manejar?

Amplitud: la amplitud hace referencia a la necesidad de contar con elementos desde otros puntos de vista o perspectivas, y las preguntas podrían formularse a manera de: ¿Es necesario ver esto desde otra perspectiva? ¿Es necesario considerar otro punto de vista? ¿Es necesario ver esto de otra forma?

Lógica: cuando pensamos ordenamos una serie de ideas. Cuando éstas se apoyan entre sí y tienen sentido, el pensamiento es lógico. Cuando las ideas combinadas no se apoyan entre sí, se contradicen o sencillamente “no tienen sentido”, es que no hay lógica. De esta manera, este estándar busca identificar la relación entre diferentes premisas que contienen una idea o creencia. Como ejemplos, estarían los siguientes: ¿Todo esto tiene algún sentido? ¿Tu primer párrafo cuadra con el último? ¿Lo que afirmas es consecuencia de la evidencia?

Justicia: este estándar hace referencia al compromiso ético de analizar los hechos en la medida de lo posible, alejados de favoritismos hacia aquellas ideas que nos favorecen más a nosotros que a otros. Como preguntas podríamos formularnos: ¿Es una propuesta justa? ¿Tengo un interés personal en este asunto? ¿Represento los puntos de vista de otros justamente?

### 1.2.5 CARACTERÍSTICAS INTELECTUALES ESENCIALES

El modelo del desarrollo del pensamiento crítico, enfatiza en tercer lugar en las características intelectuales esenciales. El pensamiento egocéntrico, es identificado como una limitación humana a la cual debe atender un pensador crítico, la cual surge del hecho de que no solemos considerar los derechos y necesidades de los demás, ni solemos apreciar el punto de vista de otros o las limitaciones de nuestro punto de vista. La identificación de los rasgos individuales que limitan proporciona al pensador crítico una mirada autocrítica que le aportará en el momento de analizar críticamente un problema. Creemos que somos objetivos, creemos por naturaleza, en nuestras percepciones intuitivas aunque sean erróneas. Usamos estándares psicológicos egocéntricos para validar aquello en lo que creemos y lo que rechazamos. Algunos de

los estándares egocéntricos más utilizados, identificados y descritos por Paul y Elder (2003), son:

El egocentrismo innato: “ES CIERTO PORQUE CREO EN ELLO.” Se parte de la premisa que lo que se cree es cierto aún cuando nunca se haya cuestionado las bases de las creencias.

Sociocentrismo innato: “ES CIERTO PORQUE CREEMOS EN ELLO.” Se parte de la premisa que las creencias dominantes dentro del grupo al cual se pertenece son ciertas aunque nunca se hayan cuestionado las bases de esas creencias.

Cumplimiento de deseos innatos: “ES CIERTO PORQUE QUIERO CREERLO.” Se cree en, por ejemplo, historias de conducta que ponen (al individuo o al grupo al que pertenece) en una perspectiva positiva en lugar de negativa aunque no se haya considerado con seriedad la evidencia de las historias negativas. Se cree en lo que “se siente bien”, lo que apoya las otras creencias, lo que no exige que cambie el modo de pensar de forma significativa y lo que no requiere que se admita el haberse equivocado.

Auto-validación innata: “ES CIERTO PORQUE ASI SIEMPRE LO HE CREIDO.” Se siente un fuerte deseo por mantener las creencias que se han tenido por mucho tiempo, aunque nunca se haya considerado hasta qué punto están justificadas de acuerdo a la evidencia.

Egoísmo innato: “ES CIERTO PORQUE ME CONVIENE CREERLO.” Existe la tendencia a aferrarnos a las creencias que justifican el que tenga más poder, dinero o ventajas aunque esas creencias no estén basadas en razones ni en la evidencia.

Una manera de evaluar las características intelectuales esenciales, es evaluarlo a manera de continuo. En el estilo de Paul y Elder (2003), dentro de las características opuestas relevantes estarían:

Humildad intelectual vs arrogancia intelectual: la humildad intelectual radica en reconocer que uno no debe pretender que sabe más de lo que realmente sabe. No significa sumisión ni debilidad. Es la carencia de pretensiones, jactancia o engreimiento y el reconocimiento de los fundamentos lógicos o de la falta de ellos en las creencias propias.

Entereza intelectual vs cobardía intelectual: hace referencia a estar conscientes de la necesidad de atender a ideas, creencias o visiones hacia las que no nos sentimos atraídos y a las que no hemos prestado atención. Este valor intelectual reconoce que hay

ideas que aunque las consideramos peligrosas o absurdas pueden estar justificadas racionalmente (en todo o en parte) y que hay conclusiones y creencias que nos han inculcado y que pueden ser falsas o equivocadas. Para poder determinar cuáles lo son, no podemos aceptar pasivamente lo que hemos aprendido. Aquí entra en juego la valentía intelectual ya que, sin lugar a dudas, nos daremos cuenta que hay ideas que creímos peligrosas y absurdas que son ciertas y que hay falsedad o distorsión en algunas ideas muy afianzadas en nuestro grupo social. Necesitamos la entereza para ser verticales ante estas situaciones. Hay que reconocer que puede haber serias consecuencias para aquel que no se conforma.

Empatía intelectual vs estrechez intelectual: esta característica se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar del otro para entenderlo, y se relaciona con la habilidad de considerar diferentes puntos de vista y razonar a partir de premisas, supuestos e ideas que no son las nuestras.

Autonomía intelectual vs conformidad intelectual: se considera si se domina de forma racional los valores y las creencias que se tienen en un momento específico al analizar un problema o tomar una posición, y las interferencias que se generan. Lo ideal es que aprendamos a pensar por nosotros mismos, e implica un compromiso de analizar y evaluar las creencias tomando como punto de partida la razón y la evidencia. Significa que hay que cuestionar cuando la razón dice que hay que cuestionar, creer cuando la razón dice que hay que creer o conformarse cuando así lo dice la razón.

Integridad intelectual vs. hipocresía intelectual: reconocer la necesidad de ser honestos en su pensar, ser consistente en los estándares intelectuales, someterse al rigor de la evidencia y prueba que exige de los demás, practicar lo que se predice y admitir con humildad las inconsistencias de pensamiento y acción en lo que se incurre.

Perseverancia intelectual vs pereza intelectual: frente a esta característica, Paul y Elder (1988) plantean la necesidad de utilizar la perspicacia intelectual y la verdad aún cuando nos enfrentamos a dificultades, obstáculos y frustraciones. Tolerar el tiempo en el que estamos sometidos a la confusión y con los asuntos irresolubles para lograr un entendimiento o una comprensión más profunda.

Confianza en la razón y la evidencia vs. Desconfianza en la razón y en la evidencia: confiar en la razón, fomentarla para llegar a conclusiones, confiar en que la gente puede aprender a pensar por sí mismos, a construir visiones racionales, a llegar a

conclusiones razonables, a pensar de forma coherente y lógica, a persuadirse por medio de argumentos lógicos y a ser seres razonables.

Imparcialidad vs injusticia intelectual: en esta característica, los autores referenciados hacen énfasis en la necesidad de tratar todos los puntos de vista de la misma forma a pesar de los sentimientos o intereses personales que uno, sus amigos, su comunidad o su nación tengan. Implica adhesión a los estándares intelectuales sin importar las ventajas que uno mismo o su grupo pueda obtener.

A manera de síntesis, la estructura del modelo del Desarrollo del pensamiento crítico y la implementación del diálogo socrático frente al cuestionamiento de los elementos, los estándares y los rasgos intelectuales se consideran un gran aporte no solo para la educación; el modelo dispone de herramientas para el desarrollo de competencias que pueden ser utilizadas de manera complementaria a las propuestas de prevención en el campo de la salud mental. A continuación se describen algunas experiencias y propuestas aplicables para el nivel de prevención primaria en la salud mental, desde la cual se fundamenta esta Tesis Doctoral.

#### 1.2.6 PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL CENTRADA EN EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO

Además de la aplicación en el campo pedagógico, el diálogo socrático ha sido una estrategia fundamental en la Terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El terapeuta pregunta a su paciente o cliente, asuntos relacionados con la información relevante contenida en los pensamientos automáticos, del tipo “nunca hago algo bien”. La nueva información introducida por el diálogo socrático, ayuda a un balance más apropiado sobre las cogniciones acerca de uno mismo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva negativa). En la terapia cognitiva se enfatiza en el proceso de aprendizaje para ganar autonomía en la terapia. Por otro lado, Beck introduce datos empíricos con población clínica (Gómez-Escalonilla, Piclans, Sánchez-Guerra y Sánchez, 2003; Padesky, 2004).

Las propuestas también se han orientado a los aspectos éticos vividos en el aula de clase y en la vida cotidiana (Paul, 1988; Paul y Elder, 2000, 2002, 2003b). En sus planteamientos se hace referencia a que si bien todos pensamos, dado que es parte de nuestra naturaleza, mucho de nuestro pensar, por sí solo, es arbitrario, distorsionado,



parcializado, desinformado o prejuicioso. Sin embargo, nuestra calidad de vida y de lo que producimos, hacemos o construimos depende, precisamente, de la calidad de nuestro pensamiento. El pensamiento de mala calidad cuesta tanto en dinero como en calidad de vida. La excelencia en el pensamiento, por lo tanto, debe ejercitarse de forma sistemática (Paul y Elder, 2003).

Con relación a los aspectos éticos, plantea que el pensamiento crítico contribuye a desarrollar mejores pautas de comportamiento, frente a las cuales se puede reflexionar ante conductas como hacer trampas, engañar, explotar, herir y hacer daño a otros. Propicia hablar con los otros sobre situaciones que se presentan frente a las relaciones interpersonales que son molestas, y reflexionar frente a los intereses, emociones y pensamientos de los otros y los propios. Eslava (2005) retoma la empatía, la simpatía, el entendimiento de las posiciones y sentimientos de otros y la posibilidad de ver el mundo desde múltiples perspectivas, como una serie de valores que la sociedad promueve entre sus miembros a través de la educación. La lectura crítica de los textos literarios “clásicos”, promueve y enriquece la discusión y apropiación de valores y ofrece herramientas para la toma de decisiones. Un pensador crítico es descrito por Eslava como un individuo que desarrolla respuestas a problemas específicos de manera independiente y creativa, se apoya en argumentación clara y consistente, con una aproximación que incluye múltiples perspectivas, y que es capaz de presentarlas y defenderlas competentemente ante audiencias concretas, respondiendo a problemas específicos. La formación de pensamiento crítico hace necesario el pensar en generar metodologías en donde los papeles tradicionales de estudiantes y profesores como puntos terminales de procesos lineales de intercambio de información sean reemplazados por metodologías en las que todos los participantes son miembros de una comunidad intelectual activa, generadora de respuestas y conocedora de los diversos contextos en los que se encuentra incluida.

Por su parte, Van Allen (1995) considera la meditación como un componente necesario para lograr un pensamiento crítico. El análisis de una situación no necesariamente se relaciona con el pensamiento crítico, las actividades participativas de los docentes con sus estudiantes tampoco implica una práctica del pensamiento crítico. Se requiere de procesos de metacognición, actitud abierta, interés por reflexionar e investigar, y tiempo para meditar y movilizar el pensamiento, de tal manera que sea productivo.

En la práctica pedagógica, el pensamiento crítico es uno de los grandes retos no solo para el desarrollo de competencias aplicables al aprendizaje, a la convivencia y al mejoramiento de la calidad de vida. Acosta (2002), ha sido uno de los investigadores en Colombia que ha aplicado los principios de Paul para docentes y estudiantes, y quien elaboró un Manual de entrenamiento en diálogo socrático organizado en cinco componentes: a) sustento teórico; b) estándares intelectuales; c) aplicación del método socrático a través de elaboración de preguntas; d) aplicación del método socrático; y e) anexos guías del método. Como puede apreciarse, la organización del manuscrito tiene en cuenta los elementos centrales de Paul para favorecer el aprendizaje, en este caso, aplicado a los docentes interesados en desarrollar el método con sus estudiantes.

Por otro lado, la efectividad del modelo del desarrollo del pensamiento crítico se ha evidenciado en actividades académicas universitarias en las áreas científicas (física) y frente a problemas de la vida cotidiana. En un proyecto desarrollado con una metodología cuantitativa, con un diseño de series cronológicas enfocado tanto al campo académico como de la vida cotidiana con estudiantes de física, los resultados mostraron mejor apropiación de los conocimientos, con mayor capacidad de aprender a aprender, de indagar, de cuestionar, de argumentar y adquirir habilidades que les permitieron desempeñarse de mejor manera en el mundo actual (Laiton, 2010). Efectivos resultados ha tenido aplicado al aprendizaje de la enfermería (Gordón, 1994), donde se logró mayor interés por el cuestionamiento de la teoría y los supuestos que la soportan.

Algunos estudios han aplicado el modelo del desarrollo del pensamiento crítico a la educación en salud. Broadbear y Keyser (2000), describen la manera como puede utilizarse el modelo de Richard Paul sobre el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes universitarios para la prevención del abuso del alcohol y drogas. A través de la identificación de las posibles situaciones de consumo, la formulación de preguntas contribuye a una reflexión frente a la utilidad del consumo: ¿Tengo deseos de beber licor? Si sí, ¿puedo hacerlo? ¿Cuál elijo dependiendo de mis condiciones físicas y económicas? ¿Qué conocimiento tengo del problema de las adicciones? ¿Qué implicaciones tiene a nivel académico? ¿Puedo elegir acorde con el costo? Cada uno de los elementos que componen el pensamiento crítico es aplicado al análisis del consumo. El aprendizaje del método se constituye en una gran herramienta para la educación en salud. Los autores plantean que el entrenamiento puede emplearse con éxito en muchos campos, incluso al pensar sobre las condiciones referentes al estilo de vida, el manejo

del estrés, y las relaciones interpersonales, entre otras. Dentro de sus conclusiones, sin embargo, plantean que en el campo de la prevención a través de la educación para la salud con el método analizado, no existe evidencia empírica.

Otros estudios que han trabajado desde el modelo del desarrollo del pensamiento crítico y han aplicado su metodología son los de Jenicek y Hitchcock (2004) y los de Finn, Ringel y Bothe (2005). Los primeros elaboraron una interesante guía para la investigación, y aunque su aplicación no es propiamente al campo de la salud mental si es uno de los más aproximados. Los segundos han profundizado en la metodología del pensamiento crítico y lo han aplicado en la clínica.

El cuestionamiento sistemático ha sido utilizado en los talleres reflexivos; proporciona un efecto de profundización cada vez mayor en el “universo de saberes”. Cada vez revela un poco más del panorama que se tenía inicialmente en el grupo. Cuando la práctica se realiza en el Taller se dirige la información a partir de preguntas sobre el tema, con un efecto extraordinario; la pregunta abre la reflexión, comprometemos a los participantes a reflexionar y lo responsabilizamos, y con nuestra acción le estamos expresando que debe buscar, construir y aportar un planteamiento sobre el asunto en lugar de esperar que se lo brindemos (Gutiérrez, 2003). El esclarecimiento de un foco implica el abordaje de múltiples preguntas. La secuencia no es estricta o fija. Un foco puede revisarse por puntos muy diferentes y con una infinidad de preguntas distintas. El cuestionamiento sistemático se va articulando, y a través de este “recorrido inesperado” del discurso, se esclarecen aspectos de gran profundidad e implicación para los participantes. Es fundamental que las preguntas estén claramente relacionadas entre sí y permitan ir esclareciendo progresivamente los aspectos relevantes del foco y sus interrelaciones. Por esto hablamos de un cuestionamiento sistemático. Las preguntas se van articulando como una cadena: cada interrogante constituye “un eslabón” que da soporte al siguiente. La reflexión avanza en la medida que estamos atentos a esclarecer aspectos especialmente problemáticos o perspectivas particularmente nuevas. La reflexión avanza, precisamente, en estas dos direcciones. Estar atentos al discurso repetitivo, promover preguntas cortas, precisas y contundentes (Gutiérrez, 2003).

Por otro lado, la Terapia cognitiva se ha estructurado dentro de su modelo estrategias de intervención con diálogos socráticos. Dentro de la lista de competencias

para terapeutas cognitivos, analiza la utilización de la Pregunta de la siguiente manera (Beck et al., 1979):

El terapeuta combina habitualmente sus preguntas para obtener datos sobre los síntomas, la situación de vida y sus pensamientos, sentimientos y experiencias actuales y pasadas? ¿Formuló adecuadamente preguntas abiertas? ¿Disminuyó preguntas que diesen lugar a respuestas de sí o no? ¿Evitó preguntas que diesen una respuesta rápida? ¿Intercaló preguntas con reflexiones, ejemplos ilustrativos o resúmenes? ¿Formuló preguntas para poner de manifiesto las incongruencias o inconsistencias presentes en las conclusiones del paciente sin degradar o hacer de menos a este? ¿Formuló preguntas para ayudar al paciente a explorar las distintas facetas de un problema? ¿Formuló preguntas para examinar las conclusiones o supuestos arbitrarios del paciente? ¿Formuló preguntas para elicitación modos alternativos de resolver un problema? ¿Formuló preguntas para destacar las explicaciones alternativas? ¿Formuló preguntas para predecir las consecuencias positivas y negativas de una determinada acción?

Más adelante se volverá a este enfoque terapéutico en la intervención terciaria para la depresión y así dar pie a la dimensión psicológica como soporte del modelo en salud mental y sus teorías explicativas de vulnerabilidad estrés.

### **1.3 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA**

Un modelo de psicopatología es “una forma global de ordenar o conceptualizar el área de estudio. Representa una orientación para explicar la conducta anormal, llevar a cabo la investigación e interpretar los hallazgos experimentales” (Kazdin, 1983). De esta manera, el Modelo Cognitivo presenta un planteamiento definido y global para explicar la conducta anormal, con preferencia por la investigación empírico-analítica y experimental. En este capítulo se abordará el modelo cognitivo aplicado a la psicopatología con sus principales representantes teóricos. Por otro lado, se presenta el estado de la cuestión de las investigaciones en el campo.

### 1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los estudios sobre la actividad mental y la consciencia no son nuevos en la historia. La preocupación por los procesos mentales superiores del individuo aumentó el interés por el estudio de la cognición y sus procesos (percibir, atender, memorizar, recordar y pensar), siendo autores como Ebbinghaus, Donders o Bartlett quienes hicieron los primeros aportes desde la psicología cognitiva (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Durante al menos tres décadas, desde los años veinte hasta los cincuenta, la psicología científica marginó el estudio de estos temas, en gran medida por los pocos referentes empíricos. El auge de la psicología conductista contribuyó además a esto, caracterizado por su anclaje empírico. Con el abandono relativo del positivismo, hasta entonces considerado como la única vía posible para la ciencia, se dieron otras posibilidades para incluir en el análisis procesos subjetivos que interfieren en la mirada objetiva del investigador. Así, en 1980 George A. Miller hizo referencia a que la consciencia es el problema constitutivo de la psicología, y cuestiona al psicólogo que ignore la consciencia, igual que si sucediera con un biólogo que ignorara la vida o un físico que ignorase la materia o la energía (Miller, 1980).

La historia más reciente del modelo cognitivo, refiere a un conjunto de hitos importantes que van haciendo una visión más sistémica e integradora, cambios favorecidos por el desarrollo de la teoría de la información, la idea de la retroalimentación negativa, la posibilidad de manejar algoritmos, así como la teoría general de sistemas y el desarrollo de la teoría de la personalidad (Belloch et al, 2008):

- La publicación en 1937 del famoso artículo de Turing sobre los números computables, y su propuesta de una máquina computadora universal.
- El artículo de McCulloch y Pitts de 1943, sobre la aplicación del cálculo lógico al estudio de la actividad nerviosa superior.
- La publicación también en 1943 del trabajo de Winer, Rosenthal y Bigelow, sobre las ideas de servomecanismo extendidas y/o aplicadas al sistema nervioso central.
- Las contribuciones de Shannon y Weber a la teoría de la comunicación y la información.

- El desarrollo de la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy.
- La investigación de los primeros ordenadores por Polya, Von Neumann, Aiken o Minsky.
  - En 1956 la reunión en Dartmouth de Allen Newell y Herbert Simon, un grupo de científicos, para tratar sobre la posibilidad del comportamiento inteligente en máquinas (simulación de operaciones que podía realizar una persona cuando pensaba), propiciando el paradigma del procesamiento de la información.
  - En 1951, en la Universidad de Cornell donde se desarrolló un seminario interdisciplinario sobre lenguaje, con la participación de psicólogos y lingüistas y que impulsó el desarrollo de la moderna psicolingüística, y mucho más en 1957, con la publicación de *Syntactic Structures* de Chomsky.
  - En 1960, Miller, Galanter y Pribram publican *Plans and the structures of behavior*, desarrollan la analogía mente-ordenador y los aportes a la teoría del procesamiento de la información.
  - El desarrollo de la psicología social cognitiva y sus aportes en el campo de la comprensión del sí mismo y los demás.
  - Los aportes de la psicología europea de los años veinte de la Gestalt en el ámbito de la percepción de los objetos, y en especial de los objetos sociales. A partir de aquí la participación de psicólogos sociales como Lewin, Heider o Festinger, enfatizando en conceptos como las expectativas, el nivel de aspiración, balance, consciencia, atribución causal, y disonancia cognitiva, entre otros.
  - La psicología de la personalidad, con los planteamientos en los años cincuenta de George A. Kelly sobre los sistemas de constructos personales, con los que las personas categorizamos el mundo, interpretamos los eventos que en él suceden, y elaboramos predicciones.

A partir de Kelly (1955), y no de los planteamientos derivados de la teoría del procesamiento de la información, es posible entender la actual consideración de los rasgos de la personalidad, los estudios sobre los estilos y dimensiones cognitivas, los planteamientos sobre la construcción social de la personalidad

El nuevo tratamiento que la psicología cognitiva ha dado a las emociones y los efectos, especialmente por autores como Schachter, Weiner y sobre todo Lazarus. Estas teorías parten del supuesto de que todo estímulo o situación debe ser primero

identificado, reconocido y clasificado antes de que pueda ser evaluado y de que suscite o active una respuesta emocional.

Hoy en día, las psicoterapias cognitivas están tan posicionadas como las terapias psicodinámicas, humanistas, conductuales, sistémicas e integradoras. Desde finales de los 50 y principios de los 60, donde empezaron las primeras publicaciones cognitivas hasta hoy, han pasado más de 50 años de un desarrollo amplio y evolucionado.

A comienzos de los años 60, Albert Bandura desarrolló su teoría sobre el aprendizaje social, basado en el principio de la influencia recíproca o contra condicionamiento (Bandura y Walters, 1963). Este autor pudo demostrar: a) que las contingencias ambientales no solo influyen en la conducta humana, sino que éste a su vez es capaz de influir sobre sí mismo y sobre los demás; b) que los refuerzos percibidos eran más reforzadores que los refuerzos reales que no son percibidos; y c) que los individuos no tenían que ser reforzados directamente para incrementar la conducta, sino que con solo observar a otra persona era suficiente (aprendizaje vicario). En este sentido, los aportes de Bandura se centraron en nombrar variables mediadoras entre el estímulo y la respuesta, haciendo referencia a procesos mediados por la cognición humana; el modelo de máquina empezó a ser reemplazado por un modelo de procesamiento de información (Dowd, 2004).

A principios de los años 70, Donald Meichenbaum, basado en los trabajos de los psicólogos soviéticos Luria y Vigotsky, profundizó en el papel de las autoverbalizaciones en la conducta, y aplicó un modelo de psicoterapia con el objetivo de aumentar el autocontrol e inoculación del estrés. El entrenamiento incluía una etapa educativa, una fase de ensayo de las técnicas de afrontamiento y una fase práctica en su entorno. Estos programas formaron la base de su teoría de la modificación cognitivo-conductual (Meichenbaum, 1977).

El desarrollo de la terapia cognitiva ha generado diferentes tendencias o formas de hacer terapia, desde los primeros modelos, los denominados reestructuración cognitiva (por ejemplo Ellis y Beck), pasando por los cognitivo-comportamentales (por ejemplo, los de Meichenbaum y los del grupo de Nezu), y llegando a los más recientes, es decir, a la propuesta construccionistas (por ejemplo, los de Gonçalves, 1997, Mahoney, 1997 y Guidano, 1997).

### 1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS

En su sentido más genérico, el término psicología cognitiva implica un conjunto de contenidos que son los que guían la investigación. Esos contenidos hacen referencia a la cognición, es decir, la actividad mental humana y sus productos, o sea el conocimiento.

A continuación se examinarán algunas ideas frecuentes utilizadas en la psicología cognitiva que resultan de especial interés para la investigación psicopatológica.

#### 1.3.2.1 Ideas centrales del Modelo cognitivo

De acuerdo con lo propuesto por Belloch et al. (2008), existen algunos conceptos o ideas frecuentemente utilizadas en el modelo cognitivo que deben ser revisadas:

- Las limitaciones en la capacidad de procesamiento. El cerebro humano es conceptualizado como un sistema de capacidad limitada, y requieren de ciertos recursos para funcionar, o esfuerzo. Por otro lado, tanto las características de las personas como de la tarea o situación, determina la cantidad de esfuerzo. Las limitaciones tendrían orígenes o bien neurológicas, o bien de “saturación” de la capacidad cognitiva, relacionada con conflictos emocionales, problemas personales, etc., que estarían acaparando la mayor parte de la capacidad del sistema.
- El procesamiento selectivo: nuestra mente selecciona ciertos estímulos, situaciones o tareas, y a la vez elimina o ignora otras (atención selectiva).
- Las etapas de procesamiento: algunos planteamientos suponen un procesamiento lineal y secuencial, de manera aditiva, y otros de sustracción. Actualmente, se plantea el sistema cognitivo como un conjunto de módulos de procesamiento, cada uno de los cuales está dedicado, sobre todo, a realizar un tipo especial de transformaciones. Sin embargo, el siguiente supuesto es ahora el más aceptado.



- El procesamiento en paralelo: la mente humana es capaz también de realizar varias tareas a la vez y, además hacerlas correctamente en casos como la solución de problemas y el afrontamiento de una situación.

El procesamiento en paralelo se lograría de tres maneras: a) de manera contingente, b) por jerarquías y estructuras de control, y c) por estrategias automáticas *versus* estratégicas o controladas. Con relación a la manera contingente, los modelos intentan develar cómo se produce el flujo de información desde los niveles inferiores hasta los superiores (*bottom-up*) y los dedicados a analizar el flujo de información desde los niveles superiores hasta los inferiores (*top-down*). Relacionados con éste último está planteado el papel de los esquema (concepto originalmente planteado por Bartlett, 1932). Así, el proceso de comprensión requiere, inicialmente, identificar cuál es el módulo más apropiado para alojar la información, probablemente mediante un análisis inicial del tipo *bottom-up*. Posteriormente, ese módulo ejercerá una influencia del tipo *top-down*, puesto que decidirá cómo debe organizar e interpretar la información.

Respecto a las jerarquías y estructuras de control, las actividades cognitivas están organizadas de un modo jerárquico, y en el vértice de la jerarquía estaría situada la estructura que controlaría todo el proceso de organización. Con relación al procesamiento automático y controlado está siendo muy útil esta distinción para explicar la presencia de ciertos déficits básicos de la psicopatología de la atención, especialmente en el ámbito de la psicopatología atencional en las esquizofrenias, déficits de procesamientos automáticos en los trastornos afectivos y por ansiedad. El Cuadro 2 es un resumen las diferencias entre estos dos tipos de procesos.

El procesamiento de la información es tan relevante para la psicología como los aportes de la psicología de la personalidad y la psicopatología social. Conceptos como la identidad personal y el autoconocimiento, las atribuciones causales. El ser humano muchas veces explica, describe, predice, juzga y decide modos de comportamiento mediante reglas de inferencia intuitiva, utilizando sobretodo modos de razonamiento inductivo, dejándose guiar por intuiciones que no tienen en cuenta las evidencias en contra, o simplemente no las juzga como evidencias, sometido pues a múltiples sesgos de interpretación que, inevitablemente, producen errores de comprensión y de explicación.

Cuadro 2. Procesos automáticos versus procesos controlados

<b>AUTOMÁTICO</b>	<b>CONTROLADO</b>
Son rígidos.	Son flexibles.
Implican secuencias rígidas de operaciones mentales.	Implican secuencias momentáneas de operaciones mentales.
Se activan ante una configuración específica del mundo estimular.	Se activan de forma consciente y/o intencionada.
No requieren atención consciente (no consumen recursos atencionales).	Requieren (consumen) atención consciente.
Una vez activados funcionan por sí solos.	Su funcionamiento, una vez puestos en marcha, requiere del control del sujeto.
Pueden actuar simultáneamente a otros procesos (en paralelo).	No pueden actuar varios a la vez (a no ser que uno de ellos sea muy sencillo o que su ejecución sea muy lenta).
Se producen gracias a la existencia de redes asociativas ya establecidas (aprendidas o determinadas genéticamente).	No dependen de redes asociativas previas, por lo que facilitan la adaptación a nuevos ambientes.

Retomado de Belloch et al. (2008) p. 58

### 1.3.2.2 Taxonomías del Modelo cognitivo

A continuación se define conceptualmente la taxonomía de la terapia cognitiva para luego nombrar su campo de aplicación a la psicopatología. Algunos de sus componentes son utilizados como variables de análisis en investigaciones sobre predictores cognitivos para la psicopatología, y de manera específica en esta investigación.

Vásquez y Cameron (1997) plantean la taxonomía cognitiva como un modelo de clasificación teórica de la actividad cognitiva humana, útil para ordenar y comprender el conocimiento de la psicopatología. Si bien los autores citan diferentes taxonomías que se han propuesto para identificar la estructura de la cognición humana como la propuesta por Bower (1970), éstos parten de los trabajos de Ingram et al. (1998). Este sistema taxonómico distingue cuatro categorías cognitivas: a) estructuras cognitivas, b) contenidos de la información almacenada en las estructuras, c) operaciones efectuadas

dentro de esas estructuras y con esos contenidos, y d) los productos cognitivos resultantes. Estas categorías se pueden definir del siguiente modo (Sanz y Vázquez, 1991):

**Estructuras cognitivas:** se refieren a la “arquitectura” del sistema, es decir, la manera como la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura. La memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo son dos conceptos que pertenecen a esta categoría.

**Proposiciones cognitivas:** se refieren al contenido de la información que es almacenada y organizada dentro de alguna estructura, incluye conceptos como los de conocimiento episódico o conocimiento semántico. Los esquemas y las creencias centrales harían parte de este componente.

**Operaciones cognitivas:** se refieren a los procesos mediante los cuales el sistema opera, e incluyen conceptos como la codificación y recuperación de información, o los procesos atencionales.

**Productos cognitivos:** se refieren al resultado final de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre la información; son las cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de las que puede tener conciencia, como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, las proposiciones y las operaciones del sistema. Las atribuciones y los pensamientos automáticos son dos de los constructos que se incluyen en esta categoría.

Judith Beck (1995) plantea la estructura cognitiva haciendo énfasis en: a) las creencias centrales, b) las actitudes, reglas y presunciones, y c) los pensamientos automáticos. Las creencias centrales son consideradas como verdades absolutas que se desarrollan desde la infancia sobre uno mismo, las otras personas y el mundo, fundamentales y profundas. Constituyen el nivel más esencial de creencia. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. Los pensamientos automáticos son las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, y son específicos a la situación, y se consideran que son el nivel más superficial de la cognición.

El curso habitual del tratamiento en la terapia cognitiva implica usualmente que en los inicios se ponga más énfasis en los pensamientos automáticos, que son conocimientos más cercanos a la conciencia. Se enseña al paciente a reconocerlos,

evaluarlos y modificarlos, para lograr un alivio de los síntomas. Posteriormente, el tratamiento se centra en las creencias y pensamientos que subyacen en las ideas disfuncionales. Aquellas creencias intermedias y centrales que resultan relevantes son evaluadas y modificadas para lograr un cambio en las conclusiones que saca el paciente a partir de sus percepciones de los hechos.

### 1.3.2.3 Postulados del Modelo de la terapia cognitiva

La Terapia Cognitiva (TC) se define como la aplicación del modelo cognitivo a un desorden particular, empleando para ello distintas técnicas diseñadas para modificar creencias disfuncionales los errores del procesamiento de la información característicos de cada desorden. La TC se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinado por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck, 1995). Así, la psicopatología cognitiva define su objeto de conocimiento al análisis de las estructuras y los procesos de conocimiento que se relacionan con la aparición o mantenimiento de los comportamientos, las emociones y las experiencias extrañas o anómalas (Ibáñez, 1982).

Belloch et al. (2008) plantean seis principales postulados del modelo cognitivo en el contexto de la psicopatología, a saber:

1. El objeto de estudio propio de la psicopatología son las experiencias, sentimientos, y/o actividades, mentales o comportamentales, que resultan: a) inusuales o anómalas, b) disfuncionales y dañinas; c) inadaptadas y fuera del control personal, y d) que provocan interferencias o deterioro en el desarrollo personal, en el comportamiento, y en las relaciones sociales.

2. Las experiencias, sentimientos y/o actividades, mentales o comportamentales, psicopatológicas, se conceptúan en términos dimensionales, lo que implica: a) la necesidad de considerar el grado y la estabilidad, b) la necesidad de identificar las variables que median en su incremento y en su atenuación, y c) la necesidad de identificar el grado en que se diferencia de la normalidad.

3. Las diferencias entre la normalidad (i.e., salud mental) y la psicopatología son cuantitativas (de grado). No obstante, las diferencias de grado

conlleven diferencias cualitativas en el procesamiento de la información y en formas de experimentar la realidad. Desde esta perspectiva, no deben considerarse necesariamente mórbidas (indicadoras de trastorno mental o del comportamiento) las experiencias, sentimientos o actividades anómalas o inusuales.

4. El objetivo preferente de la investigación psicopatológica es el funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalos. Los procesos de conocimiento incluyen tanto los procesos típicamente considerados como cognitivos (vgr. atención, percepción, pensamiento, memoria) como las emociones, motivos, afectos, y sentimientos.

5. La investigación en psicopatología puede llevarse a cabo tanto en situaciones naturales como en condiciones artificiales (vgr., de laboratorio o experimentales). Se consideran como fuentes de datos útiles tanto los procedentes de la información subjetiva (por ejemplo, informes introspectivos como los cuestionarios estandarizados), como los directamente observables por parte del experimentador (por ejemplo, latencia de respuesta, comportamiento motor, rendimiento en una tarea, verbalizaciones, etc.), y sus concomitantes neurológicos. Desde esta perspectiva el interés está tanto en cómo se elabora la información (forma) como el tipo de la misma (contenido) y las mutuas interacciones entre ellas.

6. La salud mental se define sobre la base de tres parámetros interrelacionados e inseparables: a) habilidad para adaptarse a los cambios y demandas externas y/o internas, b) esfuerzos de auto-actualización, es decir, búsqueda de novedades y cambios que suponga retos, y c) sentimientos de autonomía funcional y capacidad de autodeterminación (Giora, 1975)

Cada uno de estos principios fundamenta la razón de ser de la presente investigación desde la dimensión psicológica, partiendo de los principios clínicos para ser aplicados a la prevención de trastornos depresivos y de ansiedad.

### 1.3.3 REPRESENTANTES DEL MODELO COGNITIVO

La evolución de la TC alcanza a formalizarse propiamente con las formulaciones teóricas y los planteamientos sobre los procedimientos para las intervenciones cognitivas. Las dos figuras más influyentes fueron el psicólogo clínico Albert Ellis y el médico psiquiatra Aaron Beck, ambos formados desde el psicoanálisis pero generando

posiciones críticas frente a éste e ideas innovadoras en la manera de interpretar intervenir los problemas psicológicos y en la manera de interactuar con los pacientes o clientes.

### 1.3.3.1 Albert Ellis

Albert Ellis construyó la Terapia Racional Emotiva (1962), partiendo del supuesto que la mayoría de las dificultades de sus clientes se presentaban por patrones distorsionados de pensamientos que eran comunes. Una de las principales contribuciones de Ellis fue su distinción entre creencias “racionales” y creencias “irracionales”. Las creencias racionales son preferenciales y útiles para obtener lo que se quiere, mientras que las creencias irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutistas y pueden impedir o evitar que los individuos consigan lo que quieren. Consideró que los “deberías” absolutistas (debería hacer esto) y sus “tener que” (tengo que hacer eso), lleva a que las personas se condenen a sí mismos y a tener efectos negativos cuando intentan satisfacer sus exigencias imposibles (Ellis y Bernard, 1990).

Otra de las contribuciones importantes de Ellis fue el desarrollo del método A-B-C para el análisis y cambios cognitivos y conductuales. Siguiendo al filósofo griego Epicteto sobre que “los hombres no se perturban por las cosas sino por la visión que tienen de ellas”, Ellis argumentó que las creencias (B) sobre un acontecimiento activador (A) conducen a la consecuencia (C), por lo que podría cambiarse C a partir de los cambios de B, incluso si A no cambiara. En la TRE se le da gran importancia a las tareas para casa, y su terapia es en gran medida de naturaleza cognitiva, puesto que insiste en una nueva visión de las cosas. El cambio de la conducta está al servicio del cambio cognitivo y el objetivo final es producir un profundo cambio filosófico más que una intervención directa a los síntomas (Dowd, 2004).

En búsqueda de identificar los planteamientos básicos de la teoría y la terapia, Ellis planteó 32 hipótesis de la TRE, las cuales han sido validadas por un número representativo de investigaciones citadas por Ellis para cada hipótesis formulada (Ellis, 1983):

### *Hipótesis sobre la teoría A-B-C de la TRE*

El pensamiento crea la emoción

Los procesos semánticos y las auto-afirmaciones afectan a la conducta

Los estados de ánimo dependen de la cognición

La conciencia, el *insight* y la auto-indicación afectan la conducta

La imaginación y la fantasía son intermediarios de las emociones y los comportamientos

La cognición, la emoción y la conducta se hallan interrelacionadas

La cognición puede afectar al *biofeedback* y al control de los procesos fisiológicos

Existen influencias innatas sobre las emociones y sobre las conductas

La expectativa influye en la conducta

El lugar percibido de control influye en la conducta

Los errores de atribución influyen en las emociones y en la conducta

### *Hipótesis sobre la mediación cognitiva de la perturbación emocional*

Las personas tienen una tendencia innata y adquirida a pensar irracionalmente

Las personas tienden a auto-valorarse

La actitud cognitiva de defensa depende de la auto-condena

Las personas tienen tendencia a una escasa tolerancia a la frustración

La anticipación de la amenaza afecta a la perturbación emocional

### *Hipótesis relacionadas con las técnicas de la TRE*

La terapia activa-directiva es más útil que la terapia pasiva

La discusión y la persuasión del terapeuta son muy útiles

Es deseable el trabajo personal

La catarsis de las emociones perturbadas no es terapéutica

Las personas tienen la elección del cambio conductual

Los métodos cognitivo-conductuales son eficaces

El hacer frente a la angustia y a la amenaza está relacionado con la auto-percepción

La desviación o distracción tienen valor terapéutico

La educación y la información juegan un papel importante en la terapia

La sugestión, la auto-sugestión y la sugestión hipnótica influyen fuertemente en la conducta

El modelado y la imitación producen un cambio de conducta

El aumento de destrezas para solucionar problemas es terapéutico

El desempeñar un papel y el ensayo conductual tienen componentes cognitivos y pueden ser terapéuticos

El entrenamiento en una destreza o habilidad puede tener eficacia terapéutica

Existen importantes diferencias entre la TRE y los otros tipos de terapia

### 1.3.3.2 Aaron T. Beck

Aaron T. Beck, quien es el fundador del Modelo de la TC, ha sido fundamentalmente un teórico e investigador. Sus planteamientos sobre la depresión fueron la base para el posterior análisis de otros trastornos psicopatológicos. Para cada uno de los trastornos específicos y de personalidad, ha planteado el modo cognitivo que le caracteriza. En sus planteamientos, ha hecho especial énfasis en los componentes cognitivos no solo como síntomas sino también como vulnerabilidad, los cuales explican gran parte del origen, mantenimiento y recurrencia de los trastornos (Beck, 1995; Clark y Beck, 1997). Aunque explícitamente basándose todavía en una conceptualización del procesamiento de la información cognitiva, el autor habla de seis modelos, separados aunque solapados, de la depresión. Estos modelos incluyen algunos que son claramente de naturaleza evolutiva y progresiva. El aspecto progresivo de la terapia cognitiva fue todavía más realzado por su reciente ampliación al tratamiento de los trastornos de la personalidad, que dan un papel central a los esquemas cognitivos. Los esquemas son estructuras cognitivas que integran y asignan significado a acontecimientos mediante el rastreo, la codificación y la evaluación del estímulo captado (Beck et al., 2004).

A partir del modelo cognitivo de la psicopatología, Clark y Beck (1997) derivan 17 distintas hipótesis, algunas de tipo descriptivo, relacionadas con las características cognitivas de los trastornos, mientras que otras hacen referencia a los factores causales implicados en la etiología y mantenimiento del trastorno psicológico. Si bien las hipótesis son más referidas a la depresión, con algunas adaptaciones éstas pueden ser aplicadas a otras formas de trastornos psicológicos.



### *Hipótesis descriptivas*

Hipótesis de la negatividad: la depresión se caracteriza por un incremento de pensamientos autorreferidos, negativos, absolutos y generalizados, sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, resultado de la activación de esquemas idiosincrásicos disfuncionales representados dentro de un modo primario.

Hipótesis de la exclusividad: la depresión se asocia a una disminución del pensamiento autorreferente positivo o constructivo, resultante de la desactivación de esquemas positivos incluidos en un modo constructivo o racional.

Hipótesis del procesamiento selectivo: la depresión se caracteriza por un procesamiento selectivo, sesgado, de la información autorreferente negativa que es relevante para nuestros intereses actuales.

Hipótesis de la primacía: esas cogniciones negativas y ese procesamiento sesgado de la información influirá de forma crítica en los síntomas conductuales, afectivos, somáticos y motivacionales de la depresión. La primacía de síntomas cognitivos no significa que el pensamiento negativo cause otros síntomas de depresión, sino más bien que los síntomas cognitivos son un rasgo integral de la experiencia depresiva, y que un cambio en el pensamiento producirá una reducción de los síntomas “no cognitivos” de la depresión.

Hipótesis de la especificidad cognitiva: cada trastorno psicológico tiene un perfil cognitivo distintivo que es patente a nivel de esquemas, de procesamiento sesgado y de pensamientos negativos automáticos. El contenido de pensamientos en una persona con depresión incluirá temas tales como pérdida y fracaso personal, mientras que en la ansiedad los temas principales harán referencia a las amenazas físicas o psicológicas, peligro y vulnerabilidad personal.

Hipótesis de la universalidad: ese pensamiento negativo autorreferente y el procesamiento sesgado de la información es patente en todos los estados depresivos, con independencia de su gravedad.

Hipótesis de la gravedad: el alcance del pensamiento negativo autorreferente y el procesamiento sesgado está relacionado con la gravedad del estado psicológico.

Hipótesis del esquema: en estados psicopatológicos, el procesamiento de la información está dirigido primariamente por esquemas disfuncionales que son rígidos, impermeables, simplistas y condicionales.

Hipótesis del procesamiento primario: el procesamiento sesgado de la información asociado a perturbaciones psicológicas tiende a ser automático y menos accesible al control de la conciencia porque la mayor parte del mismo ocurre de forma pre consciente bajo la dirección de un modo primario.

#### *Hipótesis causales*

Hipótesis de la consistencia: las diferencias individuales estables y relativamente duraderas se evidencian en el contenido del procesamiento de la información autorreferente. Dos suborganizaciones o dimensiones cognitivas personales, la sociotropía (valoración de las relaciones interpersonales estrechas) y la autonomía (valoración a la independencia, al logro y la libertad de elección), han sido definidas en la depresión.

Hipótesis de la congruencia: los individuos procesarán selectiva y sesgadamente la información autorreferente que sea congruente con su dimensión cognitiva de personalidad. Por tanto, los individuos con modo cognitivo de sociotropía tienen un sesgo selectivo para la información interpersonal, mientras que los individuos con modo cognitivo de autonomía exhiben un sesgo para la información relacionada con la independencia.

Hipótesis de la autoevaluación: la información congruente con nuestro propio modo cognitivo de personalidad tendrá un fuerte impacto sobre las autoevaluaciones (ser valorado como más importante) que la información que es incongruente o irrelevantes para la dimensión dominante de personalidad.

Hipótesis de la relación: cualquier dimensión cognitiva de personalidad se asocia con un estilo característico interpersonal que determinará nuestras relaciones con los demás. Los individuos con modos cognitivos de sociotropía exhibirán un estilo de apego ansioso, mientras que una persona con modo cognitivo de autonomía exhibirá soledad e indiferencia hacia los demás.

Hipótesis de afrontamiento diferencial: los individuos tendrán mayor dificultad de afrontar acontecimientos negativos personalmente significativos y congruentes que acontecimientos negativos personalmente incongruentes. Por tanto, los individuos con modos cognitivos de sociotropía serán menos eficaces afrontando estresores negativos interpersonales significativos, mientras que individuos con modos cognitivos de autonomía serán menos eficaces afrontando acontecimientos que amenazan su dominio e independencia.

Hipótesis de vulnerabilidad cognitiva-estrés: los individuos serán más susceptibles a la depresión cuando se enfrentan con acontecimientos estresantes negativos, personalmente significativos, congruentes con sus dimensiones cognitivas de personalidad dominantes.

Hipótesis de la especificidad de los síntomas: la manifestación de síntomas en la depresión no endógena estará influida por nuestros modos cognitivos de personalidad. Para los individuos con modos cognitivos de sociotropía los síntomas predominantes incluirán emocionalidad elevada y privación, mientras que síntomas tales como anhedonia, autocrítica, hostilidad y abandono serán más evidentes en individuos con modos cognitivos de autonomía.

Hipótesis del tratamiento diferencial: la respuesta al tratamiento de la depresión se verá influida por nuestras dimensiones dominantes cognitivas de personalidad. Los individuos con modos de sociotropía responderán mejor con una terapia de apoyo/ayuda, mientras que los de modos de autonomía con una terapia orientada a la resolución de problemas.

Los planteamientos teóricos para la depresión y la ansiedad serán analizados en el capítulo siguiente cuando se profundice en los diferentes modelos para la intervención secundaria y terciaria.

### 1.3.3.3 Jeffrey Young

Jeffrey Young y sus colaboradores, avanzan en el campo de aplicación de la TC a los trastornos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad son patrones autodestructivos de larga evolución que llevan a los pacientes a una tremenda infelicidad, tienen problemas en la vida que son de larga evolución, además de síntomas específicos como la depresión y la ansiedad. La TC se ha ido desarrollando hasta asumir el reto de tratar estos patrones difíciles y crónicos, a partir de la intervención de los esquemas subyacentes o creencias controladoras (referido por Young y Klosko como trampas vitales) (Beck, 2001).

Young, inició su experiencia de terapia clínica en 1975, con un enfoque Rogeriano. Posteriormente, motivado por un estilo terapéutico más directivo, trabajó desde el enfoque conductual, para luego inclinarse hacia la TC luego de leer el libro de Aaron Beck, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, y frente a su

insatisfacción ante el modelo conductual por no incluir los pensamientos y los sentimientos como eje central en la terapia. En 1979 empezó a estudiar TC con Beck, y en su práctica clínica se empezó a interesar principalmente por los pacientes que no habían respondido al tratamiento.

Al analizar algunos datos comunes entre los pacientes con resistencia al cambio, identificó problemáticas no muy agudas pero que siempre habían estado presentes en la vida de las personas con patrones autodestructivos. Al hacer una lista de sus dificultades, identifica esquemas, llamados por él como *trampas vitales*, tales como sentimientos de imperfección, sensación de profundo aislamiento y soledad, tendencia a sacrificar sus propias necesidades por las de otras personas y dependencia no saludable o confianza excesiva en los demás.

Young plantea que los esquemas, proporcionan un sentido de continuidad en el curso de la vida, ya que el pasado y el presente se pueden considerar como parte de un todo consistente. Cada esquema tiene un origen comprensible en la infancia, se repite durante toda la vida, y es algo que intuitivamente se siente como correcto. Empieza como algo que transmiten las familias o los pares (otros niños). Este tipo de esquemas determinan cómo pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos con los demás. Conllevan sentimientos intensos como la ira, la tristeza y la ansiedad (Ginn y Young, 2005; Young y Klosko, 2001).

El concepto esquema, hace referencia a creencias profundamente enraizadas, aprendidas en los primeros años de vida, que se aplican a nosotros mismos y al mundo. Estas creencias tempranas proporcionan un sentido de predicción y seguridad sobre quiénes somos y quiénes son los demás. El enfoque terapéutico propuesto por Young implica un *enfrentamiento constante* con nosotros mismos, al descubrir los esquemas que funcionan como trampas vitales, al identificar la manera en que actúan en la vida de cada persona y el modo de contrarrestarlas cada vez que este mecanismo se ponga en funcionamiento.

Young ha propuesto su teoría basado en el desarrollo cognitivo y emocional del ser humano y los logros que para cada etapa se deben alcanzar. Así, las dimensiones de los esquemas son la representación teóricas fundamentadas desde el desarrollo normal de la personalidad. Los esquemas desadaptativos o maladaptativos tempranos se agrupan en cinco dimensiones, las cuales reflejan una necesidad crítica de los niños para el funcionamiento adaptativos. Las dimensiones describen a la vez relaciones tempranas

disfuncionales con padres y amigos, donde radica el origen de los esquemas disfuncionales:

(1) *Desconexión y rechazo*: comprende individuos que fueron criados en entornos donde carecían de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad. El dominio de desconexión y rechazo reagrupa los siguientes esquemas maladaptativos: a) abandono/inestabilidad, b) desconfianza/abuso, c) privación emocional, d) defectuosidad/vergüenza, y e) aislamiento social/alienación.

(2) *Perjuicio en autonomía y desempeño*: refleja ambientes de la infancia complicados y sobreprotectores. En las relaciones de adulto, son demasiado dependientes de los demás y no creen que tengan habilidades adecuadas de afrontamiento. El dominio de autonomía y desempeño deteriorados reagrupa los siguientes esquemas: a) dependencia incompetencia, b) vulnerabilidad al daño/enfermedad, c) entrapamiento emocional/yo inmaduro, y d) fracaso.

(3) *Límites inadecuados*: normalmente, fueron criados por padres permisivos y demasiado indulgentes, pudieron haber aprendido un sentido de superioridad, y como adultos carecen de autodisciplina, pueden ser insensibles hacia las necesidades y deseos de los demás. El dominio de límites insuficientes agrupa los esquemas de: a) derecho/grandiosidad, y b) autocontrol insuficiente/autodisciplina.

(4) *Tendencia hacia el otro*: está fomentada por experiencias tempranas en las que las necesidades del niño son secundarias a las necesidades de los demás. En las interacciones de adultos se preocupan por el bienestar de los demás y por ganar su aprobación, y abandonan sus propias necesidades. El dominio de orientación hacia los otros contiene los esquemas de: a) subyugación, b) autosacrificio, y c) búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento.

(5) *Sobrevigilancia e inhibición*: se desarrolla cuando se cría a los niños en el perfeccionismo, en una familia rígida. Llegan a ser adultos demasiado controlados, con reglas extremadamente elevadas. El dominio de supervigilancia e inhibición agrupa los esquemas de a) negatividad/ pesimismo, b) inhibición emocional, c) estándares implacables/hipercrítica, y d) condena.

Los once esquemas maladaptativos tempranos que enfatizan Young y Klosko (2001) son los siguientes:

Dos que se relacionan con la inseguridad e indefensión familiar:

1. Abandono: se basa en la creencia de que las personas a las que se les quiere, nos dejarán y nos quedaremos solos para siempre. Estas creencias se refieren a que las personas más cercanas morirán, se marcharán o nos abandonarán. Como consecuencia, nos aferramos demasiado a estas personas cercanas, y paradójicamente, forzamos el distanciamiento. Hasta en las separaciones normales podemos sentirnos disgustados o enfadados.

2. Desconfianza y abuso: se centra en la expectativa de que las personas abusarán de nosotros, se burlarán, mentirán, manipularán, humillarán, harán daño físico o se aprovecharán de nosotros. Como consecuencia, nos volvemos personas desconfiadas que impedimos intimar demasiado con otras personas, suspicaces con las intenciones de los demás y a pensar en lo peor. Es posible que se evite por completo las relaciones con los demás, y si se establecen uniones, éstas son superficiales. Posiblemente también se buscan personas que maltratan, lo que provoca sentimientos de enfado y ganas de venganza.

Dos que se basan en la inhabilidad de funcionar independientemente:

3. Dependencia: es la creencia de ser incapaz de enfrentarse a la vida cotidiana si no se recibe ayuda de los demás y que se depende de ellos. De niño, posiblemente se presentaron experiencias donde se hicieron sentir incompetente al intentar la independencia. Como adulto, se buscan figuras fuertes de quien depender, y en el trabajo no se actúa por sí mismo.

4. Vulnerabilidad: se tiende a vivir con el temor de que va a ocurrir un desastre en cualquier momento, ya sea natural, delictivo, médico o financiero. No se siente seguro en el mundo. Cuando se era niño, posiblemente existió sobreprotección y preocupación excesiva por la seguridad. Los miedos excesivos y poco realistas controlan la vida y se gasta demasiada energía en buscar seguridad.

Dos esquemas que se relacionan con la intensidad (poco grado) de las relaciones emocionales:

5. Privación emocional: se basa en las creencias de que las necesidades de amor nunca serán satisfechas de forma adecuada, que los otros no nos querrán ni comprenderán cómo nos sentimos. Existe la tendencia a sentirse atraídos por personas frías y egoístas, por lo que las relaciones que se establecen resultarán insatisfactorias. El estado de ánimo fluctúa entre el enfado por la insatisfacción y el dolor y la soledad. El

enfado paradójicamente consigue el distanciamiento a las personas, de modo que la carencia emocional continúa presente.

6. Aislamiento/Exclusión social: se presentan sentimientos de aislamiento y la creencia de que se es diferente a los demás. En la infancia posiblemente se tuvo experiencias donde se sintió excluido por el resto de los niños, y no se perteneció a ningún grupo de niños. Se creyó que se era socialmente poco aceptado, con una baja posición social, con escasas habilidades de conversación, aburrido, o cualquier otra deficiencia. En la edad adulta, se tiende a evitar relacionarse con grupos y hacer nuevos amigos, se siente y se comporta como inferior en las situaciones sociales.

Dos esquemas relacionados con la autoestima:

7. Imperfección: es la creencia que se es imperfecto y defectuoso, y que si alguien nos conociera tal como somos, no nos podrá querer. Cuando niño, no se sintió que la familia respetara, e incluso se presentó la crítica ante los “defectos”. Se generó la sensación de no merecer amor, y en la edad adulta, el temor a amar. Se espera que las demás personas nos rechacen.

8. Fracaso: corresponde a la creencia de ser inútil, cuando se compara con los demás se siente un fracasado. De niño le hicieron sentir inferior en cuanto al rendimiento, pudo haber tenido dificultad en el aprendizaje o insuficiente disciplina para dominar habilidades importantes como la lectura. Los otros niños siempre eran mejores, y utilizaban expresiones como “estúpido”, “tonto”, “vago”. Ya en la edad adulta, exageran los fracasos y las inadecuadas pautas de trabajo contribuyen a esto.

Dos esquemas que refieren limitaciones en la autoexpresión y la habilidad para manifestar lo que se desea:

9. Subyugación: se tiende a sacrificar las propias necesidades y deseos para agradar a los demás o para satisfacerlos. La tendencia a evitar la culpa y a huir del miedo y ser castigados, mantienen el esquema. De niño, posiblemente alguno de los padres, le subyugó. De adulto, se tiende a entablar relaciones con personas dominantes y controladoras y te sometes a ellas.

10. Normas inalcanzables: existe especial esfuerzo por satisfacer elevadas expectativas que uno mismo se ha impuesto. Se pone excesivo énfasis en la posición, el dinero, el rendimiento, la belleza, el orden o el reconocimiento, todo ello a expensas de la felicidad, el placer, la salud, la resolución de conflictos y de relaciones satisfactorias.

Se tiende a poner normas rígidas a los demás y a juzgar a las otras personas. Cuando niño, se esperaba en que fuera el mejor y que cualquier otra opción era un fracaso.

Un último esquema que se asocia con la dificultad para aceptar los límites reales de la vida.

11. Grandiosidad: es la creencia de ser especiales, insisten en que tienen que hacer, decir o tener todo lo que quieran inmediatamente. Estas personas tienen dificultades en la autodisciplina, no hacen caso de lo que los demás consideran razonable, de lo que es en realidad factible, del tiempo, de la paciencia requerida y del esfuerzo. De niño, fueron posiblemente muy mimados, no impusieron restricciones ni autocontrol. En la edad adulta, se enfadan cuando no pueden hacer lo que quieren.

Al relacionar las dimensiones y los esquemas maladaptativos que Young ha referido en diferentes publicaciones, el número de esquemas llega a 18. Muchos de estos esquemas no son nombrados en las últimas publicaciones por no ser representativos en la explicación de la varianza y demás análisis estadísticos, aunque de gran relevancia en la clínica. Por esta razón, se hará mención a todos ellos:

*Dimensión de desconexión y rechazo:* se desprenden cinco esquemas, los cuales interfieren con las necesidades del niño de aceptación y relación:

Abandono/inestabilidad

Desconfianza/abuso

Privación emocional

Imperfección/vergüenza

Aislamiento/exclusión social

*Dominio autonomía y desempeño:* se desprenden los siguientes cuatro esquemas, los cuales impiden al niño llegar a ser independiente y alcanzar algo fuera de su familia

Dependencia/incompetencia

Vulnerabilidad al daño o la enfermedad

El sí mismo inmaduro/complicación

Fracaso

*Dominio de límites inadecuados:* se desprenden dos esquemas que bloquean al niño a desarrollar sus límites

Derecho/grandiosidad

Autocontrol insuficiente/autodisciplina



*Dominio tendencia hacia el otro:* se desprenden tres esquemas los cuales impiden que los niños expresen sus propias necesidades y sentimientos externos de coerción.

Subyugación

Autosacrificio

Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento

*Dimensión de sobrevigilancia e inhibición:* se desprenden cuatro esquemas que interfieren con el sentido de los niños de satisfacción y espontaneidad

Negatividad/vulnerabilidad al error

Control excesivo/inhibición emocional

Reglas implacables/hipercrítica

Condena

Diversas investigaciones se han desarrollado con el objetivo de identificar componentes de vulnerabilidad en diferentes trastorno como para la depresión (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Cámara, 2009; Cámara y Calvete, 2010; Hoffart, Sexton, Hedley y Wang, 2005), la ansiedad (McGinn, Cukor y Sanderson, 2005), y el consumo excesivo de alcohol (Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque, 2010), entre otras.

# **CAPÍTULO 2. MODELO DE VULNERABILIDAD – ESTRÉS**

El acercamiento crítico a los problemas y trastornos mentales y de comportamiento requiere de una mirada amplia que analice diferentes contextos y tome en cuenta la multidisciplinariedad. De esta manera, el modelo biopsicosocial da importancia a la dimensión social y psicológica complementario al modelo biomédico prevalente para comprender los psicopatología. La introducción del modelo biopsicosocial se le adjudica a George Engel en un artículo publicado en la revista *Science* en 1977. El término biopsicosocial invita a contemplar no la enfermedad sino al paciente en tres dimensiones, aunque algunos le incorporan un cuarto componente, el espiritual. En cualquier fenómeno patológico puede identificarse estas dimensiones, pero en la práctica clínica es un reto mantener su articulación y depende en gran medida de la formación del profesional y la cultura donde está inmerso. En esta medida, es un reto permanente lograr que el modelo biopsicosocial, y si se prefiere también espiritual, no sea solo una expresión teórica. La formación del profesional, el entrenamiento en el manejo de la entrevista, la formulación del caso clínico y el diseño del tratamiento, es fundamental para considerar la participación de cada una de las dimensiones e incorporarlas en la práctica clínica (Uribe y Gómez, 2010; Velásquez y Rincón-Hoyos, 2010).

El modelo biopsicosocial permite abordar los problemas psicológicos desde una perspectiva interpersonal. En efecto, podría afirmarse que el estado de salud incluye la calidad de las relaciones interpersonales y los vínculos de las personas con otros. La programación temprana del eje hipotalámico-hipófisis-adrenal, tal como ha sido descrito en los estudios de Meaney (2001) y Liu, Diorio, Tannembaum, Caldji, Francis, Freedman et al. (1997), muestra cómo la respuesta al estrés depende en parte de la calidad de los vínculos tempranos. Los estudios de Bowlby sobre el apego son fundamentales en el momento de analizar, no este o aquel síntoma o síndrome, sino los hechos o experiencias potencialmente patológicas para la personalidad en desarrollo (Bowlby, 1993). A lo largo de la vida los vínculos siguen siendo importantes para la salud individual; el estudio de los eventos vitales, y dentro de éstos las pérdidas, las separaciones y los cambios en las relaciones interpersonales son importantes para la salud del individuo, y al estudiar un proceso psicopatológico cabe preguntarse con cuáles de éstos se asocian el inicio del trastorno. Las investigaciones en el campo de la

psicopatología no puede analizar los fenómenos sin estudiar los antecedentes históricos y los eventos ante los cuales se relaciona su aparición: el estrés.

## 2.1 EL ESTRÉS

El concepto de estrés ha sido central en el estudio de la relación entre factores emocionales y ambientales. El origen del término parece provenir del vocablo *distress*, que en inglés antiguo tenía un significado equivalente al de pena, aflicción. El vocablo estrés fue tomado por Seley de la física, donde se utiliza para referirse a la fuerza que actúa sobre un objeto y que, al rebasar una determinada magnitud, produce deformación, estiramiento y/o destrucción del objeto. Para Seley (1959), el estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia que origina tensión física y psicológica al estimular el equipo neurobioquímico que posee el hombre para enfrentar los estímulos externos que ponen en peligro su vida. Desde este punto de vista, el estrés no se refiere a la demanda ambiental, sino a sus consecuencias.

El estrés es una reacción de ajuste, un proceso adaptativo y de emergencia, necesario para la supervivencia, que genera tensión física y psicológica al estimular el equipo neurobioquímico que posee el hombre para enfrentar los estímulos externos que ponen en peligro su vida.

En 1966, Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador, utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. De esta manera, se le considera como una reacción de ajuste universal, vivenciado como tensión, como amenaza, que acompaña al ser humano desde la aparición en la cadena evolutiva (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Lazarus, 1966; Téllez-Vargas y Forero, 2010).

### 2.1.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS

Lazarus y Folkman (1986) plantearon cinco hechos que estimularon el interés investigativo por el estrés y su afrontamiento: a) la preocupación por las diferencias individuales, b) el resurgimiento del interés en materia psicosomática, c) el desarrollo de las terapias cognitivo-conductuales dirigidas al tratamiento y prevención de enfermedades, y de estilos de vida como factor de riesgo para la salud, d) el incremento

de una perspectiva experimental del curso de la vida, y e) la preocupación cada vez mayor por el papel del entorno en los problemas del hombre.

El interés sobre el efecto del estrés en el rendimiento motivó al estudio de las diferencias individuales. El estrés o la ansiedad, pueden traer como resultado un deterioro en el rendimiento, bien por un excesivo aumento de la tensión, o bien como consecuencia de crear interferencias o distracción. La llamada curva de U invertida, planteada por Yerkes y Dobson (1908), según la cual, incrementos de *arousal* o de tensión mejoraban el rendimiento hasta llegar a un cierto nivel, a partir del cual aumenta la desorganización, dando como resultado una disminución del rendimiento. Sin embargo, se hizo cada vez más evidente que existían importantes diferencias individuales a la hora de responder ante el estrés, de tal manera que no se podría predecir el rendimiento por simple referencia a los estímulos estresantes y para pronosticarlo era necesario tener en cuenta los procesos psicológicos responsables de las diferencias individuales en la reacción. La importancia de factores personales propició cada vez más estudios sobre valoración cognitiva y afrontamiento.

La medicina psicosomática ha aumentado su interés hacia los factores sociales y psicológicos como relevantes en la salud y en la enfermedad, y se acepta hoy en día la idea de vulnerabilidad hacia la enfermedad. El estudio de la respuesta inmune y sus procesos, y los factores psicológicos y sociales que intervienen, cada vez son más. La mayor evidencia de su crecimiento se desprende de la decisión de la *American Psychological Association* de formar la *División of Health Psychology* (División 38), y de la publicación de revistas como *Health Psychology*, *The Journal of Behavioral Medicine*, *Psychophysiology*, *Psychological Medicine*, *The Journal of Psychosomatic Research*, y *el Journal of Health and Social Behavior*.

La terapia cognitivo-conductual ha avanzado en las últimas décadas frente a la identificación de los factores principales en la psicopatología y en el éxito del afrontamiento, la forma en que el individuo interpreta sus experiencias y se centra en las intervenciones necesarias para modificar los pensamientos y, con ellos, los sentimientos y los actos. El interés frente al estrés, el afrontamiento y la adaptación, han conducido a dar mayor atención a la psicología evolutiva. El interés por los cambios que experimenta el adulto y las crisis, reflejan también el interés por el estudio del estrés por las transiciones y de los cambios sociales y cómo se afrontan. Existe especial interés por estudios sobre temas como el síndrome del nido vacío, la crisis de mitad de la vida,

situaciones de la viudez y la jubilación, entre otros. La psicología clínica y la psiquiatría, por otra parte, han empezado prestar atención a los aspectos ambientales y a cómo muchos procesos residen de forma primaria en el individuo. Estos estudios se han visto favorecido por los avances en la etología, la psicología ambiental y la ecología social (Yepes y Palacio, 2010).

## 2.1.2 TEORÍAS SOBRE EL ESTRÉS

El estrés se produce cuando ocurre una alteración en el funcionamiento normal, ante la acción de algunos agentes externos e internos. El organismo reacciona de manera extraordinaria para regular el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión (presión), que supone un incremento de la activación o la inhibición, y por tanto, un cambio en los estados emocionales (Belloch, Sandín y Ramos, 2008b; Sandín, 1989). Diferentes enfoques se han desarrollado entendiendo el estrés tanto como respuesta y como estímulo. A continuación se analizarán cada uno de estos enfoques y sus posteriores tendencias integrativas.

### 2.1.2.1 Teorías basadas en la respuesta

El primer modelo define el estrés en términos de efectos fisiológicos comunes a un rango de estímulos aversivos (Selye, 1976). Esta aproximación trata el estrés como una variable dependiente (Sandín, 2008) y es identificado como el Modelo Médico fisiológico (*Medicophysiological Model*); el estrés es definido en términos de efectos fisiológicos comunes a un rango de estímulos aversivos, y se centra en las respuestas características del estrés (fisiológicas, psicológicas y conductuales) sea cual fuera la naturaleza del estresor (Selye, 1976). La teoría de Selye (1976) sobre el Síndrome General de Adaptación (SGA) (*General Adaptation Syndrome, GAS*) representa el mejor ejemplo de esta categoría. El estrés es entendido desde esta perspectiva como una respuesta inespecífica y universal de reacciones de defensa del organismo.

El SGA está constituido por un mecanismo tripartito, compuesto por las siguientes tres etapas:

Reacción de alarma: es la reacción del organismo cuando es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está adaptado. Esta etapa tiene dos fases: choque y contrachoque. La fase de choque constituye la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. Son síntomas típicos de esta fase la taquicardia, la pérdida del tono muscular y la disminución de la temperatura y la presión sanguínea. La descarga de adrenalina, corticotrofina (ACTH) y corticoides son reacciones primarias de defensa que empiezan durante esta fase y que se hacen más evidentes en la siguiente fase. La fase de contrachoque es una reacción de rebote caracterizada por la movilización de una fase defensiva durante la cual se produce agrandamiento de la corteza suprarrenal con signos de hiperactividad (incremento de corticoides), involución rápida del sistema timo-linfático, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc. Las enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a estas dos fases de la reacción de alarma.

Etapa de resistencia: en esta etapa se produce la adaptación del organismo al estresor junto con la mejora y desaparición de los síntomas. La mayoría de los cambios morfológicos y bioquímicos de la reacción de alarma desaparecen.

Etapa de agotamiento: si el organismo continúa expuesto al estresor prolongadamente pierde la adaptación adquirida en la fase anterior y reaparecen los síntomas característicos de alarma y puede significar la muerte del organismo.

La respuesta al estrés es mediada por el hipotálamo, estructura encargada de coordinar las respuestas emocionales, las secreciones hormonales y funciones vitales y de adaptación, como el sueño, el hambre, la sed y la respuesta sexual, y mantener estas conexiones con el lóbulo frontal y con la amígdala del hipocampo, estructura encargada de almacenar nuestra memoria sensorial. El hipocampo es la estructura cerebral que recibe la información proveniente del medio interno del individuo y de su entorno y la transcribe para producir una respuesta hormonal. Diversos estudios con animales de experimento apoyan la hipótesis que postula que el cerebro es capaz de categorizar los estresantes en físicos y psicológicos, y que sus respuestas son diferentes a cada categoría, merced a cambios en las proteínas c-fos de los núcleos neuronales. En el estrés físico se observa además un aumento de los niveles de norepinefrina, en tanto que en el estrés psicológico se produce un aumento de la liberación de epinefrina (Kwon, Seo, Shim, Lee, Jang, Park et al., 2008; Téllez-Vargas y Forero, 2010).

La carga alostática, definida como la tensión total sobre el cuerpo, producida por los altibajos repetitivos de la respuesta fisiológica, la actividad aumentada de los sistemas fisiológicos bajo demanda y los cambios en el metabolismo y el desgaste sobre una serie de órganos y tejidos que pueden predisponer al organismo a la enfermedad (McEwen y Stellar, 1993). El organismo debe responder a una gran variedad de situaciones y la capacidad para lograr una estabilidad a través de un cambio es la alostasis. La primera respuesta que forma parte de la carga alostática es explicada mediante una serie de mensajeros químicos, como el cortisol y la epinefrina, que regulan eventos celulares. Los efectos secundarios influyen en ciertos tejidos y órganos, y en los niveles elevados de presión arterial o de colesterol. Los efectos terciarios son las enfermedades que surgen de las cargas acumuladas, entre las cuales se han postulado las enfermedades cardiovasculares, la capacidad física y el declive cognitivo, riesgo mayor a mortalidad, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Alzheimer, el síndrome de estrés postraumático, la depresión mayor, el abuso de sustancias y el trastorno afectivo bipolar (Uribe y Gómez, 2010).

Otros marcadores propuestos por estos mismos autores son la proteína C reactiva, la citocina 6, la homocisteína y el índice de masa corporal. El denominado síndrome metabólico o síndrome X se superpone con el concepto de carga alostática, y algunos estudios han mostrado asociación entre carga alostática elevada, menores logros educativos, historia de dificultades económicas, pobres relaciones interpersonales y privación en general (Uribe y Gómez, 2010).

#### 2.1.2.2 Teorías basadas en el estímulo

Esta aproximación trata el estrés como una variable independiente (Sandín, 2008), y puede circunscribirse en la perspectiva conocida como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los sucesos vitales (Belloch et al., 2008b). El enfoque se conoce con el nombre de Modelo de Ingeniería (*Engineering Model*) por su analogía con la ingeniería, puesto que pretende medir el estrés de la persona como si se tratara de una máquina, es decir, un fenómeno externo a la misma. El estrés es visto como una característica aversiva del medio, y por lo tanto, exige de la persona un cambio en su modo de vida habitual (Holmes y Rahe, 1967).



El estrés como estímulo incluye tanto agentes externos como internos que precipitan o desencadenan determinadas respuestas. Lazarus (1966) habla de tres tipos de acontecimientos desencadenantes: a) cambios mayores que afectan a un gran número de personas, b) cambios mayores que afectan sólo a una persona o a unas pocas personas, y c) los acontecimientos diarios o cotidianos.

Dentro de los estresores mayores que afectan a un gran número de personas se hace referencia a los cataclismos o cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas, y que habitualmente afectan a un gran número de ellas. Dentro de esta categoría se incluirían: las situaciones bélicas y las víctimas de terrorismo, la migración y el desarraigo, las catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, cataclismos, etc.). Dentro de los estresores que afectan a una persona o un grupo, estarían las víctimas de la violencia (violación, maltrato, etc.), las enfermedades terminales y situaciones de cirugía, divorcios, pérdida familiares, amenaza a la propia vida, la pérdida del puesto de trabajo, tener un hijo, etc. Los estresores psicosociales son estresores cotidianos que se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas. Corresponden a una serie de pequeñas cosas que pueden generar irritabilidad o perturbación en un momento dado. En esta categoría estarían los problemas de tipo práctico (perder algo, un atasco de tráfico, quedarse sin dinero, etc.), los sucesos fortuitos (fenómenos meteorológicos, rotura de objetos, etc.) y los problemas sociales (discusiones, decepciones, problemas familiares, etc.) (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Los primeros dos modelos del estrés (respuesta-estímulo) han sido criticados por ser modelos circulares que consideran a la persona como un vehículo pasivo que traduce los estímulos en respuestas psicológicas y fisiológicas, ignorando las interacciones entre ellos, y se considera que ambos están basados en un paradigma reduccionista (Lazarus y Folkman, 1986).

### 2.1.2.3 Teoría basada en la interacción

La teoría basada en la interacción ha sido planteada por Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1986). Las teorías interactivas o transaccionales tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos basados en la cognición, que median entre los estímulos y las respuestas de estrés. Lo que diferencia el modelo

tradicional cognitivo de Lazarus de otras aproximaciones es la gran relevancia que se asigna a la evaluación cognitiva. Por lo tanto el modelo es relacional, y en último término de un modelo procesual. El estrés se define como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, mediadas por la evaluación, en el cual se valora constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal (Sandín, 2008). La teoría de Lazarus distingue tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna, puede dar lugar a la evaluación de a) amenaza, b) de daño-pérdida, c) desafío, y d) beneficio. La evaluación secundaria se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar el estrés. Por último, la reevaluación implica los procesos de *feedback*, y permite correcciones en las valoraciones previas.

Algunos modelos similares que han partido de este modelo de índole interaccional, entienden el estrés como parte de un sistema cibernético dinámico (*mecanismo de feedback*). Cox y Mackay (Cox, 1978) resaltan la importancia de la evaluación cognitiva; establecen que el estrés se produce al romperse el balance entre la percepción de la demanda y la percepción de su propia capacidad para hacer frente a la demanda (percepción sobre la capacidad de afrontamiento).

Sandín (2008) proponen una mirada del estrés a partir de siete etapas representadas en la siguiente figura (Figura 1):

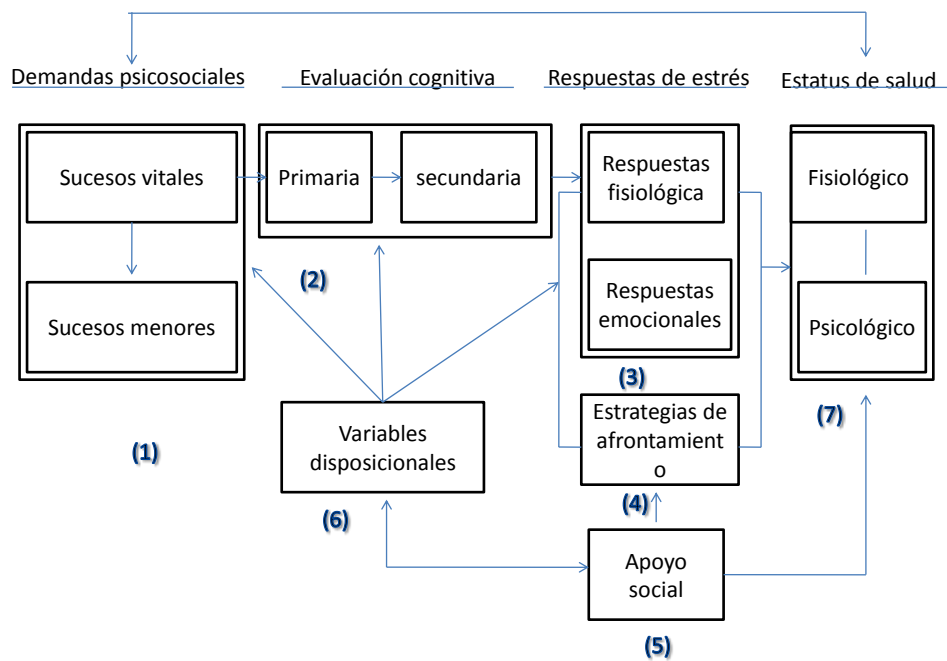


Figura 1. Modelo adaptado de Sandín (2008).

1. Demandas psicosociales. Se refiere a los agentes externos causales primariamente del estrés. Esta dimensión podría incluir los estresores psicosociales y los agentes ambientales naturales y artificiales.

2. Evaluación cognitiva. Los sucesos vitales y los acontecimientos diarios (o sucesos menores) ejercen demandas sobre el organismo que son valoradas. Es decir, si la persona percibe que el suceso supera o grava sus recursos (afrontamiento, apoyo social, etc.).

3. Respuesta de estrés. Incluye el complejo de respuestas fisiológicas y las psicológicas que contribuyen a constituir la “respuesta de estrés”, tales como las respuestas emocionales. Existen además respuestas cognitivas y motoras difíciles de separar de las emocionales.

4. Afrontamiento (*coping*). Se refiere a los esfuerzo conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas concretas valoradas como “gravamen”, así como también para suprimir el estado emocional del estrés.

5. Características personales. Incluye todo un conjunto de variables que pueden influir sobre las cuatro etapas anteriores. Variables como el tipo de personalidad, los factores hereditarios, el sexo, la raza, etc.

6. Características sociales. Incluye el apoyo social, el nivel socioeconómico y las redes sociales. Estas variables se han considerado importantes asociadas al estrés, y “amortiguar” el efecto de las demandas estresantes sobre las respuestas de estrés. También parece que pueden actuar directamente sobre la salud.

7. Estatus de salud. Ésta, más que una fase del proceso del estrés, es el resultado del mismo. Este estado de salud tanto fisiológico como psicológico, depende si el afrontamiento ha sido apropiado o no.

La perspectiva de Sandín (2008) brinda la posibilidad de obtener una mirada integral de los factores de riesgo y generar acciones desde diferentes frentes para el campo de la prevención primaria, secundaria y terciaria. Más adelante se volverá a retomar sus componentes en los factores causales y de protección para la intervención preventiva en la depresión y la ansiedad.

### 2.1.3 SUCESOS VITALES Y SUCESOS MENORES

Las demandas psicosociales (estrés psicosocial) se centran en los agentes externos (psicosociales) estresantes. Este enfoque es atribuido a Thomas H. Holmes (Holmes y Rahe, 1967), quien desarrolló la aproximación de los sucesos vitales, avanzando en una orientación más científica a partir de los trabajos de Wolff y Meyer. Meyer desarrolló lo que denominó *life chart* (historia vital), donde cada persona refería eventos que había experimentado y los ordenaba cronológicamente. Posteriormente Holmes convirtió este listado en una prueba de autoinforme, dando lugar al *Schedule of Recent Experience (SER)* (Inventario de experiencias recientes) sobre sucesos vitales, para relacionarlos con la salud (Belloch et al., 2008).

Los sucesos vitales son definidos por Holmes como eventos sociales que refieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo. De esta manera, se asume que los sucesos vitales pueden evocar primariamente reacciones psicofisiológicas, y por lo tanto los sucesos vitales podrían denominarse como “cambios vitales”. A mayor cambio (suma de sucesos vitales), mayor probabilidad de enfermar. El grupo de Holmes publicó el primer método escalado para cuantificar el estrés psicosocial (Impacto Psicossomático Potencial; Holmes y Rahe, 1967), lo cual generó toda una línea de

investigación aún vigente sobre el estrés y la salud (Chorot, Santed, Sandín y Jiménez, 1994; Sandín, 2008).

La modalidad de investigar el estrés contempla diversos tipos de eventos, sobre los cuales se destacan las siguientes siete categorías (Chorot, Pérez-Llantada y Sandín, 2008; Sandín, 1993):

- 1) trabajos relacionados con situaciones bélicas (prisioneros de campos de concentración, veteranos del Vietnam, etc.)
- 2) víctimas de terrorismo
- 3) víctimas de la violencia en general (violación, niños maltratados, etc.)
- 4) personas con enfermedades terminales u operaciones quirúrgicas mayores
- 5) casos de migraciones
- 6) desastres naturales (terremotos, inundaciones, etc.)
- 7) sucesos vitales altamente traumáticos (divorcio, pérdida, etc.).

Adicionalmente, Holmes se interesó por el estudio de los sucesos múltiples y construyó junto con Rahe la Escala de Estimación de Reajuste Social (*Social Readjustment rating Scale, SRRS*); incluye una lista de 43 sucesos ordenados según su valor UCV (Unidades de Cambio Vital). Así, por ejemplo, la “muerte del esposo(a)” tiene un valor de 100 UCV, y el suceso vital “matrimonio” de 50 UCV. El grupo de Holmes ha sugerido el siguiente criterio tomando como referencia el último año transcurrido:

300 o más UCV = 80% de posibilidad de enfermar en el futuro cercano;

150-299 UCV = 50% de posibilidad de enfermar en el futuro cercano;

Menos de 150 UCV = 30% de posibilidad de enfermar en el futuro cercano.

Muy pronto los seguidores del modelo incorporaron variables psicológicas mediadoras como la percepción que tiene el sujeto del suceso. De hecho Rahe y Arthur (1978) desarrollaron una versión modificada de la SRE para evaluar las UCV subjetivas (valoradas por el individuo). Así, una situación puede ser percibida para una persona como estresante pero para otra puede ser muy poco o nada (Chorot, Pérez-Llantada y Sandín, 2008; Chorot y Sandín, 1993; Sandín, 2008).

En 1970 J. Weitz (citado por Sandín, 2008), revisó esta cuestión y clasificó los diferentes tipos de situaciones que han sido consideradas como estresantes en la investigación, señalando ocho categorías: a) procesar la información velozmente; b) estímulos ambientales dañinos; c) percepción de amenaza; d) función fisiológica alterada; e) aislamiento y confinamiento; f) bloquear, obstaculizar; g) presión grupal; y h) frustración.

El otro tipo de sucesos que ha citado Lazarus y colaboradores han sido los sucesos menores o estrés diario. Estos sucesos ocurren con cierta frecuencia por ser cotidianos, como las disputas familiares, problemas económicos, etc. También se han definido como microeventos o sucesos menores. Tanto el estrés menor (o diario) como las satisfacciones que caracterizan la vida cotidiana poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales. En concreto definieron estos dos tipos de eventos como *hassles* (fastidios, contrariedades o sucesos negativos) y *uplifts* (placeres, satisfacciones).

Algunas investigaciones han señalado que el estrés cotidiano referido a sucesos diarios negativos es mejor predictor de los trastornos físicos y psicológicos que los sucesos vitales (Depue y Monroe, 1986; Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Sin embargo otros estudios establecen la relación entre los dos de manera interactiva; los sucesos vitales inducen nuevos sucesos diarios generando respuestas de estrés del organismo (Chorot, Santed, Sandín y Jiménez, 1994). Desde el punto de vista de la psicopatología, las investigaciones basadas en el uso conjunto de ambas evaluaciones (sucesos vitales y menores) permita una idea más exacta respecto a los mecanismos implicados en los efectos del estrés psicosocial sobre la alteración de la salud. Algunos problemas metodológicos deben considerarse al evaluar ambos componentes, dado el solapamiento que se puede presentar entre ítems relacionados y el estado emocional que generan la lista de dichos eventos (Sandín, 2008) y las diferencias sexuales con relación al tipo de estresor; se ha identificado una puntuación más elevada en hombres en el estrés social (Bermúdez, Teva y Buéla-Casal, 2009).

#### 2.1.4 EVALUACIÓN COGNITIVA

El modelo transaccional introduce la relevancia de la evaluación o valoración cognitiva de los eventos potencialmente estresante. Las investigaciones señalan la

enorme importancia del control percibido por el sujeto en situaciones de estrés. Se ha sugerido que el control percibido reduce las respuestas de estrés, al menos por la actuación de dos posibles mecanismos implicados, la ganancia de información y la respuesta anticipatoria (Lazarus y Folkman, 1986; Weiss, 1971).

La respuesta anticipatoria prepara al organismo para hacer frente a la situación amenazante, anticipándose a la llegada del estresor. El control percibido por tanto, puede ser un mediador importante de la respuesta de estrés. Se ha indicado con frecuencia que más importante que el control real es el control percibido por el individuo, “la ilusión del control” (Sandín, 2008).

La teoría de la indefensión aprendida, basada originariamente en el modelo experimental de indefensión aprendida, con perros sometidos a estrés inevitable, propone que la persona deprimida tiene una peculiar forma de relacionar acción y resultado, siente que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el ambiente, de lo que se derivan vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza. Más adelante se volverá a retomar este constructo dentro de los modelos de vulnerabilidad cognitiva para la depresión, desde el enfoque de su formulación (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), en el cual se introducen variables atribucionales como mediadoras entre la percepción de no contingencia y la formación de la expectativa de futura incontrolabilidad.

### 2.1.5 RESPUESTA DE ESTRÉS

El estudio sobre los síntomas de estrés es relevante en cuanto se consideran precedentes a la expresión directa del proceso de enfermar. Sin embargo, existe una descripción amplia de síntomas asociados con la experiencia de estrés demasiado ambiguo. Desde el punto de vista de Rice (1999), los síntomas pueden agruparse en cuatro niveles de expresión: a) conductuales: incluye la falta de decisión, la evitación, el aislamiento, las reacciones agresivas, el consumo de drogas, el cambios en los patrones de sueño, el descuido con las responsabilidades, la baja productividad, el absentismo y la propensión a accidentes; b) cognitivos: derivados del estrés son la pérdida de motivación y concentración, la excesiva preocupación, la pérdida de memoria, la percepción errónea, la confusión, la disminución de la capacidad de toma de decisiones, la capacidad reducida en la solución de problemas, la auto-compasión y la pérdida de

esperanza; c) fisiológicos: síntomas básicos como la hiperactividad del sistema nervioso y alteración hormonal, que se manifiestan con la fatiga, la debilidad física, la pérdida del apetito y la energía, migrañas y dolores de cabeza, dolores de espalda incluyendo la zona lumbar y tensión muscular que puede traducirse en espasmos y temblores. En el sistema cardiovascular, se refleja por la aceleración del ritmo cardíaco, la hipertensión y exacerbación del proceso aterosclerótico. El sistema respiratorio se manifiesta por las alteraciones en el ritmo de la respiración, principalmente acelerada y superficial, e hiperventilación; y d) emocionales: la ansiedad, el miedo, la irritabilidad, la depresión, la negación, el sentimiento de amenaza, la frustración, la culpabilidad, la incertidumbre y la pérdida de control (Cámara, 2009; Rice, 1999).

En concreto, la ansiedad y la depresión son alteraciones emocionales muy extendidas en la población, a menudo asociadas al proceso de estrés y, puesto que serán objeto de este estudio, se desarrollan con más amplitud en el capítulo siguiente.

#### 2.1.6 AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

El afrontamiento o *coping* se ha entendido como una reducción o supresión del estado de estrés, es decir, como un resultado. Actualmente se entiende el afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo. El afrontamiento se relaciona de manera directa con las dimensiones de evaluación cognitiva de la situación, de tal manera que a veces resulta difícil separar ambos componentes (Sandín, 2008).

La psicología cognitiva diferencia entre estilos y estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son aquellas características disposicionales (de personalidad) estables que influyen sobre la elección de la estrategia de afrontamiento. Se han formulado partiendo de la base de disposiciones personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes (Alarcón, 2010). Uno de los modelos es el de represor/sensibilizador (Byrne, 1964). El primero tiende a la negación y la evitación, experimentan baja ansiedad ante situaciones de estrés, reportan niegan indicadores de ansiedad en los cuestionarios, pero emiten elevadas respuestas fisiológicas; el segundo tiende a la vigilancia y expansión, tiende a informar mayor grado de ansiedad que los



fisiológicamente registrados. Algunas investigaciones han señalado la relación entre niveles elevados de 17-OHCS ante el enfrentamiento con el estilo represor y los niveles bajos con los no represores, específicamente en padres con hijos con enfermedades terminales (leucemia) (Hofer, Wolff, Friedman y Mason, 1972).

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a acciones concretas y específicas puestas en marcha para enfrentarse a las situaciones estresantes (Alarcón, 2010). Desde un punto de vista procesual, el afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1986). Siguiendo a Lazarus, la consideración del afrontamiento como un proceso implica los siguientes principios:

- 1) El término de afrontamiento se emplea indistintamente de que el proceso sea adaptativo o inadaptativo, eficaz o ineficaz, “buenos” o “malos”
- 2) El afrontamiento depende del contexto, más que una condición estable
- 3) Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras
- 4) Existen al menos dos funciones principales del afrontamiento, uno focalizado en el problema y otro en la emoción

El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que puede o no hacer algo para cambiar la situación. Si se valora que puede hacerse algo, que la situación puede ser controlable por la acción, predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, entonces predomina el afrontamiento orientado en la emoción.

El cuadro 3 indican las 8 dimensiones propuestas por Folkman y Lazarus, en el Way of Coping Questionnaire (WCQ, 1988).

Si bien no puede considerarse si las estrategias son buenas o malas *per se*, una aproximación se ha dado para identificar desde el punto de vista médico si un afrontamiento es conveniente o no en el momento de favorecer los procesos de adherencia al tratamiento. El cuadro 4 describe el esquema propuesto para identificar los afrontamientos menos deseables y los más deseables, las cuales si bien se pueden presentar en personas sin enfermedades graves, se presentan con más intensidad en personas que enfrentan enfermedades crónicas y graves y que presentan trastornos previos de tipo ansioso, depresivo o de personalidad. Las estrategias de afrontamiento no tan buenas son aquellas que llevan a la persona a actuar de manera rígida, impulsiva,

poco reflexiva y desconfiada. Las estrategias de afrontamiento más deseadas, lo son en sí mismas, porque han demostrado incidir sobre el posible deterioro de una enfermedad y sobre su curso (Alarcon, 2010; Weismann, 2004).

Dada la importancia para promover buenas prácticas que favorezcan la adherencia al tratamiento, se ha promovido un gran número de investigaciones en esta línea. Uno de los estudios ha evidenciado que después de unas semanas o meses tienden a cristalizarse los estilos predominantes, más cercano al conjunto general de la personalidad en interacción con el entorno (Alarcón, 2006). Los estilos pasivos de afrontamiento (en particular el fatalismo, la preocupación ansiosa y la impotencia o desesperanza), se correlacionan con pobres resultados positivos de la intervención dirigida a la enfermedad. Estos estilos de afrontamiento se han englobado en la categoría amplia pasivo-depresiva, aunque se podría especular que la exacerbación y dominación de esta tendencia ocurre, bien porque estas características eran un componente premórbido o porque diversas circunstancias impiden la elaboración del delo por la amenaza de su propia muerte (Alarcón, 2010).

Cuadro 3. Dimensiones de afrontamiento del Ways of Coping Questionnaire

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1. Confrontación	Acciones directas dirigidas hacia la situación; por ejemplo, expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etc.
2. Distanciamiento	Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etc.
3. Autocontrol	Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.
4. Búsqueda de apoyo social	Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a un familiar el problema, etc.
5. Aceptación de la responsabilidad	Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, etc.
6. Escape-evitación	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol o drogas, etc.
7. Planificación de solución de problemas	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.
8. Reevaluación positiva	La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona, etc.

Retomado de Belloch, Sandín y Ramos (2008), Vol. II., Segunda edición, p. 21.

Siguiendo el modelo de los cinco grandes de las dimensiones de la personalidad, se ha establecido una relación con las estrategias de afrontamiento relativamente débil; sin embargo, se obtiene un perfil de personalidad vulnerable en enfermos con dolor crónico neuropático consistente en alto neuroticismo, baja extraversión, apertura y responsabilidad y moderada amabilidad (Soriano, Monsalve, Ibáñez, Gómez, 2010). Con relación a las diferencias sexuales, se ha señalado a las mujeres con puntuaciones medias más elevadas en el afrontamiento en *relación con los demás* y en evitación, en comparación con los hombres (Bermúdez et al., 2009).

Cuadro 4. Afrontamientos menos deseables y más deseables

<b>AFRONTAMIENTOS MENOS DESEABLES</b>	<b>AFRONTAMIENTOS MÁS DESEABLES</b>
Expectativas demasiado elevadas	Optimismo
Prospección rígida, expectativas del comportamiento propio y de otros estrechas y absolutas	Flexibilidad, apertura a aceptar sugerencias
Pocos y muy rígidos mecanismos de defensa (Racionalizaciones muy elaboradas sin un fin práctico, Negación excesiva, Estándares inflexibles).	Mecanismos de defensa variados y versátiles
Inhabilidad para enfocarse en los problemas principales	Sentido práctico de la vida, enfocándose en la solución de los problemas actuales
Pasividad. Dificultad para iniciar acciones de autocuidado por cuenta propia	Alta responsabilidad sobre sí mismos, sus decisiones y su auto-cuidado
Resistencia a comprometerse y a buscar ayuda	Creatividad con una amplia gama de recursos internos y del entorno
Baja tolerancia a la diferencia y a la frustración	Mejoran al enfrentamiento al ser conscientes de las consecuencias de sus decisiones
Aunque con pre-concepciones rígidas, son fácilmente sugestionables sin ningún argumento. En ocasiones la rigidez es menor y da paso a acciones y juicios impulsivos e ineficaces	Confían en la bondad de los demás, sin dejar de estar vigilantes.
Expectativas del comportamiento propio y de otros estrechas y absolutas	Expresan lo que sienten y lo que necesitan sin caer en extremos de desbordada expresividad emocional

Retomado y adaptado de Alarcón (2010).

## 2.2 VULNERABILIDAD COGNITIVA

La salud mental está directamente relacionada con la capacidad de adaptación del individuo a las condiciones de vida, manifestando estabilidad en situaciones de estrés, y promoviendo estilos de vida saludables (Millon y Davis, 2000). El concepto de riesgo, vulnerabilidad, diátesis y predisposición, usualmente son encontrados en la literatura como equivalentes. Como factores de riesgo / factores protectores, se definen aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El concepto de riesgo es definido como la probabilidad de la aparición de un efecto o de ocurrencia de un fenómeno epidemiológico. Aplicado a la salud, será la probabilidad de que personas sanas, pero expuestas a un factor, puedan adquirir una enfermedad. Un “factor” de riesgo es definido como un fenómeno de naturaleza física, química, orgánica o psicosocial, que actúa o influye en la probabilidad del fenómeno epidemiológico a considerar. En otras palabras, la probabilidad de la aparición del fenómeno o efecto estudiado es mayor, en personas sanas previamente expuestas a un “factor”, que la probabilidad en el grupo no expuesto (Arango, 2006).

Ingram, Miranda y Segal (1998) hacen una precisión entre dos conceptos que en la literatura epidemiológica se consideran iguales en cuanto a factores causales relacionados con la aparición de un evento psicopatológico riesgo y vulnerabilidad. Proponen denominar al primero en función de factores externos (Ej. La pobreza) y el segundo a condiciones endógenas (herencia, rasgos de personalidad). El origen de la vulnerabilidad cognitiva se encuentra en las experiencias tempranas –relaciones de apego y modelados defectuosos- que una vez instaladas son reforzadas a lo largo de la vida (Alloy y Riskind, 2006), siendo una de las primeras teorías las del apego de Bowlby (1980), el cual basó sus explicaciones en experiencias infantiles tempranas. Visto de esta manera, la estructura y las características de la personalidad se convierten en el fundamento de la capacidad individual para adaptarse y funcionar de forma mentalmente sana o enferma. Según el modelo de la vulnerabilidad, los trastornos de la personalidad predisponen al individuo al desarrollo de un trastorno clínico del Eje I, cuando las respuestas de afrontamiento están limitadas o son deficitarias.

Para los trastornos depresivos, los modelos de vulnerabilidad validados han sido los de Abramson, Seligman y Teasdale (1978), posteriormente retomados por Hankin (2008) como modelo de vulnerabilidad-estrés para la depresión en adolescentes. La teoría de la indefensión aprendida, basada originariamente en el modelo experimental de indefensión, fue reformulada por Abramson, Seligman y Teasdale (1978), y se introducen variables atribucionales como mediadoras entre la percepción de no contingencia y la formación de la expectativa de futura incontrolabilidad. La teoría reformulada predice que cuando una persona manifiesta una tendencia a explicar los acontecimientos negativos o fracasos en función de factores internos, estables y globales, tendrá más probabilidad de desarrollar una depresión cuando efectivamente se produzcan esos sucesos negativos.

Los autores plantean además que al experimentar una situación incontrolable, las personas intentan darse una explicación sobre la causa de la incontrolabilidad. Si en esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos, se produce un descenso de la autoestima ya que atribuir la falta de control a factores estables conduciría a una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras y en consecuencia la indefensión y los déficits depresivos se extenderían en el tiempo. De forma similar la atribución de la falta de control a factores globales provocaría expectativa de incontrolabilidad en otras situaciones y por ende se generalizarían a otras situaciones.

Dado la importancia de esta variable, los cuestionarios de sucesos vitales comienzan a incluir la variable de estrés percibido o malestar personal (*distress*), producido por el suceso, o características como la deseabilidad, controlabilidad, negatividad, predecibilidad, etc. Así, cuando la persona percibe el evento como negativo, incontrolable, impredecible, independiente e indeseable, por ejemplo, tiende más probabilidad de afectar la salud en forma más prominente (Sandín, 2008).

Específicamente para la depresión, se hace referencia al modelo genérico de vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin, 2008; Hankin y Abramson, 2001, 2002; Hankin, Abramson, Miller y Haeffel, 2004; Hankin, Abramson y Silee, 2001; Hankin, Fraley y Abela, 2005), el cual articula el Modelo de la depresión de Beck, generador de un número amplio de investigaciones aplicadas a la depresión y a otros trastornos (Beck, 1986; Beck y Alford, 2009; Beck, Brown y Streer, 1989; Beck, Brown, Berchick, Stewart y Steer, 1990) y la Teoría de la Desesperanza aprendida de Abramson y colaboradores (Abramson, Alloy, Hankin, Haeffel, McCoon y Gibb, 2002; Abramson,

Alloy y Metalskyet, 1988, Abramson, Metalsky y Alloy, 1989), las cuales son similares conceptualmente, para ser consideradas como un modelo explicativo de la depresión (Cámara, 2009). A manera de esquema, se representaría de la siguiente forma (ver Figura 2).

El Modelo cognitivo de Beck en esencia plantea una mayor probabilidad para presentar una alteración en el estado de salud mental ante la presencia de estresores, en aquellas personas que presentan vulnerabilidad cognitiva. Es decir, existe una interacción entre los estresores y los estilos cognitivos. Este modelo también ha sido denominado modelo de diátesis estrés, ya que es en presencia de los estresores y no en la ausencia de éstos, se generarían los síntomas depresivos (Abramson et al., 1989). Sin embargo, investigadores más recientes que trabajan en este paradigma prefieren el término de vulnerabilidad al de diátesis, considerando que el primero denota la idea de predisposición aprendida y modificable, frente al segundo cuya connotación de rasgos genéricos e inmutables no corresponden con este paradigma (Hankin et al., 2001).

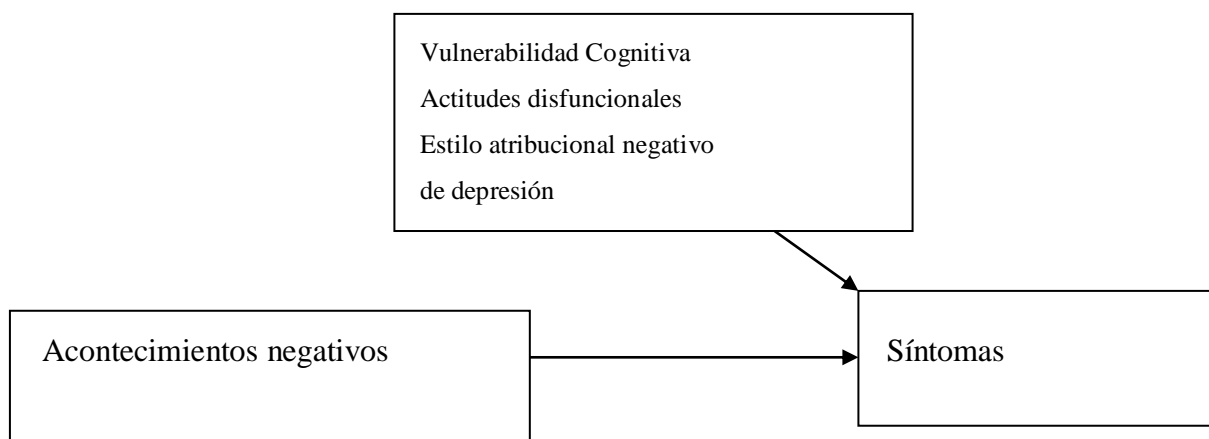


Figura 2. Diagrama de Modelo Genérico de Vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin y Abramson, 2001).

Los modelos de vulnerabilidad cognitiva focalizan su atención en los antecedentes cognitivos de los trastornos psicopatológicos, así como su papel en el desarrollo, mantenimiento, prevención y tratamiento de los mismos. Las teorías de vulnerabilidad - estrés han identificado un continuo donde en un extremo estarían las personas con mayor carga de factores de riesgo, es decir con mayor vulnerabilidad – y en el otro extrema las personas con mayor carga de factores protectores, es decir, con mayor resiliencia (Ingram, Miranda y Segal, 1998) (Figura 3).

Desde los modelos de la terapia cognitiva, existen diferentes hipótesis relacionadas con las características cognitivas de los trastornos y los factores causales implicados en la etiología y mantenimiento de los mismos. Una de estas hipótesis considera que existen características específicas en la manera de pensar y de procesar la información que hacen a los individuos más susceptibles a determinados trastornos mentales cuando se enfrentan a acontecimientos estresantes negativos, personalmente significativos, congruentes con sus dimensiones cognitivas de personalidad dominantes. Los individuos tendrán mayor dificultad en afrontar acontecimientos negativos personalmente significativos y congruentes con su sistema cognitivo disfuncional (Clark y Beck, 1997; Dobson y Kendal, 1993; Ingram, Miranda y Segal, 1998; Scher, Segal e Ingram, 2004).

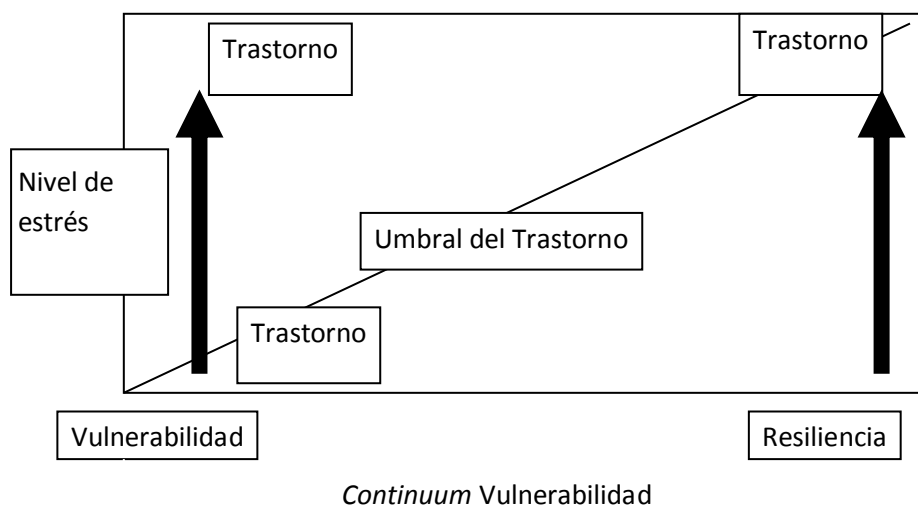


Figura 3. Diagrama de la relación entre estrés y vulnerabilidad (Ingram, Miranda y Segal, 1998).

La línea de investigación sobre vulnerabilidad cognitiva para los trastornos psicopatológicos se han extendido a nivel mundial, validando principalmente dos premisas fundamentales: a) el esquema disfuncional da lugar a cogniciones negativas y a proceso informativo correspondiente, solamente cuando está activado suficientemente; y b) los estresores activarán diferencialmente el esquema disfuncional con el contenido correspondiente (Scher et al., 2004).

El modelo de vulnerabilidad avanza con el análisis multicausal, estableciendo diferentes niveles causales de la psicopatología, y en especial las causas necesarias, suficientes y contribuyentes (Abramson et al., 1988). De manera complementaria, identifica la primacía causal específica al tiempo en causas distales y causas proximales. Adicionalmente analiza las causas concomitantes y consecuenciales, y la recurrencia del trastorno a partir de la comprensión de los mecanismos de mantenimiento (Ingram et al., 1998; Scher et al., 2004).

El siguiente esquema (Figura 4), representa la teoría de vulnerabilidad propuesta tanto para la depresión como para los trastornos de ansiedad, considerando la especificidad en los factores causales y los comunes a dichos trastornos. Los esquemas de desesperanza se relacionan de manera causal con la depresión y activan síntomas relacionados con la pérdida de placer, mientras que los esquemas de miedo se relacionan de manera causal con los trastornos de ansiedad y activan síntomas de hipervigilancia. Cuando se presenta comorbilidad entre ambos, los esquemas reflejan disfunciones cognitivas de autofocalización negativa (esquemas negativos sobre sí mismo), reflejadas en dificultades interpersonales. Los factores causales pueden ser de naturaleza distales o proximales. Los factores proximales son aquellos factores que no siempre preceden a los síntomas, pero su presencia en ocasiones los activa (Ingram et al., 1998) (figura 5).

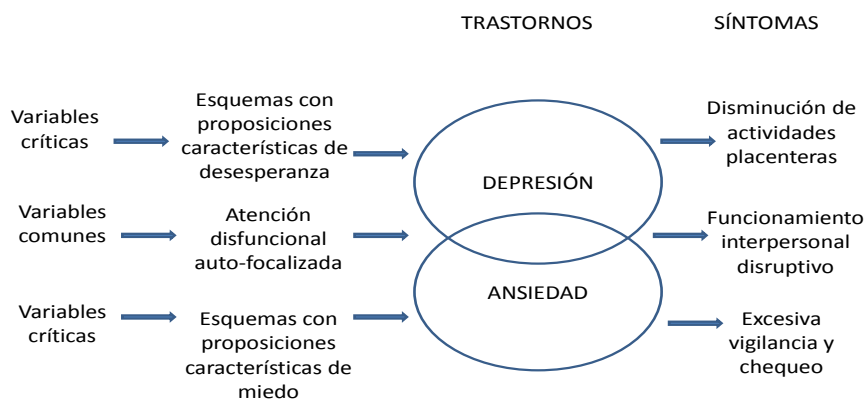


Figura 4. Causas y síntomas que son específicas y comunes a los trastornos de depresión y ansiedad. Retomado de Ingram, Miranda y Segal (1998).



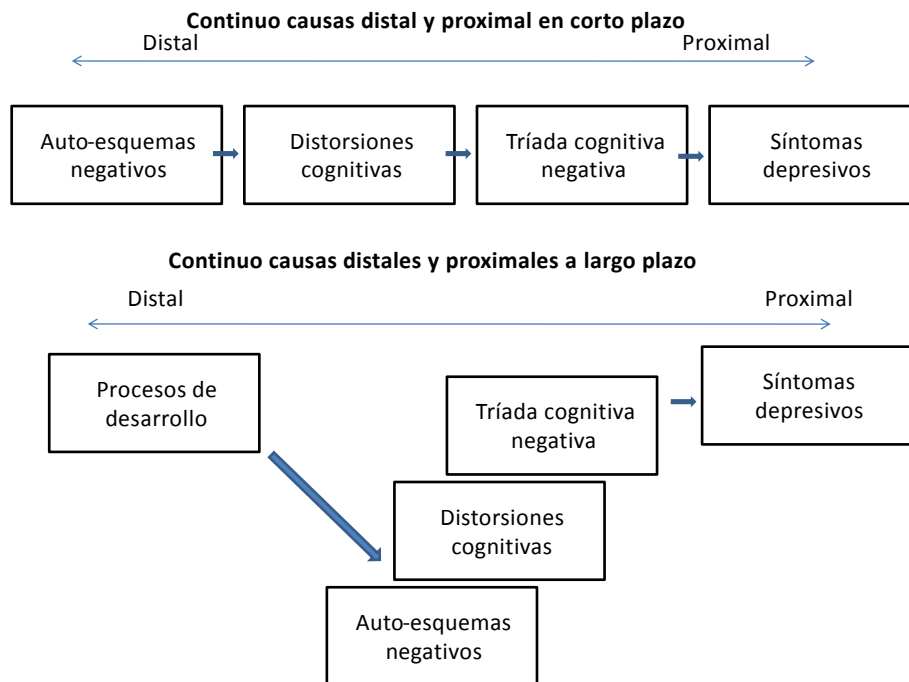


Figura 5. Modelo de vulnerabilidad a corto y largo plazo

El modelo cognitivo sugiere como factores proximales las interpretaciones disfuncionales cognitivas en respuesta a eventos específicos. Con relación a los factores distales, y retomando los planteamientos de Abramson et al. (1988) y de Beck (1976, 1986), consideran los auto-esquemas negativos como los de mayor relevancia en la cadena causal. En los siguientes capítulos sobre prevención en depresión y ansiedad se volverá a retomar estos planteamientos, al analizar las teorías psicológicas explicativas para cada trastorno en particular.

### 2.3 LA PERSONALIDAD

La personalidad es el componente más abordado por la psicología dentro de la vulnerabilidad psicológica. Los modelos desde los cuales se conceptualiza la personalidad como un componente de vulnerabilidad para la psicopatología son dos fundamentalmente: el modelo de Millon (Millon y Davis, 2000; Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath, 2004; Millon y Everly, 1994; Millon y Klerman, 2009) desde donde parte la propuesta de prevención enfocada a la promoción de los patrones de personalidad saludables y desde la evaluación y la intervención complementado con

el Modelo de Beck sobre los trastornos de la personalidad (Beck, Freeman et al, 1990; Beck et al., 2004).

### 2.3.1 CUESTIONES SOBRE LA DEFINICIÓN

La palabra personalidad deriva del término griego *persona*, que representaba originalmente la máscara utilizada por los actores de teatro, lo cual sugiere una apariencia, la posesión de determinados rasgos, además de los que normalmente caracterizaban al individuo que había tras la máscara. Posteriormente, el término personalidad empezó a representar no a la máscara sino al individuo que había tras la máscara. El término persona empezó entonces a representar las características aparentes, explícitas y manifiestas del individuo. Más adelante en la historia, el término personalidad se va centrando en las características psicológicas más internas, ocultas y menos aparentes del individuo. Por tanto, puede apreciarse como a través de la historia el significado de este término ha cambiado desde la ilusión externa a la realidad aparente y finalmente los rasgos internos menos visibles (Millon y Davis, 2000).

En la actualidad, la personalidad es concebida como “Un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas del funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo” (Millon y Davis, 2000, p. 4b).

La personalidad normal puede considerarse como la capacidad de funcionar autónoma y competentemente, la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente, una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia y la habilidad de autorregulación o de alcanzar las propias potencialidades (Millon y Everly, 1994). Más específicamente, los autores consideran que un individuo posee una personalidad saludable, cuando:

- Muestra capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible y adaptada.

- Las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno son fundamentalmente constructivas.
- Los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo pueden ser considerados como patrones saludables.

Las personalidades normales promueven comportamientos que minimizan la incompatibilidad entre las necesidades orgánicas y la presión ambientales, poseen conocimiento de cuando hay que tomar iniciativa, cuándo modificar el propio ambiente y cuándo adaptarse a lo que puede ofrecerles el entorno. Son flexibles en sus interacciones, tal como sus iniciativas y reacciones son proporcionales y apropiadas a los requerimientos de la situación (Millon y Davis, 2000). Desde esta perspectiva, es mejor entender la normalidad y la anormalidad dentro de un *continuum* o gradiente, más que categorías nominales discretas. No es posible una división estricta entre la normalidad y la patología. Además, determinados estilos de personalidad pueden ser promovidos en ciertos períodos del desarrollo del individuo, o en ciertas culturas, y necesarios en determinadas situaciones. La conducta normal y la anormal se desarrollan y se forman de acuerdo con los mismos principios. Sin embargo, a causa de diferentes gradientes biológicos y en las influencias ambientales, algunos individuos aprenden hábitos desadaptativos cognitivos, afectivos y de conducta manifiesta, mientras que otros individuos no (Millon y Everly, 1994).

El planteamiento de Jourard y Landsman (1987) sobre personalidad saludable hace referencia a la preocupación por sí mismo, el respeto a sí mismo y el deseo por presentarnos a los demás de la mejor manera. Cuidar la figura y la imagen, buscar relaciones con seres que facilitan el desarrollo, tener apertura hacia nuevas ideas y hacia la gente, preocuparse por Sí-mismos, por otras personas y por el mundo natural, tener capacidad para integrar experiencias negativas, ser creativos, tener capacidad para realizar el trabajo productivo y capacidad para amar. Plantean que un ejercicio útil es preguntarse: ¿Cuáles son mis mejores capacidades? ¿Hasta qué grado me aproximo a las concepciones de la personalidad saludable? ¿Qué cambios podría hacer en mi vida a fin de desarrollarme más con la dirección de mis mejores capacidades? ¿Qué me impide desarrollarme más? ¿Quiénes son las personas que parecen animar lo mejor de mí? ¿Qué experiencias ansío tener que me ayudarán a conocer mis capacidades en el trabajo, en mi carrera, en el amor y en el cuidado de otras personas? ¿Qué tan efectiva es mi

comunicación con otras personas? ¿Escondo mis sentimientos o permito que otras personas me conozcan? Frente al plano cognitivo, plantean que la personalidad saludable depende de la percepción fiel y del conocimiento del mundo. La percepción puede ser selectiva y distorsionada dependiendo de las necesidades, las emociones y a la imaginación. La comprobación de la realidad es la técnica sugerida para verificar las percepciones y creencias, al buscar el pensamiento racional para definir las implicaciones de nuestras percepciones.

#### 2.3.1.1 Perspectiva Nomotética

La perspectiva nomotética o centrada en el constructo (Allport, 1937), se refiere a la personalidad en un sentido no individual, abstracto. El énfasis es dado en la relación de determinados constructos, siendo la personalidad el ente integrador de fenómenos como las necesidades, motivos, mecanismos, rasgos, esquemas y defensas, más no se hace mención a la persona como tal. Las consideraciones sobre perfiles y las taxonomías que se construyen utilizando métodos de análisis factorial, y la descripción de términos de desviación de las puntuaciones individuales de la media del grupo, hacen parte de esta perspectiva. Existen numerosas escalas que representan una selección de rasgos de personalidad, los cuales son analizadas factorialmente para descubrir los patrones de covarianza «latentes», además de identificar aquellos que al ser más intensos se toman como dimensiones fundamentales de la personalidad. Esta perspectiva se pregunta «qué es» la personalidad. La parsimonia es representativa, donde miles de rasgos pueden traducirse en dimensiones. La ventaja es que considera a la personalidad como un ente abstracto que puede ser analizado por la ciencia para ser generalizado, buscar regularidades y variaciones (Millon y Davis, 2000).

#### 2.3.1.2 Perspectiva Ideográfica

La perspectiva ideográfica resalta la individualidad, la complejidad y la singularidad de cada persona. Se enfatiza en que los individuos son productos de una historia única de transacciones entre factores biológicos (p. ej. el temperamento y la construcción genética) y contextuales (p. ej. la vida intrauterina, el ambiente familiar, los papeles sociales, la cultura y la situación socioeconómica), una historia que nunca

antes había existido y que no se repetirá. Su estudio tendría que realizarse a través de una aproximación basada en el desarrollo, que sea tan rica desde el punto de vista descriptivo como la propia historia del individuo, su biografía. Esta perspectiva se plantea el «cómo» y el «porqué», y por lo tanto su interés es más la validez descriptiva y del contenido más que la validez del constructo.

### 2.3.1.3 Perspectiva Integradora

La perspectiva integradora es una tercera perspectiva descrita por Millon y Davis (2000), la cual busca una síntesis de las anteriores, donde se considera fundamental un punto de partida para conocer al individuo, pero reconociendo que el ser humano es singular. El concepto de sistema es utilizado, dado que ofrece un nivel óptimo de precisión y alcance, que contiene elementos estructurales y funcionales.

Los principios que sustentan la perspectiva integradora son nueve. El primero plantea que los trastornos de la personalidad no son enfermedades. Las estructuras y las características de la personalidad se convierten en el fundamento de la capacidad del individuo para funcionar de una forma mentalmente sana o enferma. De esta manera, el análisis de los problemas o trastornos, deben ser concebidos como el resultado de la dinámica y el intercambio de la capacidad del sujeto para afrontar los eventos y el ambiente en el que vive. El análisis diagnóstico multiaxial precisamente diferencia el Eje II del Ejes I y III. El primero debe referir aspectos más estables y estructurales, y los otros dos deben referir síndromes clínicos específicos, resultado de la capacidad o dificultad de afrontar eventos.

El segundo principio plantea que los trastornos de la personalidad son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas. Las propiedades estructurales y funcionales de las cuales ha sido dotado cada especie en la escala filogenético, en el desarrollo ontogenético las características estructurales de cada personalidad empiezan a tomar una forma permanente. Los atributos estructurales del sistema de la personalidad representan patrones fuertemente incrustados de recuerdos, actitudes, necesidades, miedos, conflictos y esquemas, entre otras estructuras, que guían la experiencia y transforman la naturaleza de los acontecimientos. Estas estructuras psíquicas son difíciles de transformar o eliminar.

Estas estructuras contienen datos internalizados del pasado en forma de recuerdos y afectos que se asocian intrapsíquicamente a concepciones sobre sí mismo y los otros.

El tercero plantea que los trastornos de la personalidad son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes. La personalidad es un constructo heurístico estructural, con características funcionales que le posibilita perpetuarse de manera integral, protegiéndose de los estresores y las amenazas internos y externos. Estos funcionamientos se expresan en las actividades reguladoras como los comportamientos, conductas sociales, procesos cognoscitivos y mecanismos inconscientes que manejan, ajustan, transforman, coordinan, equilibran, descartan y controlan las vivencias diarias, propiciando la autorregulación del sistema.

El cuarto principio indica que la personalidad consiste en múltiples unidades en múltiples niveles de datos. Los complejos componentes de la personalidad permiten ser concebidos de muchas formas, y no hay un único tipo de observación que sea suficiente para abarcar todos los componentes complejos y multidimensionales de la patología de la personalidad. Los principales niveles de datos que distinguen las teorías contemporáneas son los siguientes: a) Datos biológicos (tradición de la psiquiatría médica): la enfermedad es el resultado de infecciones, obstrucciones, desequilibrios u otras alteraciones del funcionamiento fisiológico normal. Específicamente las alteraciones psicológicas reflejan alteraciones estructurales o deficiencias químicas del sistema nervioso, y se manifiesta en el campo del comportamiento, las emociones y el pensamiento; b) Datos intrapsíquicos (tradición psicoanalítica): se subraya el impacto de las experiencias tempranas, y las maniobras defensivas manifiestas en la patología de la personalidad; c) Datos fenomenológicos (tradición humanista y existencial): cada individuo es estudiado en sus propios términos, a partir de sus propias percepciones de mundo; d) Datos comportamentales (psicología experimental y académica): los conceptos y las propuestas se asientan en las propiedades tangibles y medibles del mundo empírico. Las influencias ambientales son las de mayor relevancia y se consideran propiedades que refuerzan y controlan la patología del comportamiento; y e) Datos socioculturales (perspectivas sociológicas y antropológicas): retoman los fenómenos socioculturales como la familia, los grupos o las etnias.

El quinto establece que la personalidad existe en un *continuum*; no es posible una división estricta entre lo normal y lo patológico: la normalidad está definida como la capacidad de adaptarse de forma eficaz y eficiente al propio entorno social, la

sensación subjetiva de satisfacción y la capacidad de poner en marcha o mejorar las propias potencialidades. La psicopatología debe entenderse como la presencia de un déficit en algunas de estas cualidades mencionadas o de características que limitan el desarrollo de las mismas. Desde la perspectiva del desarrollo, la patología de la personalidad es el resultado de las mismas fuerzas implicadas en el desarrollo normal. Las diferencias con relación al carácter, la duración y la intensidad de estas influencias son lo que provocan que ciertos individuos presenten elementos patológicos, mientras que otros desarrollen rasgos más adaptativos. Cuando un individuo dispone de la capacidad para adaptarse a su entorno de una manera flexible y cuando sus percepciones y comportamientos típicos incrementan su satisfacción personal, esta persona es considerada normal o saludable. Por el contrario, cuando el afrontamiento se realiza de una forma inflexible y defectuosa, o cuando las percepciones y conducta del individuo producen un incremento del malestar personal o limita las oportunidades de aprender y crecer, se expresa un patrón patológico o desadaptativo.

El sexto principio enuncia la patogenia de la personalidad, la cual no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema. La interdependencia de los componentes permite que pueda elegirse casi cualquier punto del sistema para el cambio, y esto producirá resultados tanto cognoscitivos como comportamentales, psicodinámicos y farmacológicos. Sin embargo, la tendencia a la homeóstasis genera dificultades en la incorporación de nueva información al sistema.

El séptimo principio establece que los criterios mediante los que se evalúa la patología de la personalidad deben estar coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas. La personalidad puede entenderse de tres maneras: a) como un sistema cerrado observado en sus propios términos; b) abierto, en contraste y transacción activa con el medio ambiente que lo envuelve; y c) como un sistema abierto que evoluciona con el paso del tiempo, con una larga y singular historia que ha ido evolucionando. Así, los criterios esenciales e interdependientes sobre la normalidad y la patología se derivan de estas tres maneras de entender los sistemas:

Estabilidad vs. Inestabilidad: las personalidades normales presentan una integración funcional-estructural entre sus diferentes aspectos, promueven comportamientos que minimizan la incompatibilidad entre las necesidades orgánicas y la presión ambiental, un proceso de feedback negativo para mantener la integridad de sus sistemas psíquicos. Las personalidades llamadas patológicas por el contrario,

promueven un feedback positivo que amplifican sus dificultades adaptativas, pueden volverse demasiado susceptibles a las dificultades, incapaces de adoptar nuevas estrategias adaptativas, incapaces de controlar sus emociones y de mantener o aumentar sus percepciones subjetivas y distorsionadas de la realidad.

Flexibilidad adaptativa vs. Inflexibilidad adaptativa: los sistemas de la personalidad más que simplemente receptores pasivos de los estímulos ambientales, son sistemas abiertos con la capacidad para interactuar activamente con sus entornos físicos, familiares, sociales y culturales. Significa flexibilidad, conocimiento de cuándo hay que tomar la iniciativa, cuándo modificar el propio ambiente y cuando adaptarse a lo que puede ofrecerles el entorno. Las personas normales son flexibles en sus interacciones, tal como sus iniciativas y reacciones son proporcionales y apropiadas congruentes con los requerimientos de la situación. Cuando la variabilidad de la conducta del individuo no es tan apropiada ni tan proporcional a los requerimientos del ambiente, se podría plantear que las interacciones vienen dadas por las personas. Las estrategias alternativas que emplea el individuo para relacionarse con los demás, para conseguir sus objetivos y para enfrentarse al estrés son rígidas y pocas.

Nuevos aprendizajes vs. Círculos viciosos: los individuos y su entorno interactúan constantemente, y en este tercer criterio, se evoluciona con el paso del tiempo, se logra aprender de las experiencias nuevas. La constricción protectora, la distorsión cognoscitiva y la sobregeneralización restringen los nuevos aprendizajes, malinterpretan las experiencias positivas y provocan acciones en los demás que reactivan círculos viciosos negativos, son patogénicos, generan y perpetúan dilemas ya existentes, provocan nuevas situaciones difíciles y ponen en marcha secuencias autodestructoras que hacen que las dificultades se agraven.

El octavo principio enfatiza en que los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de una forma definitiva. Los sistemas multiaxiales han ubicado los trastornos de la personalidad en un segundo Eje con un papel contextual con relación a la psicopatología clásica del Eje I. La prioridad fundamental de la persona va dirigida a fines opuestos a los de la clasificación en el sentido del modelo médico y constituye una razón importante por la que los trastornos de la personalidad no son enfermedades ni trastornos, y por lo tanto no pueden ser diagnosticados.

Por último, el noveno principio considera que los trastornos de la personalidad requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente. La



metodología que debe utilizarse para tratar los problemas de personalidad no debe estar reñida con la naturaleza integradora del constructo. La intervención debe abarcar múltiples áreas de manera coordinadas a través del tiempo de una manera lógica.

## 2.3.2 CLASIFICACIÓN

### 2.3.2.1 Modelos Dimensionales

La discusión sobre el abordaje de los trastornos de la personalidad bajo los modelos dimensionales con consideraciones van a impactar la quinta edición del DSM; las investigaciones dimensionales han resultado de gran utilidad pero existen aún muchos retos para de igual manera lograr un posicionamiento diagnóstico. La desregulación emocional, el comportamiento disocial, la inhibición y la compulsividad han sido dominios secundarios considerados en los nuevos aportes (Krueger, Skodol, Livesley y Shrout, 2007).

Los diferentes tipos de personalidad parten de presupuestos teóricos que integran variables biológicas, evolutivas y de aprendizaje, donde se discriminan pautas estables de comportamiento. Las personalidades que tienden más a la dimensión patológica, practican estrategias que amplifican sus dificultades adaptativas, y pueden volverse excesivamente susceptibles a las dificultades. Es posible que desarrollen formas patológicas de afrontamiento, que presenten dificultad para controlar sus emociones, y que se incrementen las percepciones subjetivas y distorsionadas de la realidad. Las estrategias alternativas que emplea el individuo para relacionarse con los demás, para conseguir sus objetivos y enfrentar al estrés son pocas, y además se practican de una forma rígida (Millon y Davis, 2000). Así, una personalidad no saludable descrita por estos autores, presenta las siguientes características:

- La persona intenta afrontar la responsabilidad y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas.
- Las percepciones características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente auto-frustrantes.
- Los patrones de conducta tienden a efectos perniciosos para la salud.

Siguiendo con los mismos autores, la personalidad puede describirse dentro de 8 diferentes categorías, identificadas a manera de cuadrantes, estructuradas a partir de dos dimensiones: la primera, definida por la matriz de refuerzo que genera la motivación de la conducta (dependiente del reforzamiento, independiente del reforzamiento, ambivalente y desvinculado); y la segunda, con base en una propuesta biosocial de adaptación que considera los patrones de comportamiento: activo (acomodación) o pasivo (asimilación). La tabla 4 x 2 que surge a partir de las opciones de estas dos dimensiones, darían los 8 tipos de personalidad saludable. El modelo identifica dentro de los cuadrantes que se van organizando a través de estas dos dimensiones, las personalidades saludables y sus respectivos riesgos para desencadenar los problemas de personalidad.

Los diferentes tipos de personalidad propuestos de manera independiente por Millon y Beck, retoman los fundamentos evolutivos y del aprendizaje social, los cuales se desarrollan a continuación, de acuerdo con la matriz de refuerzo y la teoría de aprendizaje biosocial.

Millon hace una propuesta multiaxial de los trastornos de la personalidad TP, la cual se organiza sobre la descripción clínica de cada TP, se prolonga en consideraciones etiopatológicas y se complementa con el estudio de los mecanismos de autopropetución. La descripción clínica incluye la conducta observable, las relaciones interpersonales, el estilo cognitivo, la expresión afectiva, la autopercepción y los mecanismos de defensa idiosincrásicos (esta última retomada más que por el psicoanálisis, por la línea de la psicobiología de la adaptación). Además de describir los TP, Millon y Everly hacen una descripción de los síndromes psiquiátricos que aparecen más frecuentemente asociados a cada alteración (Valdés, 1994).

Cuadro 5. Desde la personalidad saludable al trastorno de personalidad

PATRÓN DE CONDUCTA INSTRUMENTAL	FUENTE DE REFUERZO			
	Independiente	Dependiente	Ambivalente	Desvinculado
Activa (proactiva)	Personalidad violenta ↓	Personalidad sociable ↓	Personalidad sensitiva ↓	Personalidad inhibida ↓
	Trastorno antisocial de personalidad ↓	Trastorno histriónico de personalidad ↓	Trastorno pasivo-agresivo de personalidad ↓	Trastorno de personalidad por evitación ↓
	Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno límite de personalidad	Trastorno límite de personalidad	Trastorno esquizotípico de personalidad
Pasiva (reactiva)	Personalidad segura ↓	Personalidad cooperadora ↓	Personalidad respetuosa ↓	Personalidad introvertida ↓
	Trastorno narcisista de personalidad ↓	Trastorno de personalidad por dependencia ↓	Trastorno compulsivo de personalidad ↓	Trastorno esquizoide de personalidad ↓
	Trastorno paranoide de personalidad	Trastorno límite de personalidad	Trastorno paranoide de personalidad	Trastorno esquizotípico de personalidad

Cuadro retomada de Millon y Everly (1994), p. 39.

Personalidades tipo independientes: estos patrones de personalidad representan patrones independientes, es decir, que buscan en sí mismo la gratificación y el refuerzo. Se fían de sí mismos para obtener su propia seguridad, tranquilidad y confort. La debilidad, inferioridad y dependencia son amenazadoras para ellos. Tienden a estar interesados en el poder y el prestigio, han aprendido que obtienen el máximo placer y el mínimo daño si no dependen de los demás. Con relación a los patrones de comportamiento que hacen parte de estas dimensiones son: *el patrón activo-independiente*, el cual es expresado en características de una personalidad enérgica (Millon y Everly, 1994). Millon denomina a este patrón también como personalidad violenta (Millon y Davis, 2000), y en la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) se le identifica como trastorno antisocial de la personalidad. El

segundo patrón, *el patrón pasivo-independiente* refleja características de una personalidad segura (Millon y Everly, 1994). Millon denomina a este patrón posteriormente como personalidad narcisista (Millon y Davis, 2000), y en la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) es descrito como trastorno narcisista de la personalidad.

Personalidades tipo dependientes: las personas dependientes han asociado el placer y la evitación al daño con la cercanía hacia los demás. Muestran una fuerte necesidad de apoyo y atención de otros y en caso de ser privados de afecto y cuidado, experimentan un acusado malestar, tristeza y ansiedad. Los patrones de la personalidad que se constituyen con estas características son: *el patrón activo-dependiente*, identificado como personalidad sociable (Millon y Emerly, 1994). Millon denomina a este patrón también como personalidad gregaria (Millon y Davis, 2000), y en la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) lo especifican como el trastorno histriónico de la personalidad. El segundo patrón es *el patrón pasivo-dependiente*, el cual refleja características de una personalidad cooperadora (Millon y Everly, 1994). Millon denomina a este patrón también como personalidad sumisa (Millon y Davis, 2000), y en la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) se le identifica como el trastorno de la personalidad por dependencia.

Personalidades tipo ambivalentes: esta dimensión se caracteriza por una tendencia a la insatisfacción frente a la necesidad de depender de los demás, y una irremediable culpa y malestar cuando se exceden en la satisfacción de sus propias necesidades. Los dos patrones que hacen parte de esta dimensión son: *el patrón activo-ambivalente*, el cual se manifiesta en características de una personalidad sensitiva (Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 2000). En la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) se le identifican como el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, trastorno no especificado. El segundo patrón es *el patrón pasivo-ambivalente*, el cual refleja características de una personalidad respetuosa (Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 2000). En la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) lo refieren como trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Personalidades tipo desvinculados: otras personas se sienten incapaces de experimentar refuerzos placenteros, aunque son excesivamente sensibles al dolor. Millon y Davis (2000) proponen como personalidades con dificultades para el placer:

“la capacidad para experimentar los componentes cruciales de las polaridades en la promoción y la preservación de la vida” (p. 229). Presentan marcada dificultad para el placer, carecen de la capacidad para experimentar la recompensa, los placeres y las experiencias positivas de la vida. Los dos patrones que se incluyen en esta dimensión son: *el patrón activo-desvinculado*, en el cual se identifican características de una personalidad inhibida (Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 2000). En la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) se le describe como el trastorno de la personalidad por evitación. Y el segundo patrón es *el patrón pasivo-desvinculado*, el cual refleja características de una personalidad introvertida, su naturaleza es reservada y con tendencia al aislamiento, parecen despreocupados e indiferentes, se desenvuelven bien en sus ocupaciones. La pasividad intrapersonal no es intencionada ni atiende a razones de protección sino que se debe a su imperceptibilidad fundamental de las necesidades y expresiones afectivas de los demás (Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 2000). En la clasificación de los trastorno de la personalidad de la APA (2002) se le identifica como el trastorno esquizoide de la personalidad.

Kupter, First y Regier (2004), plantean el enfoque dimensional como un modelo alternativo de los trastorno de la personalidad para el DSM V, y realizan una revisión sobre los modelos dimensionales citados en el DSM V. Así, los trastornos de la personalidad se proponen como variables desadaptativas de los rasgos de la personalidad.

La existencia de modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad es un indicativo del interés teórico, científico y clínico en el desarrollo de los métodos diagnósticos y de clasificación. Una de las alternativas consiste en indicar que cada uno de los trastornos de la personalidad del DSM-IV se sitúa dentro de un *continuum* con las características de la personalidad normal (Oldham, Skodol, Bender, 2009).

### 2.3.2.2 Modelos Catoriales

Los trastornos de la personalidad de acuerdo con los manuales diagnósticos y estadísticos de la APA (2002), se definen como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para la

persona (APA, 2000). Los trastornos de la personalidad afectan la calidad de vida, conllevan pautas inapropiadas de respuestas al estrés, aumentan la vulnerabilidad a los trastornos mentales y generan afecciones en el rendimiento (Livesley, 2001; Millon y Davis, 2000). Los estudios indican que del 30 al 50% de los pacientes ambulatorios presentan un trastorno de la personalidad (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore y Cooper, 1985), son relativamente frecuentes en la población, del 10 al 13% lo presentan (Lenzenweger, Loranger, Korfine y Neff, 1997).

Los trastornos de la personalidad que se incluyen en esta sección se agrupan en tres:

#### *Trastornos de la personalidad del Grupo A*

El trastorno paranoide de la personalidad: es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. La prevalencia del trastorno es del 0.5-2.5% en la población general (APA, 2000). Se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la inflexibilidad de su pensamiento, y ha sido identificado como un trastorno de patología grave de la personalidad con fallas estructurales (Millon, Davis y Millon, 2009). Los esquemas de desconfianza, vulnerabilidad a las intenciones de los demás y hostilidad del entorno, son citados como esquemas centrales en el trastorno paranoide de la personalidad. Los procesos manifiestos en los pensamientos automáticos serían: generalización excesiva (p.e., no debo confiar en nadie), inferencias arbitrarias (p.e., la gente actúa por motivos ocultos), pensamiento dicotómico (p.e. si no estás conmigo estás en contra de mí) y adivinación del pensamiento (p.e. yo sabré lo que haces), son los encargados principalmente en mantener dichos esquemas. La visión que tienen de sí mismos es de diferentes, justos, inocentes, nobles, vulnerables y superiores; la visión de los demás de injustos, maliciosos, discriminatorios, amenazantes, interferentes, impredecibles, exigentes y abusadores; las estrategias principales se refieren a ser precavidos, buscar motivos ocultos, protegerse, no confiar en nadie, acusar, contraatacar y la venganza (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

El trastorno esquizoide de la personalidad: es un patrón de desconexión de las relaciones sociales, y de restricción de la expresión emocional. Los estudios que retoma

Caballo (2004) indican en general una prevalencia baja del 1%, aunque el nivel mayor se reporta con un 15.2%. Los esquemas de autoeficacia, autosuficiencia, desapego social e inhibición emocional son citados como los que caracterizan el trastorno esquizoide de la personalidad. Si bien se plantea que estas personas no suelen presentar muchos pensamientos automáticos, algunas distorsiones que se identifican son: pensamiento dicotómico (p.e. si no siento lo mismo no tengo porque estar con alguien), sobregeneralización (p.e. necesito siempre mi espacio), idealización (p.e. yo establezco mis propias normas y metas), y falacia de control (p.e. puedo manejar las cosas a mi manera sin la ayuda de nadie) (Beck et al., 2004; Caballo, 2004). La creencia básica es “necesito mucho espacio”. Las necesidades de afecto y las emociones son mínimas. El concepto sobre sí mismos es de autoeficientes y solitarios, el concepto sobre los demás es de intrusitos, las principales creencias se refieren a los otros como personas que no les compensan, las relaciones son desastrosas e indeseables. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son la autonomía y el aislamiento, y las infradesarrolladas la intimidad y la reciprocidad. Específicamente tienden a mantener distancia (Beck et al., 2004). Los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves y trastorno depresivo mayor. La prevalencia del trastorno es poco frecuente y no se reportan datos en el DSM IV (APA 2002). También puede presentar asociación con la ansiedad social (Caballo, Salazar, Iruña, Arias y Guillén, 2010) y anorexia nerviosa, presentándose resistencia al tratamiento cuando esta asociación existe (Martín, Cangas, Pozo, Martínez y López, 2009).

El trastorno esquizotípico de la personalidad: es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades de comportamiento. Este trastorno fue uno de los de mayor prevalencia junto con el trastorno de la personalidad antisocial y narcisista, en una muestra de jóvenes dependientes del cannabis (Echeburúa, Bravo de Medina y Aizpiri, 2010). La prevalencia es del 3% en la población general (APA, 2000). Los esquemas de desconfianza, de percepción extrasensorial, hostilidad del entorno y determinismo ilusorio caracterizan el trastorno. Las distorsiones cognitivas reflejadas en pensamientos automáticos son las siguientes: inferencia arbitraria (p.e. creo que esa persona me está vigilando), adivinación del pensamiento (p.e. yo sé lo que él piensa), razonamiento emocional (p.e. siento que el diablo está en ella), etiqueta global (p.e. soy un no-ser), y falacia de control (p.e. las cosas no ocurren por casualidad). La visión que tienen de sí

mismos es de personas distintas, especiales, interesantes e independientes; la visión de los otros es de extraños, amenazantes y hostiles; y las estrategias principales es la sospecha, el aislamiento, la hostilidad, y posiblemente el seguir pautas diferentes a los demás (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

### *Trastornos de la personalidad del Grupo B*

El trastorno antisocial de la personalidad: es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. La prevalencia es del 3% en hombres y 1% en mujeres, y puede alcanzar hasta un 30% en población clínica (APA, 2000; Caballo, 2004), y en centros carcelarios alcanza hasta el 75% (Hare, 1980). El curso es crónico, aunque puede ir remitiendo o haciéndose más leve a medida que el sujeto va teniendo más edad, especialmente hacia la cuarta década de la vida. La mejoría es más evidente cuando se deja de actuar de forma delictiva (Caballo, 2004). Este patrón refleja la desconfianza aprendida hacia los demás y el deseo de autonomía y retribución por injusticias pasadas. Tiende a la búsqueda del poder y despreciar a los demás. Los esquemas principales son de autosuficiencia, superioridad, control del entorno, hostilidad del entorno, explotación. Las distorsiones cognitivas expresados en pensamientos automáticos son la sobregeneralización (p.e. la fuerza y la astucia son los únicos medios para hacer las cosas), adivinación del futuro (p.e. me golpearán si no golpeo primero), personalización (p.e. tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde), etiqueta global (p.e. los otros son débiles y merecen que los dominen), deberías (p.e. debo hacer todo lo necesario para conseguir lo que quiero) e idealización extrema (p.e. puedo hacer las cosas y no tengo por qué preocuparme por las consecuencias). La concepción de sí mismo es de solitario, autónoma y fuerte. La concepción de los demás es de vulnerable y explotadores. Las principales creencias son “tengo derecho a violar las reglas, los otros son tontos, los otros son explotadores”. La creencia básica es “las personas están para dominarlas”. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son la combatividad, la explotación y la predación, y las infradesarrolladas la empatía, la reciprocidad y la sensibilidad social. Específicamente emplean el ataque, el robo, el engaño y la manipulación (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

Las personas con trastorno de la personalidad antisocial tienen mayor probabilidad de morir prematuramente por causas violentas (p. ej., suicidio, accidentes y



homicidio), tienen mayor riesgo de desempleo, empobrecimiento, padecer daños o lesiones, consumo de sustancias y alcohol, encarcelamiento, reincidencia (violación de la libertad condicional) e inestabilidad significativa en las relaciones interpersonales (Hare, 1980; Kupter et al., 2004). Pueden experimentar disforia y estado de ánimo depresivo, ansiedad, trastorno de somatización, juego patológico y otros trastornos de control de impulso. Se asocia con maltrato y castigo físico en la infancia, independientemente de si es usado junto con agresión psicológica o en un contexto parental positivo. El castigo físico es usado con mayor frecuencia por las madres que por los padres (Gámez-Guadix, Straus, Carroble, Muñoz-Rivas y Almendros, 2010). Se nombró como uno de los de mayor prevalencia en jóvenes con dependencia del cannabis (Echeburúa et al., 2010). La historia familiar de conducta antisocial junto con otras variables (disponibilidad de la droga, actitudes favorables de la familia al consumo, inicio temprano, consumo de los amigos y fracaso escolar), se identifican como factores de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes (López y Rodríguez, 2010).

El trastorno límite de la personalidad: es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. Se debe asumir que se producirán crisis como las interpersonales o de comportamiento autodestructivo (Gabbard et al., 2006). Algunas personas presentan síntomas similares a los psicóticos, muerte prematura por suicidio, trastorno del estado de ánimo y relacionado con sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (bulimia). La prevalencia es del 2% de la población general. Los esquemas que caracterizan el trastorno son de vulnerabilidad al daño, autocontrol insuficiente, inestabilidad emocional y culpabilidad. Las distorsiones cognitivas que se reflejan en los pensamientos automáticos son catastrofismo (p.e. mi dolor es tan intenso que no puedo soportarlo), pensamiento dicotómico (p.e. es tan bueno que tengo mucha suerte/...y luego...es tan malo que no puedo soportarlo), falacia de control (p.e. no soy capaz de controlarme), condena (p.e. soy malo, merezco castigo). La visión sobre sí mismo es de inestable, desvalido, dependiente y vacío; la visión de los demás es de fuerte, protector, sospechoso (o todo lo contrario); las estrategias principales es la manipulación, discutir, lesionarse, ataques de ira, impulsividad (Balessarini et al., 2006; Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

El trastorno histriónico de la personalidad: es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención. La prevalencia es de 2-3%., y en población clínica puede alcanzar hasta un 15%. El cuadro va variando en función de la edad (APA, 2000; Caballo, 2004). Se expresa en la insaciable e indiscriminada búsqueda de estimulación y afecto. Los esquemas principales hacen referencia a la dependencia, búsqueda de aprobación, privación emocional y autocontrol insuficiente. Las distorsiones cognitivas que se reflejan en los pensamientos automáticos son la adivinación del pensamiento (p.e. si no atraigo la atención de los demás no les gustaré), deberías (p.e. para ser feliz necesito la atención de los demás) y razonamiento emocional (si siento que me gusta hacer algo debo hacerlo). La concepción sobre sí mismo es de ser encantadores e impresionantes. Las creencias sobre los demás son de ser accesibles a la seducción, receptivos y admiradores. Sus creencias hacen referencia a que la gente está para servirles o admirarles, no tienen derecho a negarles lo que merecen y poder guiarse por los sentimientos. La creencia básica es “necesito impresionar”. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son el exhibicionismo, la expresividad y la vaguedad, y las infradesarrolladas la reflexión, el control y la sistematización. Específicamente emplean la teatralidad, el encanto, los estallidos de mal genio, el llanto y hasta gestos suicidas (Beck et al., 2004; Caballo, 2004). Se asocia a tasas altas de trastornos de somatización, trastorno de conversión y trastorno depresivo mayor. Este trastornos suele ser frecuente en población fumadora (Fernández del Río, Becoña y López, 2010).

El trastorno narcisista de la personalidad: es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. La prevalencia es menor al 1% en la población en general, y puede alcanzar hasta el 16% en la población clínica. Suele iniciar finalizando la adolescencia, y con incremento en el avance de la edad (APA, 2000; Caballo, 2004). Estas personas dirigen sus afectos hacia sí mismo, sobrevaloran sus propias capacidades, asumen que los demás reconocerán su propia singularidad, son arrogantes y explotan a los otros en su propio beneficio. Los esquemas que les caracteriza son derecho/grandiosidad, vulnerabilidad a la crítica y necesidad de aprobación. Las distorsione cognitivas que se expresan en los pensamientos automáticos son: etiquetas globales (p.e. soy una persona muy especial), falacia de justicia (p.e. las otras personas no merecen la admiración y riqueza que tienen), magnificación (p.e. ya que soy tan superior tengo derecho a un trato y privilegios especiales), deberías (p.e. los demás deben reconocer lo especial que soy). La concepción sobre sí mismos es de ser

especial, superior, único, merecedor de reglas especiales. La concepción de los otros es de inferiores y admiradores. Las principales creencias “Puesto que soy especial, merezco reglas especiales, estoy por encima de las reglas, soy mejor que los otros”. La creencia básica se enfoca en “soy especial”. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son la autoexaltación y la competitividad, y las infradesarrolladas el compartir y la identificación grupal. Específicamente usan a los demás, se saltean las reglas, manipulan y compiten (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

### *Trastornos de la personalidad del Grupo C*

El trastorno de la personalidad por evitación: es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. La prevalencia es entre el 0.5% y el 1% en la población general, y en la población clínica puede ir hasta el 46% (APA, 2000; Caballo, 2004). Refleja el temor y la desconfianza hacia los demás, y solo pueden sentirse protegidos mediante el aislamiento activo. A pesar de sus deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y mantener la distancia interpersonal. Los esquemas característicos son vulnerabilidad al daño, infravaloración y búsqueda de aprobación. Las distorsiones cognitivas representadas en los pensamientos automáticos son: etiqueta global (p.e. soy socialmente inepto), sobregeneralización (p.e. todo el mundo es crítico, indiferente y despectivo), adivinación del pensamiento (p.e. si los demás se acercan a mí descubrirán mi yo real y me rechazarán), razonamiento emocional (p.e. cualquier signo de tensión en una relación indica que va mal) (Beck et al., 2004; Caballo, 2004). La concepción de sí mismo de ser vulnerable al desprestigio, al rechazo, socialmente inepto e incompetente. La concepción de los demás es de ser críticos, despreciativos y superiores. Las principales creencias hacen referencia a lo terrible que es ser rechazado, humillado, y no tolerar los sentimientos desagradables. La creencia básica es “pueden hacerme daño”. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son la vulnerabilidad social, la evitación y la inhibición, y las infradesarrolladas la autoafirmación y el gregarismo. Específicamente tienden a evitar las situaciones de evaluación y los pensamientos desagradables (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

El trastorno de la personalidad por dependencia: es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado. La

prevalencia no se cita en el DSM IV TR (APA, 2000), aunque se describe como uno de los más frecuentes en las clínicas de salud mental. Los estudios reportados por Caballo los citan hasta en un 48% en población clínica y del 2 al 4% en población en general. Con relación al curso y al pronóstico se conoce muy poco. El trastorno se caracteriza por la búsqueda de relaciones en las que se depende de los demás, aceptan cualquier muestra de amabilidad y apoyo que puedan encontrar, y con facilidad se someten a los deseos de los demás con el fin de mantener su afecto. Los esquemas representativos son de dependencia, abandono e infravaloración. Las distorsiones cognitivas expresadas en los pensamientos automáticos son: la minimización (p.e. no puedo tomar decisiones por mí misma), deberías (p.e. no debo hacer nada que ofenda o moleste a quien me apoya), catastrofismo (p.e. si no me aman seré siempre infeliz) y pensamiento dicotómico (p.e. soy alguien necesitado y débil). La concepción sobre sí mismo es de necesitado, débil, desvalido e incompetente. La concepción idealizada de los demás es de generosos, brindan apoyo y son competentes. Las principales creencias se refieren a necesitar de la gente para sobrevivir, para ser felices, necesitar un flujo constante de apoyo y aliento. La creencia básica es “estoy desvalido”. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son la búsqueda de ayuda y el apego excesivo, y las infradesarrolladas la autosuficiencia y la movilidad. Específicamente tienden a cultivar las relaciones de dependencia (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. La prevalencia es del 1% en la población general, y el curso es relativamente estable a lo largo del tiempo, aparece durante la adolescencia o al principio de la edad adulta, y tiende a agravarse con la edad (APA, 2000; Caballo, 2004). Este patrón está basado en el conflicto entre la hostilidad de los demás y el temor a la desaprobación social. Los esquemas que caracterizan a las personas con este trastorno de la personalidad son el perfeccionismo, la necesidad de control, la culpabilidad y la responsabilidad. Las distorsiones cognitivas expresadas en pensamientos automáticos son: los deberías (p.e. debo realizar esta tarea a la perfección), magnificación (p.e. es horrible cometer errores), falacia de control (p.e. soy totalmente responsable de mí mismo y de los demás). El concepto sobre sí mismos es de responsables, rinden cuentas, fastidiosos y competentes. El concepto sobre los demás es irresponsable, despreocupado, incompetente y autocomplaciente. Las creencias principales son Yo sé lo que es mejor, los detalles son cruciales, la gente debería

trabajar mejor, esforzarse más. Las creencias centrales son “los errores son malos”, “no debo equivocarme”. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son el control, la responsabilidad y la sistematización, y las infradesarrolladas la espontaneidad y el espíritu de juego. Específicamente aplican reglas, el perfeccionismo, evalúan y controlan, emplean los deberías, critican y castigan (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

### *Los trastorno de la personalidad no especificados*

Esta es una categoría disponible para dos casos: 1) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad, o 2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (p. ej., el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, trastorno depresivo de la personalidad).

En el trastorno de la personalidad pasivo-agresivo: no cuenta con datos epidemiológicas, aunque estudios citados por Caballo (2004) lo establecen hasta en un 10%. Los principales esquemas son la dependencia paradójica, derecho, superioridad, y rebeldía enmascarada. Las distorsiones cognitivas reflejadas en los pensamientos automáticos son: ambivalencia del pensamiento (p.e. soy autosuficiente pero necesito que los otros me ayuden), etiquetas globales (p.e. las figuras de autoridad son intrusivas, exigentes, entrometidas y controladoras), idealización extrema (p.e. sé lo que es mejor para mí y nadie tiene que decirme lo que debo hacer), sobregeneralización (p.e. todos son demasiado exigentes). El concepto sobre sí mismos es de ser autosuficientes, vulnerables al control y a las interferencias. El concepto sobre los demás es de ser intrusitos, exigentes, interfieren, controlan y dominan. Las principales creencias refieren que los otros interfieren en mi libertad de acción, ser controlados por otros es intolerable, las cosas deben hacerse a mi manera. La creencia básica es “podría ser dominado”. Las estrategias típicas hiperdesarrolladas son la autonomía, la resistencia, la pasividad y el sabotaje, y las infradesarrolladas la intimidad, la asertividad, la actividad y la cooperación, y específicamente presentan resistencia pasiva, sumisión superficial y eluden y trampean las reglas (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

El trastorno depresivo de la personalidad: se describe como un patón excesivo de seriedad. Las personas con este trastorno suelen ser incapaces de disfrutar o relajarse y carecen de sentido del humor. Ven el futuro negativo, dudan que las cosas mejoren y anticipan lo peor. Los esquemas principales son la visión negativa de uno mismo, del mundo y el futuro, y las distorsiones negativas que se expresan a través de los pensamientos automáticos son: sobregeneralización (p.e. nunca seré feliz), falacia de control (p.e. no puedo hacer nada para solucionar las cosas), etiqueta global (p.e. soy un fracasado), razonamiento emocional (p.e. siento que las cosas van a salir mal), adivinación del futuro (p.e. nunca conseguiré ese trabajo) y pensamiento dicotómico (p.e. soy un inútil). La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol que presentan trastornos de personalidad es percibida en un nivel más bajo en el área de la salud física / actividades, estado de ánimo y las relaciones sociales. Los que perciben una mejor calidad de vida son los pacientes con trastornos de la personalidad obsesivo-compulsivo, por dependencia e histriónico (Martínez, Graña y Trujillo, 2010).

### 2.3.3 PREVENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL CENTRADA EN LA PERSONALIDAD

Dana (1984) ha sido uno de los primeros investigadores que enfatizó en la intervención primaria y secundaria para la salud mental orientada a los problemas de personalidad. Dentro de las tendencias para las próximas décadas consideró central la intervención primaria y secundaria de los problemas de la personalidad. Le dio gran importancia a los factores cognitivos, y consideró que las características más importantes de la personalidad son las creencias y las estrategias de afrontamiento acordes con las diferentes situaciones. Con relación a las creencias, enfatizó en las relacionadas sobre sí mismo, y la posibilidad que tiene para predecir su mundo externo e interno. Planteó que la autoestima, la honestidad, el estar dispuesto y el optimismo, son las principales creencias que favorecen la salud mental (Gillman, 2000; Rogers et al., 2002).

El trabajo de Dana se orientó a la educación para el público en general y para la preparación a los profesionales. Por otro lado, enfatizó en la importancia de la familia, los amigos, las organizaciones, el trabajo y la religión. En estos ámbitos, el soporte, la aceptación y el reconocimiento de los demás, los identificó como contribuyentes de la

aceptación personal. Este autor consideró que si se parte del supuesto de que las personas son responsables del bienestar psicológico, entonces se le debe proporcionar información y propiciar el desarrollo de estrategias para lograr este propósito. El conocimiento sobre uno mismo, por un lado, y saber que otras personas tienen problemas similares, por el otro, trae muchas ventajas. Además, consideró que estos programas deberían ser grupales, dado que los procesos que se generan en los mismos, propician el bienestar psicológico.

Algunos estudios realizados por Dana (1975) mostraron eficacia al comparar los resultados en diferentes grupos de personas. Consideró que muchos de los programas en prevención orientados a la personalidad fracasan por no enfatizar en la relación entre los problemas y sus causas, los problemas y las alternativas de solución, y el control y responsabilidad frente a los mismos problemas.

Comer (1982, citado por Dana, 1984), propuso un modelo de prevención en salud orientado al auto-conocimiento, el cual tenía una duración de 12 semanas, con sesiones de tres horas, con 14 – 16 estudiantes participantes. El compromiso con las tareas se citó como fundamental y se buscó que desde el inicio los participantes firmaran un compromiso para su cumplimiento. Ocho sesiones fueron dedicadas a la comprensión del desarrollo de diferentes estrategias interpersonales (p. ej. independencia, autoritarismo, sensualidad, imposición) y el manejo del estrés. A los participantes se les aplicaron algunas escalas de evaluación con el fin de apoyar los procesos de auto-conocimiento, e identificar los cambios a través la intervención.

Los planteamientos teóricos y los estudios sobre prevención en salud mental enfocados a la personalidad son relevantes como soportes teóricos y empíricos para el modelo de prevención con modalidad grupal propuesto en esta Tesis Doctoral, considerando como foco de intervención precisamente el componente de vulnerabilidad, la personalidad, a través de diferentes niveles del sistema de acuerdo con los planteamientos de Millon analizados previamente, pero con énfasis en la cognición (los pensamientos).

# **CAPÍTULO 3. PREVENCIÓN EN DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**



La depresión y la ansiedad han sido los trastornos mentales más estudiados, y dada su prevalencia, se consideran como problemas de salud pública. Los modelos de prevención en salud mental están dando gran importancia a la investigación sobre el reconocimiento temprano de los síntomas y la exploración de los factores de riesgo. Esto ha conducido a jerarquizar los factores de riesgo para poblaciones específicas y para trastornos específicos. El presente capítulo está estructurado de manera que posibilite la identificación de los síntomas a partir de las consideraciones descriptivas y epidemiológicas, los factores clínicos de riesgo referente a la comorbilidad, los factores de riesgo socioambientales y los específicas al individuo.

### **3.1 LA NATURALEZA DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD**

#### **3.1.1 LA DEPRESIÓN**

La depresión se considera actualmente una enfermedad sistémica con altos costos y consecuencias personales, laborales, sociales y de salud. El diagnóstico y manejo oportuno es esencial para mejorar el curso y el pronóstico del paciente y podría reducir o incluso prevenir las consecuencias sociales. Además, se ha reiterado que la reconstrucción de las fases tempranas del desarrollo del trastorno ayudará a aclarar la etiopatogénesis, y a planear estrategias preventivas (Maj, López-Ibor, Sartorius, Sato y Ocaza, 2006). Sin embargo, se ha evidenciado que con gran frecuencia pasa inadvertida por los médicos generales, si bien se diagnostican en consultas posteriores (Velásquez, 2010).

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. Estos pacientes no tienen historia previa de manía o hipomanía; dichos antecedentes la convierten en trastorno bipolar (Yepes y Palacio, 2010).

La depresión está siendo actualmente definida por los siguientes atributos:

- Alteraciones específicas del estado de ánimo: tristeza, soledad, apatía.
- Auto concepto negativo asociado con autor reproches y auto culpa.
- Repetidos deseos de escapar, ocultarse o morir.
- Cambios vegetativos: anorexia, insomnio, pérdida de deseo sexual.
- Cambios en los niveles de actividad: retardo o agitación.

Sin embargo, se presentan muchas dificultades en el momento de conceptualizar la depresión, básicamente dificultades de tipo semántico, dado que es un término que se utiliza para referir diferentes condiciones: a) un complejo patrón de desviación de sensaciones o síntomas: usualmente el término es utilizado para nombrar una variación, en términos de valoración subjetiva de disminución del estado de ánimo comparado con su nivel usual; b) un complejo de síntomas (o síndrome): para denominar un patrón complejo de síntomas afectivos, cognitivos y comportamentales; y c) una enfermedad de naturaleza médica: entidad nosológica discreta, generalmente calificadas por alnos adjetivos para identificar un tipo particular o forma, como por ejemplo depresión reactiva, depresión agitada, o reacción psicótica-depresiva (Beck y Alford, 2009).

El sistema de clasificación del manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (*American Psychiatric Association, APA*) ilustra alguno de estos aspectos. La identificación de los síntomas dentro de los cuadros diagnósticos se constituye en una importante herramienta para la detección temprana de los trastornos. Si bien el estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuente de los seres humanos, el sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión (APA, 2000; Maj et al., 2006).

La depresión entendida como síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos (p. ej., esquizofrenia, obsesiones, trastorno de la personalidad por dependencia, etc.) y en otras condiciones médicas. El síndrome depresivo se entiende como un conjunto covariante de síntomas relacionados (tristeza, insomnio, pérdida de peso, etc.). Para la diferenciación de la depresión clínica con los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos, algunos autores recurren a los modelos dimensionales, de tal modo que los cuadros depresivos se diferencian por la intensidad cuantitativa de los síntomas y la frecuencia (Beck y Alford, 2009). Esta

posición se basa en los análisis estadísticos que sugiere la idea de continuo; la depresión subclínica y clínica comparten muchos factores sintomatológicos y etiológicos. Otros autores, por el contrario, recurren a modelos dicotómicos, considerando la depresión normal cualitativamente diferente de la depresión patológica y, a su vez, en ésta pueden diferenciarse subtipos (Akiskal, 1983).

El DSM IV-TR (APA, 2000), identifica como síntomas principales el estado de ánimo irritable o deprimido (disforia), y la disminución del interés o del placer en las actividades (anhedonia). El estado de ánimo irritable o deprimido, se manifiesta a través de: a) estado de ánimo irritable o inestable, b) estado de ánimo triste, desesperanzado, desanimado, c) estado de ánimo insensible o ansioso, y d) quejas de molestias y dolores físicos. La disminución del interés o del placer en las actividades, presenta las siguientes manifestaciones: a) disminución del interés por las aficiones, pérdida de interés general, b) disminución o pérdida de la capacidad para disfrutar con actividades anteriormente placenteras, c) aislamiento social, d) abandono de los hobbies y entretenimiento.

Como síntomas secundarios se reporta: a) pérdida de apetito y fracaso en lograr los aumentos de peso esperable: disminución del apetito, esfuerzos para comer, fracaso en la consecución del peso apropiado o pérdida de peso, o con menos frecuencia aumento del apetito, preferencias alimentarias como dulces, o con menos frecuencia, ganancia de peso; b) alteraciones del sueño: insomnio medio, insomnio tardío, insomnio inicial, o con menos frecuencia, hipersomnias; c) alteraciones psicomotoras: agitación motora observable, como por ejemplo, incapacidad para permanecer sentado, paseos frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto, o enlentecimiento motor observable, como por ejemplo, habla, discurso y movimientos corporales enlentecidos, aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo; d) pérdida de energía, cansancio y fatiga: fatiga persistente sin hacer ejercicio físico, requerimiento de grandes esfuerzos para realizar pequeños trabajos, eficacia reducida para la realización de tareas; e) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados: evaluación negativa no realista de la propia valía, interpretación de acontecimientos cotidianos neutros o triviales como prueba de defectos personales, preocupación o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados, sentimiento exagerado de responsabilidad con respecto a las adversidades. los sentimientos de inutilidad o de culpa pueden tener proporciones delirantes; f) disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o

tomar decisiones: facilidad para distraerse, falta de concentración y de memoria, dificultad para pensar y para funcionar intelectualmente del mismo modo que antes, disminución del rendimiento académico, indecisión; g) pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativas de suicidio: creencia consistente de que los demás estarían mejor si uno muriese, pensamientos transitorios (1 o 2 min), pero recurrentes (una o dos veces a la semana), sobre el hecho de suicidarse, planes específicos para cometer suicidio (por ejemplo, comprar una pistola, fijar el lugar y el momento en el que sabe que se encontrará solo), tentativas de suicidio.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. Varios autores han propuesto conjunto de criterios operativos para describir los trastornos del estado de ánimo en los niños. En el trabajo de Weinberg et al. (1973), el cual ha tenido gran impacto en la clínica infantil, se destaca como síntomas principales los del estado de ánimo disfórico (melancolía) y la ideación autodespreciativa. Dentro de los síntomas secundarios se proponen las conductas agresivas (agitación), alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, socialización disminuida, cambios de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, pérdida de la energía habitual y cambios en el apetito y/o en el peso habitual. Los síntomas deben representar un cambio respecto a la actividad previa, provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad. Se deben experimentar al menos cuatro de los indicadores, los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 2 semanas consecutivas.

Las dicotomías descriptivas han clasificado los trastornos del estado de ánimo en endógena - reactiva, psicótica - neurótica, unipolar - bipolar, y primaria - secundaria. Los sistemas de clasificación más reconocidos son los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el sistema CIE-10, y los de la APA con el DSM-IV y DSM-IV TR (1994 y 2000, respectivamente), con actualización DSM V para el 2013 (APA, 2011). Por el momento, tanto el DSM-IV y la CIE.10 como sus predecesores son clasificaciones o tipologías categoriales. Sin embargo las representaciones multidimensionales y las dimensionales para representar la sintomatología de los trastornos depresivos o de ansiedad, de la esquizofrenia e incluso de la totalidad del espectro psicopatológico, ha sido una tendencia desde hace aproximadamente 50 años.

### 3.1.1.1 Clasificación

La APA (2000) categoriza los trastornos del estado de ánimo en trastornos depresivos (depresión unipolar), y trastornos bipolares; como característica principal se considera la alteración del humor. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado), se distinguen de los trastornos bipolares, por no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

#### *Trastornos depresivos*

Depresión mayor: caracterizada por la presencia de uno o más episodios depresivos (ánimo depresivo o pérdida del interés) acompañado de por lo menos otros cuatro síntomas depresivos durante más de dos semanas. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas, en el cual se presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En el trastorno depresivo mayor se presenta uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

Distimia: el estado de ánimo depresivo se presenta durante la mayor parte del tiempo en el transcurso de dos años, acompañado de otros síntomas depresivos que no llena los criterios para un episodio depresivo mayor. Existe mayor compromiso de una auto percepción deteriorada y auto esquemas con contenidos negativos; estas personas describen su estado de ánimo como triste o desanimado. La percepción de sí mismo deteriorada, pueden estar relacionada con las experiencias de desamor – rechazo.

Trastorno depresivo inespecífico: la categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado, donde se incluyen: trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor y trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia.

### *Trastornos bipolares*

Se diferencia de los trastornos unipolares por la presencia de sintomatología maníaca o hipomaníacos. El cuadro clínico se caracteriza por la manifestación cíclica o mixta de los síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos, teniendo en cuenta el episodio reciente para la categoría de los subtipos hipomaníaco, maníaco, depresivo y mixto. El episodio maníaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesario la hospitalización). El episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo de al menos una semana de duración en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor. El episodio hipomaníaco es un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

Los trastornos bipolares se categorizan en:

Trastorno bipolar I: presencia de uno o más episodios maníacos alternados con episodios depresivos. La principal característica del trastorno bipolar I es la presencia de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar I se subclasifica en trastorno bipolar I, episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo, episodio más reciente no especificado.

Trastorno bipolar tipo II: se caracteriza por la alternancia de episodios depresivos con mínimo un episodio hipomaniaco (síntomas similares a los maníacos pero de menor intensidad).

Trastornos ciclotímicos: se manifiesta como una alteración del estado de ánimo crónica por lo menos durante dos años y con fluctuaciones que comprenden numerosos periodos de síntomas hipomaníacos y numerosos periodos de síntomas depresivos. Los síntomas depresivos y maníacos no son lo suficientemente severos para conformar uno de los cuadros descritos anteriormente. Durante los dos primeros años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto.

Trastorno bipolar no especificado: incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico como serían: alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que no cumplen el criterio de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor. Episodios hipomaníacos recidivantes sin síntomas depresivos recurrentes y situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es debido a una enfermedad médica o inducido por una sustancia.

#### *Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica*

Se caracterizan por una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades, también puede presentarse un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### *Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias*

Predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados: estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades y estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Los síntomas aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia (alcohol, alucinógenos, anfetaminas o inhalantes).

### 3.1.1.2 Prevalencias de los trastornos depresivos

Entre el 10% y el 20% de la población mundial se considera que ha experimentado por lo menos un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida. Hoy en día ocupa el cuarto problema de salud más prevalente, y dicha prevalencia aumenta notablemente por la presencia de antecedentes personales y familiares de depresión y

enfermedades crónicas de base (Murphy, Laird, Monson, Sobel y Leighton, 2000; Velásquez, 2010).

Casi 19 millones de adultos sufren anualmente de depresión en los Estados Unidos, es más común en mujeres que en hombres, con una relación 2:1, con una prevalencia en la mujer entre el 10% al 15%, y para los varones el riesgo es entre el 5 y el 12%. Además es 1,5 a tres veces más frecuente en los familiares biológicos en primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Aunque puede iniciarse a cualquier edad, tanto en hombres como en mujeres es más común en la etapa con mayor productividad de la vida (entre los 25 y 44 años), con un segundo pico de prevalencia en las mujeres en la postmenopausia (APA, 2000; Bland, 1997; Velásquez, 2010). En el estudio *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) y el estudio *National Comorbidity Survey* (NCS), la depresión mayor reportó una prevalencia durante la vida del 6.3%, con el 8.7% en las mujeres y el 3.6% en los hombres. La prevalencia puntual para la depresión mayor fue de 2.2% y para la distimia del 3% (Beckham y Leber, 1995; Yepes y Palacio, 2010).

En el Estudio Nacional de Salud Mental realizado por Torres y Montoya (1997) en Colombia, la prevalencia de depresión en la vida fue de 19.6%. El instrumento utilizado fue el *Composite International Diagnostic Interview* CIDI-2 y criterios diagnósticos DSM-IV. Por su parte, en el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003, la prevalencia puntual de casos de depresión mayor fue de 1.9%, y la de la distimia de 0.7% (Fundación FES Social, 2005).

Con relación a la prevalencia de los indicadores de la depresión, Beckham y Leber (1995) reportaron la disforia como el síntoma que muestra mayor prevalencia, con un 29.9%, los pensamientos de muerte con el 28,2%, cambios del apetito 23.8%, fatiga 15.9%, disminución en la concentración 13.9%, culpa 10.5%, cambios psicomotores, 9.1% y pérdida de interés 5.2%.

En cuanto al curso del trastorno, se puede esperar que al menos un 60% de las personas con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio; las personas que han tenido un segundo episodio tienen un 70% de posibilidad de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90% de posibilidades de tener el cuarto (Beckham y Leber, 1995). Entre el 5 y el 10% de las personas con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco. La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser



predictora de la persistencia del trastorno. Las personas con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan hasta el 20.4% (Baldessarini et al., 2006). Puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10% en población en general y en un 15-25% en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10% de las personas común trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor.

En estudiantes universitarios, Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004), reportan una prevalencia del 30% al utilizar el cuestionario de depresión de Beck, y del 25% al utilizar el de Zung. Los antecedentes familiares y en especial de primer grado (padre o madre) fueron relevantes, al igual que episodios pasados de depresión, intento de suicidio, consumo de alcohol. Factores como inestabilidad económica, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido y separación de los padres fueron asociados al trastorno depresivo.

### 3.1.1.3 Curso

El trastorno depresivo mayor puede iniciar en cualquier edad la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de vida (APA, 2000), aunque otros refieren en la mitad de la adolescencia y finalizando ésta (Hammen, 2001). Los datos epidemiológicos sugieren una disminución de la etapa de inicio en la contemporaneidad. El curso del trastorno depresivo mayor recidivante es variado, puede desaparecer completamente en dos terceras partes de los casos, y hacerlo parcialmente en un tercio. Algunas personas tienen episodios depresivos separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras personas tienen episodios más cercanos. Algunos datos sugieren la tendencia a la remisión en las fases tempranas del trastorno. El número de episodios previos aumenta la probabilidad de predicción de otros episodios posteriores; así, un 60% de personas con episodio depresivo único tenderá a presentar posteriormente otro episodio, los que tienen un segundo episodio aumentan la probabilidad a 70% para un tercer episodio, y éstos a su vez una posibilidad del 90% de un cuarto episodio (APA, 2000; Keller y Boland, 1998).

Diversos factores inciden en los reportes sobre la prevalencia y el curso de los trastornos depresivos, los cuales hacen referencia a si los estudios son transversales o longitudinales, los instrumentos utilizados, la formación y características del

profesional, la manera como se describe el problema y la gravedad de los síntomas (Tylee y Walters, 2006). Los estudios transversales tienen más limitaciones, por lo que se recomiendan los estudios longitudinales; de manera similar en la atención primaria, se detecta un número elevado de pacientes que son diagnosticados con depresión en la segunda y tercera cita (Feeling y Tylee, 1992; Kessler, Bennewith, Lewis, Sharp, 2002; Ormel y Tiemens, 1995; Rost et al., 1998).

Gran parte de la información es recolectada en la población en general o en la consulta en atención primaria, y la metodología de recolección de los datos es diversa, entre entrevistas estructuradas, cuestionarios de tamizaje o cuestionarios diagnósticos y diagnóstico del profesional con base en criterios diagnósticos de la APA o la OMS. El reconocimiento de los síntomas por parte del profesional varía de acuerdo con la aproximación que tiene del fenómeno clínico, y en el caso de la atención primaria el médico general es quien realiza las primeras entrevistas y quien recomienda el curso a seguir. De esta manera, el motivo de consulta y la capacidad del paciente para referir su curso han sido estudiados. En cuanto a la atribución que el paciente da a los síntomas, algunos tienden a neutralizarlos o a reconocerlos como procesos naturales asociados con experiencias, lo que conduce que el profesional no lo reconozca como trastorno. Esto ha sido más evidente en las depresiones en jóvenes estudiantes en hombres además porque la depresión en estos se reporta con menos síntomas (Angst, Gamma, Gastpar, Lepine, Mendlewics y Tylee, 2002) y se supondría además en personalidades con tendencia al control y a racionalizar los síntomas. Otros tienden a psicologizar los síntomas y los refieren con otra serie de complicaciones psicológicas, problemas de interacción y sociales, lo cual tiende a ser más fácilmente reconocido por el profesional y a realizar una remisión a psiquiatría. Esto suele asociarse más en la mujeres, y cuando éstas son atendidas por profesionales hombres (Marks, Goldberg y Hillier, 1979; Gater, Tansella, Korten, Tiemens, Mavreas y Olatawura, 1998), cuando los episodios se relacionan con estresores precipitantes, los desempleados, viudos, y separados (Marks et al., 1979); un último grupo se relaciona con aquellos que somatizan los síntomas depresivos, quienes se citan que son los que más dificultad generan en el diagnóstico oportuno. La detección temprana aumenta cuando el episodio es agudo (Andrews et al., 2007; Bridges y Golberg, 1985; Simón, Golberg, Tiemens, Ustun, 1999; Dowrick, 1995; Wittchen, Hofler y Meister, 2001), cuando el paciente refiere episodios previos diagnosticados y cuando refiere otros diagnósticos psiquiátricos o médico incapacitantes (Ormel y

Tiemens, 1995, Marks et al., 1979; Tylee y Walters, 2006). A menudo los episodios del trastorno depresivo mayor se produce después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o divorcio, cambios socioeconómicos agudos (APA, 2000; Beckham y Leber, 1995), y son considerados como precipitantes del primero y el segundo episodio principalmente.

Los mismos trastornos se han identificado como precursores de otros. Así, se considera que la distimia puede ser precursora de los episodios depresivos, con mayor probabilidad de presentarlo de manera recidivante, y las personas con episodios depresivos tener entre el 5 al 10% de probabilidad de presentar más tarde un episodio maníaco. La gravedad del primer episodio suele ser significativo para la persistencia de los trastornos (Andrews et al., 2007; APA, 2000). La recuperación total es cuestionable, se sugiere que en el trascurso de un año de recuperación de un episodio persiste un 20% siguen presentando algunos síntomas. En ausencia del tratamiento usualmente el episodio depresivo mayor puede finalizar entre cuatro meses y un año (APA, 2000).

### 3.1.2 LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Las diferentes expresiones que refieren el miedo, la ansiedad y emociones similares, designan sutilezas de intensidad, duración y expresión tanto del peligro como de la respuesta generada ante éste. La lista puede ser larga, y podremos nombrar los siguientes: preocupación, nerviosismo, aprensión, ansiedad, alarma, terror, agitación, angustia, pánico, horror, sensibilidad, consternación, perturbación, intranquilidad, enervación, y otras más. Para lograr algunas aproximaciones, se retomaran definiciones de las que más se atienden en los trastornos de ansiedad:

Miedo: hace referencia a una emoción normalmente desagradable que se pone en marcha como respuesta normal ante peligros reales, ante estímulos nocivos o ante características de determinados estímulos o de situaciones que evolutivamente han sido peligrosos para la especie (cambios bruscos y movimiento, toque, proximidad y captura, ser mirado, altura, soledad, oscuridad, miedo a los extraños, a los reptiles). Puede iniciar con la percepción subjetiva de peligro seguida rápidamente por cambios fisiológicos, y a su vez, estos cambios fisiológicos pueden incrementar sensación subjetiva de miedo. Los componente del miedo son cognitivos-subjetivo (la percepción de miedo con sensaciones acompañadas de peligro), motor-conductuales (cierto tipo de acciones y

tendencias), y fisiológicos (cambios que movilizan el cuerpo hacia la acción. Cuanto más duraderos y más frecuentes son los estímulos peligrosos a lo largo de la existencia de una especie, mayor es la presión de la selección natural al grabar conductas defensivas ante dichos estímulos como respuestas innatas (Marks, 1991).

Ansiedad: es una emoción similar al miedo que comienza sin ninguna fuente objetiva de peligro, que no puede ser ni explicada ni razonada estando fuera del control voluntario y conduciendo a la evitación de la situación temida. La ansiedad es un estado emocional normal, que aparece en respuesta a exigencias de la vida cotidiana y opera como señal para buscar la adaptación a esa situación, siendo transitoria (Marks, 1991). También puede ser un síntoma mediante el cual se manifiestan diferentes entidades psiquiátricas y médicas (Mecías, 2010).

La ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro. Puede manifestarse por estados de preocupación, angustia e inquietud, o por manifestaciones físicas como taquicardia elevada y tensión muscular. La ansiedad se caracteriza además por estar orientada hacia el futuro, y la aprensión se relaciona con la imposibilidad que tenemos de predecir o controlar eventos próximos (Barlow, 2008; London y Barlow, 2004). Como sistema de alarma, consiste en una activación total del organismo, la llamada respuesta de lucha o huida, donde se presentan: a) cambios corporales: en el sistema cardiovascular (aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial), respiratorio (respiración rápida y superficial, presión en el tórax, sensación de ahogo), locomotor (temblor, tensión muscular, rigidez, espasmos, etc.), gastrointestinales (diarrea, molestias digestivas, sensación de “nudo” o “mariposas” en el estómago, náuseas, vómito), genitourinario (aumento de la frecuencia de la micción, eyaculación precoz, impotencia, frigidez), piel (sudoración, rubor facial, alergias), etc.; b) cambios en el pensamiento: experiencia subjetiva que va de ligero malestar a terror, acompañadas de creencias y pensamientos negativos, imágenes de temor, preocupación, obsesiones, inquietudes, pesadillas, tensión interior, falta de concentración, dificultad para pensar con claridad, alteración del recuerdo, dificultad para tomar decisiones, expectativa negativa sobre el futuro, y sensación de desrealización y despersonalización, entre otros; y c) cambios en la conducta: las manifestaciones principales son la evitación o escape, aunque también suele presentarse hiperactividad, o lo contrario, paralización. También la conducta compulsiva o ritual. La ansiedad, como otras emociones, recibe la

influencia de los pensamientos, sea en forma de explicaciones, creencias o expectativas. La interpretación que se hace del evento, con la consiguiente expectativa, se realiza de manera automática (Pallarés, 2009).

La fobia: es el miedo ante una situación que va mucho más allá de la precaución razonable que representa el peligro, y no puede ser explicada ni razonada, y está fuera del control del individuo y conduce a la evitación de la situación temida. La Ansiedad fóbica es un componente subjetivo de la fobia.

El pánico denota una aparición súbita de miedo intenso y agudo asociado con intentos desesperados de escapar.

Las Obsesiones (rumiaciones): consiste en la recurrente insistencia de pensamientos no deseados y atemorizantes a pesar de la resistencia activa del sujeto contra dicha intrusión. A menudo las obsesiones están asociadas con rituales compulsivos: acciones repetitivas que algunos individuos se sienten obligados a ejecutar contra su voluntad. Y las Preocupaciones son rumiaciones persistentes sin ningún sentido de resistencia (Marks, 1991).

La preocupación: es considerada como un componente central en todos los trastornos de ansiedad. Uno de los principales representantes de este modelo es Borkovec, quien identifica dentro de los componentes las siguientes condiciones: a) la preocupación predice eventos negativos, b) se ignora información disponible, c) se infravalora las habilidades de afrontamiento, d) se mantienen por estándares inflexibles, perfeccionismo y necesidad de aprobación, y e) intolerancia ante la incertidumbre y la ambigüedad. La preocupación inhibe el arousal fisiológico que proporciona emociones displacenteras, o suprime el significado emocional. La preocupación es generalmente experimentada en forma abstracta o lingüística, adicionalmente neutraliza el contenido de la emoción e inhibe la habituación, desde lo emocional o componente de arousal del “esquema de preocupación”, el cual no es activado durante el proceso de preocupación (Borkovec y Inz, 1990). La preocupación es funcional en la medida que protege en contra de, prepara por sí, y previene de lo negativo, y de otro lado, la preocupación puede ser el resultado de una consecuencia negativa, tal como de enfermarse, o no estar sano, y tal preocupación puede ser controlada o eliminada (Well, 2000). Las preocupaciones se pueden experimentar a manera de pensamientos de tipo auditivo (“me preocupa que pueda terminar solo”) o ser experimentada visualmente, como imágenes, tal como “me vi en un apartamento vacío llorando” (Leahy, 2003).

### 3.1.2.1 Clasificación

Trastornos de angustia (pánico): el síntoma básico es el ataque de angustia severa o pánico, espontáneo y de comienzo brusco, generalmente de breve duración y con carácter episódico. Los síntomas de la crisis de pánico son manifestaciones físicas que comprometen varios órganos o sistemas, acompañado de sensación de miedo o terror que interpretados como muerte inminente o temor a perder la razón. En la medida en que se presentan las crisis se desarrolla ansiedad anticipatoria y un 70% de los individuos afectados presentan conducta de evitación fóbica que comúnmente llega al cuadro de agorafobia (Toro, 2010). Las primeras manifestaciones del trastorno tienen una apariencia más somática (mareos, palpitaciones, falta de aliento, molestias precordiales, sudoración, etc.), y por su repentina presentación se acompañan en general de miedo a tener una enfermedad grave (infarto del miocardio, derrame cerebral, pérdida de conocimiento, etc.) (Sáiz, Ibáñez, y Montes, 2001). Las personas que experimentan los ataques de pánico suelen desarrollar una hipersensibilidad a los síntomas, realiza monitoreos frecuentes de diferentes señales orgánicas y los interpreta de manera catastrófica y con poco control personal frente a los mismos (Barlow, 2008; Beck, Emery y Greenberg, 1985).

El trastorno de ansiedad social: este trastorno es una condición común, crónica y debilitante que ocasiona invalidez social y laboral y con frecuencia conduce al alcoholismo y la drogadicción. Consiste en un miedo intenso y persistente a situaciones interpersonales, donde el individuo se siente sometido al escrutinio de los demás, con la sensación de ser humillado o rechazado (APA, 2000). Por esta razón, a pesar de tener conciencia de tener un miedo excesivo e irracional, evita situaciones como hablar en público, trabajar en grupo e inclusive, decir su propio nombre en público, porque experimenta una crisis de gran ansiedad, que limita sus relaciones interpersonales, su funcionamiento laboral, académico o social, e incluso, su rutina diaria (Téllez-Vargas, 2010). La ansiedad social suele incrementarse en situaciones específicas como ciertas actividades escolares o clases, ante ciertos profesores o metodologías, procesos de evaluación; puede conducir al ausentismo como manifestación evitativa cuando está asociado con dificultades de adaptación familiar y personal (Fernández-Castillo y Madrid-Medina, 2009).

Las mujeres suelen experimentar niveles más altos de ansiedad y vergüenza que los hombres, tanto en universitarias como en adolescentes; las metas de evitación suelen asociarse con emociones negativas (enfado, ansiedad, vergüenza, aburrimiento y desesperanza) y dificultan los buenos resultados académicos (González, Donolo y Rinaudo, 2009). Las variables comunes a ambos sexos y a diferentes grupos de edades son: malestar social (dificultad para estar rodeado de gente, timidez, tendencia a estar solo y evitación de los demás), problemas de relación (problemas de interacción social con los demás), depresión/ansiedad (comportamientos tales como llanto frecuente, temor a ciertas situaciones, animales o lugares de la escuela) y participación con amigos (cosas que realiza el adolescente con sus amigos/as a la semana, sin incluir a sus hermanos) (Zubeidat, Salinas y Sierra, 2009). La ansiedad social se relaciona positiva y significativamente con los estilos/ trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y depresivo, principalmente, y con el esquizotípico y el pasivo-agresivo en un grado menor. Por el contrario, con el estilo/trastorno histriónico de la personalidad la relación es negativa. En el caso de los cinco grandes rasgos, hay una relación positiva con neuroticismo y negativa con la extraversión. Respecto a los estilos de afrontamiento, la ansiedad social se asocia positivamente con el estilo evitativo de afrontamiento y de forma negativa con los estilos asertivo y agresivo (Caballo, Salazar, Iruña, Arias y Guillén, 2010). Las personas con fobia social suelen presentar excesiva atención a la crítica, anticipan de manera exagerada el ser rechazados y criticados por los demás si comenten errores o si perciben sus síntomas de temor. Suelen presentar esquemas negativos frente a su autoestima, subestiman las habilidades sociales, sobrevaloran la opinión negativa de los demás y generan una gran cantidad de pensamientos derrotistas (Echeburúa y Salaberría, 1999).

Fobias específicas: la fobia específica es un temor irracional excesivo a un objeto o situación definida que genera una marcada interferencia funcional en el individuo que la sufre. A menudo estas personas reconocen lo absurdo e irracional de sus temores. Estas fobias pueden llegar a ser extremadamente incapacitantes y alterar la calidad de vida del individuo que la sufre. Se han identificado cuatro subtipos principales de fobias específicas: a) fobia a las inyecciones, agujas, sangre o heridas, ante los cuales se genera una reacción vaga inmediata con disminución en la frecuencia cardíaca y presión arterial que en ocasiones genera síncope o desmayos que duran pocos segundos y que se dan casi de inmediato luego de la exposición a las inyecciones,

sangre o heridas; b) fobias situacionales como estar en un espacio cerrado, viajar en transporte público, en avión, a las habitaciones oscuras, etc., generalmente comienzan a partir de los 20 años y hasta 30% de los familiares de primer grado; c) fobias a los ambientes naturales: temores a situaciones o a sucesos ocurridos en la naturaleza como a las alturas, a las tormentas, al agua, y al viento, etc.; y d) fobias y los animales: estas fobias representan fobias a los animales o insectos, y si bien son temores muy comunes en la población en general, pueden generar grandes interferencias con el funcionamiento (Gómez, 2010).

El temor experimentado es muy diferente a una simple repulsión a muchos animales, y va mucho más allá que una simple sensación de asco. Otros tipos de fobia puede referirse a fobias como a las enfermedades, especialmente de tipo infectocontagioso. Ésta se ha vuelto más común en las últimas décadas en las que la incidencia del sida viene en aumento. La fobia a la asfixia se caracteriza por el temor a atragantarse y a la evitación a tragar píldoras, alimentos y líquidos; por lo general esta fobia se genera luego de una experiencia traumática como la de estar a punto de ahogarse con un bocado de alimento (Gómez, 2010).

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): el síntoma cardinal del TAG es la excesiva ansiedad cognitiva, manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., y a menudo también con ansiedad anticipatoria; la preocupación del paciente no es al temor de un ataque de pánico o a enfrentar una situación fóbica. La preocupación en este caso es patológica; lo que diferencia al TAG es el poseer excesiva preocupación no controlable. Diferentes autores (Belloch et al., 2008b; Borkovec e Inz, 1990).

Téllez-Vargas y Forero (2010) coinciden en identificar la asociación de las expectativas aprehensivas al menos a tres de los siguientes seis síntomas:

- Desasosiego o inquietud motora
- Fatigabilidad
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular. Puede causar temblor y dificultad para relajarse.
- Trastorno del sueño (dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo o sueño inquieto no reparador).



En el estudio realizado por Díaz y Bados (2009) sobre ansiedad generalizada y calidad de vida, se evidenció que estas personas tienen una menor percepción subjetiva de satisfacción general, bienestar físico/psicológico, ausencia de sobrecarga laboral/tiempo libre. El estado de ánimo deprimido y la tendencia a preocuparse predicen una peor calidad de vida. De manera relacionada, el estudio de Olatunji, Broman-Fulks, Bergman, Green y Zlomke (2010) señalan la necesidad de considerar la preocupación como una dimensión a manera de *continuum* asociada con síntoma de depresión, ansiedad y estrés.

Estrés postraumático: se define como un cuadro clínico en el cual coexisten tres síntomas: a) la vivencia repetida del trauma, b) la evitación de la situación traumática, y c) respuesta ante los estímulos ambientales, síntomas que duran por lo menos un mes después de un evento traumático, que representó para el individuo un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física. De esta manera, el paciente refiere un acontecimiento en el cual presenció muertes inesperadas o violentas, sufrió daño serio, estuvo en peligro de muerte o sufren heridas graves, eventos que se vivieron con miedo, temor, impotencia, desesperanza y horror. Además, reexperimenta el evento traumático a través de pensamientos mientras está despierto o tiene sueños angustiosos sobre el tema y evita, en forma persistente, los estímulos asociados con el evento o que puedan recordarle la situación traumática. Los acontecimientos traumáticos que pueden generar un trastorno por estrés postraumático son variados e incluyen actividades de combates, asalto a la población por parte de grupos armados fuera de la ley, ataques a unidades fijas o móviles policiales o del ejército, ser capturado como rehén, secuestro, robos, extorsiones, torturas, la violación, y toda actividad que significa ser forzado a permanecer bajo presión en un lugar. Además, pueden ser situaciones que generan estrés postraumático el encarcelamiento, el diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales, accidentes, y desastres naturales y los provocados por el hombre. Es importante aclarar que en ocasiones, las personas no han sido directamente víctimas; también se puede presentar en personas que presenciaron sucesos traumáticos como accidentes graves, tomas guerrilleras, asesinatos, ver cadáveres mutilados y deformados, o presenciar muertes de personas en desastres naturales (Téllez-Vargas y Forero, 2010). El trastorno por estrés postraumático se subdivide en *agudo*, cuando los síntomas tienen menos de tres meses de duración y *crónicos* cuando los síntomas tienen una duración mayor. Puede presentarse también en forma *tardía*, incluso seis meses después de haber

acontecido la experiencia traumática. El episodio puede generar en el paciente cambios de la personalidad (Téllez-Vargas y Forero, 2010).

Trastorno obsesivo-compulsivo: los síntomas fundamentales son las obsesiones y las compulsiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes, palabras, o melodías que invaden la mente del paciente en contra de su voluntad pero son reconocidos como propios. Dichas ideas son indeseadas y generan malestar psicológico. Las obsesiones más comunes son: a) las de contaminación: por gérmenes o suciedad, sexuales y agresivas; b) por pecado o culpa (pensamientos blasfemos, escrúpulos religiosos); c) de enfermedad (sida, cáncer, tuberculosis), etc. Las compulsiones o rituales son comportamientos o acciones que el paciente tiene que repetir una y otra vez como los lavados y limpieza, verificaciones y repeticiones, conteo, ordenamiento, simetría, atesoramiento o acaparamiento, generalmente de cosas inútiles, tocar determinados objetos, etc. A través de estos rituales, el paciente trata de evitar un desastre, prevenir o deshacer algún daño a ellos mismos o a otros (Rueda-Jaimes, 2010).

### 3.1.2.2 Prevalencias de los trastornos de ansiedad

Una vez iniciado el trastorno de ansiedad, puede adoptar un curso crónico (como el trastorno de ansiedad generalizada), agudo (como en la fobia específica) o intermedio (como en ciertos casos de agorafobia). Se cita de gran importancia analizar las edades de comienzo, ya que éstas pueden ser entendidas como factores de riesgo (el organismo puede ser más vulnerable en ciertas edades). También es claramente delimitada la variable sexo como factor epidemiológico relevante. Se conoce que el sexo femenino posee en general mucho más riesgo para sufrir trastornos de ansiedad que el masculino. Las diferencias son particularmente grandes en las fobias específicas y el pánico, aunque no se ha constatado diferencias relevantes en la fobia social y en el TOC; en este último, las diferencias se presentan cuando se tiene en cuenta las variantes clínicas (mujeres vs limpieza y hombres vs chequeo) (Belloch et al., 2008b).

En términos generales, los trastornos de ansiedad son problemas psicológicos de aparición temprana (en torno a los 15 años). La siguiente tabla presenta datos de diversos estudios (Tabla 1.1). Como puede apreciarse en dicha tabla, las fobias específicas y sociales suelen tener su comienzo en edades tempranas (infancia y adolescencia). La ansiedad de separación tiene un periodo de máximo riesgo entre los 6

a los 11 años. El pico de aparición de las fobias sociales suelen ocurrir en un período más tarde, con mayor riesgo entre los 15 y los 20 años, edad en la que los adolescentes comienzan a establecer importantes relaciones sociales. Los trastornos asociados a la agorafobia y al pánico son los que aparecen más tardíos. Los trastornos de estrés postraumático tienen edad de comienzo variado, aunque por ejemplo, ciertas edades pueden ser más susceptibles a eventos de violación (la juventud) o a eventos bélicos (la edad de servicio militar) (Belloch et al., 2008b).

En la ansiedad social, entre el 0.9% al 1.7% para los hombres el 1.5% al 2.6% para las mujeres en el estudio ECA de Estados Unidos, y en Colombia una prevalencia de 5.1% tanto en hombres como en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2005; Téllez-Vargas, 2010). Con relación a las fobias, en Colombia se reporta una prevalencia en la vida de 12.6%, 10.9% en hombre y 13.9% en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2005). La ansiedad generalizada se reporta con una prevalencia a un año del 1.5% y del 5% en vida. En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental se reportó una prevalencia del 0.7%, y en vida de 1.3% (Ministerio de la Protección Social, 2005). Otros estudios lo reportan una prevalencia de vida hasta en un 8.12% (Belloch et al., 2008b). El trastorno obsesivo-compulsivo se estima con una prevalencia del 3.6% (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anuaga et al., 2005).

El trastorno por estrés postraumático se estima con una prevalencia de vida entre el 1% al 12%, y en los individuos sometidos a factores de riesgo, como por ejemplo en veteranos de guerra, víctimas de desastres naturales o atentados terroristas hasta el 58% (Fairbank, Ebert y Costello, 2000; Norris, 1992). El estudio de Mitka (2008) sobre las consecuencias para este trastorno en el ataque de las torres gemelas el 11 de Septiembre de Nueva York y el Pentágono en Washington, encontraron una prevalencia en hombres hasta del 6% y en mujeres hasta el 14%. Generalmente los síntomas del trastorno aparecen asociados a experiencias de combate, robo, asalto físico y sexual, muerte trágica, accidentes de vehículos e incendios. En los hombres es más esperado que aparezca después de experiencias de combate, mientras que para las mujeres suele aparecer después de asaltos, rapto o violación (Fairbank, Ebert y Costello, 2000).

Tabla 1. Trastornos de ansiedad: edad de comienzo, prevalencia y distribución según sexo

Trastorno	Edad de comienzo	Prevalencia vital (prevalencia anual)	Sexo (proporción) (Varón: mujer)
Trastorno de pánico (+/- agorafobia)	20-35	1.0-4.7 (0.5-1.2)	1:2
Agorafobia (sin pánico)	20-30	1.4-5.3	1:5
Fobia específica	Infancia-adolescencia	7.2-12.5 (4.0-8.8)	1:4
Fobia social	Infancia Adolescencia (15-20)	4.0-13.3 (0.4-2.2)	v < m
Trastorno de ansiedad generalizada	Cualquiera (20-30)	3.8-8.12 (3.3-6.4)	1:1.5
Trastorno obsesivo-compulsivo	Adolescencia Juventud	1.6-3.3 (0.5-2.1)	1:1 (1:6 limpieza) (3:1 chequeo)
Trastorno de estrés postraumático/ [agudo]	Cualquiera	6.8-8.0 [14.0-33.0]	Variable (1:2)
Trastorno de ansiedad de separación	6-11	4.0-5.2	1:2
Trastorno de hiperansiedad	12-18	2.5-17.1 (6.9)	1:1
Cualquier trastorno de ansiedad	15	5-30	v < m

Retomado y adaptado de Belloch et al. (2008b).

### 3.1.2.3 Curso de la ansiedad

La detección temprana del trastorno y una intervención oportuna, aumentan la probabilidad de disminuir la tasa de recurrencia de los trastornos de ansiedad y de disminuir la probabilidad de desarrollar depresiones (Goodwin y Gorman, 2002). Esto sugiere la posibilidad de una explicación neurobiológica del vínculo entre los trastornos de ansiedad y la depresión (Andrews et al., 2007; Maj et al., 2006; Shear, Bjlland, Beesdo, Gloster y Wittche, 2007).

Para el trastorno de ansiedad generalizada, el curso se cita de toda la vida, siendo más frecuente en la segunda infancia o la adolescencia. El curso es de carácter crónico pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés (APA, 2000).

Para los trastorno por angustia no se reporta un curso específico, aunque puede persistir durante años (APA, 2000). Su inicio suele asociarse con problemas sociales como divorcios/separación (McNally, 2002). La consulta inicial suele hacerla el médico general y éste solicitar una serie exagerada de exámenes cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, por lo que su detección temprana requiere de la interacción de los especialistas para el diagnóstico diferencial (Stein, 2001). La intervención temprana del trastorno de pánico puede prevenir el posterior trastorno agorafóbico, la depresión y el uso de sustancias (Goodwin y Olfson, 2001).

Para la fobia específica su aparición habitual es en la niñez y en las primeras etapas de la adolescencia, pudiendo ser más temprano en los hombres. Su variación se refiere en principal lugar al tipo de fobia, el evento traumático que pudo haberlo precipitado, y las que persisten en la edad adulta rara vez suelen remitir (APA, 2000).

La fobia social tiene un inicio relativamente temprano y suele persistir durante muchos años. Los trastornos comórbidos con frecuencia se inician más tarde, e incluyen la depresión mayor, otros trastornos de ansiedad y los trastornos por abuso de sustancias (Kessler, Stang, Wittchen, Stein y Walters, 1999). En la APA se reporta su aparición a mediados de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social, suele seguir a una experiencia humillante o estresante, y un curso crónica (APA, 2000). La inhibición comportamental (IC) ha sido estudiada como un precursor de la ansiedad social, los trastornos de pánico (Kegan y Snidman, 1999; Schwartz, Snidman y Kegan, 1999), ésta se encuentra en un 20% de los niños pequeños y se define como una tendencia estable a restringirse comportamentalmente en situaciones no familiares, sean ellas sociales o no (Kegan, Reznick y Snidman, 1987; Kegan y Snidman, 1999). Un número de estilos temperamentales similares ha sido descrito por otros autores (Rapee, 2002). El trastorno suele ser muy incapacitante, tienen mayor posibilidad de ser solteros, menor posibilidad de terminar sus estudios de bachillerato o universitarios, están propensos al desempleo y a recibir menos ingresos (Ballenger et al., 2001, 1998). Por lo que parecería razonable argumentar que una intervención temprana incluso desde la niñez y la adolescencia, podría prevenir el impacto negativo de este trastorno.

Para el trastorno obsesivo-compulsivo se cita el inicio en la adolescencia o al principio de la edad adulta, también puede haberlo en la infancia, y la edad de inicio suele ser menor en los hombres; entre los 6 y 15 años en los hombres y con tics

comórbiles (Geller et al., 2003) y entre los 20 y 29 años en las mujeres. La mayoría de las personas con este trastorno presentan un curso crónico, con exacerbaciones de los síntomas asociados frecuentemente a acontecimientos estresantes. Alrededor del 15% muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales, y un 5% sigue un curso episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los períodos intercríticos (APA, 2000).

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los principales factores determinantes de predicción. La calidad de apoyo social, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales pueden influir en la aparición del trastorno (APA, 2000). La intervención psicosocial temprana después del trauma permite una mejoría conductual y un cambio en el funcionamiento del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), medidos a través de los niveles de cortisol en saliva (Fisher, Gunnar, Chamberlain y Reid, 2000; Miller-Brotman, Gouley, Klein, Castellanos y Pine, 2003).

El curso del trastorno por estrés agudo se experimentan durante o inmediata después del trauma, duran como mínimo dos días y, o bien se resuelven en las cuatro primeras semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando persisten más de un mes puede estar indicando un trastorno por estrés postraumático (APA, 2000). Los síntomas del trastorno por estrés agudo después de un trauma pueden utilizarse para determinar aquellos en alto riesgo para desarrollar estrés postraumático (Brewing et al., 2002).

### **3.2 PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DEPRESIÓN**

El programa de prevención de los trastornos mentales, emocionales y de comportamiento de la National Academies (*Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People*), editado por O'Connell, Boat y Warner (2009), plantea la importancia de los programas de prevención en salud mental para trastornos específicos. Estos programas han mostrado una gran influencia en el desarrollo cognitivo, emocional y comportamental en los jóvenes, al involucrar la

familias, la institución educativa y la comunidad. Los factores familiares, los acontecimientos vitales, los factores cognitivos pueden considerarse tanto factores de riesgo como de protección. Estudios de meta-análisis sobre programas de prevención de la depresión han reportado disminución de nuevos casos de jóvenes con este trastorno cuando han asistido a los programas de prevención.

Los trastornos depresivos y de ansiedad suelen aparecer frecuentemente en jóvenes, y es allí donde hay que centrar los procesos de prevención (O'Connell et al., 2009). La depresión es uno de los trastornos más comunes en adolescentes, y se estima que la prevalencia puede estar alrededor del 15 al 29%. Suelen aparecer frecuentemente en los años escolares medios y altos, junto con los trastorno de la alimentación y el uso y abuso de sustancias psicoactivas (Dozois y Dobson, 2004). Al estar asociado con el deterioro del funcionamiento, un indicador de síntomas de depresión puede ser el déficit en las relaciones interpersonales y académicas o laborales (Gelenberg, Merraim y Wang, 2006).

Para la depresión, el procedimiento consiste en identificar jóvenes con riesgos de depresión, y se interviene de manera grupal el afrontamiento al estrés, la regulación emocional, el proceso de enamoramiento y su incidencia en la depresión y la distimia, y la incidencia de padres con antecedentes depresivos. Los estudios revelan que los adolescentes mejoran significativamente los síntomas, excepto aquellos que tienen padres con depresión recurrente. Al focalizar la atención a las familias que presentan padres con depresión, se procede a la intervención clínica de los padres por un lado y a desarrollar estrategias en los jóvenes para ayudar a sus padres es las crisis, mejoraron significativamente (O'Connell et al., 2009).

Un punto de partida para la prevención de la depresión por parte de los profesionales es hablar sobre la importancia de este trastorno, la incidencia que tienen los problemas en el estado de ánimo (como problemas académicos, relaciones familiares disruptivas, enamoramiento), la herencia y los antecedentes depresivos en los padres, episodios depresivos pasados, ser mujer, y los beneficios de recibir apoyo terapéutico (Essau, 2004).

Los programas de prevención primaria son facilitadores del desarrollo de habilidades como solución de problemas, ayudan a desarrollar estrategias cognitivas, emocionales y sociales y de autocontrol que reducen los síntomas de depresión y ansiedad y disminuye el riesgo de aparición de nuevos casos. Las técnicas cognitivo-

conductuales orientadas a la modificación creencias negativas con relación a sí mismos y a los demás, a la modificación de esquemas maladaptativos y al cuestionamiento de ideas irracionales e intervenidas de manera individual y grupal para solucionar dificultades de la vida personal, de pareja y familiar, han sido propuestas a través de la reestructuración cognitiva en diferentes campos (Beck, 1988; Ellis, 1983; Lazarus y Folkman, 1986; Leahy, 2003; Young y Klosko, 2001). La reestructuración cognitiva contribuye a identificar, modificar y cambiar los pensamientos maladaptativos. Usualmente se enseñan técnicas para identificar y diferenciar los pensamientos y las emociones, y la funcionalidad de las emociones. La terapia en autocontrol se utiliza para estimular procesos de auto-observación, autoevaluación y autorefuerto. La programación de eventos positivos facilita los estados de bienestar y la atención a las experiencias positivas. El desarrollo de habilidades sociales enseña a través de técnicas asertivas, de comunicación, aceptación de la culpa y solución de problemas y resolución de conflictos. Las técnicas en solución de problemas enseñan estrategias para identificar el problema, mirar las alternativas, evaluar las consecuencias potenciales y elegir la más indicada. Las técnicas en relajación están planteadas principalmente ante la asociación de síntomas depresivos y de ansiedad. Las técnicas de tensión – relajación muscular y el manejo de la imaginación para evocar emociones positivas, son las más usadas (Barlow y Duran, 2001, 2002; Bartlett, 1995; Beck, 1970, 1976, 1986, 2001).

Por otro lado, la promoción ha sido trabajada desde la psicología positiva, donde se fortalece la resiliencia y la reevaluación positiva de las experiencias. Recientes investigaciones han iniciado a dar relevancia a la prevención de los trastornos mentales. En gran medida, provienen de una respuesta ante recomendaciones de diferentes instituciones comprometidas con la salud mental en el mundo (National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research, 2001; O'Connell et al., 2009).

### **3.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA DEPRESIÓN**

La prevención secundaria involucra la identificación de los factores de riesgo y provee de estrategias de intervención de manera individual o grupal. La identificación puede darse cuando se presentan algunos síntomas aunque aún no sea un episodio como tal del trastorno, siendo lo ideal la identificación de factores de riesgo antes de que



empiecen a presentarse los síntomas. De esta manera, la identificación temprana implica reconocer signos prodrómicos o tempranos para prevenir el desarrollo del trastorno. Frente a esto, es razonable precisar si existen conflictos intrapsíquicos, y cuáles eventos como estresores psicosociales significativos y problemas interpersonales suelen precipitar la depresión, y centrar los esfuerzos en prevenir el desenlace. Las manifestaciones se presentan a manera de depresiones subclínicas o subtipos depresivos. Lo subclínico hace referencia a que no se cuenta con criterios suficientes dado la intensidad o el número de síntomas, necesarios para establecer un diagnóstico clínico de depresión mayor (Gelenberg, Merriam y Wang, 2006; Ingram, Odom y Mitchusson, 2004).

Para la prevención del trastorno y su recurrencia, se hace necesario contar con investigaciones que identifiquen factores de riesgo y vulnerabilidad, los cuales no siempre son los mismos para el primer episodio y para las recaídas (Burcusa e Iacono, 2007). Estas investigaciones suelen abordar las variables sociodemográficas como factores de riesgo (género, estrato socioeconómico, estatus marital), variables clínicas (año del primer episodio, número de episodios previos, severidad del primer episodio, comorbilidad psicopatológica), historia familiar de psicopatología, y variables psicosociales y psicológicas (nivel de funcionamiento psicosocial, cognición, personalidad, soporte social, y estresores de eventos vitales).

### 3.3.1 PREDICTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Algunas variables sociodemográficas como sexo, estado civil, y estrato socioeconómico, se han identificado como factores de riesgo para la depresión; así, el ser mujer, la condición del estado civil (ser separando, viudo, no haberse casado, no tener relaciones interpersonales íntimas, dificultades maritales y problemas de comunicación con la pareja) y el estrato socioeconómico bajo, son considerados como predictores de depresión (Arrivillaga et al., 2004; Beckham y Leber, 1995; Gabriel, Beach y Bodenmann, 2010), aunque el rasgo de personalidad de emocionalidad parecería ser una variable relevante en el momento de analizar estos factores (Gabriel et al, 2010). Un hallazgo interesante de este estudio es el efecto del género en las actitudes de búsqueda de ayuda. El género hizo contribuciones significativas para el pronóstico de actitudes de búsqueda de ayuda cuando era considerado en conjunción con los

síntomas depresivos. Consistente con estudios previos a través de límites culturales, los hombres demostraron actitudes de búsqueda de ayuda menos favorables que las mujeres. Específicamente, se encontró que los estudiantes hombres eran menos probables al acercamiento con asistentes profesionales y más propensos a evitar asistencia profesional que las mujeres. Igualmente, investigaciones previas sugieren que los hombres tienden a ser menos dados a reconocer la necesidad de ayuda profesional, son menos abiertos a sus problemas y tienen menos confianza en los servicios de salud mental que las mujeres. Estos hallazgos presentes, junto con los hallazgos de estudios previos, pueden ser interpretados a luz de la teoría de los roles de género, caracterizada por la restricción emocional y la limitada expresión de efecto, pueden ser responsable de la relativa actitud negativa hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Se ha señalado las pobres estrategias interpersonales, la percepción de rechazo parental y problemas de autoestima como los principales factores de riesgo para la depresión en adolescentes (MacPhee y Andrews, 2006).

Planteamientos más contundentes sobre la salud mental son hechos por el Inter-Agency Standing Comité (IASC, 2007), al considerar que los subgrupos de una población, podrían estar en riesgo ante determinadas condiciones, siendo los siguientes grupos los que en un momento han sido identificado como los de mayor riesgo:

- Las mujeres, por ejemplo embarazadas, madres solteras, viudas, y en algunas culturas, mujeres adultas solteras y adolescentes.
- Los hombres, por ejemplo excombatientes, desempleados que han perdido los medios para sostener a sus familias, hombres jóvenes que corren el riesgo de detención, secuestro o de ser blanco de violencia.
- Niños, desde recién nacidos hasta jóvenes de 18 años de edad, entre ellos, niños separados o no acompañados (entre éstos huérfanos), niños reclutados o utilizados por las fuerzas armadas o grupos armados, niños que han sido víctimas de trata, en conflictos con la ley, que realizan trabajos peligrosos, que viven o trabajan en las calles, o los que están deprivados o malnutridos.
- Ancianos, especialmente cuando han perdido a los familiares que los atendían.
- Personas extremadamente pobre.

- Refugiadas, desplazadas internamente, inmigrantes en situación irregular, especialmente mujeres que han sido objeto de trata y niños que carecen de documentos de identidad.
- Personas que han estado expuestas a eventos sumamente lesivos o traumáticos, como personas que han perdido a miembros de su familia o sus medios de vida, sobrevivientes de violaciones y torturas, testigos de atrocidades, etc.
- Miembros de la comunidad que padecen discapacidades o trastornos severos preexistentes de orden físico, neurológico o mental.
- Personas recluidas en instituciones (huérfanos, ancianos, o personas que padecen trastornos o discapacidades).
- Personas que son objeto de grave estigma social (ejemplo, castas inferiores o “parias”, trabajadoras sexuales o sobrevivientes de violación sexual).
- Personas que corren riesgos concretos de conculcación de sus derechos humanos.

### 3.3.2 PREDICTORES PSICOLÓGICOS

La perspectiva cognitiva considera que la depresión es la activación de autoesquemas negativos, siendo éste mismo el componente de vulnerabilidad, el cual interactúa con factores de riesgo como condiciones de estrés. De esta manera, condiciones como cogniciones negativas, niños con padres depresivos (por condiciones genéticas, cognitivas o problemas maritales) son de relevancia.

Como acciones preventivas ante las condiciones adversas, se reconocen los métodos de hacer frente al estrés de modo positivo a la situación, útiles en diferentes culturas, entre ellas:

- Formas de apoyo social
- Normalizar las actividades cotidianas
- Utilizar métodos de relajación y distensión
- Realizar actividades recreativas
- Enfrentar las situaciones temidas de manera paulatina (como enfrentarlo de manera acompañada) para paulatinamente ir recuperando el control del día a día

El modelo de la terapia cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se centra en los planteamientos de la tríada cognitiva, la organización estructural del pensamiento depresivo y los errores en el pensamiento del depresivo. El concepto de la tríada cognitiva: consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de una manera negativa: a) presenta una percepción sobre sí mismo de desgraciado, inútil, torpe, enfermo y con poca valía. Atribuye sus experiencias desagradables a sus defectos físicos o psicológicos; b) presenta una tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace unas demandas exageradas, se percibe derrotado y frustrado con relación al entorno; y c) posee una visión negativa acerca del futuro. Cuando hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa hacerse cargo de una tarea, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

Los síntomas pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas; de esta manera, si considera erróneamente que va a ser rechazado, reacciona con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Ante el pensamiento pesimista y de desesperanza, viene la poca fuerza de voluntad. La percepción negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotora, y la anticipación del fracaso general la apatía y las pocas energías.

Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, estar muerto. La creciente dependencia se entiende también desde este modelo, en términos de la percepción de sí mismo de inepto y de la percepción sobreestimada de la tarea donde espera fracasar en todo lo que se proponga. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

Los esquemas: designan patrones cognitivos relativamente estables que regulan las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, y que influyen en la atención selectiva de la amplia gama de conjunto de estímulos. El esquema es la base para transformar los datos en cognición, sean verbales o gráficos. Así, un esquema

constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo; así, el esquema es el responsable de categorizar y evaluar las experiencias, y por lo tanto, los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por *imputs* ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad o de depresión). Estos esquemas activados ante una situación, determinan directamente la manera de responder. En condiciones psicopatológicas como la depresión, las conceptualizaciones que hacen los pacientes acerca de determinadas situaciones, son distorsionadas y acomodadas a los esquemas. En la medida que la depresión se agrava, su pensamiento es cada vez más distorsionado. La organización cognitiva puede llegar a funcionar de modo tan independiente a la estimulación externa, que podría no responder a la estimulación y cambios de su entorno inmediato.

En esta misma línea, la especificidad cognitiva ha sido un tema de interés para el estudio de la depresión, y desde el modelo de esquemas de Young (1998) se han desprendido muchas investigaciones. El esquema de abandono/ inestabilidad ha sido referido en diferentes estudios como asociado a la depresión (Glaser, Campbell y Calhoun 2006; Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001; 2005; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002) en una amplia muestra clínica. Este esquema hace referencia a la falta de confianza hacia los cuidadores por ser inestables e impredecibles, y por el temor que se ha generado ante el abandono. En la edad adulta puede generar estos temores con manifestaciones de celos en las relaciones de pareja.

La Privación emocional ha sido referido solamente en un estudio: Lumley y Harkness (2007) en adolescentes, asociado con la depresión. Este esquema hace referencia a la carencia o poco apoyo emocional, y a la privación de nutrición, empatía y protección; en la edad adulta se pueden experimentar sentimientos de soledad, incomodidad en las relaciones íntimas y descontento crónico frente a lo que los demás le den. El esquema de abuso/ maltrato ha sido referido en el estudio de Muris (2006) como relevante, el cual lo identificó como asociado a la depresión, y el estudio de Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan (2002) asociado a la paranoia. Este esquema implica la creencia de que los demás nos van a hacer daño, van a abusar, humillar, mentir o manipular, y genera la sensación de ser injustamente tratado. En la edad adulta se genera un miedo a las intenciones de los demás.

Los esquemas de imperfección/ culpa y aislamiento han sido citados por diferentes estudios como predictor de la depresión (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Harris y Curtin, 2002; Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995; Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001; Oei y Baranoff, 2007). La persona considera que es defectuosa en aspectos importantes de la vida y a no sentirse digna de ser querida. El origen es el exceso de crítica, humillaciones o rechazo en la infancia, que puede llevar a la persona adulta a una hipersensibilidad a la crítica, expectativa de ser rechazada y sentimientos de culpabilidad. Asimismo, experimentará una profunda necesidad de aceptación y validación.

Los errores en el procesamiento de la información: mantienen las creencias negativas incluso a pesar de la existencia de evidencias contrarias. Dentro de los errores cognitivos planteados en el modelo, estarían: *Relativos al estímulo*: a) la abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto e ignorando otras características más relevantes, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento. *Relativos a la respuesta*: b) inferencia arbitraria: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia; c) generalización excesiva: se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto en situaciones relacionadas como a las no relacionadas; d) maximización y minimización: se manifiesta en los errores al evaluar la significación o magnitud de un evento; e) personalización: tendencia a atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no existe una base firme para hacer tal conexión; f) pensamiento absolutista, dicotómico: se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y desencadenamiento de la depresión. La teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para conformar esquemas negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas negativos pueden permanecer inactivos o latentes, y ser activados por determinadas circunstancias. La conformación de estos esquemas tiende a generar una especial sensibilización hacia un tipo concreto de situaciones, debido a la naturaleza de su organización cognitiva (Clark y Beck, 1997).

La publicación del libro de Terapia cognitiva de la depresión fue seguido por estudios sobre la efectividad de la terapia por encima de los tratamientos farmacológicos (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley y Christie, 1981; Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977). Beck también aportó en la teoría predictiva de suicidio (Beck et al., 1979; Beck, Kovacs y Weissman, 1975; Minkoff, Bergman, Beck y Beck, 1973), y en la construcción de diferentes cuestionarios para evaluar factores de riesgo (Padesky, 2004).

En sus últimas investigaciones, Beck ha diferenciado dos tipos de depresión: la sociotrópica y la autonómica. La depresión sociotrópica se constituye a partir de experiencias de rechazo, donde la persona podría conformar esquemas básicos de necesidad de aprobación y dependencia. En la depresión autonómica, las experiencias asociadas a la depresión han sido de pérdida, y por tanto la conformación de esquemas se relaciona con la autonomía y la autoexigencia.

Beck y colaboradores sugieren que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad (Beck y Alford, 2009; Beck, Butler, Brown, Dahlsgaard, Newman y Beck, 2001). En la teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Las situaciones relevantes a la aceptación social y a la atracción personal activarían de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos) (Belloch et al, 2008b; Clark y Beck, 1997).

Con relación a los pensamientos como elementos claves para la salud mental, la teoría de la especificidad cognitiva establece que los pensamientos automáticos son específicos a cada trastorno emocional, siendo en la depresión los pensamientos negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro (Beck et al., 1979; Clark y Beck, 1997).

De esta manera, la depresión se caracteriza por alta frecuencia de pensamientos negativos acerca de la pérdida, el fracaso, evaluación negativa acerca de uno mismo, culpa, desesperanza, y estilo atribucional negativo, apoyado en un buen nivel de evidencia científica (Abramson et al., 2002, 1988, 1989; Alloy y Abramson, 1999; Alloy, Abramson y Francis, 1999, Alloy, Abramson, Safford y Gibb, 2006; Alloy, Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella y Rose, 2006; Alloy y Clemens, 1998; Alloy, Just y Panzarella, 1997; Alloy y Riskind, 2006; Clark, Beck y Alford, 1999). La Teoría de la Desesperanza aprendida es una teoría de vulnerabilidad estrés de la depresión, que postula el estilo inferencial negativo como contribuyente de la depresión. Cuando enfrentamos acontecimientos vitales, el ser humano tiende a formularse explicaciones sobre las causas; en la desesperanza aprendida, los eventos negativos tienden a ser atribuidos a causas estable y globales, con propensión a catastrofizar las consecuencias o los eventos negativos, y valoración negativa de sí mismo (*self*). De acuerdo con la teoría de la vulnerabilidad cognitiva de desesperanza, el estilo inferencial depresógeno es hipotetizado como factor importante que contribuye con el incremento de síntomas depresivos ante la presencia de eventos negativos (Abramson et al., 2002, 1989, 1978).

Merrell (2001) analizó la depresión y la ansiedad dentro de los trastornos internalizantes, definidos como un tipo de problema emocional y comportamental donde se realiza un sobrecontrol orientado a la regulación de estados emocionales y cognitivos. Estas manifestaciones si bien contrastan con problemas externalizantes como lo son las conductas agresivas, síntomas de hiperactividad, conducta antisocial, etc., los cuales reflejan poca autorregulación, en niños y adolescentes suelen presentarse ambas manifestaciones.

Hankin (2008) ha realizado análisis sobre el componente de vulnerabilidad, relacionando con patrones externalizantes, internalizantes, y el *arousal* de ansiedad. Los eventos negativos se asociaron con ansiedad, depresión. La propuesta dimensional en psicopatología representada en el siguiente figura, idéntica una estructura de tres factores: el distrés, miedo y el factor externalizantes. Los trastornos mentales que mejor se caracterizaron por el factor distrés fueron la depresión mayor, la distimia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático y la neurastenia. Los trastornos mentales que se caracterizaron con el miedo fueron la fobia social, la agorafobia, el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos



caracterizados por el factor externalizante fueron el abuso y dependencia de droga y alcohol (Andrews et al., 2007).

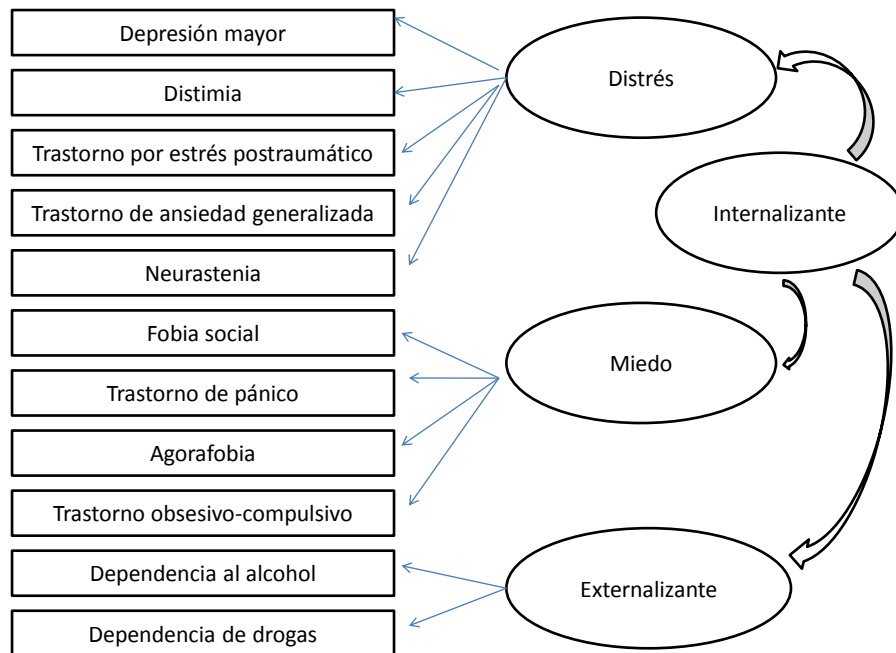


Figura 6. El mejor modelo estructural de los 10 trastornos mentales más comunes del DSM-IV y 11 del ICD-10. Retomado de K. Andrews et al., 2007, p.S46.

El modelo de la indefensión propone la existencia de un estilo atribucional típico en los sujetos deprimidos que contribuirían a que éstos hiciesen atribuciones internas, estables y globales ante sucesos negativos, de manera que estas atribuciones, como causas percibidas de un acontecimiento, actuarían como moduladores en la formación de las expectativas futuras, siendo por tanto las expectativas negativas el elemento crucial en el desarrollo del trastorno, y el estilo atribucional el factor cognitivo de riesgo (Peterson y Seligman, 1984).

Las investigaciones han encontrado alta evidencia del pesimismo y la desesperanza aprendida como factor de riesgo para la depresión en pacientes disfóricos (Abramson et al., 1989). Desde esta perspectiva, se ha mostrado mayor peso de pensamientos autorreferidos negativos absolutos y generalizados sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, resultado de la activación de esquemas idiosincrásico, en estudiantes con indicadores de depresión, y menor peso de pensamiento autorreferente positivo o constructivo. Sin embargo, en el estudio realizado por Moore et al. (2007), con 239 estudiantes universitarios donde se evaluaba depresión y

atribuciones realistas, los individuos disfóricos exhibieron menos atribuciones realistas al compararlos con los individuos no disfóricos. Las investigaciones concluyen que personas con mayor riesgo a la depresión presentan más pensamientos pesimistas y con menor riesgo a la depresión pensamientos optimistas.

### 3.3.3 ESTRESORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Las experiencias de vida se han identificado como factores de riesgo. Haber tenido un mayor número de eventos vitales adversos mayores, experimentar un desastre natural con pérdidas, haber tenido abortos espontáneos, muerte de la madre antes de los 11 años, haber estado institucionalizado, y abuso físico o torturas (Beckham y Leber, 1995). Los mismos autores citan como factores de riesgo, tener uno o más hijos pequeños en casa, el aislamiento social, ambiente domiciliario, ocupaciones específicas, tiempo del año, etapas del ciclo menstrual. La inestabilidad económica, enfermedades graves, muerte de un ser querido, separación de los padres y dificultades académicas fueron señaladas en el estudio de Arrivillaga et al. (2003) como los principales estresores experimentados en los últimos seis meses asociados con la depresión severa en estudiantes universitarios.

Las investigaciones de la *National Institute of Mental Health* –NIMH- han mostrado que el estrés en forma de pérdida, especialmente muerte de familiares o amigos, puede desencadenar una depresión en individuos vulnerables. Otras investigaciones indican que los estresores en la forma de aislamiento social o privación temprana, puede generar un permanente cambio en el funcionamiento que incrementa la susceptibilidad de los síntomas depresivos (Caballo y Simon, 2001). La separación de los padres se ha indicado en algunos estudios como factor que repercute en la salud mental de los hijos (Estrada, Álvarez, Posada, Agudelo, y Torres, 2009), e incluso en los jóvenes (Arrivillaga et al., 2004).

Desde las causas psicológicas diferentes autores han dado importancia a los acontecimientos vitales como separación y la pérdida de personas amadas en la niñez, especialmente la madre o cuidador, como predictor para la depresión en la vida adulta. Éstas pueden desencadenarse por pérdidas incluso triviales con valor simbólico para el paciente. El trauma en la infancia, especialmente el abuso sexual, se asocia con la depresión temprana en la mujer. Por otro lado, después de enfrentar estresores vitales se

detecta un aumento de depresión; desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y períodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres queridos, etc., también parecen aumentar la incidencia de la depresión (Yepes y Palacio, 2010).

Los eventos vitales adversos como pérdida por muerte de un ser querido, ruptura con la pareja afectiva, dificultades económicas, desempleo y ser informado de una enfermedad grave han mostrado asociación con el aumento del riesgo al suicidio, independiente de la presencia de otros factores. Dichos eventos deben tenerse en cuenta tanto en el diseño de estrategias de prevención y en las políticas de salud mental (García-Valencia, Palacio-Acosta, Diago, Zapata, López, Ortiz y López, 2008).

Estar sin trabajo por tiempo prolongado puede resultar un evento estresante mayor (McKee-Ryan, Song, Wanberg y Kinicki, 2005). En general, la duración del desempleo está asociada con un deterioro en la salud global, mientras que la regulación de las propias emociones predice mayor bienestar para los indicadores de salud (ansiedad, depresión, somatización y disfunción social) (Sojo y Guarino, 2010).

Los estresores de eventos vitales pueden contribuir a la ocurrencia de los episodios de depresión como desencadenantes. Investigaciones genéticas indican que los estresores ambientales interactúan con la vulnerabilidad genética de la depresión incrementando el riesgo en desarrollar la enfermedad. Esta vulnerabilidad es a sí misma, el resultado de la influencia de múltiples genes activados conjuntamente con los factores ambientales (Jarne y Talam, 2000).

Otras condiciones que están relacionadas el estrés y alteraciones emocionales son estar como extranjero en un país, relacionado con las relaciones íntimas pobres (Beckham y Leber, 1995). Los cambios ocurridos como consecuencia del desplazamiento, precipitan problemas asociados con la dificultad para asumir la soledad, sentimientos de culpa al creer que se ha tomado la decisión equivocada, desencanto y desilusión consigo mismo, con los demás y con la vida, sensación de fracaso, en ocasiones ira, rabia, odio, desesperación, tristeza, nostalgia, melancolía, duelo por las personas que han perdido (Juárez, 2008). La población inmigrada reporta más estrés y menos calidad de vida que la no inmigrada. Se presentan diferencias significativas con relación al género; las mujeres se sienten más afectadas por sucesos inesperados acaecidos recientemente y se sienten menos capaces de controlar sus vidas, los hombres perciben una calidad de vida más elevada que las mujeres, lo que indica

que para la mujer es más difícil alcanzar una adecuada calidad de vida tras la inmigración. Los hombres tras la inmigración aprecian una mayor sensación de tener apoyo comunitario y servicios públicos, y en las mujeres de plenitud personal; con la edad aumenta la calidad de vida, tener trabajo incrementa la sensación de funcionamiento independiente y un mayor apoyo comunitario y de servicios (Patiño y Kirchner, 2009).

El fracaso académico previo y el estilo cognitivo negativo también han sido estudiados como factores de riesgo (Bermúdez et al., 2006; Herrera y Maldonado, 2002). Herrera y Maldonado (2002), indicaron que el fracaso puede tener un efecto sobre el estado emocional solamente cuando es suficientemente elevado. Adicionalmente no encontraron una relación directa entre cogniciones y fracaso académico en ninguna de las direcciones que se le quiera analizar. Por su parte, Bermúdez et al. (2006), en un estudio trasversal con 212 estudiantes de los diferentes niveles académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia), encontraron relación significativa entre el rendimiento académico y estrés, y de éste con depresión, alcoholismo y funcionalidad familiar.

Las teorías interpersonales enfatizan la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. La influencia que tienen los estresores depende de circunstancias externas y de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad. Algunos individuos desarrollan una depresión clínica como respuesta al estresor, mientras que otras personas manifiestan a los sumo un estado de depresión leve. Los factores de vulnerabilidad son bien interpersonales (como la calidad y la cantidad de apoyo social, la cohesión de la familia, las habilidades de la familia para manejar los problemas cotidianos), bien intrapersonales, incluyendo elementos cognitivos (esquemas cognitivos negativos) como conductuales (como las habilidades conductuales para hacer frente y manejar situaciones de estrés. La adquisición de esos factores de vulnerabilidad es fruto de experiencias familiares adversas durante la infancia y estilos desadaptativos de crianza (pérdida o separación de los padres, rechazo, abuso, negligencia emocional) que conducen al desarrollo de esquemas cognitivos negativos. Los sesgos cognitivos actuarían como factores de mantenimiento que se traduce en un aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos (reales o distorsionados) de su ambiente (Belloch et al., 2008b).

### 3.3.4 PREDICTORES CLÍNICOS Y NEUROPSIQUIÁTRICOS

La depresión es un trastorno altamente recurrente con consecuencias personales y públicas. El 50% de las personas que han presentado un episodio depresivo podrían tener posteriores episodios, y el 80% de quienes han tenido dos episodios depresivos volverá a tener otros episodios (American Psychiatric Association, 2000). Con relación a la historia de salud mental, se cita haber tenido episodios depresivos anteriores (Arrivillaga et al, 2004; Beckham y Leber, 1995), tener otros trastornos psiquiátricos, presentar un estado de salud general pobre, historia familiar depresiva y componente genético depresivo del gemelo o hermano (Arrivillaga et al., 2004; Beckham y Leber, 1995).

Las condiciones bioquímicas cerebrales postulan cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión se presenta un déficit de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales, mientras que en la manía se presenta un exceso de ésta. Sin embargo, se ha considerado como requisito previo un déficit de serotonina que produce una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada las catecolaminas y la serotonina. Los receptores adrenérgicos Alfa dos y beta también se consideran como importantes, en especial el aumento del número y la hiperactividad de los receptores Alfa dos en las plaquetas, al inhibir la producción de la noradrenalina (González de Rivera y Monterrey, 2008; Lozano y Ramos, 2001; Velásquez y Rincón-Hoyos, 2010).

Las hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona postsináptica, tales como alteración en la membrana (proteína G), mensajeros secundarios y terciarios, alteración del glutamato y del calcio intracelular. Las alteraciones del factor de crecimiento neural y de la apoptosis producen aumento de la muerte y de la atrofia neuronal especialmente en el hipocampo. Estos cambios inicialmente pueden ser reversibles (Lozano y Ramos, 2001; Toro et al., 2010).

*Los Neuroendocrinos:* se han reportado anomalías en el eje hipotalámico pituitaria adrenal (HPA) y pituitaria tiroides, además de la secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño. *Los Neurofisiológicas:* el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido presenta acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño, además de la disminución de los estadios 3 y 4 del

sueño no MOR, aumento de la actividad física MOR, etc. *Las Neuroimágenes*: algunos estudios muestran disminución del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de la amígdala, disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución del volumen de la corteza prefrontal. En las de iniciación tardía se han descrito hiperintensidad en la sustancia blanca, atrofia difusa cortical y subcortical, y aumento de los infartos cerebrales silenciosos. Las condiciones *Genéticas y familiares*: El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufre éste. La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que está entre el 36% a 75%. La concordancia en gemelos monocigóticos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, y en los dicigóticos es de 23% y 25% respectivamente (González de Rivera y Monterrey, 2008; Lozano y Ramos, 2001; Velásquez y Rincón-Hoyos, 2010).

Las causas secundarias, por su parte, hacen referencia a condiciones que provocan depresión como: a) drogas, b) enfermedades orgánicas, c) trastornos neurológicos, c) trastornos endocrinos, d) trastornos metabólicos, e) cáncer, f) enfermedades cardiovasculares, g) enfermedades infecciosas, y h) enfermedades psiquiátricas (Toro et al., 2010).

Las drogas: son muchos los medicamentos que pueden causar depresión, aunque la mayoría la ocasionan ocasionalmente: analgésicos y antiinflamatorios (Indometacina, Fenilbutazona); antibióticos (Griseofulvina, Isoniazida, Ácido nalidíxico, Sulfas); hipotensores (Clonidina, Melildopa, Propanolol, Reserpina, Bloqueadores de canales del calcio); antipsicóticos, drogas cardíacas (digitálicos, procainamida), corticoesteroides y ACTH, disulfirán, L-dopa, anticonceptivos. Por otro lado, la supresión de algunos medicamentos como las anfetaminas, producen cuadros depresivos. Lo mismo sucede con la cocaína (Velásquez y Rincón-Hoyos, 2010).

Las enfermedades orgánicas: cualquier enfermedad, pero especialmente las graves, pueden causar depresión reactiva, principalmente en enfermedades como el cáncer, el SIDA, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Sin embargo, algunos cuadros presentan mayor frecuencia en generarla: *las neurológicas*: las más importantes son las que producen degeneración neuronal, tanto de la corteza como de las estructuras subcorticales y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, accidentes cardiovasculares, tumores cerebrales, cefaleas,

epilepsias, y la esclerosis múltiple). En los accidentes cerebrovasculares, parece que los del lado izquierdo (afasia tipo Broca) originan más depresión que lesiones similares en el derecho, y los tumores del sistema límbico, y se incluyen aquí las regiones temporales medianas (González de Rivera y Monterrey, 2008; Lozano y Ramos, 2001; Velásquez y Rincón-Hoyos, 2010).

Trastornos endocrinos: las principales son los trastornos tiroideos (hipotiroidismo, enfermedad de Addison y Cushing, trastornos del calcio, posparto y premenstrual, feocromocitoma y la hipoglucemia). *Las metabólicas*: porfiria, deficiencias vitamínicas, y enfermedad de Wilson. *Los tumores*: cáncer de páncreas, retroperitoneales. *Las enfermedades cardiovasculares*: el infarto de miocardio con frecuencia produce un cuadro depresivo. *Las infecciones*: el SIDA, hepatitis, influenza y brucelosis). *Enfermedades psiquiátricas*: existe una alta comorbilidad de la depresión con otros trastornos, los cuales fueron analizados en la comorbilidad (trastorno de pánico, ansiedad social, alcoholismo, farmacodependencia, etc.) (Gelenberg et al., 2006).

### **3.4 PREVENCIÓN TERCIARIA DE LA DEPRESIÓN**

El modelo de la terapia cognitiva se ha consolidado a través de los tiempos como uno de los modelos más prometedores para la comprensión de la psicopatología. La conceptualización del modelo de la terapia cognitiva es específica para cada uno de los trastornos. Uno de los temas centrales en todas las aplicaciones es el marco general de la teoría cognitiva que sostiene la existencia de un sesgo en el procesamiento de la información que ocasiona un comportamiento disfuncional, o una angustia excesiva o ambos. En segundo lugar, las creencias específicas incorporadas dentro de las estructuras, relativamente estables –esquemas- con, son las que conducen hacia estas dificultades (concepto de especificidad cognitiva).

El ámbito de aplicación se ha extendido enormemente en diferentes trastornos, partiendo de las áreas del tratamiento del trastorno depresivo (Beck et., 1979), validado a partir de una amplia fuente de evidencias empírica, la cuales pueden retomarse desde 1978, con un inicio de sus planteamientos teóricos desde la década de los 60. Su teoría se empezó a estructurar a partir del concepto de los pensamientos automáticos. Estos pensamientos se caracterizan por ser negativos y por contener muchas distorsiones

cognitivas, con un contenido negativo con relación a sí mismos, al mundo y al futuro. La teoría de los esquemas describe la interacción sistemática entre la cognición y la emoción (Padesky, 2004), y éstos pueden ser reconocidos como memorias con implicaciones positivas para el tratamiento resistentes al cambio (James, Reichelt, Freeston y Barton, 2007).

En la década de los 70, Beck estructura la teoría cognitiva de la depresión, introduce nuevos conceptos en la terapia como “empirismo colaborativo” para enfatizar en la participación del paciente y la intervención activa por parte del terapeuta, para discutir y poner a prueba las cogniciones negativas y proponer formas alternas de pensamiento. La terapia propone también ejercicios de imaginación para capturar los pensamientos automáticos que generan estados depresivos y desmotivación, y determinadas estrategias de afrontamiento. Otra de las estrategias de intervención que empiezan a ser desarrolladas por Beck fue “el diálogo socrático”. La pregunta socrática consiste en que el terapeuta pregunte a su paciente o cliente, asuntos relacionados con la información relevante contenida en los pensamientos automáticos, del tipo “nunca hago algo bien”. La nueva información introducida por el diálogo socrático, ayuda a un balance más apropiado sobre las cogniciones acerca de uno mismo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva negativa). En la terapia cognitiva se enfatiza en el proceso de aprendizaje para ganar autonomía en la terapia. Por otro lado, Beck introduce datos empíricos con población clínica (Padesky, 2004).

Los aportes a la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad se iniciaron en la década de los 70 (Padesky, 2004), al abordar la terapia cognitiva y los trastornos emocionales, con énfasis en la depresión y la ansiedad (*Cognitive therapy and the emotional disorders*; Beck, 1976). La depresión estaría en el extremo del continuo de temas sobre el pesimismo, la autocrítica y la desesperanza, y la ansiedad en temas sobre la amenaza, el daño y la vulnerabilidad. Los pacientes con historia de abuso de drogas, tienen una serie de creencias del tipo “necesitaría” tales como “no puedo soportar este aburrimiento (ansiedad o depresión) sin una dosis” y creencias de tipo permisivo tales como “está bien que fume esto ahora” (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). Para los pacientes con trastornos bipolares, el objetivo de la terapia va dirigido a las creencias que menoscaban el comportamiento en la toma de medicación, del tipo “la medicina destruye mi creatividad y me hace ser una persona torpe y sombría, etc. Las creencias maníacas son del tipo “tengo poderes excepcionales y debo usarlos” (Beck y Aldord,



2009). La teoría de la personalidad y de la psicopatología presenta una extensa evidencia empírica (Hadjipavlou y Ogrodniezuk, 2010; Beck et al., 1990).

El pensamiento juega un papel central en la elicitación y mantenimiento de la depresión, la ideación y el intento de suicidio, la ansiedad y la agresividad (Beck, 1970; Beck, Brown, Berchick, Stewart y Steer, 1990; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Laude y Bohnert; 1974). Beck ha investigado sistemáticamente el papel que juegan los mecanismos cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos. Los esquemas de desamor, pérdida y fracaso se relacionan con la depresión, y los esquemas de peligro y las cognitivas erróneas o distorsiones de la realidad sobre la anticipación de daño físico y psicológico: anticipación de peligro, de enfermarse, de ansiedad, de humillación y rechazo.

La función del terapeuta es ayudar a que el paciente reorganice su estilo de pensamiento y utilice la evidencia, el pensamiento lógico y la razón, para analizar las distorsiones que provocan alteraciones emocionales. En el enfoque terapéutico, el terapeuta se dirige hacia las distorsiones cognitivas para obtener valoraciones mucho más correctas de la realidad, que se reflejan en reducciones significativas de la ansiedad clínica, la depresión, la conducta agresiva y la toma de decisiones para el trabajo cuando hay un trastorno de la personalidad de base (Beck, 2000, 2005; Leahy, 2002).

La terapia cognitiva aborda al paciente desde el pensamiento científico y racional para analizar las presunciones que lo conducen a estados depresivos y ansiosos. La terapia cognitiva retoma los principios socráticos y aristotélicos; el diálogo socrático está basado en la lógica, y el pensamiento aristotélico en la categorización de la información acerca del mundo real. Se da un papel relevante a la cognición y dentro de éste a la conformación de los esquemas y el procesamiento de la información (Leahy, 2003).

Leahy propone el siguiente esquema en una Guía para el practicante de las técnicas de la terapia cognitiva (2003):

Elicitando pensamientos y asunciones: los pensamientos automáticos pueden clasificarse de acuerdo con ciertas distorsiones cognitivas: lectura del pensamiento, personalización, etiquetar, adivinación de la suerte, catastrofización, o pensamiento dicotómico (todo o nada). La vulnerabilidad emocional del pensamiento puede partir de supuestos o reglas subyacentes, y por lo tanto, analizar el papel de estas cogniciones en la depresión o los estados de ansiedad favorece el cambio. Los esquemas personales

negativos están mantenidos por procesos de atención y memoria que los confirma, por lo que debemos estar más atentos a detectar las interpretaciones que provocan más estados de depresión o de ansiedad (Leahy, 2003). La evaluación de la variabilidad de las emociones, la detección de pensamientos automáticos, creencias y errores cognitivos, evaluación de la evidencia, y la evaluación de pensamientos positivos y negativos, posibilitan el cambio de pensamientos automáticos negativos y creencias maladaptativas (Merrell, 2001). El cuadro 6, es frecuentemente utilizado para detectar dicha relación entre el tipo de interpretación o pensamiento ante determinada situación, y la emoción relacionada:

Cuadro 6. Relación entre pensamiento y emoción

Pensamiento: Yo pienso....	Cómo me siento: entonces, me siento...
No volveré a ser feliz.	Desesperado.

La aproximación estándar ha creado diferentes técnicas tanto de tipo cognitivo como de tipo comportamental para favorecer el proceso de concienciación, el distanciamiento crítico y el cambio de los esquemas disfuncionales del paciente. Estas técnicas se pueden atribuir, en su totalidad, a tres principios fundamentales: el empirismo colaborativo, el uso sistemático del diálogo socrático y el descubrimiento guiado. A continuación se describen cada una de las técnicas desde los planteamientos de Semerari (2002):

El empirismo colaborativo y alianza terapéutica: para que la terapia cognitiva sea exitosa, se requiere de un acuerdo entre los objetivos que se van a alcanzar y de una colaboración recíproca para su consecución. Este acuerdo es común a todas las terapias, y se relaciona con la concepción de la alianza. Desde un punto de vista técnico, la colaboración terapéutica se obtiene esencialmente explicando con claridad al paciente lo racional de la terapia, acordando conjuntamente los objetivos finales y las etapas intermedias del tratamiento, aclarando el sentido de las tareas asignadas y volviendo a asumir a menudo lo que el paciente dice sobre sus problemas para comprobar el acuerdo recíproco.

El descubrimiento guiado: el terapeuta define y explica el problema presentado acordando con el paciente los puntos de vista, se explican de la manera más clara los principios y los métodos de la terapia y aconseja al paciente registrar sistemáticamente las autoobservaciones: las emociones principales relacionadas con las situaciones problemáticas, se indica que describa las situaciones problemáticas, y a que describa cómo las valora, cuáles son sus pensamientos o imágenes que han precedido, acompañado y seguido a la emoción implicada. El terapeuta debe ayudar al paciente a fijar la atención en los pensamientos automáticos que preceden y acompañan la emoción, para de esta manera, poder identificar los esquemas y los modelos implicados en el sufrimiento emocional.

El diálogo socrático: la mayor parte de las intervenciones que el terapeuta cognitivo hace durante las sesiones tiene forma de pregunta. Principalmente mediante una serie de preguntas el terapeuta, durante el encuentro, perseguir los objetivos esenciales de la terapia, tales como la identificación de los pensamientos automáticos y de los esquemas subyacentes, la toma de distancia crítica y la valoración de las posibles alternativas. También las intervenciones interpretativas o de reestructuración cognitiva, dirigidas a la toma de distancia crítica adquieren a menudo la forma de preguntas o, más concretamente, de hipótesis que surgen del diálogo socrático y que el terapeuta somete al juicio del paciente.

El terapeuta informa que sus preguntas podrán parecer ingenuas o retóricas, pues parecen indicar que quien las plantea conoce ya la respuesta, pero este estilo sirve para que el paciente pueda aclararse y desentrañar sus procesos cognitivos, y alcanzar, como en la mayéutica socrática, los recursos ya presentes en su repertorio cognitivo. El diálogo socrático se utiliza para perseguir los dos objetivos principales: a) la toma de consciencia de la naturaleza de los esquemas, y b) el distanciamiento crítico de las convicciones problemáticas.

El diálogo socrático dirigido a la toma de consciencia de la naturaleza de los esquemas, se desarrolla en dos momentos:

- El terapeuta dirige al paciente hacia el reconocimiento puntual de las representaciones aparecidas en los episodios concretos y específicos en los que se manifestó el desorden. Se hace la identificación específica de los pensamientos, imágenes y emociones

- El terapeuta invita al paciente a buscar los elementos comunes presentes en las representaciones aparecidas en los diversos episodios en los que se manifiesta el problema. En esta fase, el diálogo asume la estructura del procedimiento inductivo mediante el cual se progresa de las representaciones particulares al esquema general. Sobre esta fase, se puede desarrollar la dimensión crítica del diálogo socrático. El presupuesto general de la técnica es considerar que el paciente dispone ya de datos y de repertorio cognitivo necesario para el distanciamiento crítico, y que la tarea mayéutica del diálogo consiste en hacer evidentes estos elementos críticos. Esto resulta más fácil cuando el terapeuta logra captar los elementos de abstracción selectiva, las hipergeneralizaciones y los pensamientos absolutistas-dicotómicos presentes en las comunicaciones del paciente.

### **3.5 PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ANSIEDAD**

La ansiedad frecuentemente interfiere en el logro académico de los niños, por lo que se requiere una atención especial para la prevención desde la infancia. Inicialmente se hace necesario el reconocimiento de los factores de riesgo y reconocer poblaciones en riesgo para su prevención. Algunas características individuales de personalidad se han considerado factores de riesgo como la poca tolerancia al distrés y la excesiva sensibilidad (anxiety sensitivity) y por lo tanto podría considerarse como factores de vulnerabilidad para síntomas de ansiedad (Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell y Schnidt, 2010). En un estudios retrospectivos, se identificaron como factores de riesgo la excesiva sensibilidad de los niños, llanto frecuente, dificultades para dormir y pánico (Rapee, 2002).

La inhibición comportamental, rasgos temperamentales caracterizados por irritabilidad en la infancia, timidez, excesiva cautela y evitación, y algunas características parentales principalmente la ansiedad, el aislamiento social, antecedentes de trastornos de ansiedad, sugieren asociación con inhibición conductual en los niños (Kegan, Reznick y Snidman, 1987; Kegan y Snidman, 1999; Rapee, 2002; Schwartz, Snidman y Kegan, 1999).

Reducir emociones inapropiadas y excesivamente negativas, han sido intervenidas de manera preventiva en estudiantes universitarios a través de la Terapia Racional Emotiva (TRE) (Maultsby, 1974; Maultsby, Knipping y Carpenter, 1974;

Maultsby, Costello y Carpenter, 1974). Estos estudios demuestran que los principios de la TRE aplicados por medio de una experiencia didáctica pueden ser utilizados eficazmente como un modelo preventivo educacional de salud mental con poblaciones “normales” y que la eficacia de la TRE no se limita a los problemas clínicos.

Ellis (1983) recomendaba enseñar a los niños de las escuelas elementales los principios de la TRE, tal como lo han aplicado algunos investigadores (Ellis, 1962; Ivery y Alchuler, 1973; Shure, 1999; Spivack y Levine, 1963; Spivack y Shure, 1974, 1982). La educación racional-emotiva es una prolongación directa de la terapia racional-emotiva. A los participantes se les enseña los principios de la TRE, incluso las 11 creencias irracionales comunes de Ellis (1962). Se aplica principalmente para la solución de problemas, adaptarse a las frustraciones y decepciones, enseñándoles a limitar sus imperativos, sus necesidades imperiosas, y sus demandas (Ellis, 1983).

### **3.6 PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ANSIEDAD**

Muchos individuos con manifestaciones de ansiedad creen que padecen un trastorno de un sistema orgánico que no es el sistema nervioso central, como enfermedad cardíaca o pulmonar. Los familiares suelen considerar que en realidad no le pasa nada basándose en los resultados de las amplias pruebas médicas realizadas. Es frecuente que la persona se desmoralice y se aisle y los familiares se manifiesten con ira y rechazo. La educación tanto para la familia como para las personas que manifiestan ansiedad es fundamental, se suele explicar que sus síntomas no ponen en peligro la vida y si no es intervenido puede conllevar a la aparición de crisis e incluso de enfermedad crónica (Crowley, Cross, March, Roth, Shehe y Wang, 2006).

#### **3.6.1 PREDICTORES PSICOLÓGICOS**

Beck propone que tanto la depresión como la ansiedad están asociadas a un sesgo congruente con el estado de ánimo en todos los aspectos del procesamiento. Este modelo plantea que existe un esquema disfuncional que juega un papel central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad. Las personas con trastorno de ansiedad procesan selectivamente información relevante para la ansiedad (amenaza y

peligro) mientras que las personas con depresión procesan información relevante a la depresión (pérdida o fracaso).

Así, los esquemas pueden desempeñar además un papel activo en cuanto organizadores del flujo de nueva información, facilitando la subsecuente atención, codificación y recuperación futura del material codificado. Los esquemas están organizados en constelaciones o subsistemas (modos) que corresponden a diferentes aspectos motivacionales: modos depresivos, modos eróticos, modos de miedo, de peligro, etc.

La activación de un esquema cognitivo particular depende, aparte de las variables situacionales, del modo dominante en el individuo. Por otro lado, las emociones están involucradas a manera de red asociativa o nodos con otros modos. Cada emoción, posee en la memoria un nodo o unidad específica que congrega conjuntamente muchos otros aspectos de la emoción conectados por puntos asociativos, por lo que la activación de un nodo emocional facilita la accesibilidad al material congruente en el estado emocional, y en congruencia, lleva a un sesgo hacia el procesamiento de la información congruente con tal estado de ánimo (Beck et al., 1985; Belloch et al., 2008b; Bower, 1981, 1987).

Los teóricos cognitivos postulan que la ansiedad patológica se presenta por varios errores como la sobreestimación del peligro y la amenaza y la subestimación de la capacidad para enfrentar el evento. Los pacientes tienden a interpretar catastróficamente los síntomas somáticos de ansiedad. En este modelo el “miedo al miedo” con la repetición de las crisis aumenta la hipervigilancia del paciente y se sensibiliza a las sensaciones y situaciones en que se presentan (Toro, 2010). Estas cogniciones conllevan un aumento de la ansiedad y, como consecuencia, un aumento de las sensaciones somáticas derivadas de ésta en una especie de círculo vicioso de retroalimentación.

El círculo se ve reforzado por la ansiedad anticipatoria ante el temor de futuros ataques que aumenta la activación fisiológica del individuo y la posibilidad de nuevos estímulos adicionales que son detectados rápidamente por su hiperalerta selectiva. Según este modelo, tanto la hipervigilancia crónica como la atención selectiva hacia sensaciones físicas, facilitan que se desencadene un ataque ante cualquier estímulo interno derivado del ejercicio físico o de la adaptación a la vida cotidiana, como puede ser el aumento de la frecuencia cardíaca (Sáiz, Ibáñez y Montes, 2001).

Barlow (2008) propone un modelo ecléctico para explicar la génesis del *trastorno de pánico* (biológicos, conductuales y cognoscitivas). El autor describe tres tipos de alarmas: las verdaderas o desencadenantes ante un peligro real, las falsas o ataques de pánico, y las aprendidas o ataques de pánico condicionados. La aparición de un ataque de pánico puede ocurrir ante determinados estresores. Cuando existe un predisponente biológico así como psicológico, la vulnerabilidad genera la consecuente sensación de pérdida de control (Sáiz et al., 2001). Para Clark (1996), las crisis se producen ante un amplio rango de estímulos, internos (pensamientos, imágenes o sensaciones corporales) o externos (un supermercado). Si estos estímulos son percibidos como una amenaza, la consecuencia es un estado de aprensión o miedo. Este estado está acompañado por un gran número de sensaciones corporales. Cuando estas sensaciones son interpretadas de un modo catastrófico, y sólo entonces, sobreviene un gran incremento de la ansiedad. Esto produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales y así sucesivamente hasta formar un círculo vicioso que culmina con una crisis de angustia (Clark, 1996).

Con relación a la *ansiedad social*, se plantea que los pacientes albergan creencias disfuncionales acerca de su propia conducta y de la manera como son criticados y percibidos por las personas que juzgan su comportamiento social. Estos pensamientos negativos automáticos acerca de su evaluación social originan ansiedad y disminución del desempeño social. Estos círculos viciosos son reforzados por la atención selectiva que intenta identificar cualquier señal en el ambiente o en el “supuesto observador o evaluador”, señal que será utilizada por el paciente como indicio de una evaluación negativa (Tancer y Uhde, 2002). Stopa y Jenkins (2007), plantearon que los fóbicos sociales están sometidos a un doble trabajo: un desenvolvimiento social pobre y presentación de pensamientos negativos que son percepciones distorsionadas de su propio comportamiento, que solo les sirven para incrementar la posibilidad de ulteriores autoevaluaciones negativas, acentuar la ansiedad y sufrir un mayor deterioro en su desempeño social y laboral.

Con relación a la *fobia específica*, Barlow (2008) propone una relación con las alarmas falsas (ataques de pánico) en una condición concreta. Así, una experiencia aterradora por sí sola no constituye una causa suficiente para genera una fobia; es necesario que se reúnan varios factores para que una persona desarrolle una fobia; a) predisposición biológica a la respuesta de estrés y de ansiedad y a las respuestas vaso-

vagales; b) preparación de estímulos por condiciones peligrosas a la especie humana; y c) presencia de una vivencia traumática, bien sea por experiencia directa, por una falsa alarma o ataque de pánico asociado a una situación concreta (Barlow y Duran, 2002; Gómez, 2010).

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada, las pruebas señalan que estas personas son más sensibles a las amenazas en general, en particular a las que tienen una relevancia personal. Así, esas personas concentran más su atención a fuentes de amenaza en comparación con la gente que no se muestra ansiosa. Borkovec e Inz (1990) plantearon que la gente con este trastorno se entrega a pensamientos desesperados e intensos o se preocupan sin que haya imágenes que los acompañe (lo que se reflejaría por medio de actividad en el hemisferio derecho del cerebro). Esto implicaría que piensan tan intensamente en los problemas por venir que no permiten que haya capacidad de atención para los importantísimos procesos de creación de imágenes de la amenaza potencial; en otras palabras, evitan todo el afecto negativo asociado con la amenaza, evitando así gran parte del carácter desagradable y el dolor asociado con el afecto y la imaginación negativos, pero nunca son capaces de trabajar en sus problemas y llegar a soluciones. Por lo tanto, la aprensión crónica se convierte en una inflexibilidad autónoma asociada y una tensión muscular muy grave, y la preocupación intensa sirve como mecanismo de evitación, y por ende, no se da la adaptación. En suma, algunas personas heredan una tendencia a estar tensas. La tensión excesiva hace que sean aprensivos y estén vigilantes. Esto da lugar a una inquietud intensa con implicaciones fisiológicas, que conducen al trastorno de ansiedad generalizada (Barlow y Durán, 2001).

### 3.6.2 ESTRESORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Los eventos vitales han sido relevantes en el estudio de la ansiedad. Eventos que impliquen ansiedad por separación o que consideran incontrolables, se consideran precipitantes de los trastornos de pánico, hasta en un 80%. Pacientes con historia de abuso sexual, orfandad, separación de los padres, historia de violencia y abuso de alcohol en ellos, tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno de pánico en la adultez (Roy-Byrne, Geraci y Uhde, 1987; Toro, 2010). El abuso sexual y el maltrato físico son también



considerados como componentes que hacen vulnerable al individuo a presentar trastorno por estrés postraumático (Téllez-Vargas y Forero, 2010).

Experiencias previas de maltrato, ya sean en la infancia o en la edad adulta, incrementan el nivel de estrés postraumático. La autonomía personal reduce el malestar y la probabilidad de plantear soluciones extremas, como en el caso de estrés postraumático en mujeres víctimas de maltrato por su pareja (García-Leiva, Domínguez-Fuentes y García, 2009). En cambio, la vulnerabilidad psicológica y biológica, el bajo apoyo social y familiar, el afrontamiento inadecuado y las experiencias negativas se consideran variables que influyen en la intensidad del estrés postraumático (Echevurúa, Corral y Amor, 2003). También la ansiedad de separación ha sido considerada como factor de riesgo para la ansiedad social, cuando éste está asociado con el trastorno obsesivo-compulsivo (Rosebaum, BieBolduc y Chaloff, 1991). Sin embargo, se recomiendan estudios longitudinales, dado que los resultados no son concluyentes para la ansiedad social, mas sí para el pánico (Téllez-Vargas, 2010).

Uno de los más destacados teóricos de orientación cognitiva es Richard Lazarus (1966), quien ha investigado sistemáticamente sobre el estrés y la ansiedad. Su modelo hace referencia a la *valoración cognitiva de amenaza* como principal mediador de la experiencia de ansiedad. Lazarus distingue dos niveles de valoración cognitiva: *valoración primaria*, que establece si el estímulo es irrelevante, positivo o estresante; y *valoración secundaria*, que representa un conjunto de procesos evaluativos dirigido a optimizar las estrategias de afrontamiento, y que se ponen en funcionamiento cuando la valoración primaria reporta el estímulo como estresante. La ansiedad se produce cuando la valoración indica que el estímulo es estresante, y que las demandas inherentes a la situación exceden las capacidades de afrontamiento; esto es, que se encuentra en peligro.

### 3.6.3 PREDICTORES CLÍNICOS Y NEUROPSIQUIÁTRICOS

El cerebro posee una predisposición biológica para protegerse ante peligros comunes que ayudan a la supervivencia del individuo desde la infancia, preparado para explorar el ambiente. Esta predisposición se ha mantenido durante años, sin embargo ha favorecido la aparición de fobias y trastorno de ansiedad. En gran parte, esta predisposición está dada genéticamente.

Se incluyen en estas descripciones: a) los estudios de familias y genéticos, b) la disfunción noradrenérgica, c) las anomalías de otros neurotransmisores (serotonina, sistema GABA, dopamina), y d) la disfunción respiratoria.

Los estudios familiares y genéticos: aunque los estudios revelan que aproximadamente el 25% de los pacientes con trastornos de pánico presentan parientes en primer grado con este trastorno (Crowe, Noyes, Pauls y Slymen, 1983, Toro, 2010), con lo que se podría sospechar de base genética, todavía queda por establecer una relación con genes o cromosomas concretos (Toro, 2010). Para la ansiedad social, se ha encontrado hasta un 70% de los parientes de estos pacientes. Aunque específicamente no se ha encontrado el gen de la fobia social, si se identifican genes relacionados con el temperamento inhibido, los cuales se relacionan con este trastorno (Stein, Schork y Gelernter, 2004). Para la fobia específica, la prevalencia es del 35% en familiares del primer grado, en especial fobia a las inyecciones, sangre y heridas (Gómez, 2010; Gregory, Lau y Eley, 2008). En la ansiedad generalizada, se ha considerado una heredabilidad del 32% (Toro y Calle, 2010).

Aspectos neurobiológicos: para el trastorno de pánico, el trabajo de Reiman (Raiman, Raichle, Robins, Butler, Herscovitch, Fox et al., 1994) con tomografías por emisión de positrones (PET) demostró aumento del flujo sanguíneo en el área hipocámpica derecha en pacientes con ataques de pánico con infusión de lactato; este hallazgo es consistente con la hipótesis de hiperactividad noradrenérgica (Toro, 2010). Para la fobia social, se han demostrado alteraciones en el funcionamiento del eje hipotalámico-hipófisis-suprarrenal. Alteraciones en el funcionamiento de la amígdala del hipocampo en los pacientes con fobia social, ha sido evidenciado también, la cual se activa ante situaciones neutras o novedosas (Schwartz, Wright, Shin, Kegan y Rauch, 2003). La respuesta de ansiedad ante estímulos novedosos se observa con frecuencia en niños con comportamientos inhibidos, cuyas madres presentaron depresión en el embarazo y se relaciona con la presencia de cuadros clínicos de ansiedad social en la adolescencia (Weinstock, 2001). Otros autores observaron hipoactividad de los circuitos límbicos-frontales que revierten con el tratamiento farmacológico (Téllez-Vargas, 2010). Con relación a los trastornos obsesivo-compulsivos, las imágenes cerebrales funcionales muestran un aumento en la actividad de la corteza orbitofronta, cíngulo y núcleo estriado y con menor frecuencia disfunciones en la amígdala y el lóbulo temporal (Rauch y Baxter, 1998; Rueda-Jaimes, 2010).

Disfunción noradrenérgica (NA): las teorías de las alteraciones NA son las más investigadas, y se fundamenta para los trastornos de pánico, en la estimulación del *locus ceruleus* (que contiene más del 70% de la norepinefrina cerebral) en experimentos en primates, y su producción de comportamientos de miedo y su ablación disminuye estos comportamientos. El *locus ceruleus* constituye el principal núcleo de neuronas NA enviando eferencias a múltiples zonas cerebrales, tales como el hipocampo y las amígdalas, regiones que están implicadas en la aparición de respuestas de ansiedad (Sáiz et al, 2001). También se plantea que los pacientes con pánico pueden tener una hipersensibilidad en los receptores Alfa 2 adrenérgicos (Braszko y Wisniewski, 1990).

Para estos trastornos de pánico, las principales hipótesis neurobiológicas se derivan de la provocación del pánico en el laboratorio. Varias sustancias como el lactato sódico, el dióxido de carbono, la yohimbina, la cafeína, el clorofenil piperazina (m-CCP) y la colecistoquinina (en inglés, CCK), pueden provocar ataques de pánico en sujetos con este trastorno. Es muy probable que estas sustancias tengan su efecto al estimular determinados sitios del tallo cerebral en personas con predisposición al ataque de pánico, provocando descargas autonómicas masivas (Toro, 2010). En la ansiedad social, se acepta la existencia de una disfunción noradrenérgica, la cual actúa como un sustrato biológico, susceptible de ser influenciado por los factores ambientales y las experiencias psicológicas (Téllez-Vargas, 2010).

Sistema serotoninérgico: para el trastorno de pánico las teorías se basan principalmente en la efectividad antipánico de fármacos serotoninérgicos como a clorimipramina y los inhibidores específicos de receptación de serotonina. Una de las evidencias más claras de las implicaciones de la serotonina en el pánico es la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) en su tratamiento, superior incluso a la imipramina y alprazolam según un metaanálisis realizado sobre 32 ensayos clínicos. Una de las conclusiones que se plantea es que el aumento de su funcionamiento induce a un incremento de la ansiedad anticipatoria (Sáiz et al. 2001). Para la fobia social, la serotonina parece modular la respuesta de la amígdala al miedo, razón por la cual se supone existe una disfunción serotoninérgica en estos pacientes (Furmark, Tillfors, Garperstrand, Marteinsdottir, Langström, Oreland et al. 2004). Con relación el estrés postraumático, los cambios neurobioquímicos, provocan a su vez la hiperactividad de la amígdala del hipocampo, que se traducen en alteraciones en las funciones de la memoria. Además, el exceso del flujo de calcio al interior de la neurona

post-sináptica puede explicar la hiperactividad de la amígdala y la intensidad de los recuerdos traumáticos del evento (Téllez-Vargas y Forero, 2010). La serotonina igualmente ha sido identificado como el neurotransmisor más relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo (Rueda-Jaimes, 2010).

Sistema GABA: el ácido gamma aminobutírico (GABA) y las benzodiazepinas que pueden actuar en los centros serotoninérgicos, noradrenérgicos y posiblemente dopaminérgicos, igualmente validan la hipótesis de estos neurotransmisores implicados en los trastornos de pánico (Sáiz et al., 2001; Toro, 2010). Con relación al trastorno de ansiedad generalizada se ha mostrado disminución en el número de receptores del ácido gamma aminobutírico (GABA) en plaquetas. Las alteraciones en la regulación del glutamato, GABA, norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina y de las vías neuroendocrinas también se consideran responsables de las alteraciones fisiológicas, del trastorno por estrés postraumático (Nutt, 2000; Téllez-Vargas y Forero, 2010). Algunos trabajos sugieren una menor sensibilidad a nivel central de este complejo receptor tanto en sujetos con trastornos de pánico como con los de ansiedad generalizada (Toro, Yepes y Palacio, 2010).

Estudios recientes ponen de manifiesto el papel de la *dopamina* en la etiología de la ansiedad social. Se encontró asociación entre la enfermedad de Párkinson y la ansiedad social, disminución de los metabolitos de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con depresión inhibida y ansiedad social, polimorfismo de los receptores de dopamina D2 y disminución de este tipo de receptores en el núcleo estriado de los pacientes fóbicos sociales. Además, los inhibidores selectivos de la monoaminoxidasa, muestran ser útiles en el tratamiento de la fobia social (Liebowitz, Schneier, Stein y Davidson, 2008). Algunos paciente con estrés postraumático presentan síntomas paranoides desencadenados por compromisos del sistema dopaminérgico, las cuales a su vez producen alteraciones en la memoria declarativa y de trabajo, que puede comprometer la capacidad de concentración y originar síntomas disociativos (Téllez-Vargas y Forero, 2010).

Disfunción respiratoria: existen evidencias de que un subgrupo de pacientes con trastorno de pánico hiperventilan de manera crónica. Se ha explicado este fenómeno en el sentido que el CO<sub>2</sub> puede aumentar la descarga del *locus ceruleus*. Estos pacientes presentan respuestas de hipervigilancia e ideación catastrófica aumentando el nivel de síntomas (Klain, 1994). Existe una relación directa entre elevados niveles de estrés, y el

inicio o aumento en el consumo del tabaco, lo que aumenta el riesgo de sufrir trastornos de pánico (Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Dongil y Salguero, 2010). De manera relacionada, las personas fumadoras presentan mayores niveles de ansiedad que las no fumadoras (Lyvers, Hall y Bahr, 2009). Algunos estudios han señalado que la hiperventilación no produce siempre una reacción importante de ansiedad en todos los sujetos, ni siquiera prolongando los minutos de hiperventilación. En cambio, para algunos sujetos en determinadas situaciones, la hiperventilación si puede producir una reacción considerable de ansiedad, e incluso una crisis de angustia. Ello probablemente dependa de las características de los sujetos, de las características de la situación, del efecto de la amenaza percibida y los procesos cognitivos, y de la interacción entre éstas (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González-Ordi e Iruarrizaga, 2007, 2009).

### **3.7 PREVENCIÓN TERCIARIA DE LA ANSIEDAD**

Los aportes a la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad se iniciaron en la década de los 70 (Padesky, 2004), al abordar la terapia cognitiva con énfasis en la depresión y la ansiedad (*Cognitive therapy and the emotional disorders*; Beck, 1976). Para la ansiedad el predominio de los pensamientos está en términos sobre la amenaza, el daño y la vulnerabilidad. En la década de los 80 consolida su modelo aplicado a estos trastornos de ansiedad (Beck et al., 1985); argumentado desde el modelo evolucionista de la naturaleza adaptativa de la ansiedad, Beck propuso que la ansiedad era el resultado de la sobrevaloración del daño y la subvaloración de las estrategias para enfrentarlo. Basado en hallazgos empíricos, además se enfatizó que frecuentemente la ansiedad estaba acompañada de imágenes (Beck, Laude y Bohnert, 1974). Desarrolló protocolos específicos para cada trastorno de ansiedad, dado la diferenciación cognitiva específica a cada trastorno (Leahy, 2004; Padesky, 2004), y estructuró una teoría específica para el estrés (Pretzer, Beck y Newman, 1989).

El modelo cognitivo de la ansiedad y los trastornos de pánico han recibido una confirmación desde distintas fuentes, al igual que lo han hecho modelos cognitivos sobre el suicidio (Beck, 1986; Beck, Brown, Berchick, Stewart y Steer, 1989, 1990). El pensamiento juega un papel central en la elicitación y mantenimiento de la ansiedad, representado en los esquemas de peligro y las cognitivas erróneas o distorsiones de la realidad sobre la anticipación de daño físico y psicológico: anticipación de peligro, de

enfermar, de ansiedad, de humillación y rechazo (Beck, 1970; Beck et al., 1985; Beck et al, 1979).

La función del terapeuta es ayudar a que el paciente reorganice su estilo de pensamiento y utilice la evidencia, el pensamiento lógico y la razón, para analizar las distorsiones que provocan alteraciones emocionales. En el enfoque terapéutico, el terapeuta se dirige hacia las distorsiones cognitivas para obtener valoraciones mucho más correctas de la realidad, que se reflejan en reducciones significativas de la ansiedad clínica, la depresión y la conducta agresiva.

En el campo de aplicación de la Terapia Racional Emotiva TRE, la ansiedad ha sido uno de los trastornos a los que se le ha puesto mayor atención. Las investigaciones sobre calidad de vida, ideas irracionales y personalidad han revelado a través de los análisis de regresión un incremento significativo en la validez de la irracionalidad por encima de los factores de personalidad, a la hora de predecir la satisfacción en la vida, pero no a la hora de predecir la felicidad subjetiva (Spörrle, Strobel y Tumasjan, 2010).

El trabajo con los esquemas aporta sobre la identificación de la relación de pareja más saludable que se debe buscar y qué tipo de relación conviene evitar. Si bien no es una tarea fácil, se han de tomar decisiones que son dolorosas a corto plazo y que pueden ir en contra de sentimientos esenciales, pero esto permitirá romper la rutina donde se ha estado atascado toda la vida. La terapia proporciona un marco conceptual simple y sencillo que le permite al paciente darse cuenta de las características principales de su vida y aprende la manera de cambiarlas. El modelo de Young se basa en la TC de Beck, ha incorporado muchos aspectos de este tratamiento. Utiliza de esta manera la premisa básica de la TC:

- El modo en que interpretamos los acontecimientos de nuestra vida (pensamientos) determina cómo nos sentimos con respecto a ellos (emociones).
- Las personas con problemas emocionales tienen a distorsionar la realidad. Al enseñar a los pacientes a ser más precisos en la forma de interpretar las situaciones, les ayudamos a mejorar sus alteraciones emocionales.
- Las técnicas cognitivas son complementadas con técnicas conductuales como la relajación, la asertividad, el manejo de la ansiedad, la resolución de problemas, la administración del tiempo y las habilidades sociales. También pueden ser utilizadas técnicas psicoanalíticas y existenciales complementarias a las cognitivas y conductuales.

En la propuesta de Barlow, se considera la desregulación de las emociones, la heredabilidad del funcionamiento emocional desde la filogenia como la ontogenia, y el papel de la cognición en el mantenimiento de los desajustes emocionales. De esta manera, diferentes contextos, la activación inexplicable de las emociones u otras señales interoceptivas o exteroceptivas, evocan proposiciones de amenaza que provocan afecto negativo.

El afecto negativo se describe como la sensación de incontabilidad e impredecibilidad (incapacidad percibida para influir en eventos y resultados importantes a nivel personal) que tiene como efecto desviar la atención hacia la autoevaluación o hacia señales fisiológicas o hacia otros aspectos, que intensifican la activación y favorecen la hipervigilancia y los sesgos cognitivos. Las personas intentarán afrontar la situación pero posiblemente evitarán el contexto situacional que lo provocó o el evento estresante que generó por ejemplo el afecto negativo. El desempeño disfuncional y/o las fallas en la concentración de la tarea afectarán adicionalmente el afecto negativo. Este proceso es denominado por Barlow de *Aprehensión ansiosa* (Barlow, 2001).

El interés de Barlow en sus últimos planteamientos ha sido proponer protocolos unificados para el tratamiento emocional (Barlow, Ellard y Fairholme, 2008), los cuales parten de un sustento teórico y epistemológico mucho más profundo e integrador sobre la participación de las emociones y las cogniciones en los trastornos emocionales; el modelo de la persistencia de malestar emocional depende desde la posición de Barlow no solo del afecto negativo generado como referíamos a contextos, activación inexplicable u otras señales, sino a cómo es percibida esta emoción: como *incontrolable/inaceptable* o como *tolerable/aceptable*; la primera conlleva a esfuerzos para suprimirla y la supresión no va a funcionar, y la segunda no conlleva a esfuerzos por suprimirla y el estado de ánimo se recupera naturalmente. En este sentido, Barlow considera dentro de los eventos, las mismas emociones negativas las cuales pueden llegar a ser muy intensas y van a involucrar componentes muy somáticos, de tal manera que las personas más vulnerables van a tender a reaccionar de manera más inadecuada y el malestar va a persistir (Barlow et al, 2008).

La valoración cognitiva y la revaloración cognitiva es la meta de su trabajo de intervención tanto en prevención primaria, secundaria o terciaria. Parte de un módulo de psicoeducación y fundamentación para entender las emociones y los comportamientos (Los ABCs), sus definiciones, la comprensión de emociones y de conductas impulsadas

por emociones (CIEs), monitoreo de emociones y de CIEs en Contexto. Adicionalmente, el énfasis en la reinterpretación de los antecedentes cognoscitivos conduce a la identificación y evaluación de interpretaciones automáticas. Por otro lado, se incorpora en el modelo la comprensión de las CIEs y las estrategias de evitación emocional con el efecto en el mantenimiento del desorden emocional.

Las estrategias de evitación favorecen la suprarregulación y el aumento de emociones negativas, la preocupación, la ansiedad y la rumiación, y la meta vuelve a ser la revaloración de las interpretaciones y el análisis de las alternativas desde un sustento teórico del funcionamiento de las emociones: a) evitación y tendencia a la regulación de las emociones, o b) sub-regulación con la disminución de emociones negativas y el afrontamiento con éxito.

Barlow en su protocolo, describe tres tipos de estrategias de evitación emocional:

1) Evitación conductual sutil: típicamente ocurre cuando una persona enfrenta una situación asociada a emociones intensas y no es posible escapar de la situación. Esto da lugar a que se den varias conductas sutiles de las que la persona no se da cuenta totalmente de ellas. Algunas veces estos comportamientos sirven para prevenir la aparición de sensaciones físicas asociadas a emociones intensas. Por ejemplo quien tenga ataques de pánico puede evitar tomar bebidas con caféina, hacer muchas cosas para evitar la sudoración como ponerse poca ropa o bajar mucho el aire acondicionado para prevenir las sensaciones físicas que les dispara el pánico;

2) Estrategias de evitación cognoscitiva: son difíciles de identificar pero dentro de los ejemplos se pueden citar la distracción, y ésta favorecer la evitación emocional. La preocupación puede conducir a la distracción como ver televisión mientras espera a sus hijos en la noche, y le da miedo que si no se distrae y no previene, los sentimientos y pensamientos negativos pueden llegar a ser sobrecogedores. Otra estrategia cognitiva es la racionalización de los problemas, utilizada para no sentir las emociones cuando ocurren; y

3) Señales de seguridad: cuando alguien es incapaz de evitar directamente situaciones que provocan emociones, como llevar botellas de agua, meditación, celulares, libros de oración, mascotas, etc. Las señales de seguridad impiden aprender que las situaciones no son peligrosas, puesto que atribuimos que podemos manejar las emociones gracias a la presencia de señales de seguridad.



Así, desde Barlow, la exposición emocional hace parte del protocolo, con formato de prueba de Inducción de Síntomas, formato de Activación interoceptiva, jerarquía de evitación situacional y guías para diseñar e implementar una exposición emocional efectiva.

### 3.8 COMORBILIDAD E IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

Los trastornos pueden ser comórbiles cuando hay síntomas compartidos, cuando uno genera consecuencias en el otro, cuando se presenta un factor etiológico precipitante de ambos, porque un trastorno causa o incrementa el riesgo de desarrollar un segundo trastorno, o cuando una manifestación clínica enmascara una depresión. La correlación entre depresión y ansiedad y otros trastornos mentales y enfermedades médicas, correlacionan a su vez el entendimiento entre factores etiológicos de cada una, y más aún, se presenta una relación bidireccional en la que cada una tiene un impacto negativo en el tratamiento y el pronóstico del otro (Yepes y Palacio, 2010; Velásquez, 2010). En un estudio realizado por Ayuso, se puede apreciar las proporciones de estos diferentes grupos de pacientes referidos por el médico general a la consulta psiquiátrica ambulatoria de la seguridad social en España (Figura 7); solamente un 24% consulta por síntomas depresivos, el 63% por síntomas generales y orgánicos y finalmente el 13% por ansiedad (Yepes y Palacio, 2010).

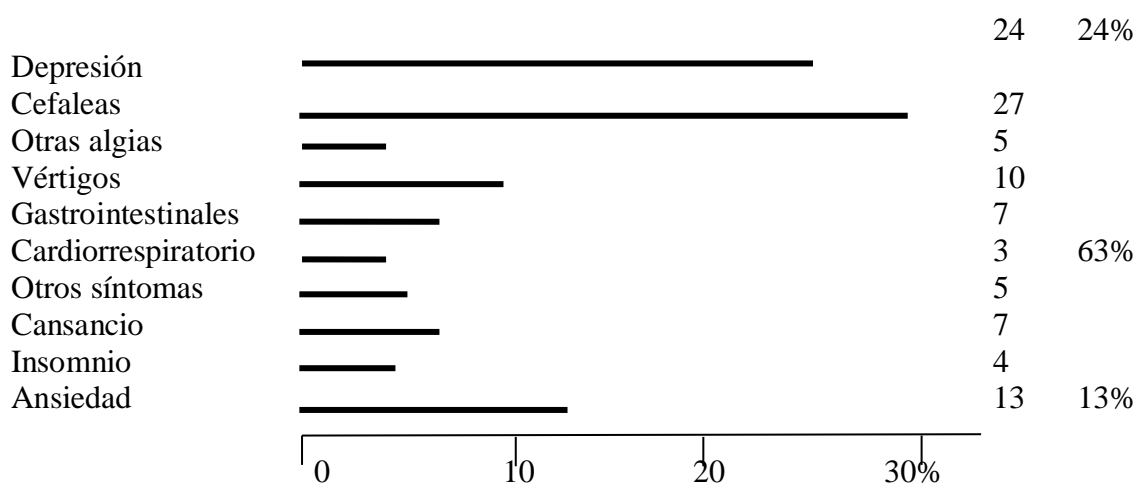


Figura 7. Motivo de consulta de pacientes deprimidos referidos por el médico general. Modificado de Ayuso, J.L., Ramos, J.A. Las depresiones en la clínica ambulatoria y su tratamiento. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1984 (Citado por Yepes y Palacio, 2010).

### 3.8.1 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

La ansiedad es el trastorno del Eje I más frecuente asociado con la depresión (Andrews et al., 2007; Joiner, Walker, Pettit, Pérez y Cukrowicz, 2005; Romero, Canals, Hernández-Martínez, Jané, Viñas y Doménech-Llaberia, 2010; Sanderson, Beck y Beck, 1990), y dicha correlación tiene una alta incidencia en las dificultades para alcanzar rápidamente resultados positivos en la terapia, requiriendo citas adicionales para intervenir de manera independiente ambos trastornos (Davis, Barlow y Smith, 2010).

Las consecuencias psicológicas, sociales y emocionales son mucho más elevadas cuando se presenta esta comorbilidad, con costos interpersonales y económicos significativos no solo para el individuo, sino también para la sociedad. De esta manera, los programas de prevención en los niveles primaria, secundaria y terciaria son propuestos como indispensables desde un enfoque psicobiológico (Dozois y Dobson, 2004; Institute of Medicine IOM, 1994). En estudiantes universitarios se consideran de gran relevancia, dado las presiones académicas generadoras de estrés y la repercusiones de los síntomas, más cuando se encuentran asociados, con el rendimiento académico (Khan, Mahomood, Badshah, Ali y Jamal, 2006).

El modelo tripartita propuesto por Clark y Watson (1991), propone un diagnóstico mixto cuando se presenta distrés generalizado, hiper-arousal fisiológico y tensión somática (específicos de ansiedad) y anhedonia y bajo afecto positivo (específico de depresión). Estudios posteriores han validado este planteamiento (Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Strauss y McCormick, 1995).

Específicamente, la depresión se asocia frecuentemente con el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad social, el trastorno obsesivo compulsivos (Chappa, 2003; Cox, Rector y Bagby, 2000; Fava, Rankin, Wrigh et al., 2000; Zlotnick y Keller, 2001), y el trastorno por estrés postraumático (Davis, Grills-Taquechel y Ollendick, 2010). El diagnóstico mixto ha sido sugerido por diferentes autores, apoyados en sustentaciones psicométricas e implicaciones taxonómicas.

La coexistencia con el trastorno de ansiedad generalizado es mucho más frecuente que la de cada trastorno por separado (Guelfi, 1993), y las razones que se han planteado para la asociación son principalmente de tipo genético (Joiner, Walker, Pettit,

Perez y Cukrowicz, 2005). El predominio de las preocupaciones favorece la diferenciación, junto con el acento en los síntomas secundarios psíquicos (Rickels y Rynn, 2001). La preocupación aguda y la depresión han sido considerados como factores de riesgo para los intentos de suicidios en estudiantes universitarios (Eisenberg, Gollust, Golberstein y Hefner, 2007).

La comorbilidad entre distimia y la ansiedad social es muy alta. Se estima entre el 12% y el 31% (Judd, 1994). La ansiedad social afecta la habilidad de las personas para interactuar con otros en distintos contextos, y por lo tanto, si ambos trastornos coexisten, es más probable la autopercepción negativa sobre sí mismo. En la adolescencia, la depresión puede considerarse un factor de riesgo de sufrir depresión posteriormente, y su comorbilidad con la fobia social favorece la persistencia de los síntomas depresivos y las recurrencias (Chappa, 2003).

Con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), las razones de asociación se sustentan de manera diferente; la implicación de los ganglios basales es relacionada con el TOC más no con la depresión. Por otro lado, el distrés en las personas con TOC genera depresión, pero no lo contrario (Joiner et al. 2005).

La asociación entre trastorno de angustia, depresión y consumo de sustancias ha sido referido por Crowley, Cross, March, Roth, Shehe y Wang (2006) y debe considerarse siempre en las evaluaciones diagnósticas. El carácter variable del trastorno puede evidenciar complicaciones previas.

### 3.8.2 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ALCOHOLISMOS

La relación entre depresión, ansiedad y alcoholismo es frecuente (Mancevska, Bozinovska, Tecce, Pluncevik-Gligoroska, Sivevska-Smilevska, 2008). El abuso de alcohol puede llegar al 30% si se estudia cuidadosamente al paciente depresivo (Moor, Bone, Geller et al., 1989). Aproximadamente, el 95% de los pacientes que acuden a tratamiento para un trastorno relacionado con el consumo de sustancias, presenta síntomas de características depresivas (Gálvez y Rincón, 2008).

Por otro lado, los estudios epidemiológicos coinciden con esta cifra, y en forma adicional, establecen que el 40% de los alcohólicos reciben el diagnóstico de depresión en el curso de su adicción (Regier, Farmer et al., 1990). La depresión en pacientes alcohólicos disminuye el nivel de calidad de vida percibido, particularmente en las

escalas de depresión (Martínez, Graña y Trujillo, 2010). El rendimiento académico se ve afectado y el riesgo es mayor al presentarse trastorno comórbiles entre depresión, ansiedad y abuso de alcohol, especialmente en estudiantes universitarios (Mancevska et al., 2008). El consumo excesivo de alcohol actúa desfavorablemente en la evolución del cuadro depresivo, y si ésta remite con la interrupción del consumo, debe considerarse secundaria (Chappa, 2003). De esta manera, algunos estudios de seguimiento encuentran que las probabilidades de recuperación se reducen a la mitad cuando el distímico abusa del alcohol durante el tratamiento (Mueller, Lavori et al., 1994). Por lo anterior, se recomienda lograr la abstinencia como objetivo inicial del abordaje terapéutico.

### 3.8.3 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Los estudios de evidencia empírica han identificado alta comorbilidad de los trastornos del estado de ánimo depresivo y los trastornos obsesivo-compulsivo con la anorexia (Joiner et al., 2005). Las tasas de prevalencia reportadas en los diferentes estudios oscilan entre el 40% y 60% para depresión mayor en pacientes con anorexia nerviosa y 65% a 68% en bulimia nerviosa. La prevalencia es mayor en los subtipos purgativos (Halmi et al, 1991; Kennedy, Kaplan, Garfinkel, Rockert, Toner y Abbey, 1994).

### 3.8.4 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Su alta comorbilidad constituye un problema diagnóstico importante que ha sido en parte resuelto al considerar los trastornos de la personalidad como ejes diferentes y de vulnerabilidad a estos trastornos (también analizados en el capítulo de personalidad). Los síntomas subafectivos producen, cuanto más precoz en su inicio, distorsiones en el desarrollo del carácter que llevan a perturbaciones de la personalidad, dificultades interpersonales y dependencia. Los rasgos de personalidad han sido estudiados en la relación de trastornos de la personalidad y trastornos del estado de ánimo depresivo (Frost, Steketee, Williams y Warren, 2000). Niveles elevados de neuroticismo y bajos en extraversión y autoconsciencia han sido los que más relacionan los trastornos

depresivos comórbiles con la ansiedad (Spinhoven, De Rooij, Heiser, Smit y Penninx, 2009; Sutton et al., 2010)

Se ha identificado la comorbilidad con trastornos de la personalidad (Joiner et al., 2005), en especial con los trastornos del grupo B y C (Andrews et al., 2007). Los trastornos de la personalidad por dependencia, límite, histriónico, obsesivo-compulsivo y por evitación se suelen asociar con la depresión (Dyck, Phillips, Warshaw, Dolan, Shea, Stout et al. 2001). Uno de las asociaciones más citadas en la literatura es la depresión, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad; este último se ve frecuentemente asociado con depresión y predominio en el desajuste escolar y laboral, trastornos del comportamiento y dificultades en las relaciones interpersonales (Bellino et al.; 2005; Chappa, 2003). La conducta suicida igualmente muestra un riesgo elevado de estos tres trastornos en su carácter de impulsividad, angustia y distimia, junto con el abuso de sustancias y el alcohol (Baldessarini et al., 2006; Gabbard et al., 2006; Skodol et al. 1999). Las personas con trastorno de la personalidad paranoide pueden experimentar episodios psicóticos breves, un trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad (por angustia y obsesivo-compulsivo), abuso y dependencia al alcohol o de otras sustancia (Millon et al., 2009). Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad usualmente experimentan síntomas de ansiedad, depresión y episodios psicóticos (Caballo et al., 2010; Echeburúa et al., 2010). El trastorno narcisista de la personalidad suele asociarse con trastorno depresivo mayor y distimia, hipomanía, anorexia nerviosa y la bulimia, y trastornos relacionados con sustancias (Echeburúa et al., 2010; Martín et al., 2009).

La asociación entre depresión, ansiedad y por dependencia son muy frecuentes (Butler, Beck y Cohen; 2007; Caballo et al., 2010; Chappa, 2003). Los trastorno de la personalidad por dependencia y obsesivo-compulsivos han sido considerados como predictor para la depresión postparto en el estudio de Uguz, Akman, Sahingoz, Kaya y Kucur (2005). La depresión y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad se presentan asociados cuando en la sintomatología distímica predominan las perturbaciones sociales, el trastorno de los vínculos y los síntomas de irritabilidad (Caballo et al., 2010; Chappa, 2003; Fernández del Rio, Becoña y López, 2010).

Los trastornos de ansiedad, específicamente la fobia social generalizada ha tenido limitaciones para diferenciarse con el trastorno de la personalidad por evitación; su alta comorbilidad se le plantea como una cuestión dimensional. Se asocia

frecuentemente con los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, especialmente la fobia social generalizada (Caballo et al., 2010; Carter y Wu, 2010; Tillfors, Furmark, Ekselius y Fredrikson, 2001).

La depresión y el trastorno depresivo de la personalidad actualmente se han ido diferenciando. Éste es un último trastorno de la personalidad establecido recientemente. Phillips, Gunderson, Triebwasser et al. (1999) plantean que el punto de mayor interés respecto a este trastorno, consiste en la posibilidad de diferenciarlo conceptual y empíricamente con la distimia, la depresión mayor y con otros trastornos de la personalidad.

### 3.8.5 DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN Y ENFERMEDAD

La depresión mayor y la ansiedad, presentes en el contexto del paciente con enfermedades médicas especialmente crónicas y deteriorantes, son frecuentemente subdiagnosticadas y por consiguiente subtratadas. La depresión y la ansiedad pueden preceder la aparición de otras condiciones médicas y de esta manera representar una manifestación temprana de la enfermedad, y en otras situaciones, pueden estar relacionadas con la aparición de otras entidades médicas. De esta manera, la comorbilidad puede complicar el curso de la enfermedad médica primaria con un sinnúmero de consecuencias tanto para el paciente como para los sistemas de salud: a) mayor utilización de servicios médicos (consulta ambulatoria y urgencias), b) aumento de hospitalizaciones y estancias hospitalarias, c) menor respuesta al tratamiento farmacológico en enfermedades crónicas, d) falta de adherencia al tratamiento médico y seguimiento a las recomendaciones generales incluyendo dieta y ejercicio, e) aumento en la prevalencia de abuso y dependencia al cigarrillo y el alcohol, y f) mayores tasas de discapacidad y de suicidio (Velásquez, 2010).

Los síntomas somáticos son frecuentemente encontrados en los pacientes con trastornos depresivos (depresión mayor y distimia) y de ansiedad (Chaturvedi, Maguire y Somashekar, 2006; Simon y Von Korff, 1991), al igual que la somatización, la depresión y la ansiedad con trastornos físicos severamente crónicos como el cáncer rectal, glaucoma y artritis reumatoide (Hyphantis et al., 2009). La *odds ratio* de coexistencia de los trastornos por depresión y somatización reportados son de 26.8

(Boyd et al., 1984). Los trastornos por somatización por lo general son secundarios a los trastornos depresivos, y es el predominio somático la presentación más común de la depresión enmascarada (Chappa, 2003). Las complicaciones gastrointestinales, varios tipos de dolor, síntomas cardiopulmonales, complicaciones pseudoneurológicas, disfunciones sexuales y dificultades en el sistema reproductor, son igualmente citados como los síntomas del trastorno por somatización que más comúnmente se encuentran en la práctica clínica general. Las personas que padecen dolores múltiples complicados, presentan alto factor de riesgo para la depresión mayor; el número de dolores se cita como uno de los mejores predictores más que la severidad o la persistencia de los mismos (Beckham y Leber, 1995).

La depresión también ha sido frecuentemente relacionada con el hipotiroidismo y otras enfermedades médicas (Beckham y Leber, 1995). La depresión y la ansiedad han sido estudiadas como predictoras de recaídas en pacientes atendidos por diabetes hasta 12 meses después (Paddison et al., 2010). Adicionalmente, la asociación entre el estado de salud mental y la salud física ha sido el interés de muchos estudios. Así, en el estudio realizado por Adams, Wharton, Quilter y Hirsch (2008), quienes caracterizaron la salud mental pobre (depresión, ansiedad y afecto negativo), y luego examinaron la relación entre el estado de salud mental pobre con altos índices de enfermedades infecciosas (bronquitis, inflamación de la garganta) en 47.202 participantes estudiantes americanos, los resultados reportaron una prevalencia de enfermedades infecciosas altas con un rango del 8% al 29% al realizar análisis univariados y regresión logística binaria. La prevalencia de ansiedad fue del 12% y de depresión del 20%. Depresión, ansiedad y agotamiento fueron asociados con índices elevados de enfermedades infecciosas con medidas de dependencia de O.R. de 0.56 a 0.91. Concluyeron que sí existía una asociación entre el estado de salud mental pobre con los índices elevados de enfermedades infecciosas en los estudiantes.

# CAPÍTULO 4. ESTUDIOS PRELIMINARES



## RESUMEN

Uno de los propósitos de la Tesis Doctoral fue validar el modelo de vulnerabilidad-estrés a síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de primeros semestre de formación superior, punto de partida para implementar, aplicar y evaluar el programa de prevención. El ciclo de la propuesta partió con los estudios preliminares expuestos en este capítulo: un estudio nacional de prevalencia de los trastornos mentales y caracterización psicológica de los más prevalentes, participaron 490 consultantes de los servicios de psicología de Bienestar institucional y los Consultorios psicológicos (70% estudiantes universitarios), de 13 universidades de diferentes regiones de Colombia (Andina, Caribe, Pacífica y los Santanderes). Resultados: 51.8% de la muestra fue diagnosticada con algún trastorno mental. En su orden de prevalencia y los componentes de vulnerabilidad –estrés: a) depresión mayor: prevalencia 26.3%, predictores tales como creencias de personalidad límite  $\beta$  .083\*\* y por evitación  $\beta$  -.146\*\*, pensamiento polarizado  $\beta$  .247\* y personalización  $\beta$  -.265\*; factores de riesgo casi todos los estresores (de vivienda RD 3.500\*\*, de acceso a servicios de salud RD 2.585\*, grupo primario RD 2.314\*\*, económicos RD 2.002\*, ambiente social RD 1.969\*\*, laborales RD 1.723\*\*); b) ansiedad generalizada: prevalencia 17.8%, predictores cognitivos de esquemas (desconfianza/abuso  $\beta$  .128\*\*, entrampamiento/apego  $\beta$  .139\*, inhibición emocional  $\beta$  -.118\*, estándares inflexibles  $\beta$  .094\*), negativo para creencias narcisista  $\beta$  -.159\*, pasivo agresivo  $\beta$  .156\* y esquizoide-.236\*\*, distorsión sobre falacia de recompensa divina  $\beta$  .040\*\*, y las estrategias de afrontamiento de solución de problemas  $\beta$  -.124\*\*, religión -.048\*); factores de riesgo problemas económicos RD 2.402\*\* y relativos a la enseñanza RD 1.815\*; c) trastornos de angustia: prevalencia 13.3%, predictores en esquemas de autosacrificio  $\beta$  -.099\* y estándares inflexibles  $\beta$  .094\*, creencias de personalidad histriónico  $\beta$  .095\*, gran número de distorsiones cognitivas (interpretación del pensamiento  $\beta$  -.289, visión catastrófica  $\beta$  .267\*, personalización  $\beta$  -.462\*\*, falacia de justicia  $\beta$  .472\*\*, razonamiento emocional  $\beta$  .415\*\* y deberías  $\beta$  -.351) y estrategias de afrontamiento solución de problemas  $\beta$  -.166\*\*, búsqueda de apoyo social  $\beta$  -.076\*, búsqueda de apoyo profesional  $\beta$  -.072\*, reacción agresiva  $\beta$  .072\*; factores de riesgo problemas relativos al ambiente social RD1.905\*; d) ansiedad social: prevalencia 10.8%, predictores creencias perfeccionistas  $\beta$  -.114, distorsiones como pensamiento

polarizado  $\beta$   $-.628^{**}$ , falacia de justicia  $\beta$   $.300^*$ , razonamiento emocional  $\beta$   $.551^{**}$ , culpabilidad  $-.556^{**}$ , estrategias de afrontamiento como solución de problemas  $\beta$   $-.074^*$ , religión  $\beta$   $-.054^*$ ; factor de riesgo problemas relativos al grupo social RD  $1.906^*$ ; y e) abuso de sustancias: prevalencia 6.5%, predictores cognitivos solo en las estrategias de afrontamiento en solución de problemas  $\beta$   $-.086^{**}$  y autonomía  $\beta$   $.345^*$ .

Conclusiones: se valida la hipótesis de la especificidad del contenido y la de diátesis cognitiva estrés mas no la de afrontamiento diferencial (Clark y Beck, 1997). La prueba piloto para el programa de intervención en prevención centrado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático, participaron 50 profesionales del campo de la salud. Resultados: se reportó una disminución en la mayoría de las puntuaciones que estaban sobre el percentil 85, es decir, se flexibilizó el patrón de comportamiento, con diferencias significativas en el patrón evitativo. La validación de los instrumentos se realizó en cooperación con la U. de Deusto, Bilbao durante la pasantía en España. Se realizaron los análisis confirmatorios (SQ-SF; Young y Brown, 1994; PBQ-SF; Beck y Beck, 2001). Las muestras fueron representativas para validar cada prueba (1392 y 663 respectivamente, muestras comunitarias). Resultados: los niveles de confiabilidad de las escalas fueron bastante buenos. El SQ-SF alcanzó un nivel de 0.957 Alfa de Cronbach, y para cada uno de los 15 factores analizados los valores oscilaron entre 0.74 y 0.89. La validez y adecuación del PBQ-SF en sus componentes estuvo entre 0,68 y 0,84.

## **4.1 ESTUDIO NACIONAL SOBRE PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN**

El objetivo de este estudio fue identificar los trastornos de mayor prevalencia entre usuarios de los servicios de psicología de Bienestar institucional y Consultorios psicológicos de diferentes Universidades de Colombia. Otro objetivo fue jerarquizar los factores de riesgo para los trastornos de mayor prevalen (Londoño et al., 2011).

### **1.1 MÉTODO**

#### **4.1.1.1 Participantes**

La muestra estuvo conformada por 490 participantes, 181 (36.9%) hombres y 309 (63.1%) mujeres, edad media 24.8 años de edad (desviación 9.6; rango de edad 16 – 79) (Tabla 2). El 70% de los participantes eran estudiantes universitarios, muestra clínica, usuarios de los servicios de psicología que ofrecen las universidades a través de Bienestar institucional y los Consultorios psicológicos. El total de las universidades que participaron en el estudio fue de 13, distribuidas en distintas regiones de Colombia (Tabla 3).

La muestra fue elegida por conveniencia, 250 (51%) usuarios de los Consultorios psicológicos y 237 (49%) usuarios de los servicios psicológicos de Bienestar. La muestra no se distribuyó de manera homogénea en las diferentes regiones de Colombia; la mayor concentración de los participantes fue en la región Andina: 78% (Medellín, Pereira y Manizales), seguida por la región de los Santanderes: 11.8% (Bucaramanga y Valledupar), la región de la costa Pacífica: 5.1% (Cali), la costa Atlántica: 4.7% (Barranquilla y Cartagena). La recolección de los datos se realizó entre los meses de abril del 2007 y agosto del 2008.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas de 490 usuarios de servicios psicológicos de diferentes universidades de Colombia

	f	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	181	36.9
Mujer	309	63.1
<b>Grupo de edad (años)</b>		
16-25 años	351	71.6
26-35 años	59	12.0
36-45 años	41	8.4
46-55 años	16	3.3
56 años o mas	8	1.6
<b>Estado civil</b>		
Soltero	388	79.2
Casado	72	14.7
Separado	13	2.7
<b>Estrato Socioeconómico</b>		
(Bajo) 1-2	92	18.8
(Medio) 3-4	293	59.8
(Alto) 5-6	93	19.5
<b>Ocupación</b>		
Estudiantes	344	70.2
Laboralmente activos	85	17.3
Actualmente no laboran	25	5.1

Tabla 3. Distribución de la muestra por región, ciudad, universidad y servicio

Región	Ciudad	Universidad	Servicio	Sexo	F	%	
Andina	Medellín	Universidad de San Buenaventura	Consultorio psicológico	Hombre	12	2.5	
			Bienestar institucional	Mujer	22	4.5	
			CIAF	Hombre	20	4.0	
				Mujer	32	6.5	
				Hombre	6	1.2	
		Universidad de Antioquia	Consultorio psicológico	Mujer	13	2.6	
		Universidad Pontificia Bolivariana	Consultorio psicológico	Hombre	46	9.4	
			Bienestar institucional	Mujer	57	11.6	
			Bienestar institucional	Hombre	14	2.9	
			Bienestar institucional	Mujer	22	4.5	
	Pereira	CES	UCPR	Bienestar institucional	Hombre	5	1
					Mujer	12	2.5
					Hombre	28	5.7
		Manizales	Manizales	Bienestar institucional	Mujer	48	9.8
				Consultorio psicológico	Hombre	18	3.7
				Consultorio psicológico	Mujer	14	2.9
	Manizales	Manizales	Bienestar institucional	Hombre	6	1.2	
			Mujer	6	1.2		
			Hombre	0	0		
			Mujer	2	.4		
Costa Atlántica	Barranquilla	Universidad del Norte	Bienestar institucional	Hombre	1	.2	
				Mujer	2	.4	
	Cartagena	USB	Consultorio psicológico	Hombre	0	0	
			Bienestar institucional	Mujer	1	.2	
				Hombre	4	.8	
				Mujer	15	3.1	
Costa Pacífica	Cali	Pontificia Javeriana	Consultorios psicológicos	Hombre	1	.2	
				Mujer	4	.8	
				Total	5	1	
		Bienestar institucional		Hombre	5	1	
				Mujer	13	2.7	
				Total	18	3.7	
Santanderes	Bucaramanga	Universidad Pontificia Bolivariana	Bienestar institucional	Hombre	6	1.2	
				Mujer	20	4.1	
				Total	26	5.3	
		Universidad del Santander	Consultorios psicológicos		Mujer	2	.4
					Hombre	0	0
					Total	2	.4
	Barranca-Bermeja	Cooperativa de Colombia	Bienestar institucional		Hombre	2	.4
					Mujer	6	1.2
				Total	8	1.6	
			Consultorios psicológicos		Hombre	3	.6
					Mujer	3	.6
Bienestar institucional		Hombre	4	.8			
		Mujer	12	2.5			

#### 4.1.1.2 Instrumentos

*Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Scheehan y Lecrubier, 1999)*: entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. Se evalúan los siguientes trastornos: episodio depresivo mayor, trastorno distímico, riesgo de suicidio, episodio (hipo) maníaco, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, estado por estrés postraumático, abuso y dependencia de alcohol, trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de ansiedad generalizada.

*Formato de evaluación Eje IV: problemas psicosociales y ambientales (APA, 2000)*: se indica con una “X” en las casillas correspondientes, los tipos de problemas que presentan los consultantes. El formato especifica: a) problemas relativos al grupo primario de apoyo: por ejemplo fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos, nacimiento de un hermano; b) problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación); c) problemas relativos a la enseñanza: por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado; d) problemas laborales: por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflicto con el jefe o los compañeros de trabajo; e) problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindario insaludable, conflictos de vecinos o propietarios; f) problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes; g) problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado; h) problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen: por ejemplo arrestos,

encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal; e i) otros problemas psicosociales y ambientales: por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

*Young Schema Questionnaire (YSQ; Young, 1999)*: el cuestionario fue validación para Colombia por Castrillón et al. (2005): La validez tipo Alfa del cuestionario es de 0.91. Los componentes que evalúan son los siguientes: a) esquema de abandono: hace referencia a que los demás son personas inestables emocionalmente e indignos de confianza para prodigar apoyo y vinculación; b) esquema de insuficiente autocontrol/autodisciplina: hace referencia a la dificultad generalizada por ejercer control sobre las propias emociones, por limitar la expresión excesiva de las mismas y controlar los impulsos, y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas; c) el esquema de desconfianza/abuso: hace referencia a que las otras personas lastimarán, se aprovecharán o harán a la persona víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras; d) esquema de privación emocional: está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros; e) esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad: es una creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables; f) esquema de autosacrificio: es definido como la concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás en situaciones cotidianas, a expensas de la propia satisfacción; g) esquema de estándares inflexible (1): refiere creencias relacionadas con el esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica; h) esquema de estándares inflexibles (2): indica el esfuerzo por mantener todo en perfecto orden, el esfuerzo por ser siempre mejor, y no conformarse con lo que se ha alcanzado; i) esquema de inhibición emocional: tiene que ver con la contención excesiva de acciones y sentimientos que dificultan la comunicación espontánea, generalmente, para evitar la desaprobación de los demás; j) esquema de derecho: hace referencia a la creencia de que la persona es superior a los demás, que tiene derechos y privilegios especiales o que no está obligado por las reglas de reciprocidad que guían la interacción social habitual; y k) esquema de entrapamiento: se refiere a una excesiva implicación y cercanía

emocional con personas significativas (con frecuencia los padres) a expensas de una individuación completa o de un desarrollo social normal.

*Cuestionario de Creencias Centrales de los trastornos de la personalidad (CCE-TP; Londoño et al, 2007):* consta de 65 ítems, el nivel de confiabilidad Alfa de Cronbach de la prueba fue de 0.93, y evalúa las siguientes creencias centrales de los trastornos de la personalidad: a) esquizotípico/límite: se consideran extraños y diferentes, sienten que los demás no les comprenden por ser diferentes y creen que no encajan en los grupos; b) esquizoide: se caracteriza por la incomodidad al sentir compromisos con las demás personas y la tendencia a evitar el tener estos compromisos; c) paranoide: se representa por concebirse a sí mismos como recelosos y suspicaces, tienden a ser desconfiados y a estar en guardia para que los demás no los usen o manipulen; d) antisocial: este perfil se caracteriza por insensibilidad e indiferencia, tienden a utilizar a los otros antes que los otros lo hagan con ellos, mienten y hacen trampas y emplean cualquier método para conseguir lo que desean así sea incorrecto; e) histriónico / exaltación personal: creencias sobre sí mismo de ser una persona encantadora e irresistible, especial y admirada por los demás; f) histriónico / dependiente emocional: caracterizado por preocupaciones interpersonales frente al rechazo, ser ignorados, la soledad y el aburrimiento; g) narcisista: representado por la búsqueda de reconocimiento, de respeto y de lo que consideran tienen derecho, y los esfuerzos por obtener o mantener el estatus; h) dependiente: este perfil está representado por creencias sobre sí mismos de ser débiles, necesitadas de ayuda y afecto, y creencias sobrevaloradas frente a los demás de ser fuertes y brindar seguridad; i) evitativo / indeseabilidad social: creencias sobre sí mismo de ser indeseable e incompetente en el trabajo y consideran a los demás como indiferentes y despectivos ante sus esfuerzos; j) evitativo / temor a la evaluación negativa: se caracteriza por temor frente al rechazo, temor a quedar expuesto como inferior, y la tendencia a evitar a toda costa las situaciones desagradables; k) obsesivo-compulsivo / perfeccionismo: se caracteriza por un patrón de perfeccionismo, tendencia a mantener el orden y a estar atento a los detalles; l) obsesivo-compulsivo / crítica frente a los demás: caracterizado por una actitud de permanente crítica frente a los demás donde se considera a los otros como incompetentes, irresponsables, autocomplacientes y descuidados; ll) pasivo-agresivo / temor a ser dominado: se describe como la tendencia a considerar como amenazante



cualquier relación en la que se detecte que puede ser dominado por el otro; y m) pasivo-agresivo / resistencia a la autoridad: tendencia a mostrar rechazo frente a quien asume el rol de autoridad. Se considera que las personas con autoridad son controladoras, tienden a ser intrusivas y entrometidas.

*Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan (IPA; Ruiz y Imbernon, 1999).* Este inventario evalúa las siguientes distorsiones cognitivas: a) filtraje o abstracción selectiva: Consiste en seleccionar en forma de visión de túnel un solo aspecto de una situación; b) pensamiento polarizado: consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios, las cosas se valoran como buenas o malas; c) sobregeneralización: consiste en sacar de un hecho general una conclusión particular sin base suficiente, si ocurre algo malo en una ocasión, esperara que ocurra una y otra vez; d) interpretación de pensamiento: se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. En concreto la persona cree que es capaz de adivinar que sienten los demás respecto a ella; e) visión catastrófica: consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales. Las personas continuamente perciben catástrofes ante pequeñeces; f) personalización: consiste en el habito de relacionar, sin base suficiente los hechos del entorno con uno mismo. Igualmente la persona con esta distorsión se compara con los demás; g) falacia de control: consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida o bien la persona se suele creer muy competente irresponsable de todo lo que le ocurre a su alrededor o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida; h) falacia de justicia: consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades; i) falacia de cambio: Son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos; j) razonamiento emocional: consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente; k) etiquetas globales: consiste en generalizar una o dos cualidades de un juicio negativo global; l) culpabilidad: consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos; ll) deberías: consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier

desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema; m) tener razón: consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona que el punto de vista de uno es el correcto; y n) falacia de recompensa divina: consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorara mágicamente en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual.

*Escala de Estrategias de Coping Modificado (EEC-M; Londoño et al, 2006.)*

Cuestionario consta de 69 preguntas, evalúa 12 estrategias de afrontamiento al estrés. El nivel de confiabilidad de la escala es de un Alfa de Cronbach de 0.847. Las estrategias de afrontamiento al estrés que evalúa son: a) solución de problemas: estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución; b) búsqueda de apoyo social: estrategia comportamental en la cual se expresa la emoción y se buscan alternativas para solucionar el problema con otra u otras personas; c) espera: estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo; d) religión: estrategia cognitivo-comportamental expresadas a través del rezo y la oración dirigidas a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema; e) evitación emocional: estrategia cognitivo-comportamental en la cual se evitan expresar las emociones, dada la carga emocional o la desaprobación social; búsqueda de apoyo profesional: estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo; g) reacción agresiva: estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos; h) evitación cognitiva: estrategia cognitiva en la que se busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción; i) reevaluación positiva: estrategia cognitiva que busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen al enfrentar la situación; j) expresión de la dificultad de afrontamiento: describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, para expresarlas y resolver el problema; k) negación: tendencia a comportarse como si el problema no existiera, se

trata de no pensar en el problema y alejarse de las situaciones que se relacionan con él de manera temporal, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera; y l) autonomía: hace referencia a la tendencia en responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales.

#### 4.1.1.3 Procedimiento

Se realizaron diferentes capacitaciones a los psicólogos y los practicantes de psicología a nivel Nacional sobre la investigación y la utilización de los instrumentos de evaluación, con entrenamiento de la entrevista estructurada MINI. Con los consultantes, se les presentó la investigación a todos los usuarios que tenían 16 años o más, y a quienes desearon participar voluntariamente (consentimiento informado), se les realizó la entrevista estructurada de Salud Mental M.I.N.I., y se les aplicaron los cuestionarios. La entrevista estructurada fue realizada en los consultorios por psicólogos y practicantes de psicología de manera individual, y los cuestionarios fueron autoaplicados en su mayoría en las salas de espera, excepto para aquellas personas que presentaron limitaciones visuales o no sabían leer, con quienes se procedió a leerles las preguntas. El tiempo de aplicación fue aproximadamente de hora y media.

#### 4.1.2 RESULTADOS

El 51.8% presentaron uno o más trastornos mentales, sin diferencias significativas con relación al sexo (Chi-cuadrado .338). Se reportaron las siguientes prevalencias por categorías diagnósticas: trastornos de ansiedad 33.9% (166 casos), trastornos del estado de ánimo depresivo: 31.6% (155 casos); trastornos bipolares 18% (88 casos); trastornos psicóticos 4.9 (24 casos). El trastorno específico de mayor prevalencia fue el episodio depresivo mayor actual (26.3%) (Tabla 3), seguido por la ansiedad generalizada (17.8%), el trastorno por angustia (13.3%), la fobia social (10.8%) (Tabla 4) y el abuso de drogas (6.5%) (Tabla 5). Se reportó diferencia significativas entre los sexos con relación al trastorno del estado de ánimo depresivo (integrando diagnósticos específicos) (Chi-cuadrado = .036), el episodio depresivo mayor pasado (Chi-cuadrado = .040), con mayor prevalencia en las mujeres, y abuso y

dependencia del alcohol (Chi-cuadrado = .000), uso de sustancias no alcohólicas (Chi-cuadrado = .000) y trastorno antisocial alguna vez en la vida (Chi-cuadrado = .001) con mayor prevalencia en los hombres.

La tabla 4 identifica los trastornos del estado de ánimo, en sus categorías de acuerdo a como lo especifica la entrevista estructurada y adicionando las categorías integradas de los trastornos unipolares (del estado de ánimo depresivo) y los bipolares. El rango de los porcentajes estuvo comprendido entre el 26.3% para el episodio depresivo mayor y el 1.6% para la manía actual.

Las tablas 5 - 8 reportan los resultados de la distribución porcentual de los demás trastornos. Así mismo, se especifica la frecuencia con relación al sexo. El rango de los porcentajes de los trastornos específicos estuvo comprendido entre el 17.8% para la ansiedad generalizada y el 2.7% para el trastorno por estrés postraumático. La tabla 9 presenta las variables sociodemográficas por trastorno de manera detallada.

Tabla 4. Prevalencia de los trastornos del estado de ánimo

Trastornos del estado del ánimo	Sexo		Muestra total <i>N</i> = 490 <i>N</i> (%)
	Hombre <i>n</i> = 181 <i>n</i> (%)	Mujer <i>n</i> = 309 <i>n</i> (%)	
Trastornos del estado de ánimo depresivo	47 (26)	108 (35)	155 (31.9)
Episodio depresivo mayor actual	43 (23.8)	86 (27.8)	129 (26.3)
Episodio depresión mayor pasada	21 (11.6)	57 (18.4)	78 (15.9)
Depresión con melancolía	23 (12.7)	51 (16.5)	74 (15.1)
Distimia	12 (6.6)	31 (10)	43 (8.8)
Trastornos bipolares	38 (21)	50 (16.2)	88 (18)
Hipomanía actual	6 (3.3)	12 (3.9)	18 (3.8)
Hipomanía pasada	20 (11)	26 (8.4)	46 (9.4)
Manía actual	6 (3.3)	6 (1.9)	8 (1.6)
Manía pasada	14 (7.7)	12 (3.9)	26 (5.3)

Tabla 5. Prevalencia de los trastornos de ansiedad

trastornos de ansiedad	Sexo		Muestra total N = 490 N (5)
	Hombre n = 181 n (%)	Mujer n = 309 n (%)	
Trastornos de ansiedad	62 (34.3)	104 (33.7)	166 (33.9)
Trastorno de angustia	25(13.8)	38 (12.3)	63 (12.9)
Agorafobia	14 (7.7)	20 (6.5)	34 (6.0)
Fobia social	22 (12.2)	31 (10)	53 (10.8)
Trastorno obsesivo-compulsivo	13 (7.2)	11 (3.6)	43 (8.8)
Estado por estrés postraumático	5 (2.8)	8 (2.6)	13 (2.7)
Trastorno de ansiedad generaliza	31 (17.1)	56 (18.1)	87 (17.8)

Tabla 6. Prevalencia de trastornos por abuso y dependencia de sustancia psicoactivas

Trastornos por abuso sustancias psicoactivas	Sexo		Muestra total n (%)
	Hombre n= 181 n (%)	Mujer n=309 n (%)	
Abuso y dependencia de alcohol	20 (11)	9 (2.9)	29 (5.9)
Trastornos asociados al uso de sustancias no alcohólicas	23 (12.7)	9 (2.9)	32 (6.5)

Tabla 7. Prevalencia de los trastornos psicóticos

Trastorno psicóticos	Sexo		Muestra total N = 490  n (%)
	Mujer	Hombre	
	n=309 n (%)	n= 181 n (%)	
Trastorno psicótico actual	6 (1.9)	1 (0.6)	7 (1.4)
Trastorno psicótico alguna vez en la vida	13 (3.9)	8 (4.4)	20 (4.1)
Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos	10 (3.2)	3 (1.4)	13 (2.7)

Tabla 8. Prevalencia de los trastornos de la alimentación

Trastornos de la alimentación	Sexo		Muestra total N = 490  N (%)
	Mujer	Hombre	
	n=309 n (%)	n=118 n (%)	
Anorexia nerviosa	3 (1.0)	-	3 (0.6)
Bulimia	8 (2.6)	2 (1.1)	10 (2.0)
Anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativo actual	-	-	-

Tabla 9. Distribución de acuerdo con las variables sociodemográficas

	Sin trastornos	Con trastornos	Depresión mayor actual	Ansiedad generalizada	T. por angustia	Fobia Social	Abuso Drogas
Sexo	n = 236 (48.6%)	n = 250 (51.4%)	n = 129 (26.3%)	n = 87 (17.8%)	n = 65 (12.9%)	n = 53 (10.8%)	n = 32 (6.5%)
Hombre	92 (39)	88 (35.2)	43 (33.3)	31 (35.6)	25 (38.5)	22 (41.5)	23 (71.9)
Mujer	144 (61)	162 (64.8)	86 (66.6)	56 (64.4)	40 (61.5)	31 (58.5)	9 (28.1)
Rango edad							
16-25	165 (70)	183 (73.2)	94 (72.9)	63 (72.4)	45 (69.2)	41 (69.5)	24 (75)
26-35	24 (10.1)	35 (14)	17 (13.2)	15 (17.2)	11 (16.9)	6 (11.3)	4 (12.5)
36-45	23 (9.7)	17 (6.8)	11 (8.5)	4 (4.6)	4 (6.1)	2 (3.8)	1 (3.1)
46-55	12 (5.1)	4 (1.6)	3 (2.3)	2 (2.3)	1 (1.5)	1 (1.9)	0 (0.0)
Más de 55	5 (2.1)	3 (1.2)	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (1.5)	1 (1.9)	0 (0.0)
Estado civil							
Soltero	186 (77.8)	199 (79.6)	101 (78.3)	72 (82.8)	52 (80)	46 (86.8)	27 (84.4)
Casado/ unión libre	39 (16.5)	33 (13.2)	19 (14.7)	11 (12.6)	10 (15.4)	4 (7.5)	3 (9.4)
Separado	6 (2.5)	7 (2.8)	3 (2.3)	1 (1.1)	2 (3.1)	1 (1.8)	0 (0.0)
Estrato socioeconómico							
Bajo	43 (18.2)	49 (19.6)	22 (17.1)	21 (24.1)	15 (23.1)	4 (7.5)	9 (28.1)
Medio	135 (57.2)	156 (62.4)	89 (69)	44 (50.6)	39 (60)	35 (66)	19 (59.4)
Alto	55 (23.3)	36 (14.1)	15 (11.6)	18 (20.7)	9 (13.8)	5 (9.4)	2 (6.3)
Nivel académico							
Ninguno	1 (0.4)	2 (0.8)	2 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (3.1)
Primaria incompleta	0 (0)	2 (0.58)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Primaria completa	2 (0.8)	2 (0.8)	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (6.7)	0 (0.0)
Bachillerato incompleto	20 (8.5)	21 (8.4)	9 (7.0)	5 (5.7)	6 (9.2)	4 (7.6)	8 (25.0)
Bachillerato completo	27 (11.4)	42 (16.8)	21 (16.3)	14 (16.1)	16 (24.6)	9 (17.0)	6 (18.8)
Estudios superiores incompletos	157 (66.5)	161 (64.4)	86 (66.6)	61 (70.1)	37 (56.9)	36 (67.9)	14 (43.8)
Estudios superiores completos	26 (11.1)	14 (5.6)	7 (5.4)	4 (4.6)	3 (4.6)	2 (3.8)	2 (6.3)

Tabla 10. Trastornos mentales diagnosticados y comorbilidad

Tipo de trastornos	f.	%
Sin trastornos	236	48.2
Depresión	79	16.1
Fobia social	11	2.2
Ansiedad generalizada	34	6.9
Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas	10	2.0
Obsesivo-compulsivo	6	1.2
De angustia	12	2.4
Depresión y fobia social	6	1.2
Depresión y ansiedad generalizada	24	4.9
Fobia social y ansiedad generalizada	3	.6
Depresión y abuso y dependencia de sustancias psicoactivas	8	1.6
Fobia social y abuso y dependencia de sustancias psicoactivas	2	.4
Ansiedad generalizada y abuso y dependencia de sustancias	1	.2
Depresión, fobia social y abuso y dependencia de sustancias	1	.2
Depresión, ansiedad generalizada y abuso y dependencia de sustancias	3	.6
Depresión, fobia social, ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivo	2	.4
Fobia social y obsesivo-compulsivo	1	.2
Depresión, ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivo	3	.6
Depresión y obsesivo-compulsivo	1	.2
Fobia social, ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivo	1	.2
Abuso y dependencia de sustancias y obsesivo-compulsivo	1	.2
Depresión, fobia social, ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo y trastorno de angustia	1	.2
Depresión y trastorno de angustia	10	2.0
Fobia social y trastorno de angustia	4	.8
Obsesivo-compulsivo y trastorno de angustia	1	.2
Ansiedad generalizada y trastorno de angustia	4	.8
Depresión, ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo y trastorno de angustia	1	.2
Depresión, ansiedad generalizada y trastorno de angustia	5	1.0
Depresión, fobia social y trastorno de angustia	7	1.4
Fobia social, ansiedad generalizada y trastorno de angustia	2	.4
Depresión, obsesivo-compulsivo y trastorno de angustia	1	.2
Depresión, fobia social, ansiedad generalizada y trastorno de angustia	1	.2
Depresión, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y trastornos de angustia	2	.4
Depresión, fobia social, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y trastornos de angustia	1	.2
Ansiedad generalizada, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas y trastorno de angustia	1	.2
Total	490	100.0

n frecuencia



Tabla 11. Análisis de regresión logística de las variables cognitivas en los trastornos de mayor prevalencia.

Instrumento	Dimensiones	Depresión		Ansiedad generalizada		Trastorno angustia		Ansiedad social		Abuso de sustancias	
		B	p	B	p	B	p	B	p	B	P
YSQ (Esquemas)	Depresivo emocional	,012		-,073		,002		,019		,056	
	Abandono	-,009		-,023		-,001		-,033		-,026	
	Desconfianza/abuso	-,052		,128	**	,031		,009		,014	
	Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	,029		-,032		,005		,007		-,035	
	Entrampamiento	-,037		,139	*	,070		-,118		,014	
	Autosacrificio	,040		-,032		-,099	*	-,013		,016	
	Inhibición emocional	-,068		-,118	*	,067		,092		,176	
	Estándares inflexibles 1 autoexigencia	,048		,094	*	,131	*	,013		-,095	
	Estándares inflexibles 2 perfeccionismo	-,007		,091		,000		,018		-,060	
	Derecho/grandiosidad	,017		-,085		-,003		-,023		,022	
	Insuficiente autocontrol / autodisciplina	,024		,014		,030		,063		,008	
	CCE-TP (Creencias trastornos de personalidad)	Antisocial	-,008		,003		-,003		-,019		,075
Esquizotípico/límite		,083	**	-,042		,052		,032		-,105	
Histriónico/patrón seductor		,007		,043		,017		,035		-,001	
Paranoide		,020		,036		,095	*	,022		,090	
Evitativo/ autopercepción negativa		-,146	**	,118		-,042		,085		-,004	
Dependiente		,077		,088		-,030		,023		-,034	
Histriónico/ dependencia		,051		,013		,115		-,009		,026	
Obsesivo-compulsivo/ perfeccionismo		-,041		-,100		-,111		-,166	*	-,135	
Evitativo/ hipersensible		-,042		,050		-,003		,114		,048	
Obsesivo-compulsivo/ crítico		,019		-,045		,025		,084		,016	
Narcisista	-,018		-,159	*	-,096		-,058		,149		
IPA (Distorsiones)	Pasivo-agresivo/ temor a ser dominado	-,063		,156	*	-,003		-,056		-,081	
	Pasivo-agresivo/ crítico frente a la autoridad	-,029		-,140	*	-,071		-,042		,031	
	Esquizoide	,041		-,236	**	-,192		-,054		-,092	
	Filtraje o abstracción selectiva	,010		,161		,101		,018		-,373	
	Pensamiento polarizado	,247	*	-,158		-,220		-,628	**	,125	
	Sobregeneralización	,052		,018		,079		,241		,239	
	Interpretación de pensamiento	-,031		-,159		-,289	*	,201		,140	
	Visión catastrófica	,026		-,128		,267	*	,111		,062	
	Personalización	-,265	*	,082		-,462	**	-,108		-,489	
	Falacia de control	,148		,044		,289		,099		,288	
Falacia de justicia	,195		,001		,472	**	,300	*	-,264		
Razonamiento emocional	-,028		,011		,415	**	,551	**	,124		
Falacia de cambio	,112		,086		-,119		-,074		-,157		
Etiquetas globales	,051		,150		-,267		-,056		,105		
Culpabilidad	-,021		-,119		-,010		-,556	**	-,143		
Deberías	-,016		-,032		-,351	*	-,230		,014		
Tener razón	-,135		-,081		,267		-,051		,120		
Falacia de recompensa divina	,040		,310	**	-,029		,135		,045		
EEC-M (estrategias)	Solución de Problemas	-,016		-,124	**	-,116	**	-,074	*	-,086	*
	Búsqueda de Apoyo Social	-,029		-,032		-,076	*	,005		,033	
	Espera	-,028		-,024		,033		,002		-,015	
	Religión	-,026		-,048	*	-,010		-,054	*	-,072	
	Evitación Emocional	,026		,017		-,024		,027		-,051	
	Búsqueda de Apoyo Profesional	-,005		,031		,072	*	-,006		,051	
	Reacción Agresiva	,001		,013		-,084	*	,051		,021	
	Evitación Cognitiva	-,005		,033		,071		-,014		,032	
	Reevaluación Positiva	-,044		,011		,005		,010		-,054	
	Expresión de la dificultad de afrontamiento	,051		,043		,111		-,014		-,154	
	Negación	,027		,031		-,148		-,134		,046	
	Autonomía	-,134		-,104		-,003		-,185		,345	*

\*:  $p \leq ,05$ ; \*\*:  $\leq ,01$

Tabla 12. Salud mental y factores de riesgo

Estresores psicosociales y ambientales	Depresión mayor actual <i>n</i> =129	Ansiedad generalizada <i>n</i> =87	Trastorno de angustia <i>n</i> =63	Fobia social <i>n</i> =53
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Problemas relativos al grupo primario	82 (63.6)** RD 2.314 IC (1.532 – 3.511)	45 (51.7) RD 1.177 IC (.741 – 1.872)	33 (52.4) RD 1.202 IC (.708 – 2.042)	27 (50.9) RD 1.123 IC (.635 – 1.986)
Problemas relativos al ambiente social	51 (39.5)** RD 1.969 IC (1.286 – 3.014)	30 (34.5) RD 1.386 IC (.846 – 2.267)	26 (41.3)* RD 1.906 IC (1.105 – 3.289)	25 (47.2)** RD 2.471 IC (1.384 – 4.411)
Problemas relativos a la enseñanza	41 (31.8) RD .889 IC (.583 – 1.356)	35 (40.2)* RD 1.815 IC (1.122 – 2.939)	24 (38.1) RD 1.574 IC (.908 – 2.730)	29 (54.7)** RD 3.383 IC (1.892 – 6.050)
Problemas laborales	29 (22.5)** RD 1.723 IC (1.038 – 2.862)	19 (21.8) RD 1.537 IC (.864 – 2.734)	13 (20.6) RD 1.373 IC (.707 – 2.664)	16 (30.2)** RD 2.475 IC (1.301 – 4.707)
Problemas de vivienda	21 (16.3)** RD 3.500 IC (1.814 – 6.753)	7 (8) RD 1.537 IC (0.864 – 2.734)	4 (6.3) RD .736 IC (.253 – 2.144)	1 (1.9) RD .196 IC (.026 – 1.459)
Problemas económicos	24 (18.6)* RD 2.002 IC (1.154 – 3.500)	19 (21.8)** RD 2.402 IC (1.317 – 4.379)	9 (14.3) RD 1.202 IC (.464 – 2.512)	7 (13.2) RD 1.079 IC (.464 – 2.512)
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	13 (10.1)* RD 2.585 IC (1.195 – 5.594)	5 (5.7) RD 1.007 IC (.372 – 2.728)	2 (3.2) RD 506 IC (.117 – 2.184)	4 (7.5) RD 1.405 IC (.468 – 4.217)
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen	8 (6.2) RD 6.2 IC (.684 – 4.573)	5 (5.7) RD 1.829 IC (.635 – 5.272)	4 (6.3) RD 2.000 IC (.637 – 6.280)	2 (3.8) RD 1.032 IC (.231 – 4.617)
Otros problemas psicosociales y ambientales	12 (9.3)** RD 4.011 IC (1.649 – 9.761)	5 (5.7) RD 1.475 IC (.525 – 4.140)	5 (7.9) RD 2.214 IC (.782 – 6.272)	4 (7.5) RD 2.017 IC (.652 – 6.235)

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; RD razón de disparidad; IC Intervalo de confianza.

#### 4.1.3 DISCUSIÓN

Se ha evidenciado que los estresores son factores de riesgo para el origen o mantenimiento de los trastornos mentales, con repercusiones en la calidad de vida de las personas (Giráldez, 2003; Serrano, 2008; Urrego, 2007). La presente investigación estableció los niveles de prevalencia de los trastornos mentales de la población que consulta en los servicios de psicología ofrecidos en diferentes universidades de Colombia, e identificó los factores de riesgo asociados a los de mayor prevalencia.

A través de los resultados de esta investigación se pudo precisar que los trastornos de mayor prevalencia fueron los del estado de ánimo depresivo, la ansiedad generalizada, los trastornos por angustia, la fobia social y el abuso de sustancias psicoactivas. Los factores que más presencia tuvieron en dichos trastornos fueron los relativos al grupo de apoyo primario. Estos resultados han sido apoyados en otros estudios (Arrivillaga et al., 2004; Beck et al., 1986; Beckham y Leber, 1995; Clark et al., 1999; Dobson y Kendall, 1993; Kessler et al., 1995; Latorre et al., 2006; Rueda et

al., 2008; Urrego, 2007). Los estresores relativos al grupo primario hacen referencia al fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos y nacimiento de un hermano. Estos estresores se asociaron con la depresión, trastorno que a su vez fue el de mayor prevalencia especialmente en las mujeres.

De esta manera, la asociación de la depresión mayor con los problemas relativos al grupo primario, permite concluir que en muchas ocasiones son los problemas familiares los que generan en los jóvenes alteraciones en el estado de ánimo, tal como lo apoyan otras investigaciones (Arrivillaga et al, 2004; Cáceres et al, 2006; Torres, Osorio, López y Mejía, 2007). Los hallazgos de otras investigaciones sobre la cohesión familiar, las buenas relaciones con los padres y la convivencia con la familia nuclear, como factores protectores, son coherentes con los resultados de esta investigación (Torres et al., 2007). Las consecuencias favorables de este factor protector también impacta en otras áreas de desempeño como el rendimiento académico, referidas por diversos autores (Agudelo et al., 2008, 2009; Arco, López, Heilborn y Fernández, 2005; Arrivillaga et al., 2004; Campo et al., 2005; Rueda et al., 2008).

Los problemas relativos al medio social mostraron asociación con la depresión, la fobia social y los trastornos de angustia. Este factor refiere acontecimientos como el fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, la discriminación, la adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación). De manera similar, dicha asociación se ha encontrado en estudios como los de Sargent, Crocker y Riia (2006) y Williams y Galliher (2006). En Colombia, Alejo (2005) y Aristizábal y Palacio (2003), encontraron la misma asociación e insisten en el peso de factores relacionados con población inmersa en el conflicto. Esto además se relaciona con los datos que señalan que el apoyo social y la pertenencia a redes sociales puede ser un factor de protección para la depresión (Williams y Galliher, 2006).

Los problemas relativos a la enseñanza se constituyeron en factor de riesgo para la fobia social y para la ansiedad generalizada. Este estresor hace referencia al analfabetismo, los problemas académicos, los conflictos con el profesor o los compañeros de clase, el ambiente escolar inadecuado, preocupaciones frente al

desempeño académico y el déficit en las competencias académicas que influyen en el autoconcepto y en la identidad social, donde se experimenta expectativas de desaprobación y rechazo en los demás. Estos resultados también son reportados en los estudio de Sargent et al. (2006); Chandavarkar y Amin (2007) y Arco, López, Heilborn y Fernández (2005).

Los problemas laborales se constituyeron en factor de riesgo para la fobia social y la depresión. El desempleo, la amenaza de pérdida de empleo, el trabajo estresante, las condiciones laborales difíciles, la insatisfacción laboral, el cambio de trabajo, los conflicto con el jefe o los compañeros de trabajo, son problemas laborales que alteran el estado de ánimo, y producen un sentimiento de rechazo social. Los problemas laborales se han constituido en factor de exclusión social en la actualidad tal como fue indicado por Arrivillaga et al. (2004), Rueda et al. (2008) y Urrego (2007).

Los problemas de vivienda se constituyen en factor de riesgo para la depresión, y si bien la frecuencia de casos analizados no fue muy alta, la RD fue una de los más elevados. La falta de hogar, de vivienda inadecuada, el vecindario insaludable, los conflictos de vecinos o propietarios, son condiciones de necesidades básicas, y no tenerlas resueltas en edad adulta se vive como una pérdida de ideales y puede afectar el estado de ánimo. En el contexto colombiano, estos problemas también se refieren a la dificultad para llevar al día los créditos hipotecarios, y los gastos ligados a la vivienda como el alto porcentaje del salario que ocupan los servicios públicos. La depresión se produce por pérdida de personas, objetos e ideales, ya que el poseer vivienda es un ideal social en nuestra cultura. Los problemas de créditos por la vivienda son uno de los mayores problemas que afrontan hoy los colombianos en la crisis económica y se identificaron como factor de riesgo para la ansiedad generalizada y la depresión. La pobreza extrema, la economía insuficiente, las ayudas socioeconómicas insuficientes, y en el contexto de Colombia la inseguridad económica del conjunto de los ciudadanos (contratación laboral que deja al individuo en una incertidumbre año por año), están ligados a la expectativa de pérdida o a la pérdida misma. En Colombia, sus habitantes están afectados tanto por la pérdida económica como por la expectativa de pérdida, debido a la inseguridad social y la delincuencia, y la inestabilidad de los contratos laborales. Este factor ha mostrado en estudios previos un importante peso (Gaborit, 2006; Latorre, Contreras, García y Arteaga, 2006).

Por último, los problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, tales como los problemas en los servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado, se constituyen en factor de riesgo para la depresión, y si bien son pocos los casos, el tenerlo es el factor de mayor riesgo para la Depresión de acuerdo con el RD identificado tal como ya lo mostraran Urrego (2007), Rueda et al. (2008).

Con relación a la vulnerabilidad cognitiva, las estructuras cognitivas estables y referentes a creencias sobre sí mismo y sobre los demás, las cuales tienen una representación significativa en los estilos de personalidad, han sido referidos en los últimos años como modos cognitivos. De esta manera, los modos cognitivos están compuestos por diferentes esquemas que influyen en el procesamiento de la información y podrían estar a la base de muchos trastornos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio pueden identificarse algunas características diferenciales entre los trastornos de mayor prevalencia que podrían indicar el camino hacia el establecimiento de perfiles característicos y el desarrollo de programas de prevención.

De acuerdo con la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck, cada estado afectivo y cada trastorno psicológico se derivan de un perfil cognitivo específico que determina una emoción particular (Sánz, 1993). En la misma línea, son patrones idiosincráticos aprendidos que facilitan la adaptación. Dentro del ámbito clínico y acorde con lo indicado por Toro y Ochoa (2010), pueden ser usados como guías en aquellos casos donde recursos como las pautas de comportamiento, las estrategias, los pensamientos y el tono afectivo, no resultan suficientes para comprender la naturaleza del problema del paciente. Según lo anterior, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten dar cuenta de la diferenciación cognitiva de los trastornos más prevalentes en la muestra estudiada, acorde con los hallazgos de otras investigaciones.

En cuanto a la depresión mayor, los resultados indicaron una capacidad de predicción importante por cuenta de las creencias asociadas al trastorno límite de la personalidad, lo cual podría describir la labilidad emocional presente en los pacientes y que podría hacerlos más vulnerables al desarrollo de una visión negativa de sí mismos, el mundo y los otros, acorde con la tríada cognitiva de la depresión. Al mismo tiempo, dentro de las características del trastorno límite, también aparece de manera importante el miedo persistente a la pérdida y el abandono, asuntos centrales en los trastornos del

estado de ánimo y congruente con los hallazgos obtenidos con estudiantes universitarios por Agudelo, Casadiegos y Ortiz (2008). De la misma manera, las creencias asociadas con el trastorno límite muestran una alta sensibilidad de los pacientes hacia la incomprensión por parte de otros, lo cual se confirma en el estudio de Londoño y Ramírez (2005), quienes encontraron, junto con el patrón rígido de exigencia y perfeccionismo, un alto sentimiento de ataque e incomprensión en el perfil cognitivo de pacientes diagnosticados con depresión. Lo anterior confirma además lo indicado por Beck y Clark (1988), en cuanto a las amenazas percibidas por pacientes con depresión en relación con la privación afectiva, y lo propuesto por Dowd (2004), acerca de la presencia de esquemas de inestabilidad emocional, abandono y defectuosidad y fracaso, en el perfil cognitivo de la depresión.

Por su parte, el pensamiento polarizado fue, en el presente estudio, la distorsión cognitiva que mejor se asoció con el trastorno depresivo, lo cual podría entenderse a la luz de la tendencia de este tipo de pacientes hacia un patrón de pensamiento rígido e inflexible como bien lo describe Beck y que en estudios como el de Calvete (2005), a propósito de la vulnerabilidad cognitiva en la depresión, han mostrado un papel preponderante en el filtraje de información congruente con el estado de ánimo y con el patrón de pensamiento.

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de angustia, los hallazgos del presente estudio son congruentes con lo planteado por Calvete (2005) y Sáenz (1993), en relación a la vulnerabilidad cognitiva derivada de creencias condicionadas asociadas con el peligro, así como con lo descrito por Beck y Clark (1988), sobre la baja autoeficacia, lo cual podría explicar la presencia de distorsiones como la falacia de justicia o el razonamiento emocional, de manera similar a lo reportado en los estudios de Londoño y colaboradores (Álvarez, López, Posada y Londoño, 2004; Londoño, Álvarez, López y Posada, 2005). Asimismo, tanto para la ansiedad generalizada como para el trastorno de angustia, la presencia del esquema de autoexigencia puede entenderse a partir de los estándares altos que suelen tener los pacientes en relación con la necesidad de controlar no sólo los eventos relacionados con la preocupación ansiosa sino y especialmente los síntomas fisiológicos, que en el caso de la ansiedad, representan una importante amenaza para el paciente. No obstante, dado el fracaso que suelen tener en el control de la respuesta emocional por la focalización de la atención que termina incrementando los síntomas, los pacientes desarrollan la idea de

baja autoeficacia y utilizan el razonamiento emocional o la falacia de justicia como distorsiones para mantener la idea de vulnerabilidad y amenaza, lo cual mantiene, a su vez, la aprehensión ansiosa.

Dado que debe hacerse la valoración del grado en el que los síntomas interfieren con la capacidad para realizar las actividades diarias o cuidar de sí y de los demás y la presencia del trastorno por consumo de sustancias y síntomas depresivos asociados, el análisis de las estructuras cognitivas y estrategias de afrontamiento aportan al tratamiento (Cowley et al., 2006). En la línea de lo anterior, el poco uso de la estrategia de afrontamiento de solución de problemas, sería un factor mantenedor de la baja autoeficacia en estos pacientes y al mismo tiempo de la ansiedad, como bien se evidencia en los casos de ansiedad generalizada, ansiedad social y del trastorno de angustia.

Por su parte en cuanto al trastorno por abuso de sustancias no alcohólicas se identificaron como principales variables predictoras la autonomía y el déficit en solución de problemas. Esto puede entenderse en función de la frecuente sensación de fracaso que experimentan los pacientes con abuso de sustancias frente al poco control sobre la adicción y la frecuente justificación del consumo a través de razones que implican baja responsabilidad emocional y un estilo atribucional externo. Los hallazgos del estudio actual corroboran lo encontrado por Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González y Irruarizaga (1994), a propósito del manejo de la ansiedad en drogodependientes, donde la posibilidad de no tener acceso al consumo incrementa la ansiedad, la cual, a su vez, incrementa el consumo, manteniendo de esta forma, no solo la adicción, sino la sensación de fracaso y los pensamientos autoderrotistas por la recaída, como bien lo señalan Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager (1992). A su vez, el estilo atribucional encontrado por Polo y Amar (2006) en pacientes drogadictos con patología dual, se conforma a partir del uso de distorsiones como la falacia de cambio, la visión catastrófica y los “deberías”; dichas distorsiones permitirían comprender el mantenimiento de las estrategias de afrontamiento antes descritas e identificadas en el presente estudio, así como servir de sustento a esquemas como el de desconfianza/abuso y derecho/grandiosidad, hallados en el estudio de Tobón, Cano y Londoño (2010) en pacientes con ludopatía, congruentes con creencias asociadas a los trastornos antisocial y dependiente.

En conclusión, los datos muestran una tendencia hacia la diferenciación derivada de los contenidos de los esquemas y del tipo de información que filtran las distorsiones cognitivas, lo cual estaría confirmando la hipótesis de contenido ampliamente desarrollada por Beck y que permitiría, por lo tanto, avanzar en la intervención clínica específica de las vulnerabilidades particulares de cada trastorno tal como lo plantean Toro y Ochoa (2010) y en la prevención (Clark, 2004).

Como limitaciones del estudio se puede considerar el número no homogéneo de participantes distribuidos en las diferentes ciudades, dado que la mayor concentración se reportó en Medellín. Por otro lado, la orientación teórica de los terapeutas se consideró un obstáculo, dado que muchos veían incongruente la utilización de cuestionarios y evaluación diagnóstica psiquiátrica, según sus planteamientos epistemológicos, por lo que a veces alteraron ligeramente el procedimiento de evaluación. Esto requiere un mayor control en la metodología de la evaluación para obtener resultados más fiables, así como ampliar las muestras con el objetivo de aportar más datos frente al esclarecimiento de los perfiles característicos de cada trastorno y avanzar hacia una intervención más focalizada en las características específicas, susceptibles de reestructuración cognitiva.

#### *Agradecimiento*

Este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de cada uno de los investigadores y colaboradores del Nodo de psicología clínica de la Red de Investigadores de la Asociación Colombiana de Facultad de Psicología ASCOFAPSI; Agradecemos de manera especial a la Doctora Martha Restrepo y a los Decanos de los diferentes programas de Psicología por favorecer los procesos y disponer los recursos económicos para la ejecución del mismo. (*Se informa que este estudio está en prensa en la Revista Colombiana de Psiquiatría, 2011*).



## 4.2 ESTUDIO PILOTO SOBRE PREVENCIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito evaluar el impacto de un programa de prevención en salud mental basado en el desarrollo del pensamiento crítico (Paul y Elder, 2003) en las creencias relacionadas con los trastornos de la personalidad. Participaron 50 profesionales, edad media 43,6 años (DE. 6.8). Los instrumentos utilizados fueron el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II; Millon, 1998) (al inicio), el Cuestionario de Creencias Centrales de los Trastornos de la Personalidad (CCE-TP; Londoño et al., 2007) (pretest-postest) y los escritos auto diligenciados de los diálogos socráticos (en cada sesión).

El programa se desarrolló de manera grupal en horarios paralelos para disminuir el número de integrantes y favorecer la disposición de turnos de los profesionales, con una duración de 10 sesiones, de dos horas cada una. Los resultados reportaron disminución en más de la mitad de los casos (percentil >85) para el CCE-TP pretest-postest: por evitación/temor a la crítica (20% - 4%), obsesivo-compulsivo/crítico hacia los demás (18% - 8%), histriónico/autoexaltación (40% - 18%), paranoide (20% - 10%). Se considera que el programa favoreció la movilización del pensamiento y modificó pensamientos desadaptativos relacionados con los trastornos de la personalidad.

### 4.2.1 MÉTODO

#### 4.2.1.1 Participantes

La muestra estuvo conformada por 50 participantes, 21 hombres (42%) y 29 mujeres (58%), profesionales en el campo de la salud (médicos, odontólogos, bacteriólogos y psicólogos), con edad media de 43.6 años de edad (Desviación estándar 6.8, rango de edad: 28 – 57). La mayoría de los participantes estaban casados, y pertenecían a estratos socioeconómicos medio y alto (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de las variables sociodemográficas

	Hombres <i>n</i> =21	Mujeres <i>n</i> =29	Total <i>N</i> =50
Edad			
Edad Media	47.05	41	43.6
Desviación E.	5.8	6.4	6.8
Rango edad	36 – 57	28 – 52	28 – 57
Estado civil			
Soltero	-	8	8
Casado	12	14	26
Separado	-	-	-
Viudo	1	-	1
Estrato socioeconómico			
Alto	7 (43.8%)	9 (56.3%)	16 (32%)
Medio	3 (25%)	9 (75%)	12 (24%)
Ocupación			
Bacterióloga	-	2 (100%)	2 (4%)
Médico	9 (42.9%)	12 (57.1%)	21 (42%)
Odontólogo	3		10 (20%)
Psicólogo	-	1 (100%)	1 (2%)

#### 4.2.1.2. Instrumentos

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II): La prueba fue diseñada por Millon (1998), evalúa los trastornos básicos y patológicos de la personalidad; y los síndromes clínicos, de gravedad moderada y severa. Consta de 175 ítems, a los que los participantes deben responder, verdadero (V) o falso (F). Se trata de un instrumento de utilización universal al que se le han practicado diversas estandarizaciones para distintos países del mundo. El cuestionario evalúa patrones básicos de la personalidad (esquizoide, por evitación, por dependencia, histriónico, narcisista, antisocial, compulsivo, pasivo-agresivo y autodestructivo), trastornos patológicos de la personalidad (esquizotípico, límite y paranoide), trastornos clínicos con gravedad moderada (ansiedad, somatización, hipomaníaco, distimia, abuso de alcohol y de drogas), y trastornos clínicos severos (pensamiento psicótico, depresión mayor y delirio).

Creencias Centrales de los trastornos de la personalidad CCE-TP (Londoño et al., 2007; referido en el estudio anterior, ir a [4.1.1.2 Instrumentos](#)). Consta de 65 ítems, el nivel de confiabilidad Alfa de Cronbach de la prueba fue de 0.931 ítems y evalúa las creencias centrales de los trastornos de la personalidad antisocial, esquizotípico/límite, histriónico/autoexaltación, paranoide, evitación/ percepción negativa, por dependencia,

histriónico/dependencia emocional, obsesivo-compulsivo/perfeccionista, por evitación/temor a la crítica, obsesivo-compulsivo/hipercrítico, narcisista, pasivo-agresivo/temor a la crítica y esquizoide.

#### 4.2.1.3 Procedimiento

Se realizó la aplicación de las pruebas MCMI-II (Millon, 1998) y CCE-TP (Londoño et al., 2007) antes de iniciar el programa de prevención en salud mental. Posteriormente se les presentó el programa y se identificaron las expectativas de los participantes de manera grupal.

El programa tuvo una duración 10 sesiones de dos horas cada una, para un total de 20 horas, distribuidos en dos grupos con flexibilidad horaria de acuerdo con el horario que más se acomodaba a los participantes. La duración del programa fue de seis meses, iniciando en el mes de Noviembre del 2008 y finalizando en Marzo del 2009.

Se destinaron ocho sesiones para conocer y practicar el modelo del desarrollo del pensamiento crítico de Paul y Elder (2003) y ocho sesiones de aplicación del modelo para analizar en la vida de cada uno, los estrados de salud mental y factores de riesgo tanto psicosociales como de personalidad. Cada sesión se implementó con la práctica de diálogos socráticos autoreportados por escrito, con la estructura de preguntas y respuestas, conclusiones y acciones. Tres meses después de la finalización del programa se aplicó el CCE-TP (Londoño et al., 2007) (prueba postest).

#### 4.2.2 RESULTADOS

##### *Análisis descriptivos de la prueba multiaxial MCMI-II de Millon (1998)*

Se analizaron las características de personalidad y clínicas de los participantes, para identificar perfiles comunes. De los 50 participantes, 42 respondieron la prueba de personalidad MCMI-II. Con relación a los patrones básicos de la personalidad, el componente representativo fue el patrón compulsivo, con un valor medio de 104.14 (desviación típica 18.3, rango 31 – 123). De los 42 participantes que contestaron la prueba 38 presentaron puntuaciones por encima de 85 en el valor TB, y de estos 31 por encima de 100.

Al realizar la prueba de Anova para compara diferencias significativas entre las puntuaciones con relación al sexo, se reportaron diferencias significativas en las puntuaciones de los trastornos de la personalidad narcisista y límite, y en las puntuaciones de los síndromes clínicos de ansiedad y somatización, con puntuaciones superiores en las medias estadísticas en las mujeres.

La tabla 14 identifica los valores de la media en los hombres, las mujeres y la muestra total, la desviación de la muestra total, y la frecuencia y porcentaje de las puntuaciones superiores al valor TB de 85 y superiores a 100. La última columna presenta el estadístico con identificación de las variables que presentaron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres.

Tabla 14. Valores descriptivos de los componentes evaluados con la prueba MCMI-II

	Hombres Media	Mujeres Media	Total Media	Total DT	TB > 85	TB > 100	F
Esquizoide	42.3	48.8	46	32.5	8 (18%)	4 (8.5%)	.409
Por evitación	17.7	26.3	22.6	27.2	2 (4.7%)	1 (2.3%)	1.025
Por dependencia	43.6	46.8	45.4	28.9	4 (8.5%)	3 (7.1%)	.123
Histriónico	47.7	60.3	54.9	33.5	9 (21.1%)	4 (8.5%)	1.467
Narcisista	52.4	70.3	62.6	29.4	11 (26.1%)	5 (11.9%)	4.062*
Antisocial	34.9	39.8	37.7	26.8	4 (8.5%)		.345
Agresivo-sádico	50	63.8	57.9	27.5	8 (18%)	5 (11.9%)	2.713
Compulsivo	105.4	103.7	104.1	18.3	38 (90%)	31 (73%)	.156
Pasivo-agresivo	18.8	27.6	23.8	21.5	1 (2.3%)		1.729
Autodestructivo	12.6	25.3	19.8	22.1	2 (4.7%)		3.634
Esquizotípico	31.4	41.6	37.2	28.8	4 (8.5%)	2 (4.7%)	1.289
Límite	21.1	32.1	27.4	18.1	1 (2.3%)		4.122*
Paranoide	48.4	58.7	54.3	29.6	7(16.6%)	4 (8.5%)	1.257
Ansiedad	30.1	44.0	38.1	16.7	1 (2.3%)		8.446*
Somatización	27.8	45.4	37.9	18.7			11.385*
Hipomanía	34.6	48.8	42.7	29.9	7(16.6%)	4 (8.5%)	2.404
Distimia	28.1	40.6	35.3	19.7	2 (4.7%)	1 (2.3%)	4.515*
Alcohol	19.9	30.6	26.0	22.8	2 (4.7%)	1 (2.3%)	2.302
Drogas	23.9	35.9	30.8	24.7	1 (2.3%)	1 (2.3%)	2.541
Pensamiento psicótico	23.8	34	29.6	24.7	2 (4.7%)		1.781
Depresión mayor	11.4	21.5	17.2	20.9	1 (2.3%)		2.497
Delirio	48.9	59.8	55.1	27.7	7(16.6%)	4 (8.5%)	1.602

*Análisis de las creencias centrales de los trastornos de la personalidad*

Se realizó un análisis de frecuencia de las características de creencias de trastornos de personalidad, identificándose un perfil cognitivo histriónico/ autoexaltación (40%), por evitación (24%), obsesivo-compulsivo (22%) y paranoide (20%). Se realizó en análisis comparativo entre las puntuaciones pretest y postest; al analizar las puntuaciones de las medias estadísticas, los resultados no arrojaron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas. Sin embargo, al analizar la frecuencia de puntuaciones dicotomizadas con punto de corte 85 en percentil para el CCE-TP (Londoño et al., 2007), se reportó una disminución de los casos en el postest en la mayoría, con diferencias significativas en el patrón evitativo / hipersensible (Tabla 15).

Tabla 15. Descriptivos y comparativos de las creencias centrales de los trastornos de la personalidad

Creencias centrales	Pretest			Postest			Estadístico
	f (%)	Media	Dt	f (%)	Media	dt	
Antisocial	3 (6%)	12.11	3.75	2 (4%)	12.52	3.99	-.394 <sup>a</sup>
Esquizotípico/ límite	7 (14%)	13.27	5.52	5 (10%)	13.52	6.13	.000 <sup>b</sup>
Histriónico/ autoexaltación	20 (40%)	20.33	6.74	9 (18%)	20.03	5.98	-1.057 <sup>a</sup>
Paranoide	10 (20%)	17.02	6.55	5 (10%)	16.84	5.41	-.641 <sup>a</sup>
Evitación/percep- ción negativa	12 (24%)	8.91	3.86	8 (16%)	8.87	3.99	-.140 <sup>c</sup>
Por dependencia	5 (10%)	9.71	3.96	6 (12%)	10.45	4.65	-.192 <sup>c</sup>
Histriónico/ Dependiente	2 (4%)	10.23	4.15	3 (6%)	10.52	3.80	-.970 <sup>a</sup>
Obsesivo- compulsivo/perfeccio nista	11 (22%)	16.98	3.44	10 (20%)	16.94	4.24	-.013 <sup>c</sup>
Por evitación/ temor a la crítica	10 (20%)	11.30	4.06	2 (4%)	11.10	3.61	-1.168 <sup>a*</sup>
Obs-compul./ crítico hacia otros	9 (18%)	6.18	2.95	4 (8%)	6.26	3.08	-.437 <sup>a</sup>
Narcisista	1 (2%)	9.11	3.1	1 (2%)	9.4	3.2	-.460
Pasivo agresivo/ temor ser dominado	1 (2%)	10.18	3.01	3 (6%)	10.6	3.77	-.245 <sup>c</sup>
Pasivo-agresivo /temor a la crítico	9 (18%)	9.13	3.24	8 (16%)	9.19	3.40	-.525 <sup>a</sup>
Esquizoide	5 (10%)	4.40	1.93	4 (8%)	4.65	1.94	-.778 <sup>c</sup>

*\*p<.05*

#### 4.2.3 DISCUSIÓN

Los resultados reportaron cambios poco significativos con relación a las creencias centrales de los trastornos de la personalidad cuando éstas tuvieron en cuenta las medidas de tendencia central. Sin embargo, al analizar la frecuencia de las personas con puntuaciones por encima del percentil 85, éstas se mermaron en todos los patrones de personalidad y de manera significativa en el patrón por evitación/hipersensible. Estos datos pueden estar representando una modificación significativa de las creencias cuando éstas se reportan de manera hiperdesarrollada, pero no cuando éstas no eran disfuncionales. Estos reportes investigativos refuerzan la necesidad de trabajar los patrones de comportamiento para que éstos se refuercen si son funcionales y adaptativos y se vuelvan más flexibles cuando son disfuncionales, hiperdesarrolladas y generalizados.

Esto es igualmente reportado en los antecedentes investigativos en entrenamientos de diálogo socrático y pensamiento crítico en estudiantes universitarios (Acosta, 2002), donde se logra favorecer conductas de autocuidado. De la misma manera, los estudios realizados con estudiantes universitarios para la prevención de adicciones, se logró un mejor nivel de análisis para favorecer conductas adecuadas en la interacción social, con análisis de lo adaptativo y no en el consumo de licor (Broadbear y Keyser, 2000).

El programa favoreció la identificación del perfil característico en el grupo y los factores de riesgo en la salud mental. De igual manera, se reflexionó alrededor de la funcionalidad del patrón. En general, el estado de salud mental de los participantes es satisfactorio exceptuando patrón de personalidad obsesivo-compulsivo. Si bien este patrón podría ser congruente con el perfil cognitivo y de comportamiento esperado en los profesionales del campo de salud, puntuaciones elevadas podría reflejar un patrón de comportamiento estable y generalizado que interfiere con la calidad de vida de los participantes y que predispone a problemas interpersonales dado la rigidez del patrón. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, y suele asociarse a trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (APA, 2000).

El estilo compulsivo se ha descrito mediante tres características básicas. La primera es un estilo de pensamiento extremadamente rígido, con una atención intensa y centrada en el detalle específico de una situación concreta. Suelen ser buenos en tareas técnicas, detalladas, pero más deficientes en darse cuenta de los aspectos más globales de las cosas, como la atmósfera de las interacciones sociales. La segunda característica es la forma de actividad. Las personas con estilo compulsivo se absorben intensamente en aspectos rutinarios o en actividades técnicas. Raramente se relajan. Incluso cuando pueden estar en vacaciones, planifican un programa completo para cada día con el fin de no perder el tiempo, y pueden molestarse si se les impide o no logran cumplir con el plan. La tercera característica es una pérdida de la realidad. Se preocupan a menudo por cosas que no solamente parecen improbables, sino que a menudo son absurdas, casi delirantes. La atención que prestan a los detalles a menudo les lleva a que se fijen en aspectos triviales, excluyendo otros datos mucho más importantes (Caballo, 2004).

Los procedimientos cognitivo-conductuales deben centrarse en colaborar a flexibilizar el patrón, dando prioridad a algunos problemas y concentrarse en un tema cada vez para resolverlo. La propuesta buscó flexibilizar rasgos asociados con los trastornos de la personalidad y mejorar la calidad de los pensamientos, de tal manera que éstos sean menos distorsionados al momento de evaluar sus experiencias, de evaluarse a sí mismo y a los demás. De acuerdo con los planteamientos de Richard Paul y Linda Elder (2003), la calidad de nuestra vida depende de la calidad de nuestros pensamientos, y éstos en gran medida son distorsionados, prejuiciosos y de mala calidad. A través de las prácticas de diálogos socráticos auto-diligenciados por escrito, se buscó que los participantes mejoraran la calidad de sus pensamientos para identificar problemas de la vida cotidiana, se motivaran para conceptualizarlos y definirlos desde sus diferentes factores de riesgo (individuales, situacionales, interpersonales), analizarlos desde diferentes puntos de vista y generaran alternativas de solución. Uno de los criterios de evaluación fue el número de preguntas y respuestas en cada una de las prácticas, y la exploración de los diferentes elementos que integra el pensamiento crítico (propósito, información, inferencias, conceptos, supuestos, implicaciones/consecuencias, puntos de vista y preguntas) y los estándares de calidad (claridad, exactitud, precisión, relevancia, profundidad, amplitud, lógica, importancia y justicia). Así mismo, se buscó fortalecer características personales: de humildad intelectual,

entereza, empatía, autonomía, integridad, perseverancia, confianza en la razón e imparcialidad.

Los resultados reportaron que de manera general, el programa favoreció el desarrollo del pensamiento crítico en los participantes, dado el incremento en el número de preguntas y respuestas que evidencian movilización del pensamiento. El contenido de los diferentes diálogos socráticos mostró interés por explorar los estados emocionales, flexibilizar patrones de personalidad, mirar alternativas para favorecer las relaciones interpersonales, atender diferentes puntos de vista y disfrutar de espacios no laborales y mejorar la utilización del tiempo libre y la recreación.

La formulación de las preguntas dentro de la práctica socrática es fundamental y determinante para la calidad del pensamiento. La extensión de los diálogos socráticos con un número elevado de preguntas y respuestas guarda directa relación con estándares de calidad de los pensamientos. La no formulación o el bajo número de preguntas, se asocia principalmente con los problemas de profundidad y lógica en los análisis. La extensión en los mismos se asoció con mayor número de elementos del pensamiento crítico, con énfasis en puntos de vista, implicaciones y consecuencias, y supuestos. Además con mejor calidad de acuerdo con los estándares del pensamiento crítico.

En conclusión, se logró identificar el impacto del programa en la flexibilidad de patrones de comportamiento, y específicamente de creencias hiperdesarrolladas. Igualmente, se identificó una mayor movilización del pensamiento frente a las diferentes problemáticas que afectan la calidad de vida, pero de manera significativa en la identificación de los rasgos inflexibles y relación con los problemas emocionales y la salud mental.

Dentro de las limitaciones del estudio se señala en primer lugar el proceso de selección de la muestra el cual no fue aleatorio, y en segundo lugar el diseño, el cual no contó con grupo control. Con relación a los instrumentos se considera que para otro estudio se deberían utilizar instrumentos que evalúen indicadores emocionales o pensamientos automáticos y no componentes de personalidad, dado que éstos son por definición resistentes al cambio. Por último, el análisis del material relacionado con los diálogos socráticos requiere de una metodología complementaria que logra reflejarlo este estudio. *(Se informa que este estudio está en revisión en la Revista Panamericana de Salud Pública, 2011).*





### 4.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SQ-SF

La terapia cognitiva está centrada en la intervención de los estilos cognitivos disfuncionales que presentan las personas con trastornos psicopatológicos específicos (Eje I) y de la personalidad (Eje II)(Barlow, Faffa y Cohen, 2002; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck et al., 2004; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Clark, 2004; Hollon y DeRubeis, 2004; Scher, Segal y Ingram, 2004; Tolin, Hannan, Maltby, Diefenbach, Worhunsky y Brady, 2007; entre otros ).

Uno de los elementos centrales del modelo de la terapia cognitiva es la identificación de los esquemas o estructuras cognitivas disfuncionales en la base de los trastornos psicológicos (Beck et al., 1979). La teoría de Young (Young, 1990, 1991, 1994, 1999; Young y Brown, 1994; Young y First, 1996; Young y Klosko, 2001) ha hecho grandes aportes en la conceptualización e identificación de dichos esquemas cognitivos. En su modelo los esquemas son descritos como creencias y sentimientos incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente, significativamente disfuncionales y extremadamente estables y duraderos. Se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida, y sirven como marcos para el procesamiento de experiencia posterior (Young, 1999).

Young (1994, 1999) agrupó los esquemas en cinco grandes dominios o categorías: a) el dominio de *Desconexión y rechazo* incluye esquemas que implican la expectativa de que las necesidades de seguridad, aceptación y respeto que uno tiene no serán satisfechas de una forma predecible; b) el dominio de *Autonomía y ejecución deteriorada* consiste en esquemas que implican expectativas de uno mismo y del ambiente que interfieren con la capacidad percibida de funcionar de una manera independiente o exitosa; c) en el dominio de *Falta de Límites* están los esquemas que reflejan falta de límites internos, de capacidad de responsabilizarse ante los demás o de llevar a cabo acciones orientadas al logro de objetivos a largo plazo; d) el dominio de *Orientación a los demás* consiste en un foco excesivo hacia los deseos de los demás a expensas de las propias necesidades; y e) el dominio de *Sobrevigilancia e inhibición* implica un excesivo énfasis en el control de los sentimientos espontáneos con el fin de evitar cometer errores.

Para la evaluación de los esquemas maladaptativos tempranos Young desarrolló el cuestionario de esquemas. El primer cuestionario de Young (Schema Questionnaire), basado en su propuesta teórica, no fue sometido a ningún estudio de tipo estadístico. Posteriormente se realizó una revisión de éste, dando lugar a una versión de 205 ítems con las cinco dimensiones mencionadas y dieciséis esquemas maladaptativos tempranos. Tomando este último cuestionario, Schmidt, Joiner, Young y Telch (1995), realizaron una investigación donde evaluaron las propiedades psicométricas y la estructura jerárquica de la prueba. En esta investigación los autores realizaron un análisis factorial exploratorio que apoyó la existencia de la mayoría de los esquemas propuestos por Young. Las mayores discrepancias respecto al modelo teórico las encontraron en lo referente a las dimensiones de segundo orden. El análisis de componentes principales de la matriz de intercorrelación de los esquemas cognitivos produjo tres factores de orden superior distintos a los cinco dominios propuestos por Young (1991). Schmidt et al. (1995) denominaron a estos tres factores de segundo orden con las etiquetas de Desconexión, Sobreconexión y Estándares exagerados. Posteriormente, Lee, Taylor y Dunn (1999) analizaron la estructura factorial a través del análisis de componentes principales, en población clínica de Australia. En este caso los autores obtuvieron una estructura de segundo orden diferente a la obtenida por Schmidt et al., incluyendo entre otros aspectos un cuarto factor de segundo orden que denominaron límites deteriorados.

A pesar de la validez del cuestionario de esquemas, el elevado número de ítems que lo componen hacen de este un instrumento largo y en ocasiones pesado de contestar, especialmente cuando se utiliza con población clínica. Por ello, Young desarrolló el *Young Schema Questionnaire - Short Form: SQ-SF* (Young, 1998), una versión resumida con 75 ítems, los cuales corresponden a 15 esquemas disfuncionales. Young seleccionó los 5 ítems con mayor peso de cada uno de los componentes del cuestionario original con 205 ítems.

Numerosos estudios han apoyado la validez del cuestionario de esquemas, sugiriendo una alta sensibilidad de la prueba para identificar psicopatología (Rijkeboer, van den Bergh y van den Bout, 2005; Rijkeboer y van den Bergh, 2006). Puntuaciones elevadas se han asociado con trastornos de personalidad (Jovev y Jackson, 2004; Reeves y Taylor, 2007), así como con depresión (Calvete, Estevez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Stopa y Waters, 2005), ansiedad (Calvete et al., 2005; Welburn, Coristine, Dagg,

Pontefract y Jordan, 2002), estrés postraumático (Jason, 2007) y trastornos de alimentación (Hinrichsen, Waller y Emanuelli, 2004; Meyer, Leung, Feary y Mann, 2001; Turner, Rose, y Cooper, 2005; Waller, Ohanian, Meyer y Osman, 2000).

Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard y Martin (2006), en Francia, analizaron el instrumento con 263 participantes. 14 factores emergieron a través del análisis factorial exploratorio, 13 de los 15 propuestos por Young. Se identificaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en los esquemas límites insuficientes, privación emocional, desconfianza/maltrato, con puntuaciones superiores en hombres.

Oei y Baranoff (2007) realizaron una revisión sobre la evolución del constructo teórico y sus componentes, y la validación de los cuestionarios YSQ-L2 y SQ-SF, encontrando alta consistencia de la prueba en diferentes estudios. La primera publicación sobre el análisis factorial confirmatorio fue realizada por Welburn et al. (2002), en población clínica, con 196 pacientes. Se obtuvo una buena consistencia interna del SQ-SF, con un Alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.93 para los 15 componentes. Se identificaron diferencias significativas en las puntuaciones de hombres y mujeres en los esquemas de auto-sacrificio, apego, fracaso, abandono y defectuosidad, con puntuaciones superiores en mujeres.

Un segundo estudio realizado por Calvete et al. (2005), se hizo con estudiantes universitarios españoles y obtuvo confirmación de los quince esquemas propuestos para el cuestionario. Este estudio comparó además diversas estructuras de segundo orden para el SQ-SF: los cinco dominios propuestos por Young, y tres dominios obtenidos mediante análisis factorial exploratorio. Los resultados apoyaron el modelo de tres dominios como factores de segundo orden. El primero dominio de Autonomía insuficiente contenía los esquemas de dependencia, apego, vulnerabilidad al daño, fracaso, subyugación e insuficiente. El segundo dominio denominado Desconexión con los esquemas de inhibición emocional, privación emocional, aislamiento social, defectuosidad y desconfianza. Estos dos dominios fueron similares a los identificados por Lee et al. (1999). El tercer dominio fue el de estándares inflexibles o sobrecontrol, identificado por Schmidt et al. (2005) y Lee et al. (1999), respectivamente. Este dominio incluye los esquemas de estándares inflexibles, auto-sacrificio, y grandiosidad.

Un tercer estudio fue realizado por Villa, Calvete, Villardon, y Cardeñoso (2005), quienes replicaron este estudio con una muestra de 1140 estudiantes universitarios y encontraron que la estructura de tres factores de segundo orden

explicaba mejor los datos que la estructura propuesta por Schmidt et al. (1995). Los resultados reportaron además diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en algunas esquemas, siendo significativamente más elevados los hombres en privación emocional, aislamiento, inhibición emocional y grandiosidad, y las mujeres en abandono, fracaso, vulnerabilidad y auto-sacrificio.

Un último estudio reportado con análisis confirmatorio fue el realizado por Hoffart et al. (2005) con 1037 pacientes psiquiátricos y no pacientes. Se aplicó de manera diferencial el YSQ-LF y el SQ-SF. Se evaluaron los tres modelos de estructura de orden superior para los 15 esquemas, indicando que el modelo de cuatro factores era la mejor alternativa: Desconexión, Autonomía, Estándares exagerados y Límites insuficientes.

En Colombia aunque no se ha validado el SQ-SF si se validó el instrumento SQ-L2 (Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín et al., 2005). Los resultados reportaron una estructura similar a través del análisis factorial exploratorio. En dicho estudio participaron 1419 estudiantes universitarios (862 mujeres y 557 hombres), y el análisis dio como resultado once factores, con 45 ítems finales. Los esquemas que no emergieron fueron aislamiento social, defectuosidad, indeseabilidad social, fracaso, dependencia y subyugación. Además, el esquema de estándares inflexibles se presentó dividido, uno con ítems que representaron más las creencias de perfeccionismo y otros las de autoexigencia. El Alfa de Cronbach de los factores osciló entre 0.71 y 0.85, y la prueba total alcanzó una puntuación de 0.91.

Después de presentar los resultados de los estudios mencionados sobre las revisiones que se han realizado del *SQ-SF*, se consideró de gran relevancia realizar un estudio secundario al citado en Colombia del YSQ-L2 en estudiantes universitarios (Castrillón et al., 2005), analizando la estructura factorial de los ítems correspondientes al SQ-SF y utilizando un análisis factorial confirmatorio. El objetivo del presente estudio fue por tanto evaluar la estructura del SQ-SF mediante análisis factorial confirmatorio. Además, dadas las discrepancias obtenidas en la literatura respecto a la estructura de segundo orden, en este estudio se quiso comparar diversos modelos estructurales, incluyendo uno que coincidiera con los cinco dominios teóricos propuestos por Young, y otro basado en los tres dominios obtenidos empíricamente en el estudio de Calvete et al. (2005) y Villa et al (2005). Por último, en este estudio se evaluó si se presentaban diferencias significativas con relación al sexo, esperando

encontrar puntuaciones superiores en mujeres en los esquemas pertenecientes a los dominios de autonomía insuficiente, y en los hombres en los dominios de Límites insuficientes, tal como lo reportan algunos estudios (Lachenal-Chevallet et al., 2006; Villa et al., 2005; Welburn et al., 2002).

#### 4.3.1 MÉTODO

##### 4.3.1.1 Participantes

La investigación utilizó un diseño transversal, con una muestra probabilística estratificada por bloques, finalmente conformada por 1392 estudiantes universitarios 541 (39%) hombres y 851 (61%) mujeres, con edad *media de* 22.6 años ( $dt = 5.0$ ) y rango de edad 16 – 51 años. La mayoría de los participantes pertenecían a un nivel socioeconómico medio (67%) y con estado civil soltero (84%) (Tabla I).

Tabla 16. Distribución de la muestra

	Hombres <i>n</i> =541	Mujeres <i>n</i> =851	Total <i>N</i> =1392
Edad			
Edad Media	22.4	22.7	22.6
Desviación E.	4.6	5.3	5.0
Rango edad	16 – 51	16 – 50	16 – 51
Estado civil			
Soltero	475 (87%)	696 (81.8%)	1171 (84%)
Casado	37 (6.8%)	96 (11.3%)	133 (9.6%)
Separado	5 (.9%)	19 (2.2%)	24 (1.3%)
Viudo	1 (.2%)	11 (1.3%)	12 (0.9%)
Estrato socioeconómico			
Alto	88 (16.3%)	143 (16.8%)	231 (16.6%)
Medio	359 (66.4%)	574 (67.5%)	933 (67%)
Bajo	80 (14.8%)	81 (9.5%)	161 (11.6%)
Universidad			
De Antioquia	229 (42.3%)	163 (19.2%)	392 (28.2%)
Cooperativa	60 (11.1%)	199 (23.4%)	259 (18.6%)
De Medellín	155 (28.7%)	160 (18.8%)	315 (22.6%)
De San Buenaventura	97 (17.9%)	329 (38.7%)	426 (30.6%)

#### 4.3.1.2 Instrumento

El instrumento SQ-SF fue elaborado por Young (1998). Es un instrumento autoaplicado, contiene 75 ítems y 15 componentes. Las opciones de respuesta son de tipo liker, y van entre 1 y 6: 1= Totalmente falso; 2= La mayoría de las veces falso; 3= Más falso que verdadero; 4= Más verdadero que falso; 5= La mayoría de las veces verdadero; y 6= Me describe perfectamente.

Los componentes evaluados son: a) Privación emocional (*emotional deprivation*): creencia de que el grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho; b) Abandono (*abandonment*): creencia de que los otros significativos tarde o temprano nos dejarán; c) Desconfianza /maltrato (*mistrust/maltreatment*): creencia de que los otros nos harán víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras; d) Defectuosiad (*defectiveness*): sentimiento de que uno es defectuoso, indeseado, inferior; e) Aislamiento social (*social isolation*): sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás y/o no hace parte de ningún grupo; f) Fracaso (*failure to achieve*): creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente; g) Dependencia/ incompetencia (*dependency/incompetence*): creencia de que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades sin una cantidad considerable de ayuda externa; h) Vulnerabilidad al daño (*vulnerability to harm*): creencia de que en cualquier momento puede pasar algo malo y no se es incapaz de impedirlo; i) Apego (*attachment*): excesiva implicación y cercanía emocional con otros significativos (con frecuencia los padres); j) Subyugación (*subjugation*): sujeción excesiva al control de los demás, porque uno se siente obligado, generalmente para evitar reacciones de ira, retaliación o abandono; k) Auto-sacrificio (*Self-sacrifice*): concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás; l) Inhibición emocional (*emotional inhibition*): inhibición excesiva de acciones y sentimientos generalmente para evitar la desaprobación de los demás; m) Estándares inflexibles (*unrelenting standards*): actitud hipercrítica hacia uno mismo y hacia los demás; n) Derecho/grandiosidad (*entitlement/grandiosity*): creencia de que uno es superior a los demás, de que tiene derechos y privilegios especiales; y o) Insuficiente autocontrol (*insufficient Self-control*): énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo.





#### 4.3.1.3 Procedimiento

Se identificaron los grupos de estudiantes seleccionados de manera aleatoria en las diferentes Universidades. Los investigadores accedieron a las aulas de clase donde los estudiantes tenían programadas actividades académicas, con previa información a los docentes por parte de las estancias académicas (Directores académicos, Decanos o Jefes de programas) sobre la actividad investigativa. Los investigadores presentaron a los estudiantes la investigación, y posterior a la lectura del consentimiento informado, quienes desearon participar voluntariamente contestaron el instrumento dentro del aula de clase. El tiempo promedio para responder el cuestionario fue de 20 minutos.

#### 4.3.2 RESULTADOS

Se realizaron varios análisis factoriales confirmatorios para probar diferentes modelos teóricos para el SQ-SF. Los parámetros para los análisis factoriales confirmatorios se estimaron utilizando la matriz de covarianzas de los ítems del cuestionario. Los modelos se probaron con el método de máxima verosimilitud con LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2006). La bondad del ajuste se evaluó con el índice de ajuste comparativo (CFI), la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA), y la raíz cuadrada estandarizada de los residuos (SRMR). Algunos autores han propuesto el criterio de que valores de CFI de .95 o superiores reflejan un ajuste adecuado y de que valores menores que .06 para RMSEA y menores de .08 para SRMR reflejan un buen ajuste (Hu y Bentler, 1999). Sin embargo, estudios recientes muestran que no se pueden establecer puntos de corte universales para estos índices, sino que los mismos dependen de aspectos diversos del modelo a evaluar, tales como el número de variables observadas y el grado de especificación del error (Fan y Sivo, 2007). En consecuencia, en este estudio se optó por tomar decisiones sobre los modelos a partir de múltiples elementos tales como las cargas factoriales, la coherencia entre el modelo y la teoría subyacente, las consistencias internas de los factores y los mencionados índices de ajuste.

En todos los modelos utilizados se eligió el método de codificación de efectos propuesto por Little, Slegers y Card (2006) para identificar y fijar la escala de las

variables latentes. Este método consiste en hacer que la suma del conjunto de medias de los indicadores sea igual a cero y que el conjunto de cargas factoriales para un constructo dado tenga una media de 1, lo que es lo mismo que igualar su suma al número de indicadores. Según Little y colaboradores este método es el idóneo cuando se trata de confirmar la estructura factorial de un constructo a partir de ítems particulares.

Se estimaron tres modelos diferentes. El modelo 1 consistió en una estructura de 15 factores de primer orden, coincidentes con los 15 esquemas propuestos por Young. El modelo 2 consistió en una estructura de segundo orden según la cual los cinco dominios teóricos propuestos por Young (Desconexión y rechazo, Autonomía y ejecución deteriorada, Límites deteriorados, Orientación hacia los demás, Inhibición) explicarían los quince factores de primer orden. El modelo tres fue similar al modelo 2, pero agrupó todos los esquemas en los tres factores de segundo orden obtenidos en los estudios con población española (Calvete et al., 2005; Villa et al., 2005).

En la tabla 17 se presentan los índices de ajuste para cada uno de los tres modelos. Todos ellos fueron excelentes, si bien los mejores resultados se obtuvieron para el modelo 1. La comparación entre modelos mostró que el modelo 2 aumentaba significativamente el valor de  $\chi^2$  respecto al modelo 3,  $\Delta \chi^2 (5, N = 1392) = 201, p < .01$ . A su vez, ambos modelos de segundo orden aumentaban significativamente  $\chi^2$  respecto al modelo 1.

En la tabla 18 se presentan el peso de las variables en cada uno de los factores obtenidos a través del análisis factorial confirmatorio, la consistencia interna de las escalas y el rango de las correlaciones entre los elementos; cada uno de los factores analizados mostró un Alfa de Crombach superior a 0.73.

Por último, con el fin de comprobar si existían diferencias significativas con relación al sexo, se realizaron las pruebas de normalidad de las variables Esquemas. Dado que ninguno de éstos presentó una distribución normal, se procedió a analizarlos con pruebas no paramétricas para dos muestras independientes (U de Mann-Whitney).

Tabla 17. Indicadores de ajuste para los modelos estimados para el SQ-SF

Modelo	Indicadores de ajuste
Modelo 1: 15 factores de primer orden	$\chi^2$ (2595, $n = 1392$ ) = 10962, RMSEA = .051 (.050; .052), NNFI = .97, CFI = .97, SRMS= .053.
Modelo 2: 15 factores de primer orden organizados en 5 factores de segundo orden	$\chi^2$ (2675, $n = 1392$ ) = 12516, RMSEA = .056 (.055; .057), NNFI = .96, CFI = .96, SRMS= .065.
Modelo 3: 15 factores de primer orden organizados en 3 factores de segundo orden	$\chi^2$ (2680, $n = 1392$ ) = 12315, RMSEA = .055 (.054; .056), NNFI = .96, CFI = .96, SRMS= .064.

Los resultados reportaron diferencias significativas en la mayoría de las variables, con puntuaciones superiores en los hombres (privación emocional, desconfianza, defectuosidad, aislamiento, fracaso, dependencia, vulnerabilidad, subyugación, inhibición, grandiosidad, y autocontrol insuficiente). Sin embargo, pese a que aparentemente se identificaron estas diferencias significativas, los tamaños del efecto ( $d$ ) fueron demasiado pequeños como para validarlos.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos básicos y fiabilidad

Esquemas	Hombres <i>n</i> =541 <i>Media</i> ( <i>DE</i> )	Mujeres <i>n</i> =851 <i>Media</i> (DE)	U de Mann-Whitney	Effect Size	Global <i>N</i> =1392 <i>Media</i> (DE)
Privación	10.05 (5.07)	9.33 (4.92)	200845.5**	-0.14	9.61 (4.98)
Abandono	12.70 (5.55)	13.2 (6.38)	224035.5	0.08	13.03 (6.09)
Desconfianza	11.84 (4.94)	10.79 (5.43)	129695.0**	-0.20	11.21 (5.26)
Defectuosiad	7.94 (4.28)	7.15(3.70)	201709.5**	-0.20	7.44 (3.91)
Aislamiento	11.31 (5.75)	10.39 (5.58)	204625.5**	-0.16	10.74 (5.66)
Fracaso	8.42 (4.54)	8.01 (4.35)	213746.0*	-0.09	8.18 (4.42)
Dependencia	8.18 (3.53)	7.86 (3.67)	209731.5**	-0.09	7.99 (3.61)
Vulnerabilidad	12.74 (5.82)	11.24 (5.45)	195928.0**	-0.27	11.86 (5.66)
Apego	9.75 (4.50)	9.78 (5.09)	221244.0	0.01	9.81 (4.89)
Subyugación	9.08 (4.31)	8.34 (4.26)	202021.0**	-0.17	8.64 (4.28)
Auto-sacrificio	12.34 (5.15)	12.27 (5.76)	222064.5	-0.01	12.33 (5.5)
Inhibición	11.69 (5.84)	9.78 (5.23)	180497.5**	-0.35	10.54 (5.5)
Estándares insuficientes	14.93 (5.22)	14.66 (5.86)	221491.5	-0.05	14.81 (5.63)
Derecho/grandiosid ad	14.37 (5.74)	12.39 (5.65)	183316.5**	-0.35	13.17 (5.76)
Insuficiente Autocontrol	11.55 (5.0)	10.26 (5.13)	183930.5**	-0.25	10.77 (5.129)

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

#### 4.3.3 DISCUSIÓN

El principal objetivo fue estudiar la estructura factorial del *Young Squema Questionnaire – Short form*. A través del método de codificación de efectos para identificar y fijar la escala de las variables latentes (Little et al., 2006), se confirmó la estructura factorial de primer orden, consistente en los 15 esquemas propuestos para

este instrumento. Las cargas factoriales de los ítems en los quince esquemas fueron adecuadas en todos los casos.

Sin embargo, los resultados fueron menos claros respecto a la estructura de segundo orden. Los dos modelos de segundo orden estimados mostraron un ajuste algo peor que el modelo no jerárquico (modelo 1). De esta manera los resultados de este estudio se suman a los obtenidos en otros estudios, mostrando que la estructura de segundo orden para el SQ-SF está aún por definir (Calvete et al., 2005; Lee et al., 1999; Schmidt et al., 1995).

A pesar de esta limitación, es importante reseñar que el modelo 2, el cual propone la estructura de segundo orden de las cinco dimensiones propuestas por Young (1999), obtiene buenos indicadores de ajuste. Este modelo consistió en una estructura de segundo orden según la cual los cinco dominios teóricos propuestos por Young (Desconexión y rechazo, Sobreconexión, Estándares exagerados y Límites deteriorados) explicarían los quince factores de primer orden. Los resultados de este modelo también pueden interpretarse como válidos en la población Colombiana. La importancia teórica de este modelo es que valida el presupuesto teórico según la Terapia centrada en los Esquemas referente a los logros que de manera evolutiva las diferentes personas deben alcanzar en su desarrollo psicoafectivo (Young et al., 2003).

Los niveles de confiabilidad de la escala fueron bastante buenos. La prueba total alcanzó un nivel de 0.957 Alfa de Cronbach, y para cada uno de los 15 factores analizados los valores oscilaron entre 0.74 y 0.89. De los 15 esquemas, 11 obtuvieron un Alfa aproximado o superior a 0.8. Dichos resultados sugieren que la prueba presenta una adecuada consistencia interna para sus escalas. Estos valores son muy similares a los obtenidos en el estudio en Colombia con análisis exploratorio para el SQ-L2 (Castrillón et al., 2005), aunque ligeramente superiores. Estos niveles son regularmente encontrados en las investigaciones (Oei y Baranoff, 2007), tanto en población normal como en clínica, con valores superiores en muestras clínicas (Welburn et al. 2002; Calvete et al., 2005).

Con relación a las diferencias de los esquemas entre los hombres y las mujeres, diferentes estudios han identificado una tendencia en los esquemas del dominio Límites insuficientes con puntuaciones superiores en los hombres, y del dominio en Sobreconexión en las mujeres. Lachenal-Chevallet et al. (2006), en Francia, encontraron diferencias en los esquemas de límites insuficientes, privación emocional,

desconfianza/abuso, con puntuaciones superiores en hombres. Welburn et al. (2002) en Canadá en los esquemas de autosacrificio, apego, fracaso, abandono y defectuosidad, con puntuaciones superiores en mujeres. En España, Villa et al. (2005) reportaron puntuaciones significativamente superiores en hombres en esquemas de privación emocional, aislamiento, inhibición emocional y grandiosidad, y en mujeres en esquemas de abandono, fracaso, vulnerabilidad y auto-sacrificio.

En Colombia, si bien aparentemente se presentaron diferencias significativas en la mayoría de los esquemas con relación al sexo, con puntuaciones superiores en los hombres (privación emocional, desconfianza/abuso, defectuosidad, aislamiento, fracaso, dependencia, vulnerabilidad, subyugación, inhibición, grandiosidad, y autocontrol insuficiente), estos resultados no son concluyentes dado que los espacios entre las puntuaciones fueron muy pequeños. Estos resultados podría representar mas la tendencia a la homogeneidad de la distribución en hombre y mujeres en la muestra colombiana, y las diferencias estar identificando errores atribuibles a los tamaños de la muestra, por ser éstos muy altas. Así, para la población colombiana, podría indicarse que la diferencia de puntuaciones altas y bajas dependería mas de las experiencias tempranas tal como lo plantea la teoría, y no tanto de los roles culturales relacionados con el género.

De esta manera puede identificarse que el constructo teórico que está detrás de la teoría de los esquemas maladaptativos tempranos de Jeffrey Young, es muy estable, teóricamente consistente entre culturas y entre los sexos.

*(Se informa que este capítulo en su mayoría está en prensa, Revista Universitas Psychologica, 2012).*

#### 4.4 VALIDACIÓN DEL PBQ-SF

Los trastornos de la personalidad se definen como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo, tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y comportan malestar o perjuicios para la persona (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Para el estudio de estos trastornos se han propuesto diferentes modelos, siendo los más reconocidos el categorial y el dimensional. El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-IV TR (APA, 2000) representa la perspectiva categorial, codifica los trastornos de la personalidad en el Eje II e identifica tres Grupos para 10 síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una gran variedad de estudios obligan a cuestionar la validez de estas categorías, y se considera que no existe una diferencia cualitativa entre las características normales de la personalidad y los trastornos de la personalidad, ni diferencias significativas entre los trastornos de la personalidad específicos, asuntos de tanta relevancia que está en agenda de estudio y modificación para el DSM V (Caballo, 2004; First, Bell, Cuthbert, Krystal, Malison, Offord et al., 2004). De esta manera, los modelos dimensionales se proponen como alternativa, describen a manera de *continuum* los rasgos desde su manifestación saludable hasta el extremo de gravedad o patología (Millon, Davis y Millon, 2009; Millon y Evelin, 1994).

La terapia cognitiva ha validado el modelo sobre los contenidos esquemáticos y las creencias centrales o nucleares para cada uno de los trastornos de la personalidad, y su propuesta dimensional y evolutiva, al igual que la de Millon (Millon y Davis, 2000), implica que las estrategias primitivas pueden observarse de manera exagerada en los síndromes sintomáticos de diferentes trastornos como los de la personalidad (Beck et al., 2004). La terapia cognitiva trabaja en el nivel de estructuras sintomáticas (problemas manifiestos) y en el de los esquemas subyacentes (estructuras inferidas).

Las creencias centrales son ideas fundamentales y profundas acerca de uno mismo, de los demás y del mundo, consideradas como verdades absolutas. Son globales, rígidas, difíciles de cambiar y se generalizan en exceso (Beck, 2000, 2005; Leahy, Beck y Beck, 2005). El contenido irracional de las creencias centrales juega un papel importante en numerosos trastornos tales como la ansiedad y la depresión. Estas ideas son activadas ante acontecimientos vitales negativos, producen errores

sistemáticos en el procesamiento de la información e influyen directamente en los estados emocionales. La hipótesis de la especificidad cognitiva enfatiza que cada trastorno va asociado a cogniciones que le son específicas (Clark y Beck, 1997). Cada trastorno de personalidad se caracteriza por un patrón de creencias profundas o esquemas cognitivos que le son característicos (Beck et al., 2004).

El Cuestionario *Personality Belief Questionnaire* (PBQ; Beck y Beck, 1991) fue desarrollado como instrumento de evaluación para la clínica y la investigación. Contiene 126 ítems (9 escalas, 14 ítems por escala). Los ítems fueron construidos a partir de la investigación y las consideraciones teóricas sobre la conceptualización de cada trastorno de la personalidad (Beck et al., 1990). Este cuestionario evalúa las creencias típicas asociadas con cada uno de los trastornos de la personalidad considerando las clasificaciones para el momento de su construcción DSM III-R (1987).

De esta manera, las creencias centrales sobre la necesidad de la autonomía, aislamiento y desapego forman parte del trastorno esquizoide de la personalidad; creencias de ser diferente y raro son centrales en el trastorno de la personalidad esquizotípico, y creencias sobrevaloradas y generalizadas sobre la desconfianza y la necesidad de cautela corresponden al trastorno paranoide de la personalidad.

Así mismo, creencias a favor de la explotación, la manipulación y el delito representan el trastorno antisocial de la personalidad; creencias de grandiosidad y competitividad corresponden al trastorno narcisista de la personalidad; creencias a favor de la expresividad y hacer romántica todas las situaciones e impresionar a los demás representan al trastorno histriónico de la personalidad; y creencias relacionadas con la inestabilidad afectiva y frente a la imposibilidad para controlar las emociones y el comportamiento impulsivo son centrales en el trastorno límite de la personalidad.

Por último, las creencias relacionadas con vulnerabilidad social, inhibición y evitación y temor ser herido, rechazado y fracasar corresponden al trastorno de la personalidad por evitación; creencias consistentes en que es necesaria la ayuda y cercanía de otras personas para resolver los problemas cotidianos corresponden al trastorno de la personalidad por dependencia; creencias de autoexigencia, necesidad de control, perfección y cumplimiento de los “deberías” corresponden al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva; y creencias ambivalentes de resistencia y dependencia hacia la autoridad están representadas en la personalidad pasivo-agresiva.



En esencia, el cuestionario evalúa creencias representativas del trastorno esquizoide, paranoide, antisocial, narcisista, histriónico, por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo de la personalidad y pasivo-agresivo, además del trastorno límite. El cuestionario no incluye creencias sobre el trastorno esquizotípico de la personalidad, lo cual puede justificarse por la rareza cognitiva que gira en torno a miedos, preocupaciones y desvinculación de naturaleza social e ideas paranoicas, evaluados en los trastornos por evitación, esquizoide y paranoide de la personalidad (Beck et al., 2004).

Con relación al trastorno de la personalidad límite, algunas creencias se superponen con los trastornos de la personalidad por dependencia, por evitación y paranoide. Este aspecto, al igual que el referente al trastorno esquizotípico, es una limitación que se presenta al momento de evaluar características cognitivas de los trastornos de la personalidad graves, dado que los síntomas se superponen con diferentes trastornos leves de la personalidad (Millon y Everly, 1994).

Un último aspecto a tener presente es la evaluación de las creencias asociadas con el trastorno de la personalidad pasivo-agresivo, considerado como trastorno no especificados en el DSM IV-TR (APA, 2000), lo cual se corresponde con los criterios de clasificación vigentes cuando se construyó el cuestionario (Beck et al., 1990).

Algunas investigaciones refieren alta consistencia interna del cuestionario y correlaciones apropiadas con otras escalas. Trull, Goodwin, Schopp, Hillenbrand y Schuster (1993) analizaron el comportamiento del cuestionario PBQ con una muestra de estudiantes de un Colegio y encontraron alta consistencia interna en las escalas del PBQ (Alfa de Cronbach entre 0,77 a 0,93). Además, encontraron una modesta correlación entre el PBQ y el Cuestionario de trastornos de la personalidad revisado (Hyler, Skodol, Oldham, Kellman y Doidge, 1992) y el MMPI-PD (Morey, Waugh y Blashfield, 1985).

El estudio de Jones, Burrell-Hodgson y Tate (2007) con el MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1997) mostró asociaciones significativas entre las escalas de ambos cuestionarios para evitación, dependencia, pasivo-agresivo y esquizoide.

La versión alemana del PBQ fue validada por Fydrich, Schmitz, Hennch y Bodem (1996) en una muestra de 282 pacientes psiquiátricos, los cuales mostraron también una buena consistencia interna de la prueba (Alfa de Cronbach entre 0,78 y 0,91). Estos investigadores encontraron que el PBQ correlacionaba moderadamente con el Structured Clinical Interview for DSM, Axis II- SCID-II (correlación media = 0,32).

Más tarde, Beck et al. (2001) encontraron alta correlación entre cinco de las subescalas del PBQ y los correspondientes trastornos de la personalidad medidos mediante el SCID-II (por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, narcisista, y paranoide).

Posteriormente, se desarrolló la versión corta del PBQ, el PBQ-Short Form. Se eligieron los 7 ítems que mejor representatividad tuvieron en cada escala, fue validada con 930 pacientes psiquiátricos. Los coeficientes de consistencia interna oscilaron entre 0,80 y 0,91 (Butler, Beck y Cohen, 2007). Bridges y Harnish (2010) en un estudio de meta-análisis, analizaron la prueba PBQ-SF (Beck y Beck, 1991) entre 25 escalas identificadas para evaluar creencias irracionales desde los modelos teóricos de Ellis y Beck. Los investigadores reportaron para el PBQ-SF los niveles más altos en cada uno de los criterios que tuvieron en cuenta: Confiabilidad (test-retest y Alfa de Cronbach superior a 0,9), validez concurrente (con escalas clínicas, psicopatológicas y de funcionamiento), validez discriminante (al menos dos estudios reportaron validez discriminante con otras mediciones teóricamente relacionadas) y validez de constructo (al menos dos estudios reportaron adecuada validez de constructo). En conclusión, encontraron ésta como una de las mejores pruebas a utilizar con propósitos clínicos y de investigación.

A pesar de los buenos resultados obtenidos mediante el PBQ y su versión abreviada, el cuestionario no se ha adaptado al español a fin de ser empleado en poblaciones de habla hispana. En consecuencia, el objetivo del presente estudio es adaptar al español un instrumento de evaluación de dichas creencias, el Cuestionario de Creencias de Personalidad (Personality Beliefs Questionnaire, PBQ; Beck y Beck, 1991). En este estudio se consideró relevante validar el PBQ-SF para Colombia y evaluar su estructura factorial y consistencia de las escalas. Asimismo, se consideró importante examinar posibles diferencias significativas con relación al sexo, tanto en el modelo de medida del instrumento como en las puntuaciones en las escalas, esperando encontrar puntuaciones superiores en mujeres en los esquemas pertenecientes a los trastornos de la personalidad histriónico, límite, por evitación y por dependencia, y en los hombres en los esquemas referentes a los trastornos de la personalidad antisocial, paranoide y narcisista, en consistencia con las prevalencias de TP encontradas en diversos estudios para hombres y mujeres (APA, 2000; Beck et al., 2004; Caballo, 2004; Daley, Rizzo y Gunderson, 2006; Gradillas, 2002).

Por otro lado, siendo la tendencia los modelos dimensionales para estudiar los problemas de personalidad, no se ha realizado estudios en población no-clínica, lo cual posibilitaría análisis de rasgos cognitivos de personalidad a manera de *continuum*, tal como lo proponen investigadores que utilizan éstos modelos (Millon et al, 2009). Se detectan limitaciones respecto a las mediciones sobre los problemas de personalidad que no necesariamente requieran identificar trastornos, dado que estas parten de población clínica (Bridges y Harnish, 2010). El PBQ es una prueba de creencias de personalidad y por lo tanto no limita su aplicación a población clínica. De manera complementaria, al modelo de la terapia cognitiva se interesa más por el estudio de los esquemas y las creencias para comprender mejor los trastornos psicológicos y, por lo tanto, este cuestionario cumple con esta finalidad. De esta manera, para el presente estudio, se consideró válido y oportuno realizar el análisis en población no-clínica.

Por último, pese a que la recomendación para del estudio de los trastornos de la personalidad es considerar el criterio de edad superior a los 18 años, propuestas contemporáneas intentan no limitar la evaluación en la infancia y la adolescencia para una detección temprana de síntomas y así favorecer su prevención (Freeman, 2004; Maj, López-Ibor, Sartorius, Sato y Okasha, 2006). Concordante con esto, la misma definición de la APA (2000) identifica el inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta). De esta manera, dado que gran parte de la muestra fue retomada de población de estudiantes universitarios y edades mínimas se han visto con frecuencia reportadas por debajo de los 18 años de edad, se consideró injustificable el criterio de exclusión de la edad en estudiantes universitarios menores de 18 años, por no ser una prueba diagnóstica.

#### 4.4.1 METODO

##### 4.4.1.1 Participantes

En el estudio participaron 665 personas, 272 (40,9%) hombres y 391 (58,8%) mujeres, distribuidos en tres ciudades de manera no homogénea (Barranquilla, Bogotá y Medellín). Con relación a la ocupación y el nivel de formación, 475 (71%) eran estudiantes universitarios y 180 (29%) personas laboralmente activas con diferentes niveles de formación.

Respecto a la edad, la prueba de normalidad reportó una distribución anormal. La edad media fue de 22,2 años ( $DT = 9,4$ ), la mediana 18 y la moda 17 años, con un rango de edad de 15 a 65 años de edad. El criterio de exclusión con relación a la edad se aplicó para personas con edades menores de 18 años que no fueran estudiantes universitarios. La mayoría de los participantes pertenecían a un nivel socioeconómico medio (57,6%) y con estado civil soltero (82%) (Tabla 19).

Los participantes fueron seleccionados de manera no aleatoria, se buscó una distribución similar de la variable sexo para las diferentes categorías de las demás variables sociodemográficas (edad, estado civil, estrato socioeconómico, ocupación y ciudad). Para la representatividad de la muestra, se consideró el criterio de un número no menor a 5 participantes por ítems para realizar la validez de escalas a través del análisis factorial (en este caso un número no menor a 325 participantes) tal como lo recomiendan algunos autores (Nunnally y Bernstein, 1994) y lo aplican algunos estudios (Bentler y Chou, 1987; Castello y Osborne, 2005; Saunders y Huynh, 1980; Yurdugül, 2008).

Tabla 19. Distribución de la muestra

	Hombres <i>n</i> =272	Mujeres <i>n</i> =391	Total <i>N</i> =663
<b>Edad</b>			
Edad Media	22.9	21.7	22.18
Desviación	10.16	8.9	9.43
<b>Edad</b>			
15-17 años	113 (41.5%)	181 (46.3%)	294 (44.2%)
18-25 años	93 (34.6%)	136 (34.8%)	230 (34.6%)
26-35 años	37 (13.6%)	39 (10%)	76 (11.4%)
36-45 años	10 (3.7%)	11 (2.8%)	21 (3.5%)
46-55 años	10 (3.7%)	11 (2.8%)	21 (3.2%)
56-69 años	6 (2.2%)	5 (1.3%)	11 (1.7%)
<b>Estado civil</b>			
Soltero	218 (80.1%)	327 (83.6%)	545 (82%)
Casado	49 (18%)	48 (12.3%)	97 (15.6%)
Separado	2 (.7%)	9 (2.3%)	11 (1.7%)
Viudo		5 (1.3%)	5 (.8%)
<b>Estrato Socioeconómico</b>			
Alto	29 (10.7%)	49 (12.5%)	78 (11.7%)
Medio	156 (57.4%)	227 (58.1%)	383 (57.6%)
Bajo	79 (29.9%)	101 (25.8%)	180 (27.1%)
<b>Ciudad</b>			
Bogotá	20 (7.4%)	26 (6.6%)	46 (6.9%)
Medellín	205 (75.4%)	278 (71.1%)	484 (72.8%)
Barranquilla	47 (17.3%)	87 (22.3%)	135 (20.3%)

#### 4.4.1.2 Instrumento

El PBQ-SF fue elaborado por Beck y Beck (1991), es un instrumento autoaplicado y contiene 65 ítems. Las opciones de respuesta son de tipo Likert, y oscilan entre 0 y 4: 0 = *No lo creo para nada*; 1 = *Lo creo poco*; 2 = *Lo creo moderadamente*; 3 = *Lo creo mucho*; y 4 = *Lo creo totalmente*. Los ítems permiten evaluar 9 tipos de creencias, en correspondencia con trastornos de la personalidad esquizoide (ítems 12, 25, 28, 29, 36, 50, 53), paranoide (ítems 3, 13, 14, 17, 24, 48, 49), antisocial (ítems 23, 32, 35, 38, 42, 59, 61), narcisista (ítems 10, 16, 26, 27, 46, 58, 60), histriónico (ítems 8, 22, 34, 37, 52, 54, 55), límite (ítems 31, 44, 45, 49, 56, 64, y 65), por evitación (ítems 1, 2, 5, 31, 33, 39, 43), por dependencia (ítems 15, 18, 44, 45, 56, 62, 63), obsesivo-compulsivo (ítems 6, 9, 11, 19, 30, 40, 57) y pasivo-agresivo (ítems 4, 7, 20, 21, 41, 47, 51). El PBQ/PBQ-SF no debe ser considerado como una prueba diagnóstica pese a su alta asociación con pruebas de trastorno de la personalidad (Beck

et al., 2001; Butler et al., 2007; Jones et al., 2007). Por lo tanto se recomienda nombrar creencias de personalidad y no trastornos de la personalidad.

#### 4.4.1.3 Procedimiento

Se solicitó a Aaron T. Beck, uno de los autores de la prueba, la autorización para realizar la adaptación y validación del PBQ-SF. Posterior a su aprobación, el autor envió además el material requerido para realizar la traducción y validación para habla hispana. El proceso de traducción y retrotraducción se realizó con dos traductores especializados, y tras realizar el análisis de la consistencia de los enunciados con la prueba original, realizado por tres jurados expertos profesionales en psicología y bilingües, se realizó la prueba piloto. Para esto se contó con 30 personas mayores de 15 años y con diferentes niveles académicos, buscando identificar si cada uno de los ítems de la prueba era comprensible o requerían ajustes. Se realizó el entrenamiento a los auxiliares de investigación de tres ciudades capitales de Colombia, los cuales tuvieron en cuenta la presentación del consentimiento informado a los participantes.

#### *Estrategia de análisis estadístico*

Los parámetros para los análisis factoriales confirmatorios se estimaron utilizando las matrices policórica y de covarianza asintótica de los ítems del cuestionario PBQ-SF. Los modelos se probaron con el método de mínimos cuadrados ponderados con LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2004). La bondad del ajuste se evaluó con el índice de ajuste comparativo (CFI) y la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA), que son los indicadores más extendidos. Algunos autores han propuesto el criterio de que con muestras grandes ( $N \geq 250$ ) valores de CFI de 0,95 o superiores reflejan un ajuste adecuado y que valores de RMSEA menores que 0,06 reflejan un buen ajuste tanto para variables continuas (Hu y Bentler, 1999) como categóricas (Yu, 2002).

En todos los modelos utilizamos el método de codificación de efectos propuesto por Little, Slegers y Card (2006) para identificar y fijar la escala de las variables latentes. Este método consiste en hacer que la suma del conjunto de medias de los indicadores sea igual a cero y que el conjunto de cargas factoriales para un constructo

dado tenga una media de 1, lo que es lo mismo que igualar su suma al número de indicadores. Según Little y colaboradores este método es el idóneo cuando se trata de confirmar la estructura factorial de un constructo a partir de ítems particulares.

#### 4.4.2 RESULTADOS

##### 4.4.2.1 Análisis factorial confirmatorio del PBQ-SF

En primer lugar probamos la hipótesis de que la estructura del PBQ-SF podría estar representada por 9 factores correlacionados, de siete ítems cada uno: paranoide, esquizoide, histriónico, narcisista, antisocial, por evitación, pasivo-agresivo, obsesivo- y por dependencia. La solución fue muy satisfactoria con excelentes índices de ajuste,  $\chi^2$  (1854,  $N = 665$ ) = 2720,  $p < 0,001$ ; RMSEA = 0.027 (95%IC = 0,025; 0,029), CFI = 1.00. La carga de los factores osciló entre 0,58 y 0,96. La tabla 2 muestra las cargas de los ítems en éstos 9 factores.

Se estimaron dos modelos factoriales alternativos con los que comparar el anterior, entre ellos un modelo de un solo factor y un modelo de 9 factores, similar al anterior, pero de naturaleza ortogonal, es decir asumiendo la independencia entre factores. Se tomó como referencia el modelo de 9 factores oblicuos, y se anidaron al mismo los modelos alternativos. Se analizó el cambio en  $\chi^2$  que implicaba cada modelo alternativo, siguiendo una práctica extendida (Byrne, 1998). El modelo de un solo factor obtuvo buenos indicadores de ajuste,  $\chi^2$  (1890,  $N = 665$ ) = 2898,  $p < 0,001$ ; RMSEA = 0,029 (95% IC = 0,027- 0,031), CFI = 1. Sin embargo implicó un aumento significativo del valor  $\chi^2$ ,  $\Delta\chi^2$  (36) = 178,  $p < 0,001$ . El modelo de 9 factores ortogonales obtuvo indicadores de ajuste inferiores a los anteriores,  $\chi^2$  (1890,  $N = 665$ ) = 10298,  $p < 0,001$ ; RMSEA = 0,083 (95% IC = 0,081- 0,084), CFI = 1, y aumentó significativamente el valor de  $\chi^2$ ,  $\Delta\chi^2$  (36) = 7571,  $p < 0,001$ .

Por último, se evaluó el modelo de medida para una escala correspondiente al tipo límite. La tabla 20 muestra también las cargas de los ítems de este factor. Tal y como se describió en la introducción, el PBQ-SF permite obtener esta escala a partir de 7 ítems, la mayoría de ellos procedentes de las otras escalas (31, 44, 45, 49, 56, 64, y 65). La solución fue muy moderada según el valor RMSEA pero excelente según el

CFI,  $\chi^2$  (14,  $N = 665$ ) = 97,  $p < 0,01$ ; RMSEA = 0.09 (95% IC = 0,078; 0,11), CFI = 1.00. La carga de los factores osciló entre 0,54 y 0,71.



Tabla 20. Modelo de 9 factores con 62 ítems y factor límite (independiente)

Variable	Antisocial	Evitación	Dependencia	Histriónico	Narcisista	Variable	Obsesivo- compulsivo	Paranoide	Pasivo- agresivo	Esquizoide	Límite
pbq23	.82					pbq6	.82				
pbq32	.79					pbq9	.82				
pbq35	.66					pbq11	.61				
pbq38	.79					pbq19	.71				
pbq42	.91					pbq30	.87				
pbq59	.89					pbq40	.82				
pbq61	.72					pbq57	.92				
pbq1	.63					pbq3		.86			
pbq2	.66					pbq13		.96			
pbq5	.83					pbq14		.91			
pbq33	.75					pbq17		.95			
pbq39	.78					pbq24		.93			
pbq43	.80					pbq48		.88			
pbq31	.93					pbq49		.89			
pbq15			.84			pbq4			.58		
pbq18			.75			pbq7			.77		
pbq62			.84			pbq20			.72		
pbq63			.86			pbq21			.82		
pbq44			.74			pbq41			.87		
pbq45			.80			pbq47			.70		
pbq56			.81			pbq51			.87		
pbq8				.84		pbq12				.62	
pbq 22				.85		pbq25				.82	
pbq34				.90		pbq28				.58	
pbq37				.79		pbq29				.82	
pbq52				.83		pbq36				.79	
pbq54				.85		pbq50				.81	
pbq55				.92		pbq53				.51	
pbq10					.75	pbq31					.54
pbq16					.85	pbq44					.64
pbq26					.87	pbq45					.71
pbq27					.84	pbq46					.59
pbq46					.78	pbq49					.57
pbq58					.87	pbq64					.61
pbq60					.69	pbq65					.64

#### 4.4.2.2 Consistencia interna y fiabilidad

Teniendo en cuenta que la consistencia interna es una condición necesaria más no suficiente para garantizar la validez estructural interna, se presenta la matriz de correlaciones de las puntuaciones en la tabla 21. Los coeficientes de correlación entre las 9 escalas y además las correlaciones entre estas con la escala secundaria de límite oscilaron en un rango entre 0.38 (esquizoide y por dependencia) y 0.79 (límite y por dependencia). Otras correlaciones muy elevadas se encontraron con 0,74 (límite y paranoide) y con 0.72 (narcisista e histriónico) y con 0.70 (histriónico y por dependencia).

La consistencia interna de la escala se evaluó mediante el estadístico Alfa de Cronbach. Esta es una medida de resumen del grado en el que los ítems correlacionan entre sí y en general es deseable la obtención de coeficientes elevados, aunque si son demasiado altos podrían indicar que la escala está compuesta de ítems que virtualmente son reformulaciones unos de otros. La tabla 22 presenta los valores de la media y la desviación de cada una de las escalas y los coeficientes Alfa reportados en el estudio de Butler et al (2007), con el fin de analizarlos conjuntamente. Los coeficientes Alfas de la muestra (N=665) oscilan desde 0,68 en las escalas narcisismo y pasivo-agresivo hasta 0,84 en la escala paranoide. En general, los coeficientes Alfa de Cronbach obtenidos en población colombiana fueron apropiados, similar a los obtenidos en población estadounidense en el estudio de Butler et al. (2007) aunque un poco más bajas en la colombiana.

#### 4.4.2.3 Comparaciones multi-grupo

Con el fin de comprobar si existían diferencias significativas con relación al sexo, se realizó un análisis confirmatorio multi-grupo. Primero se calculó el modelo de 9 factores oblicuos por separado para hombres y mujeres, obteniéndose un ajuste adecuado:  $\chi^2 (1854, N = 272) = 1630, p < 0,001$ ; RMSEA = 0.001 (95% IC = 0,00; 0,001), CFI = 1.00, GFI = 0,95 y  $\chi^2 (1854, N = 391) = 2433, p < 0,001$ ; RMSEA = 0.028 (95% IC = 0,025; 0,031), CFI = 1.00, GFI = 0,94, respectivamente. A continuación se estimó el modelo simultáneamente en ambos grupos, sin ninguna restricción.

Tabla 21. Correlaciones entre las escalas del PBQ-SF

	Antisocial	Evitación	Dependencia	Histriónica	Narcisista	Obsesivo- compulsiva	Paranoide	Pasivo- agresivo	Esquizoide	Límite
Antisocial	1									
Evitación	.49	1								
Dependencia	.57	.60	1							
Histriónica	.61	.58	.70	1						
Narcisista	.67	.56	.65	.72	1					
Obsesivo- compulsiva	.55	.60	.53	.57	.58	1				
Paranoide	.62	.59	.58	.59	.61	.58	1			
Pasivo-agresivo	.57	.62	.55	.58	.63	.56	.64	1		
Esquizoide	.47	.45	.38	.39	.51	.45	.54	.54	1	
Límite	.61	.65	.79	.68	.65	.52	.74	.59	.47	1

Nota. Todos los coeficientes fueron significativos a  $p < 0,001$

Este modelo, que presentó un ajuste bueno, se tomó como referencia para las restricciones que se impusieron sucesivamente,  $\chi^2 (3708, N = 665) = 4064, p < 0,001$ ; RMSEA = 0.017 (95% IC = 0,013; 0,021), CFI = 1.00. En primer lugar se impuso la invarianza de las cargas factoriales para hombres y mujeres. Esta restricción supuso un aumento de  $\chi^2$  que no fue estadísticamente significativo,  $\Delta\chi^2 (54) = 68, ns$ . Finalmente se impuso la invarianza de la matriz de varianzas-covarianzas entre los 9 factores, siendo no significativo tampoco el cambio de  $\chi^2$ ,  $\Delta\chi^2 (45) = 49, ns$ . Por tanto, se concluyó que tanto el patrón general de cargas factoriales como el de varianzas-covarianzas de las variables latentes era invariante para hombres y mujeres.

Por último, se calcularon las diferencias en las puntuaciones para hombres y mujeres. Dado que ninguna de las variables presentó una distribución normal, se procedió a analizarlos con pruebas no paramétricas para dos muestras independientes (U de Mann-Whitney). La tabla 4 presenta los valores descriptivos de manera global y específicos al sexo. Los resultados reportaron diferencias significativas en los trastornos de la personalidad antisocial, histriónica, paranoide y pasivo-agresivo. Sin embargo, pese a que aparentemente se identificaron estas diferencias significativas, los tamaños del efecto (d) fueron demasiado pequeños como para validarlos.

La tabla 22 presenta la distribución de los percentiles de cada una de las escalas. Podría considerarse el percentil 75 como el punto de corte estadísticamente representativo para identificar creencias representativas al patrón de comportamiento correspondiente. Al no ser la población de referencia clínica, no podrá ser este utilizado como prueba diagnóstica. Por lo tanto, se debe preferir nombrar patrón de comportamiento si va a ser utilizada esta tabla para representar valores.

Tabla 22. Percentiles de la escala PBQ-SF N=665 Colombianos población no-clínica.

<b>Percentiles</b>	<b>Antisocial</b>	<b>Evitación</b>	<b>Dependencia</b>	<b>Histriónica</b>	<b>Narcisista</b>	<b>Obsesivo-compulsivo</b>	<b>Paranoide</b>	<b>Pasivo-agresivo</b>	<b>Esquizoide</b>	<b>Límite</b>
5	2	3	.0	.0	1	4	.0	3	.0	4
10	3	4	2	1	2	5	1	4	1	5
15	4	5	2	2	3	6	1	5	1	7
20	5	6	3	2	4	7	2	6	2	8
25	6	7	4	3	4	8	3	7	2	8
30	6	7	4	3	5	9	3	7	3	9
35	7	8	5	4	5	9	4	8	4	10
40	7	9	6	4	6	10	5	8	4	10
45	8	9	6	5	6	11	5	9	5	11
50	9	10	7	6	7	11	6	10	5	12
55	9	11	8	6	7	12	7	10	6	12
60	10	12	8	7	8	13	8	11	7	13
65	11	12	9	8	9	13	8	12	7	14
70	11.3	13	10	8	9	14	9	12	8	14
75	12	14	11	9	10	15	10	13	9	15
80	13	14	11	10	10	16	11	14	10	16
85	15	15	12	11	12	17	12	15	11	17
90	16	17	13	12	13	18	14	16	12	18
95	19	18	15	14	15	20	17	18	14	20
100	27	28	28	24	26	27	27	22	27	28

#### 4.4.3 DISCUSIÓN

El principal objetivo de este estudio fue analizar la estructura factorial del Personality Belief Questionnaire – Short Form (PBQ-SF; Beck y Beck, 1991) y validar el instrumento para Colombia con población no-clínica. Este estudio hace énfasis en las creencias de personalidad y no en trastornos de la personalidad, de manera consistente con la denominación del cuestionario y la muestra estudiada no-clínica.

El modelo teórico propuesto para la estructura del PBQ-SF fue confirmado por medio del análisis factorial, obteniendo unos indicadores de ajuste satisfactorios. Este modelo consistió en nueve escalas correspondientes a creencias de personalidad paranoide, esquizoide, antisocial, histriónica, narcisista, evitativa, dependiente, obsesivo-compulsiva y pasivo-agresiva. El nivel de confiabilidad de la escala es aceptable para las 9 escalas, con valores inferiores a los reportados en el estudio de Butler et al. (2007), aspecto que puede ser interpretado por la población clínica en éste, mientras que el presente trabajo emplea muestras comunitarias. Los valores más bajos aunque aceptables, se encontraron en las creencias de personalidad narcisista y pasivo-agresivo, y los mejores en las creencias de personalidad paranoide e histriónico.

Además, el análisis generó una inconsistencia estadística que exigió ajustes del modelo al analizar los ítems que evalúan la personalidad límite; esta inconsistencia puede ser explicada por la superposición de ítems, asunto que también ha sido señalado por otros estudios (First et al., 2004).

La alta correlación entre las escalas valida teóricamente la consistencia entre los grupos de la clasificación de los trastornos. El perfil de correlaciones es consistente con los grupos de trastornos de personalidad principalmente los del Grupo B (antisocial, histriónico, narcisista, e incluso con el límite), con correlaciones superiores a 0,61; los del Grupo C (evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo), e incluso con el pasivo-agresivo considerado en las anteriores clasificaciones en esta categoría (APA, 1987); y los del Grupo A (paranoide y esquizoide). Estos resultados son consistentes con otros estudios como los reportados por Bridges y Harnish (2010), donde se reportan altos niveles de validez de la prueba.

La alta correlación encontrada entre los trastornos de la personalidad por dependencia, histriónico y límite, es sustentada teóricamente desde los modelos de Beck (Beck et al., 2004) y Millon (Millon et al., 2009). Desde estas perspectivas, éstos son analizados como patrones dependientes de la personalidad, siendo el límite el trastorno grave de esta categoría. Por otro lado, el patrón por dependencia propuesto por Millon (Millon y Davis, 2000), y señalado por otros autores (Castelló, 2005; Hoyos y Londoño, 2006; Londoño et al., 2007), combina componentes de dependencia emocional con estrategias comportamentales pasivas (subyugación del patrón dependiente) y activas (seducción y búsqueda de atención del patrón histriónico) y estrategias cognitivas del patrón paranoide (desconfianza, suspicacia y celos), las cuales en gran medida se activan ante la amenaza real o imaginaria de separación o distanciamiento.

En síntesis, el presente estudio apoya la validez y adecuación del PBQ-SF en población no-clínica colombiana. La confirmación de las 10 escalas evaluadas a través del cuestionario, sugiere que el constructo teórico que está detrás de la teoría de los trastornos de la personalidad es muy estable y puede ser utilizado en población comunitaria. Además, las reagrupaciones propuestas en los manuales diagnósticos (APA, 2000) sobre los Grupos A, B y C de los patrones de personalidad y los grados de severidad (Millon et al., 2009) son evidenciados también en población no-clínica.

Por último, este estudio evaluó diferencias entre hombres y mujeres en el PBQ-SF. Los análisis multi-grupo mostraron la equivalencia de la medida en ambos grupos. Por otro lado, si bien en algunos estudios han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de hombres y mujeres en algunos trastornos de la personalidad (APA, 2000; Beck et al., 2004; Caballo, 2004; Daley et al., 2006; Gradillas, 2002), en el presente estudio pese a que aparentemente se identificaron diferencias significativas en algunos trastornos, los tamaños del efecto ( $d$ ) fueron demasiado pequeños como para validarlos. Esto puede ser comprensible por ser población no-clínica, funcionalmente activos en las áreas de desempeño académico o laboral, lo cual es en sí una de las limitaciones que empiezan a ser visibles en la población clínica con indicadores de trastornos de personalidad.

Las limitaciones del estudio hacen referencia a la muestra, tanto en el tipo de muestreo (no aleatorio) como en la distribución no homogénea de las diferentes categorías de las variables sociodemográficas (ciudad, grupos de edad, ocupación, nivel académico).

Con relación a la edad, los investigadores no contaron previamente con que la edad más frecuente en estudiantes universitarios iba a ser 17 años, y que específicamente el 44.2% tendrían una edad menor a 18 años en el momento de contestar el cuestionario. Por otro lado, el procedimiento para la aplicación del instrumento no fue el mismo para los estudiantes universitarios y para las personas laboralmente activas, dado que si bien fue autoaplicado y posterior a las indicaciones de los ayudantes de investigación, a los primeros se les aplicó en las aulas de clase de manera grupal, a los segundos se les aplicó en los lugares que éstos dispusieran para diligenciarlos. La última limitación hace referencia al tipo de población no-clínica, lo cual puede reflejar inconvenientes en el momento de comparar resultados con otros estudios realizados con la misma prueba dado que las mediciones existentes han sido con población clínica. Si bien el estudio está sustentado desde el modelo dimensional de los patones de personalidad, el análisis comparativo con muestras clínicas fortalecería los análisis comparativos frente al grado de severidad del problema y la relación con otras variables como el sexo y al nivel de funcionamiento. Por último, otra limitación del estudio hace referencia a que no se utilizó otro instrumento que aportara a la evaluación de otros tipos de validez. Estas limitaciones implican nuevas líneas de investigación futura con el PBQ-SF.

*(Se informa que este capítulo en su mayoría está en prensa, Revista Psicología Conductual, 2011).*



## **CAPÍTULO 5. EL PRESENTE ESTUDIO**

## **5.1 DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los planes de desarrollo de una nación son definidos por los Gobiernos, y en ellos se establecen las prioridades, objetivos, metas, estrategias y responsabilidades en salud, en coherencia con los indicadores y políticas nacionales, los tratados y convenios internacionales y las políticas transversales de otros sectores. En Colombia, el Ministerio de la Protección Social formuló a través del Decreto 3039 del 10 de Agosto del 2007, el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, y estableció como prioritario la intervención preventiva para la salud mental y como actores responsables los diferentes sectores de la sociedad civil organizada, las sociedades científicas y las instituciones formadoras del talento humano en salud, entre otros. En la Ley 1438 de 2011 de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Plan Decenal, se mantienen los propósitos de priorizar en salud mental y se dispone para ponerse en vigencia en el 2012 (Ministerio de la Protección Social, 2007, 2011).

La salud es considerada como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida (Ministerio de la Protección Social, 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003). La salud mental hace parte de todos los ámbitos del quehacer de una nación, y configura la manera como sus habitantes perciben el mundo, se perciben a ellos mismos, se relacionan e interactúan (Ministerio de la Protección Social, 2007b). Con relación a los procedimientos para su intervención, se establecen lineamientos a través de los programas orientados a la promoción y la prevención, y los orientados a la recuperación y superación de los daños en la salud (Ministerio de la Protección social, 2011).

La prevención se define como el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño. Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a

gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida la prevención secundaria (Ministerio de la Protección social, 2007).

De acuerdo con el informe sobre años de vida ajustados según discapacidad (AVAD), se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de las discapacidades, en el 2000 ese porcentaje había aumentado al 12%, y se prevee que llegará hasta el 15% en 2020 (OMS, 2001). Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades figuran tres trastornos psiquiátricos: los depresivos unipolares, las lesiones auto-infringidas y los trastornos por consumo de alcohol (OMS, 2001). La depresión afecta entre el 10 al 25 % de las mujeres y entre el 5 al 12% de los hombres y la ansiedad entre el 3% al 5% de la población general a lo largo de la vida (APA, 2000). En Colombia, al menos un 41.5% de la población ha padecido alguna vez en su vida algún trastorno mental, con una prevalencia anual del 16%; para la ansiedad se ha reportado el 24% (Hombres 19.5%, Mujeres 27.6%) y para la depresión el 12.9% (Hombres 10.2%, Mujeres 14.9%) (Ministerio de la Protección Social, 2003, 2005). Con relación a los índices de suicidio y los factores de riesgo, el informe epidemiológico 2004 – 2007 de Antioquia identificó a través de autopsia psicológica en eventos de suicidio, que el 98.5% de los individuos tenía un trastorno mental, de los cuales sólo el 11.6% habían sido diagnosticados antes de la muerte. El más frecuente fue el trastorno depresivo mayor (59.4%), seguido por los trastornos por uso de alcohol (36.2%) y el trastorno adaptativo (23.2%) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2007).

Como factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales se identifica la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno socio-familiar (OMS, 2001). Esta apreciación puede considerarse limitada dado la amplitud de aportes que desde la neuropsiquiatría y la psicología se han hecho en las últimas décadas con investigaciones basadas en la evidencia (Barlow et al., 2008; Clark, 2004; Lozano y Ramos, 2001; Maj et al., 2006; Toro et al., 2010, Velásquez y Rincón, 2010). La herencia y la personalidad juegan un papel protagónico en el momento de analizar los factores de vulnerabilidad para los trastornos mentales. De esta manera, las teorías de vulnerabilidad – estrés han identificado un continuo donde en un extremo estarían las personas con mayor carga de factores de riesgo, es decir con mayor vulnerabilidad y en el otro extremo las personas con

mayor carga de factores protectores, es decir, con mayor resiliencia. Este modelo ha mostrado una relación directa entre niveles elevados de vulnerabilidad y severidad de trastorno psicopatológico, frente a la presencia de un evento estresor significativo para la persona. Si la carga del estresor es elevada y relevante para una persona, y los niveles de vulnerabilidad (biológica y/o psicológica) son altos, existiría una mayor posibilidad de que se desencadene un trastorno psicopatológico severo. Por otro lado podría predecirse que a mayor grado de resiliencia, frente a éstos estresores, es menor la probabilidad de que se presente un trastorno severo, y en caso tal de presentarse un desajuste emocional éste será leve (Calvete, 2008; Ingram et al., 1998).

Retomando la definición de la personalidad ya descrita en capítulos anteriores, ésta es considerada como el fundamento de la capacidad del individuo para funcionar de una forma mentalmente sana o enferma (Millon y Davis, 2000; Millon y Everly, 1994; Millon y Klerman, 2009; Millon et al., 2004, 2009). Cuando un individuo dispone de la capacidad para adaptarse a su entorno de una manera flexible y cuando sus percepciones y comportamientos típicos incrementan su satisfacción personal, esta persona es considerada normal o saludable. Por el contrario, cuando el afrontamiento se realiza de una forma inflexible y defectuosa, o cuando las percepciones y conductas del individuo producen un incremento del malestar personal o limita las oportunidades de aprender y crecer, entonces se expresa un patrón patológico o desadaptativo (Beck et al, 2004; Millon y Davis, 2000; Young y Brown, 1994). Desde este punto de vista, Millon y Davis (2000) plantean que los trastornos de la personalidad desempeñan un papel contextual en el sistema multiaxial. De esta manera, los trastornos de la personalidad han sido valorados como factores de vulnerabilidad para los trastornos psicopatológicos (Beck et al, 2004; Dana, 1984, 1975; Freeman, 2004; Jourard y Landsman, 1987; Klosko y Young, 2004; Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 2000; Millon et al, 2009; Pretzer y Beck, 2004), y las personalidades saludables como factores de protección, dado que favorecen procesos de adaptación y promueven estrategias adecuadas para la solución de problemas (Millon y Everly, 1994; Millon y Davis, 2000).

Las investigaciones sobre la asociación entre los trastornos depresivos y de ansiedad con los trastornos de personalidad se han incrementado en los últimos años, aunque suele haber discrepancia en los resultados. Koenigsberg, Kaplan, Gilmore y Cooper (1985), en

una muestra con 2462 casos, encontraron el 3.4% de comorbilidad con el eje II. Por su parte, Kocsis y Frances (1987) sostienen que la asociación con trastornos del eje II puede llegar al 47% y Pepper et al. (1995) consideran la asociación hasta en un 60% basado en sus estudios. El porcentaje más elevado lo reporta Perry (1985), quien señaló que en 25 casos de trastorno límite de la personalidad, todos los casos presentaron comorbilidad con la distimia. Flick, Roy-Byrne et al. (1993) encontraron en 352 casos con distimia una mayor probabilidad de padecer trastornos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad más frecuentes fueron los de evitación, el obsesivo-compulsivo, el paranoide y el límite. Los trastornos de la personalidad del Grupo C (APA, 2000), han mostrado una correlación significativa con la depresión y la ansiedad (Butler, Beck y Cohen, 2007). La depresión mayor ha sido asociada en particular con los trastornos de personalidad por dependencia, obsesivo-compulsivo, y la fobia con el trastorno de la personalidad por evitación, y el trastorno de pánico no ha sido asociado con alguno en particular (Butler, Beck y Coen, 2007).

Diferentes variables cognitivas han tenido apoyo empírico en el momento de explicar la depresión y la ansiedad; dentro de éstas, pueden citarse los estudios sobre la desesperanza aprendida (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Hankin, Abramson y Siler, 2001), el estilo cognitivo negativo (Beck, 1967; Herrera y Maldonado, 2001; Romens y Abramson, 2009), las creencias irracionales (Bridges y Harnish, 2010; Ellis, 2003; Calvete y Cardeñoso, 1999), los pensamientos automáticos negativos (Calvete y Connor-Smith, 2005, 2006) y los esquemas disfuncionales (Calvete, 2005; Calvete, Estévez y Corral, 2007; Calvete y Orue, 2008; Choffart et al., 2005; McGinn et al., 2005, Cukor y Sanderson, 2005). Con relación a los pensamientos como elementos claves para la salud mental, la teoría de la especificidad cognitiva ha establecido que los pensamientos automáticos son específicos a cada trastorno emocional, siendo en la depresión los pensamientos negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro (Beck et al., 1979; 1985; Clark y Beck, 1997), y para la ansiedad pensamientos sobre posibles daños y amenazas futuras (Beck et al., Camuñas, Cano-Vindel, Pérez-Nieto, y González-Ordi, 2002; Steer, Clark, Beck y Ramieri, 1995).

Las distorsión cognoscitiva y la sobregeneralización restringen los nuevos aprendizajes, se minimizan las experiencias positivas y provocan acciones en los demás que

reactivan círculos viciosos negativos, provocan nuevas situaciones difíciles y ponen en marcha secuencias autodestructoras que hacen que las dificultades se agraven y se generen síntomas de depresión y ansiedad (Bridges y Harnish, 2010).

Dada la interdependencia de los componentes Millon y Davis (2000) consideran que al elegir cualquier punto del sistema para la intervención, se producirían resultados tanto cognoscitivos como comportamentales y psicodinámicos (Millon y Davis, 2000). Basados en estos planteamientos, en esta investigación se ha elegido la intervención preventiva hacia los pensamientos negativos y ansiosos a través del desarrollo del pensamiento crítico y la práctica socrática, para debilitar las distorsiones cognitivas y sobregeneralizadas que perpetúan patrones disfuncionales y reactivan los síntomas patológicos (Beck y Alford, 2009).

Los programas orientados a la prevención de los trastornos mentales, requieren jerarquizar los factores causales objeto de intervención, para fortalecer así los factores protectores e intervenir y disminuir los factores de riesgo en determinadas problemáticas que aquejan a la comunidad (Blanco y Maya, 2005; 2005b, Clark, 2004; Montoya, 2005; OMS, 2004, 2004b, 2005). La revisión de los datos epidemiológicos en salud mental, los modelos sobre la psicopatología y las teorías e investigaciones que la soportan, dan una idea de la prioridad en la atención de los trastornos depresivos y los de ansiedad, y de los factores de riesgo y protección, para diseñar modelos que contemplen todo el ciclo de la investigación en intervención preventiva con aportes de la psicología y otras disciplinas que fortalezcan el proceso, considerado como una necesidad en el tema general de la prevención en salud mental (Clark, 2004; García-Valencia, 2010).

La Terapia Cognitiva estándar ha creado diferentes técnicas tanto de tipo cognitivo como de tipo comportamental, siendo la persuasión verbal y la comprobación empírica las formas principales de intervención (Alford y Norcross, 1991). El empirismo colaborativo, el uso sistemático del diálogo socrático y el descubrimiento guiado, son considerados como principios fundamentales de las técnicas estándares. Con relación al diálogo socrático, se plantea que la mayor parte de las intervenciones que el terapeuta cognitivo hace durante las sesiones tienen forma de pregunta, en el cual el terapeuta intenta, durante el encuentro, perseguir los objetivos esenciales de la terapia: la identificación de los pensamientos automáticos y de los esquemas subyacentes, la toma de distancia crítica y la valoración de

las posibles alternativas. Se nombran algunas recomendaciones como plantear al paciente preguntas claras y de fácil comprensión, para lo cual debe usar siempre que sea posible, el lenguaje del paciente y evitar una terminología especializada, de forma que el contenido de la entrevista sea fácilmente asimilable por éste (Semerari, 2002). Por otro lado, se plantea que la eficacia del diálogo socrático depende de que el terapeuta plantee determinadas preguntas, de modo que el interlocutor asuma un punto de vista supraordenado y elabore una metacognición, un significado sobre aquello que ya pertenece al repertorio de su cognición (Lalla, 1996, 1998).

Paul (1993, 1996, 1996b) han propuesto un modelo pedagógico para el desarrollo del pensamiento crítico en la educación, basado en el diálogo socrático. En su modelo se especifican tres componentes: a) elementos del pensamiento, como propósito, preguntas, información, interpretaciones e inferencias, conceptos, supuestos, implicaciones y consecuencias, puntos de vista); b) estándares de calidad del pensamiento, como claridad, precisión, exactitud, pertinencia, profundidad, amplitud, lógica y justicia); y c) rasgos individuales, como la humildad, perseverancia, autonomía e integridad intelectual, que deben caracterizar al pensador crítico.

Los planteamientos de Paul y Elder fundamentan la relación entre la calidad de vida y la calidad de los pensamientos, y argumentan que gran parte de éstos últimos son arbitrarios, distorsionados, parcializados, desinformados o prejuiciosos. “El pensamiento crítico es un modo de pensar - sobre cualquier tema, contenido o problema – en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales” (Paul y Elder, 2003, p. 4). Paul orienta una práctica para la vida diaria, estructurando una guía para ser aplicada de manera sistemática y gradual por las personas. Específicamente con relación a la personalidad, considera indispensable remodelar el carácter, negociar con el ego, redefinir la manera como se ven las cosas, contactarse con sus emociones y analizar las influencias de grupo sobre su vida (Paul y Elder, 2000; Elder y Paul, 2000). Estas prácticas se consideran de gran aporte para un programa de prevención en salud mental, y específicamente encaminados a la intervención de los factores cognitivos (esquemas y pensamientos automáticos) y de personalidad (creencias centrales).

Broadbear y Keyser (2000), han hecho una aproximación a la propuesta, donde han implementado una estrategia de educación para la salud a través del pensamiento crítico de Paul y Elder (1993) en estudiantes universitarios, orientado a la prevención del abuso del alcohol y drogas. Los autores plantean que el entrenamiento puede emplearse con éxito para mejorar la calidad del estilo de vida de las personas y las relaciones interpersonales, y para el manejo del estrés. Sin embargo, no existe un suficiente reconocimiento empírico en el campo de la prevención en salud mental (depresión y ansiedad) con el método del desarrollo del pensamiento crítico.

Uno de los estudios empíricos frente a la intervención a través del desarrollo del pensamiento crítico en la educación, fue realizado en Colombia por Acosta (2002), quien evaluó los efectos del diálogo socrático sobre el pensamiento crítico con base en la propuesta de Paul y Elder en estudiantes universitarios, encontrando diferencias significativas con puntuaciones superiores en el grupo experimental en subcategorías de estándares de calidad como claridad y precisión.

Las propuestas sobre prevención en salud mental interviniendo factores cognitivos y de personalidad son escasas. Dana (1984) ha sido uno de los primeros investigadores que enfatizó en la intervención primaria y secundaria orientada a los problemas de personalidad. Le dio gran importancia a los factores cognitivos, y consideró que las características más importantes de la personalidad son las creencias y las estrategias de afrontamiento acordes con las diferentes situaciones. Con relación a las creencias, enfatizó en las relacionadas sobre sí mismo, y la posibilidad que tiene para predecir su mundo externo e interno. Planteó que la autoestima, la honestidad, el estar dispuesto y el optimismo, son las principales creencias que favorecen la salud mental. Su trabajo se orientó a la educación para el público en general y para la preparación a los profesionales. Este autor consideró que si se parte del supuesto de que las personas son responsables del bienestar psicológico, entonces se les debe proporcionar información y propiciar el desarrollo de estrategias para lograr este propósito. Algunos estudios realizados por Dana (1975) mostraron diferencias en los resultados en diferentes grupos de personas. Consideró que muchos de los programas en educación orientados a la personalidad fracasan por no enfatizar en la relación entre los problemas y sus causas, los problemas y las alternativas de solución, y el control y responsabilidad frente a los mismos problemas.



En este estudio longitudinal de cohorte que proponemos se evalúan los factores de riesgo de vulnerabilidad psicológica: esquemas maladaptativos (Young y Brown, 2001) y las creencias de los trastornos de la personalidad (Beck y Beck, 2001; Butler et al., 2007), y los factores precipitantes: acontecimientos vitales (Connor-Smith y Calvete, 2004) que predicen la depresión y la ansiedad, controlando el solapamiento entre ambos trastornos que ha sido planteado en diferentes estudios (Beck y Perkins, 2001; Clark, Steer, y Beck, 1994; Cámara, 2009; Cámara y Calvete, 2010). Basados en la teoría de vulnerabilidad estrés se pretendió validar el modelo para los síntomas de depresión y ansiedad en los estudiantes que inician estudios superiores. Se propuso una segunda etapa de investigación para evaluar el impacto del programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático (Elder y Paul, 2000; Paul, 1993, 1996, 1986b; Paul y Elder, 2000, 2002, 2003, 2003b), con un diseño experimental, grupo control y evaluación posttest. En conclusión, el estudio se diseñó en dos etapas, una primera sobre factores de riesgo cognitivos (esquemas) y de personalidad para la depresivos y la ansiedad, y otra de intervención donde se verificó el efecto del programa sobre los pensamientos negativos, positivos y ansiosos y sobre los síntomas clínicos de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad aguda o fóbica.

## 5.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Si bien los modelos de prevención en salud en general plantean la necesidad del estudio previo sobre factores de riesgo para intervenirlos, el modelo de vulnerabilidad-estrés le da gran importancia a los factores inherentes al individuo, dado no solo por la carga de la herencia sino también por la historia personal, la cultura y sus estructuras cognitivas (esquemas y creencias), que lo llevan a responder de manera diferencial ante los estresores (precipitantes) (Abramson et al., 1989; Beck, 1976; Clark y Beck, 1997; Clark, Beck y Alford, 1999; Clarkin y Lenzenweger, 1996).

Diferentes estudios han aportado a la comprensión de la vulnerabilidad para la depresión y la ansiedad y han generado propuestas de prevención dirigidas a la intervención cognitiva y la educación. Los programas se han dirigido a intervenir las ideas irracionales (Ellis, 1962, 1983, 2001, 2002, 2004), las distorsiones cognitivas (Beck, 1995), el optimismo (Seligman, 1995, 1998, 2004; Merrell, 2001; Rogers et al., 2002) y en general si bien se citan 21 estudios en prevención dirigidos a la depresión, solo 5 se orientan hacia la intervención (Merry, McDowell, Hetrich, Bir y Muller, 2008). Los aportes sobre la identificación de esquemas tempranos y la relación con los problemas de personalidad, la depresión y la ansiedad, han generado investigaciones que pueden ser consideradas como intervenciones directa a la vulnerabilidad cognitiva (Young y Klosko, 1994). Algunos estudios se han realizado en estudiantes universitarios sobre los esquemas maladaptativos tempranos y los síntomas en depresión y ansiedad (Cámara, 2009) pero no estudios que relacionen en un mismo trabajo esquemas maladaptativos, creencias de personalidad y estresores con síntomas de depresión y ansiedad de manera temprana en estudiantes universitarios, a fin de prevenir desenlaces frente a los estresores propios de esta etapa de formación.

Por otro lado, la terapia cognitiva propone la intervención centrada en la desesperanza aprendida y los pensamientos negativos (Abramson et al., 1978; Gillham, 2000; Hankin, 2008; Merrell, 2001; Seligman, 1999) así como en los esquemas y las distorsiones cognitivas (Beck et al., 1976; Beck et al, 1985, Beck et al., 1900; Young, 1999). El método socrático ha sido una herramienta utilizada en la práctica clínica en general y en especial por la terapia cognitiva, y también un método pedagógico para

favorecer el desarrollo del pensamiento crítico (Paul y Elder, 2003), pero si bien se citan estudios sobre el impacto de los programas de prevención comparándolos con otros métodos como los educativos (Merry et al., 2008), éstos no han trabajado de manera integrada las dimensiones pedagógicas y las psicológicas, como es la propuesta trabajada. Así, el método del desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático se ha implementado en este programa de prevención con un diseño experimental con grupo control, distribución aleatorizada y evaluación posttest.

De tal manera que el objetivo general fue evaluar el ciclo de investigación-intervención preventiva para la depresión y la ansiedad en estudiantes de primeros semestres de educación superior fundamentado en la teoría de vulnerabilidad estrés y centrado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático. Los objetivos específicos se definieron de la siguiente manera:

Determinar las variables cognitivas (esquemas maladaptativos) que mejor predicen la depresión y la ansiedad en jóvenes universitarios en dos tiempos de observación, iniciando y finalizando su primer semestre de estancia en la universidad.

Establecer las variables de personalidad (creencias de trastornos de personalidad) que mejor predicen la depresión y la ansiedad en jóvenes universitarios en los dos tiempos citados.

Identificar los acontecimientos negativos que mejor predicen la depresión y la ansiedad en jóvenes universitarios en su primer semestre de permanencia en la universidad.

Establecer el impacto del Taller de prevención en salud mental, centrado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático, sobre los síntomas de depresión y ansiedad.

Determinar el impacto del Taller de prevención en salud mental, centrado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático, sobre los pensamientos negativos, positivos y de ansiedad.

Las hipótesis que orientaron el estudio fueron:

#### HIPÓTESIS PREDICTIVAS PARA LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

##### *Vulnerabilidad cognitiva*

H1o Los esquemas maladaptativos no predicen la depresión entre los estudiantes universitarios

H1a Algunos esquemas maladaptativos predicen la depresión entre los estudiantes universitarios

H2o Las creencias de personalidad no predicen la depresión entre los estudiantes universitarios

H2a Algunas creencias de personalidad predicen la depresión entre los estudiantes universitarios

*Factores de riesgo relacionados con los estresores*

H3o Los acontecimientos estresantes no predicen la depresión entre los estudiantes universitarios

H3a Algunos acontecimientos estresantes predicen la depresión entre los estudiantes universitarios

**HIPÓTESIS PREDICTIVAS PARA LA ANSIEDAD**

*Vulnerabilidad cognitiva*

H4o Los esquemas maladaptativos no predicen la ansiedad entre los estudiantes universitarios

H4a Algunos esquemas maladaptativos predicen la ansiedad entre los estudiantes universitarios

H5o Las creencias de personalidad no predicen la ansiedad entre los estudiantes universitarios

H5a Algunas creencias de personalidad predicen la ansiedad entre los estudiantes universitarios

*Factores de riesgo relacionados con los estresores*

H6o Los acontecimientos estresantes no predicen la ansiedad entre los estudiantes universitarios

H6a Algunos acontecimientos estresantes predicen la ansiedad entre los estudiantes universitarios

**HIPÓTESIS SOBRE LA ESPECIFICIDAD COGNITIVA**

H7o Algunos esquemas maladaptativos predicen tanto la depresión como la ansiedad entre los estudiantes universitarios

H7a Algunos esquemas maladaptativo predicen la depresión pero no la ansiedad, o la ansiedad pero no la depresión entre los estudiantes universitarios

## HIPÓTESIS DE VULNERABILIDAD COGNITIVA AL ESTRÉS

H8o Independiente de los esquemas o las creencias, algunos eventos estresores predicen la depresión y/o la ansiedad entre los estudiantes universitarios

H8a Algunos eventos estresantes precipitan síntomas de depresión o de ansiedad dependiendo de los esquemas o de las creencias de personalidad entre los estudiantes universitarios

## HIPÓTESIS DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

### *Ante los síntomas depresivos*

H9o El grupo experimental no mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los síntomas depresivos posttest entre los estudiantes universitarios

H9a El grupo experimental mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los síntomas depresivos posttest entre los estudiantes universitarios

### *Ante los síntomas de ansiedad generalizada*

H10o El grupo experimental no mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los síntomas de ansiedad generalizada posttest entre los estudiantes universitarios

H10a El grupo experimental mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los síntomas de ansiedad generalizada posttest entre los estudiantes universitarios

### *Ante los síntomas de ansiedad aguda*

H11o El grupo experimental no mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los síntomas de ansiedad fóbica posttest entre los estudiantes universitarios

H11a El grupo experimental mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los síntomas de ansiedad fóbica posttest entre los estudiantes universitarios

## HIPÓTESIS DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA SOBRE LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

### *Ante los pensamientos negativos*

H12o El grupo experimental no mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los pensamientos negativos en la evaluación posttest entre los estudiantes universitarios

H12a El grupo experimental mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los pensamientos negativos en la evaluación posttest entre los estudiantes universitarios

*Ante los pensamientos positivos*

H13o El grupo experimental no mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los pensamientos positivos en la evaluación posttest entre los estudiantes universitarios

H13a El grupo experimental mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a los pensamientos positivos en la evaluación posttest entre los estudiantes universitarios

*Ante los pensamientos negativos*

H14o El grupo experimental no mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a pensamientos ansiosos en la evaluación posttest entre los estudiantes universitarios

H14a El grupo experimental mostró cambios significativos con relación al grupo control en cuanto a pensamientos ansiosos en la evaluación posttest entre los estudiantes universitarios

### 5.3 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se contextualiza desde la dimensión psicológica y la dimensión pedagógica. Desde la psicología, se analizaron fenómenos cognitivos, de personalidad y estresores asociados con síntomas depresivos y de ansiedad en estudiantes que ingresan a la universidad. Está fundamentada en el modelo de la terapia cognitiva y específicamente en la teoría de vulnerabilidad-estrés a la depresión y la ansiedad (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Barlow, 2008; Beck, 1970, 1976; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Borkovec e Inz, 1990; Clark, 2004, 2004b; Clark y Beck, 1997; Ellis, 1962; Hankin, 2008; Ingram, Odom y Mitchusson, 2004; Kendall y Hollon, 1989; Kendall, Howard y Hays, 1989; Lazarur y Folkman, 1986; Leahy, 2003; Young, 1990, Young y Brown, 2001; Young y Klosko, 2001), los modelo de la personalidad fundamentados en Beck y Millon (Beck y Beck, 1995, 2001; Beck et al, 2004; Butler, Beck y Cohen, 2007; Millon y Davis, 2001; Millon y Everly, 1994; Millon y Klerman, 2009). Desde la dimensión pedagógica se fundamentó desde el modelo del desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático (Elder y Paul, 2000; Laiton, 2010; Paul, 1996, 1996b, Paul y Elder, 2000, 2002, 2003, 2003b). El diálogo socrático además se fundamentó desde la terapia cognitiva como una de las estrategias básicas de intervención (Beck et al., 1979).

Se utilizaron diferentes tipos de estudio dependiendo las etapas de la investigación:

- 1) Estudio longitudinal de cohorte: el primer semestre de universidad se consideró una situación de interés para analizar los procesos de adaptación y respuesta al estrés, dado que en él se presentan la exposición a algunos factores de riesgo en la aparición de ciertas conductas psicopatológicas (Sandín, 2008). La depresión y la ansiedad fueron consideradas como respuestas emocionales inadecuadas para responder ante los estresores (Rice, 1999; Cámara, 2009), emociones que repercuten directamente en el rendimiento académico y en la interacción social (Alarcón, 2010). Como factores de riesgo se consideraron las variables predisponentes (esquemas maladaptativos tempranos y creencias de trastornos personalidad) y las variables precipitantes (acontecimientos estresantes) y su relación causal con los síntomas de depresión y ansiedad. La observación se inició en Enero del 2010 (Tiempo 1) recién inician los estudiantes y se finalizó en Mayo del 2010 (Tiempo

2), finalizando el primer semestre académico pero controlando que fuera antes de presentar exámenes finales. Se esperaba que existiera una asociación positiva entre los factores de riesgo (esquemas maladaptativos, creencias de trastornos de personalidad y acontecimientos estresantes) con el evento estudiado (síntomas de depresión y ansiedad) en los dos tiempos del estudio, y una menor presencia del evento estudiado (síntomas de depresión y ansiedad) en los estudiantes que tuvieran puntuaciones bajas en los factores de riesgo. Para el control de sesgo (Agudelo, 2006), se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: a) sesgo de selección: se logró al analizar como muestra a toda la población de estudiantes de primer semestre de dos universidades ubicadas en regiones diferentes de Colombia (Caribe y Andina); b) sesgo del observador: se controló mediante criterios diagnósticos y cuestionarios autoaplicados; c) sesgo del observado: se controló también a través de la aplicación de instrumentos los cuales indagan de manera precisa los factores de riesgo y los indicadores clínicos; d) sesgo de migración: se controló con la elección de grupos de personas inscritos durante un semestre a un programa académico determinado en alguna de las dos universidades; y e) el sesgo por presencia de factores de confusión: se consideró la comorbilidad (depresión y ansiedad conjunta) como factor de confusión en los resultados, la cual se controló en los análisis de regresión incluyendo en un segundo análisis la variable.

2) Estudio experimental, evaluación posttest con grupo control, distribución aleatorizada: este estudio dentro del ciclo investigación-intervención preventiva se realizó con distribución aleatoria a los grupos experimental y control, evaluación posttest de las variables dependientes clínicas (síntomas de depresión y ansiedad) y cognitivas (pensamientos negativos, pensamientos positivos y pensamientos ansiosos), y estudiar el efecto del programa (variable independiente, Anexo 13). El estudio se representa de la siguiente manera:

Grupo experimental	R	X	O
Grupo de control	R		O

El Cuadro 7 y las figuras 8 y 9 representan los modelos que se han utilizado en este estudio.



Cuadro 7. Descripción del Modelo de prevención para la depresión y la ansiedad

<b>ETAPA DEL ESTUDIO</b>	<b>PRIMERA ETAPA</b>		<b>SEGUNDA ETAPA</b>	
Nombre del estudio	Factores de riesgo cognitivos y de personalidad para la depresión y la ansiedad.		Evaluación del impacto del programa de prevención de la depresión y la ansiedad basado en el modelo del desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático en estudiantes universitarios.	
Diseño	Longitudina de cohorte		Experimental	
Método de Selección	No selección. Toda la población	No selección. Toda la población	Asignación aleatoria	
Grupos	Estudiantes del primer semestre de todos los programas de pregrado de dos universidades de Colombia	Estudiantes del primer semestre de todos los programas de pregrado de dos universidades de Colombia	Grupo 1. Experimental. Taller salud mental y pensamiento crítico Grupo 2. Grupo control	Grupo 1. Experimental. Taller salud mental y pensamiento crítico Grupo 2. Grupo control
Mediciones	Observación 1-1 Esquemas Creencias personalidad Depresión Ansiedad	Observación 1-2 Acontecimientos estresantes Depresión Ansiedad	Observación 2 Pensamientos negativos Pensamientos positivos Pensamientos ansiosos Depresión Ansiedad	
Fechas 2010	Enero	Mayo	Julio y Septiembre	Octubre y Diciembre

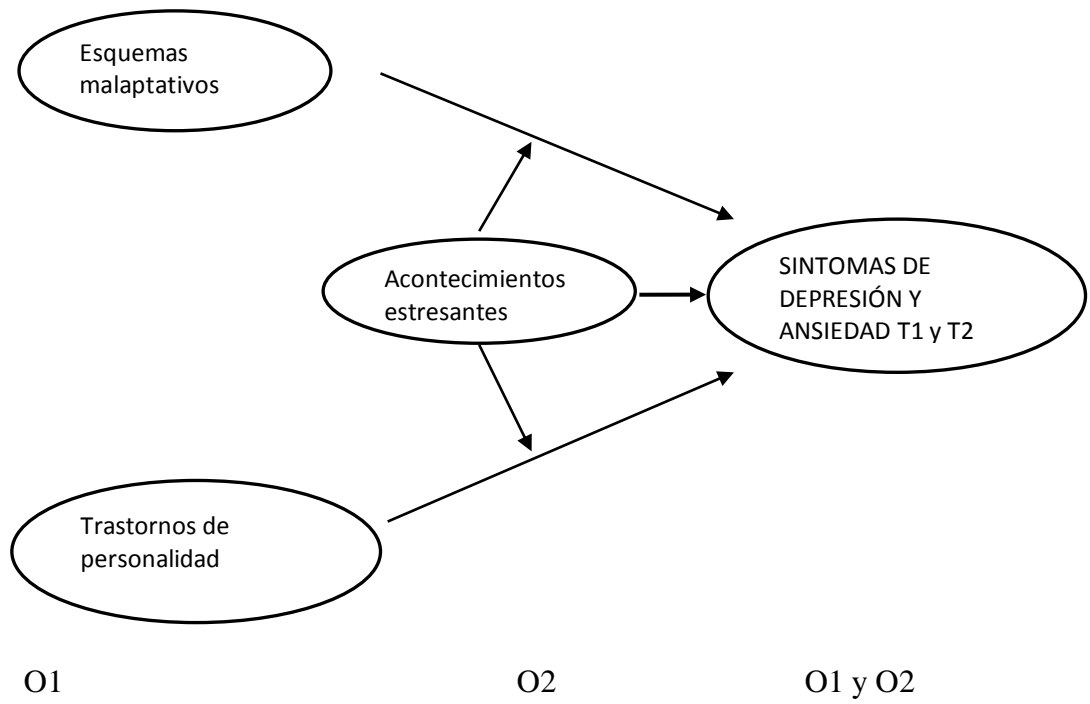


Figura 8. Modelo de predicción

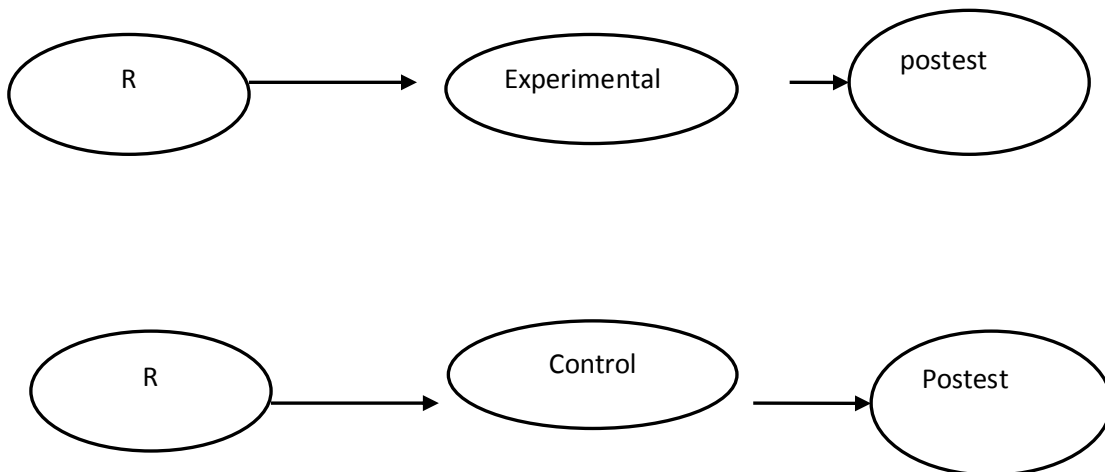


Figura 9. Modelos de prevención

Se presentaron las consideraciones éticas del estudio al Departamento de Bioética de la Universidad de San Buenaventura, el cual consideró como riesgo mínimo el estudio (Anexo 9). Se coordinó con las dependencias de Bienestar universitario de la Universidad del Norte y la Universidad de San Buenaventura el trabajo de campo en el programa de Inducción de los estudiantes (Tiempo 1) y finalizando el semestre académico, antes de exámenes finales (Tiempo 2). Esta actividad se realizó de manera conjunta en cada Universidad (primer semestre del 2010). Se presentó el estudio a los participantes y luego de firmar el Consentimiento informado contestaron los cuestionarios. Cada actividad duró aproximadamente una hora.

Para el estudio de intervención, se les indicó a los participantes la distribución aleatoria y el grupo al que deberían asistir: Taller pensamiento crítico y Grupo control (Anexo 10). Se analizaron los datos solamente con los participantes que no desertaron en el proceso (segundo semestre del 2010).

En el Anexo 11 se reporta el número de participantes que iniciaron en cada etapa del estudio y los datos perdidos para el segundo momento de evaluación.

Para los análisis estadísticos se realizaron las pruebas de normalidad de todas las variables (Anexo 12), se realizaron los análisis comparativos con pruebas no paramétricas: Wilcoxon para dos muestras relacionadas, Friedman para tres o más muestras relacionadas, U de Mann-Whitney para dos muestras independientes y H de Kruskal Wallis para tres o más muestras independientes.

Para el estudio longitudinal de cohorte, se realizaron análisis de regresión transformando inicialmente las variables clínicas (logaritmo de 10) para normalizar más las variables y así ajustar mejor los modelos. Posteriormente se validaron los modelos con ecuaciones estructurales.

Para los análisis estadísticos de la etapa de intervención, se utilizaron análisis comparativos de las pruebas posttest de los grupos de estudio. Se realizaron análisis de casos utilizando la rejilla diseñada para introducir los diálogos socráticos en cada práctica e identificar los elementos y valorar los estándares. Se contó con dos jurados expertos quienes evaluaron la apreciación dada a los diálogos (Anexo 14) y se realizaron análisis comparativos entre las variables estándares de calidad y número de preguntas, con los indicadores clínicos.

## 5.4 PRIMERA ETAPA. FACTORES DE RIESGO

### 5.4.1 MÉTODO

#### 5.4.1.1 Participantes

La investigación se realizó con una muestra de estudiantes de educación superior del primer semestre de la Universidad del Norte de Barranquilla y la Universidad de San Buenaventura, Medellín. 630 estudiantes participaron en el estudio transversal (42.9% hombres y 56.8% mujeres), y 356 en el longitudinal (37.6% hombres y 62.4% mujeres). Se perdió el 43.5% de participantes entre el T1 y el T2.

La edad media de los participantes fue de 18.83 años ( $dt=3.8$ ). La prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov rechaza la hipótesis de normalidad de esta variable (estadístico .281;  $p=.000$ ).

Con relación al estado civil y el estrato socioeconómico, el mayor porcentaje se ubicó en la categoría soltero (93.7%) y estrato medio (62.2%). La muestra en general se distribuyó de manera homogénea con relación a los programas académicos, con mayor número en ingenierías (24%), seguido por ciencias empresariales (22.9%), artes integradas (19.4%), ciencias de la salud (19.2%) y ciencias políticas y educación (12.7%). Las tablas 23 y 24 muestran los descriptivos de frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas y los programas académicos de la muestra del estudio transversal, y la tabla 25 discriminada por tiempo de aplicación y estudio.

Tabla 23. Descriptivos de las variables sociodemográficas para el estudio factores de riesgo

Variable Categoría	Frecuencia N=630	%
Sexo		
Hombre	270	42.9
Mujer	358	56.8
Universidad		
U. Del Norte (Barranquilla)	138	21.9
U. de San Buenaventura (Medellín)	492	78.1
Estadio civil		
Soltero	590	93.7
Casado	30	4.8
Separado	4	.6
Estrato socioeconómico		
Bajo	143	22.7
Medio	392	62.2
Alto	79	12.5

Tabla 24. Descriptivos de los programas académicos de la muestra global para el estudio factores de riesgo

Área del conocimiento	Muestra global	
	Frecuencia	%
Salud (1)	121	19.2
Ingenierías (2)	151	24
Empresas (3)	144	22.9
Polít/educación (4)	80	12.7
Artes (5)	122	19.7
Total	630	100.0

- (1) Ciencias de la salud: enfermería, medicina, psicología.
- (2) Ingenierías: ambiental, eléctrica, electrónica, industrial, de sistemas, de sonidos.
- (3) Ciencias empresariales: administración de empresas, contaduría, negocios internacionales.
- (4) Ciencias políticas y educación: ciencias políticas y de gobierno, educación, derecho, pedagogía.
- (5) Artes integradas: arquitectura, diseño industrial, diseño gráfico.

Tabla 25. Descriptivos de las variables sociodemográfico del estudio factores de riesgo discriminada por momento de participación en el estudio

	Estudio transversal						TOTAL	
	Solo en el Tiempo 1 <i>n</i> =110 (17.5%)		Sólo en el 2 Tiempo 2 <i>n</i> = 164 (26%)		Tanto en T1 y T2*		<i>N</i> =630	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo								
Hombre	57	51.8	79	48.2	134	37.6	270	42.9
Mujer	52	47.3	84	51.2	222	62.4	358	56.8
Ciudad								
Barranquilla	22	20	1	0.6	115	32.3	138	21.9
Medellín	88	80	163	99.4	241	67.7	492	78.1
Estado civil								
Soltero	103	93.6	144	87.8	343	96.3	343	96.3
Casado	6	5.5	15	9.1	9	2.5	30	4.8
Separado	-	-	2	1.2	2	0.6	4	0.6
Estrato								
Alto	19	17.3	15	9.1	45	12.6	79	12.5
Medio	67	60.9	105	64	220	61.8	392	62.2
Bajo	18	16.4	38	23.2	87	24.4	143	22.7

\*Estudio longitudinal; f: frecuencia; % porcentajes

#### 5.4.1.2 Variables

Como variables de inclusión se consideró el ser estudiante de primeros semestres de las universidades de referencia. Iniciar estudios universitarios se considera de gran relevancia dado las condiciones de estrés y la exigencia de patrones adaptativos para el logro académico y la interacción social, lo cual puede favorecer la detección temprana de síntomas de depresión y ansiedad en los jóvenes para una intervención oportuna, teniendo presente que los factores de riesgo pueden variar en un primer episodio y los siguientes (Maj et al., 2006). Ni la edad ni el sexo ni el estrato socioeconómico se consideraron como criterios de exclusión.

Variables de exclusión: no ser estudiante universitario.

Variables clínicas: se consideraron los síntomas de depresión, los de ansiedad generalizada y ansiedad fóbica. Los síntomas de depresión se consideran como respuestas desadaptadas para responder al estrés (Belloch et al., 2008b), hacen parte de las

manifestaciones del trastorno afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida (APA, 2000). A menudo manifiesta ansiedad y síntomas somáticos variados. Los síntomas de ansiedad hacen parte de los trastornos de ansiedad, caracterizados por preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, ansiedad cognitiva excesiva, sensación de miedo o terror y síntomas físicos: palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblor, disnea, sensación de ahogo, dolor o molestias precordiales, náuseas o molestias precordiales.

Variabes factores de riesgo (vulnerabilidad cognitiva): son las relacionadas con la personalidad: esquemas y creencias de personalidad. Dentro de éstas se analizaron los esquemas maladaptativos tempranos, los cuales son descritos como creencias y sentimientos incondicionales acerca de uno mismo en relación con el ambiente, significativamente disfuncionales y extremadamente estables y duraderos. Se desarrollan durante la infancia, se elaboran a lo largo de la vida, y sirven como marcos para el procesamiento de experiencia posterior (Young, 1999). Los esquemas identificados por Young son los siguientes: a) Privación emocional (*emotional deprivation*): creencia de que el grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho; b) Abandono (*abandonment*): creencia de que los otros significativos tarde o temprano nos dejarán; c) Desconfianza /maltrato (*mistrust/maltreatment*): creencia de que los otros nos harán víctima de sus abusos, humillaciones, engaños, o mentiras; d) Defectuosidad (*defectiveness*): sentimiento de que uno es defectuoso, indeseado, inferior; e) Aislamiento social (*social isolation*): sentimiento de que uno está aislado del resto del mundo, es diferente de los demás y/o no hace parte de ningún grupo; f) Fracaso (*failure to achieve*): creencia de que uno ha fracasado o fracasará inevitablemente; g) Dependencia/incompetencia (*dependency/incompetence*): creencia de que uno es incapaz de enfrentar las responsabilidades sin una cantidad considerable de ayuda externa; h) Vulnerabilidad al daño (*vulnerability to harm*): creencia de que en cualquier momento puede pasar algo malo y no se es incapaz de impedirlo; i) Apego (*attachment*): excesiva implicación y cercanía emocional con otros significativos (con frecuencia los padres); j) Subyugación (*subjugation*): sujeción excesiva al control de los demás, porque uno se siente obligado, generalmente para evitar reacciones de ira, retaliación o abandono; k) Auto-sacrificio (*self-*

*sacrifice*): concentración excesiva y voluntaria en la satisfacción de las necesidades de los demás; l) Inhibición emocional (*emotional inhibition*): inhibición excesiva de acciones y sentimientos generalmente para evitar la desaprobación de los demás; m) Estándares inflexibles (*unrelenting standards*): actitud hipercrítica hacia uno mismo y hacia los demás; n) Derecho/grandiosidad (*entitlement/grandiosity*): creencia de que uno es superior a los demás, de que tiene derechos y privilegios especiales; y o) Insuficiente autocontrol (*insufficient self-control*): énfasis exagerado en la evitación de la incomodidad, el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo.

Las creencias relacionadas con los trastornos de la personalidad también se consideraron dentro de las variables de vulnerabilidad cognitiva, las cuales se evalúan a través de las creencias centrales que representan el estilo cognitivo de los siguientes 10 trastornos de la personalidad: a) por evitación, b) por dependencia, c) pasivo-agresivo, d) obsesivo-compulsivo, e) antisocial, f) narcisista, g) histriónico, h) esquizoide, i) paranoide, j) límite.

Como variable precipitante, también consideradas como factor de riesgo, se analizó el Estrés. Esta variable evalúa estresores vitales y sociales, e identifica frecuencia y percepción. Las variables son analizadas de manera global en cuando a número de estresores y percepción de estrés, y de manera específica a cada acontecimiento evaluado, dado que la especificidad vulnerabilidad-estrés relaciona contenido esquemático con estresores relacionados en el contenido *per se*.

#### 5.4.1.3 Instrumentos

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff y Locke, 1986).

La prueba evalúa la sintomatología depresiva a nivel poblacional: estado de ánimo depresivo, sentimientos de inutilidad, sentimientos de desesperanza, pérdida de apetito, pobre concentración y desórdenes del sueño. No incluye ítems que reflejen aumento del apetito y el sueño, anhedonia, agitación o retardo psicomotor, culpa o pensamiento suicida (Anexo 1). La forma de administración es autoaplicada, donde se evalúa la frecuencia con



que se han experimentado los síntomas durante el último mes. No es una escala diagnóstica sino de *screening* orientado a la detección de casos. El cuestionario consta de 20 ítems seleccionados de distintas medidas de la depresión, entre ellas la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung (Zung SDS, el Inventario de depresión de Beck (BDI), la Escala de Raskin, un listado de síntomas de la depresión no publicado desarrollado por Gardner (1968), y la subescala de Depresión del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-D) (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y de Vicente, 2002).

La persona evalúa cada ítem en función de la frecuencia en que lo ha experimentado en el último mes, y lo hace según una escala que va de 0 (raramente o nunca) a 3 (la mayor parte del tiempo). Las escalas de 1 a 4 deben ser transformadas de acuerdo con la escala original. El tiempo de aplicación es de aproximadamente de 5 minutos. La puntuación total oscila entre 0 y 60, y se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems previa inversión de los ítems invertidos (ítems 2, 7, 12, y 16). Puntuaciones altas indican mayor gravedad de la sintomatología depresiva, y a partir de 16 se considera un significativo para el trastorno depresivo (González, Stewart, Ritter y Loring, 1995; Loeinf, Locke y Putman, 1986; Radloff y Locke, 1986).

Para Colombia, se sugieren puntos de corte de 20 para tamizaje y 30 para diagnóstico de depresión (Camacho, Rueda-Jaimes, Latorre, Navarro-Mancilla, Escobar, Franco, 2009). Dicho estudio fue realizado con 390 participantes, alcanzando una sensibilidad de 73% y especificidad de 74%. Los estudios reportan niveles elevados de confiabilidad, con Alfa de Crombach alrededor de .85 para población en general, y .90 para población clínica; fiabilidad test-retest: 0.51-0.67; fiabilidad dos mitades: 0.77-0.92. Validez: correlaciones de la CES-D con: subescala de depresión del cuestionario de 90 síntomas (SCL-90): 0.73-0.80 (para pacientes ambulatorios con depresión, abuso de alcohol o drogas o esquizofrenia); con la Escala para la evaluación de la depresión de Hamilton (Ham-D): 0.49 (pacientes con episodio agudo de depresión); -0.85 (pacientes con esquizofrenia); con la escala de Raskin: 0.28 (episodio agudo de depresión); -0.79 (esquizofrenia); y con la escala autoaplicada para la depresión de Zung (SDS): 0,69. A pesar de tener valores aceptables de fiabilidad y validez, no parece ser una medida específica de la depresión, sino más bien una medida del malestar general (Muñoz et al., 2002). Para los índices de calidad de la escala CES-D, se ha reportado una sensibilidad de

0,541±0,349 (mínimo: 0,000; máximo: 1,000), con un kappa máximo de la sensibilidad de 73% para el punto de corte  $\geq 10$  y especificidad de 74% para el punto de corte  $\geq 46$ . La concordancia diagnóstica de la prueba fue de 0,65 (IC 95% 0,55-0,75) y el coeficiente de correlación de Lin de 0,75 (IC 95% 0,71-0,79) (Camacho et al, 2009). En la presente investigación con N=630 estudiantes universitarios del primer semestre se reportó un Alfa de Cronbach de .851 en el tiempo 1 (n=425), .892 en el tiempo 2 (n=485), correlación de Pearson= .538, p=.000.

Cuestionario de 90 Síntomas Revisado: *Symptom Check List 90* (SCL-90R; Derogatis, 2002).

El SCL-90 fue diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario para la autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos, psiquiátricos o en población general y tanto como método de screening como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. El instrumento original constaba de 51 ítems y era conocido como Hopkins Symptom Check List (HSCL). Derogatis (1983) desarrollaron una versión de 90 ítems (SCL-90), a la que en 1977 le cambiaron 2 ítems y le modificaron ligeramente otros 7, así nació el SCL-90-R, formato que acabó imponiéndose sobre los demás. En España, se hizo una adaptación al castellano del SCL-90 por parte de Guimón et al. (1983), que se presentó en el XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría celebrado en Jaca (Huesca).

El cuestionario evalúa somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Para el presente estudio se consideraron las escalas de ansiedad (identificada con los ítems del 1 al 10) y ansiedad fóbica (o aguda) (del ítem 11 al 17) (Anexo 2).

El instrumento de detección rápida autoadministrado se compone de 90 ítems tipo Liker de 0 a 4 (0=nada en absoluto; 1=un poco; 2=moderadamente; 3=bastante; 4=extremadamente). El paciente responde a cada ítem en función del malestar que le haya causado durante la semana anterior, incluyendo el día en que completa el cuestionario. Se obtienen puntuaciones para las nueve dimensiones mencionadas anteriormente. Además

pueden obtenerse tres índices globales: a) el índice de severidad global: es la media de todos los ítems; b) el total de todos los síntomas positivos; y c) el Índice de malestar por síntomas positivos (basado en los ítems que se puntúan con 0 o nada en absoluto. Los datos normativos y las propiedades psicométricas para estudiantes universitarios chilenos en las escalas de ansiedad reportaron un puntaje bruto de 2.35 y 1.7 para el percentil 70 y de 2.8 y 2 para el percentil 75, en los trastorno de ansiedad generalizada y fóbica respectivamente. No se presentaron diferencias entre los hombres y las mujeres (Gempp y Avendaño, 2008).

El tiempo de aplicación es de 12 a 20 minutos.

Fiabilidad: consistencia interna: 0.79 - 0.90; fiabilidad test-retest tras una semana: .78-.90; fiabilidad test-retest tras diez días: 0.68 – 0.80 (Muñoz et al., 2002). Validez: en cuanto a validez predictiva, para un punto de corte de 0.5 en el GSI, ofrece una sensibilidad del 0.83, especificidad del 0.80, VPP 0.91 y VPN 0.66. Para una muestra de pacientes que acuden a las consultas de atención primaria, con el mismo punto de corte, la sensibilidad es del 0.64, la especificidad del 0.74, VPP 0.58 y VPN 0.77. En el mismo trabajo, se confirma, mediante análisis ROC, la adecuada validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión. También se demuestra en el mismo trabajo la adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12. En la presente investigación con N=630 estudiantes universitarios de primer semestre, la escala de ansiedad generalizada reportó una validez de Alfa de Cronbach de 0.872 en el tiempo 1 (n=444) y .898 en el tiempo 2 (n=486), correlación de Pearson= .629, p=.000. Para la escala de ansiedad fóbica de .898 para el tiempo 1 (n=486) y .815 en el tiempo 2 (n= 496), correlación de Pearson .602, p=.000.

Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos-Forma reducida (*Schema Questionnaire-Short Form*, SQ-SF; Young y Brown, 1994).

El cuestionario es un instrumento autoaplicado, contiene 75 ítems y 15 componentes. Las opciones de respuesta son de tipo liker, y van entre 1 y 6: 1= Totalmente falso; 2= La mayoría de las veces falso; 3= Más falso que verdadero; 4= Más verdadero que falso; 5= La mayoría de las veces verdadero; y 6= Me describe perfectamente. Aunque el cuestionario original mide 18 esquemas inadaptados tempranos, el SQ-SF es un cuestionario de 75 ítems que evalúa 15 esquemas (Anexo 3), organizados cinco dominios,

cada una con diferentes escalas, formadas por los 5 ítems que más explican la escala en un análisis factorial realizado por Schmidt et al. (1995).

El dominio de Desconexión y Rechazo está constituido por los esquemas de Abandono (ítems 12, 31, 41, 48 y 70), Abuso (1, 4, 14, 37, 58), Privación Emocional (29, 36, 50, 57, 63), Imperfección (2, 8, 17, 47, 64) y Aislamiento Social (3, 15, 33, 43, 74). El dominio de Autonomía Deteriorada lo forman los esquemas de Dependencia (16, 25, 28, 42, 59), Vulnerabilidad al daño (6, 10, 27, 53, 68), Apego (7, 19, 22, 60, 65) y Fracaso (5, 9, 45, 49, 51). En tercer lugar, los esquemas de Grandiosidad (24, 32, 40, 66, 67) y Autocontrol Insuficiente (54, 55, 71, 72, 75), que se encuentran dentro del dominio de Límites Deteriorados. En cuarto lugar, el dominio de Orientación a los demás incluye los esquemas de Autosacrificio (20, 26, 30, 34, 54) y Subyugación (18, 21, 38, 44, 61). Por último, el dominio de Vigilancia excesiva donde se hallan los esquemas de Inhibición Emocional (46, 52, 56, 62, 69) y Estándares Inalcanzables (11, 23, 35, 39, 73).

Varios estudios han validado la estructura factorial y valor predictivo del SQ-SF (Cecero et al. 2004; Waller et al., 2001; Welburn et al., 2002). La versión larga del SQ ha sido adaptada al español por Cid, Tejero y Torrubia (1997) presentando buenas propiedades psicométricas. La validez y la estructura factorial de la versión corta en castellano ha sido confirmada mostrando una buena consistencia interna de los 15 esquemas (Alfas entre .61 y .85; Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Cid y Torrubia, 2002). Para la validez de la prueba en Colombia, se realizaron análisis reportados en capítulo anterior sobre estudios preliminares (numeral 5.2). Los coeficientes Alfa para con la muestra del estudio de factores de riesgo en el tiempo 1 fueron adecuados en su mayoría .77 (Abandono), .77 (Abuso), .71 (Privación), .62 (Imperfección), .64 (Aislamiento), .603 (Dependencia), .7 (Vulnerabilidad), .51 (Apego), .78 (Fracaso), .63 (Grandiosidad), .64 (Autocontrol insuficiente), .71 (Autosacrificio), .54 (Subyugación), .75 (Inhibición) y .63 (Estándares inalcanzables).

Cuestionario de creencias de personalidad forma corta *Personality Belief Questionnaire – Short form* (Beck y Beck; 2001).

El cuestionario es autoaplicado, consta de 65 preguntas, con opciones de respuesta entre 0 a cuatro: 0= no lo describe para nada; 1= lo creo poco; 2= lo creo moderadamente; 3= lo creo mucho; y 4= lo creo totalmente (Anexo 4). El cuestionario evalúa los trastornos de la personalidad a través de la exploración de creencias con relación a sí mismo y a los demás, y las principales estrategias de interpersonales, componentes sustentados desde el modelo de Beck para los trastornos de la personalidad, quien además aprobó la validación para Colombia (Anexo 6). Cada uno es evaluado a través de 7 ítems, siendo alguno de ellos representativos para dos trastornos (ítem 31, 44, 45, 49, 56). Del Grupo A: Paranoide (3, 13, 14, 17, 24, 48, 49), y Esquizoide (12, 25, 28, 29, 36, 50, 53). Del Grupo B: Histriónico (8, 22, 34, 37, 52, 54, 55), Narcisista (10, 16, 26, 27, 46, 58, 60), Antisocial (23, 32, 35, 38, 42, 59, 61), y Límite (31, 44, 45, 49, 56, 64, y 65). Del Grupo C: por Evitación (1, 2, 5, 31, 33, 39, 43), Pasivo-agresivo (4, 7, 20, 21, 41, 47, 51), Obsesivo-compulsivo (6, 9, 11, 19, 30, 40, 57), por Dependencia (15, 18, 44, 45, 56, 62, 63). Para el presente estudio sobre factores de riesgo Tiempo 1, se reportaron coeficientes de confiabilidad adecuados para cada categoría evaluada: .84 (Paranoide), .7 (Esquizoide), .75 (Histriónico), .66 (Narcisista), .7 (Antisocial), .7 (Límite), .7 (por Evitación), .62 (Pasivo-agresivo), .74 (Obsesivo-compulsivo), .69 (por Dependencia).

Acontecimientos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004).

Se contó con la escala validada por Connor-Smith y Calvete (2004) quienes integraron el cuestionario de Estrés Vital (Life Stress Questionnaire, LSQ; Connor-Smith y Compas, 2002; Wadsworth et al. 2005) con 11 ítems, y el cuestionario de Estrés social (Social Stress Questionnaire, SSQ; Connor-Smith y Compas, 2002) con 10 ítem. Los estresores vitales están evaluados entre los ítems 1 al 11, y los estresores sociales del 12 al 21 (Anexo 5). Ambos constan de un breve listado de estresores seleccionados de la Escala de Acontecimientos Percibidos para Adolescentes (Adolescent Perceived Events Scale, APES; Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987), adaptados por Connor-Smith y Calvete (2004) para España. El Cuestionario de Estrés Vital incluye 11 acontecimientos vitales estresantes tales como problemas de salud, separación de los padres o dificultades

académicas. El Cuestionario de Estrés Social consta de 10 ítems que comprenden una gama de acontecimientos estresantes interpersonales como las dificultades en las relaciones amorosas y de amistades. Los participantes deben indicar si tales acontecimientos han sucedido en sus vidas recientemente (en los últimos seis meses). En caso afirmativo deben además evaluar en qué medida fueron estresantes o problemáticos, empleando una escala que va desde nada estresante (0) hasta muy estresante (3). De esta manera, se obtuvieron puntuaciones del número total de acontecimientos experimentados así como del grado de estrés percibido que provocaban estos acontecimientos. Para el presente estudio sobre factores de riesgo en el tiempo 2 se identificó un coeficiente Alfa de .78 para la escala de acontecimientos vitales, Alfa .87 para acontecimientos interpersonales, y Alfa .81 para el cuestionario integrado.

## 5.4.2 RESULTADOS

### 5.4.2.1 Descriptivos generales

Las tablas 26 –30 muestran los descriptivos generales de las variables. Para la tabla 26 se presenta de manera diferenciado los síntomas en los Tiempos 1 y el 2. Para todas las variables se identifica los valores de la media, la mediana y la desviación, considerando que los procedimientos estadísticos fueron con pruebas no paramétricas. Para los acontecimientos estresantes se presentan las frecuencias.

Tabla 26. Descriptivos de los síntomas clínicos en 356 jóvenes universitarios del primer semestre de UNINORTE y USB, evaluados en Enero y Mayo del mismo año.

Síntomas clínicos	Media	Mediana	<i>Dt</i>	<i>Percentil 75</i>
Tiempo 1. Enero				
Depresión	15.54	15.00	7.7	19.75
Ansiedad generalizada	8.80	7.00	6.7	13.00
Ansiedad fóbica	3.10	2.00	3.6	5.00
Tiempo 2. Mayo				
Depresión	16.62	15.00	10	23.00
Ansiedad generalizada	8.38	6.00	7.5	12.00
Ansiedad fóbica	3.09	1.00	4.2	4.00

T1: Tiempo 1; T2: Tiempo 2; *dt*: desviación típica. UNINORTE: Universidad del Norte, Barranquilla; USB: Universidad del San Buenaventura, Medellín.

Tabla 27. Descriptivos de la variable cognitiva Esquemas maladaptativos

Esquemas maladaptativos	Media	Mediana	<i>dt</i>
Privación emocional	8.91	8.00	4.25
Abandono	11.62	11.00	5.13
Maltrato	9.57	9.00	4.14
Defectuosiad	7.91	7.00	3.24
Aislamiento	10.90	10.00	4.08
Fracaso	8.49	7.00	3.88
Dependencia	9.39	9.00	3.8
Vulnerabilidad	11.74	11.00	4.94
Apego	10.14	10.00	3.87
Subyugación	9.47	9.00	3.47
Autosacrificio	13.94	13.00	4.80
Inhibición	11.31	10.00	4.98
Estándares	17.02	17.00	4.68
Grandiosidad	12.99	12.00	4.55
Autocontrol insuficiente	11.39	11.00	4.52

*dt*: Desviación típica.

Tabla 28. Descriptivos de la variable cognitiva Creencias de personalidad

Creencias de personalidad	Media	Mediana	<i>Dt</i>
Antisocial	9.21	9.00	4.81
Por evitación	10.19	9.50	4.89
Límite	5.76	5.00	4.16
Por dependencia	7.34	7.00	4.31
Histriónico	6.42	6.00	4.3
Narcisista	7.13	7.00	3.96
Obsesivo-compulsivo	11.69	12.00	4.88
Paranoide	6.65	6.00	4.97
Pasivo-agresivo	10.04	10.00	4.52
Esquizoide	11.65	12.00	4.81

*dt*: Desviación típica

Tabla 29. Descriptivos de la variable acontecimientos estresantes

Acontecimientos estresantes	Media	<i>dt</i>
Número de sucesos vitales	6.01	2.98
Número de sucesos sociales	12.02	5.67
Número de sucesos totales	6.01	3.16

*dt*: desviación típica

Tabla 30. Frecuencias de la variable Acontecimientos estresantes

Acontecimientos estresantes	%
1 Problemas o cambios en tu situación económica.	71.6
2 Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas).	89.6
3 Experimentar problemas de salud.	70.2
4 Cambios en cuanto a las responsabilidades en casa.	68
5 Muerte de un familiar cercano o amigo/a.	39.3
6 Separación o divorcio de los padres.	27.5
7 Problemas o cambios laborales.	34.6
8 Algo malo sucede a alguien que te preocupa.	69.1
9 Cambio de residencia o vecindario.	40.7
10 Ser víctima de un delito.	28.9
11 Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos.	61.5
12 Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas.	57.3
13 discusiones o problemas con un amigo/a.	67.4
14 Te gusta alguien a quien no gustas.	47.5
15 Romper o ser rechazado por tu novio/a.	44.7
16 Contratiempos, discusiones o conflictos con otros estudiantes.	51.1
17 Problemas o discusiones con los miembros de la familia.	67.7
18 Discusiones o problemas con tu pareja.	59
19 Juntarte con nueva gente.	89.5
20 Incomprensión por parte de los adultos.	64.9
21 Problemas al adaptarte a los grupos de trabajo.	59.8



#### 5.4.2.2 Análisis comparativo de las variables

A través de los instrumentos de evaluación para la depresión y la ansiedad (CES-D; Radloff y Loche, 1977 y SCL-90-R; Deragotis, 1994, respectivamente), el percentil 75 reporta los siguientes valores: síntomas de depresión Tiempo 1= 19.8; Tiempo 2=23; síntomas de ansiedad generalizada Tiempo 1=13; Tiempo 2=12; para la ansiedad aguda o fóbica Tiempo 1=5; Tiempo 2=4.

La prevalencia de los trastorno iniciando el semestre fueron: 25% con síntomas de depresión (hombres 19.4% y mujeres 28.4%), 26% con síntomas de ansiedad generalizada (hombres 29.9% y mujeres 34.7%) y 27.7% síntomas de ansiedad aguda (hombres 24.6%, Mujeres 27.9%). Se reportó el sexo como factor de riesgo para la depresión en el Tiempo 1 (Chi-cuadrado 3.590;  $p=.037$ ; OR 1.646, IC 95% (.980-2.763), siendo superior en mujeres.

La prevalencia de los trastornos finalizando el semestre y antes de exámenes finales aumentó levemente en depresión y mermó en ansiedad. Los porcentajes fueron: síntomas de depresión: 32.9% (Hombres 29.9% y Mujeres 34.7%), síntomas de ansiedad generalizada 23% (Hombres 24.6% y Mujeres 27.9%) y síntomas de ansiedad aguda 23% (Hombres 25.4%, Mujeres 23%). Sin embargo, las diferencias no fueron significativas ni para la muestra global ni con relación al sexo.

Las tablas 31 – 35 muestran los análisis comparativos de las variables clínicas (síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad fóbica) con relación sexo. Se presentaron algunas diferencias al comparar las variables clínicas con las variables psicosociales de la siguiente manera: a) sexo: diferencias significativas en los síntomas de ansiedad generalizada en T1 (T1: U de Mann Wh=12551.000,  $p=.013$ ; mediana: hombres 6 y mujeres 8); ansiedad aguda o fóbica en T2: [U de Wh=12955.000,  $p=.043$ , mediana hombres 1 y mujeres 2); b) ciudad/universidad: diferencias en síntomas de depresión pretest (U de Wh= 12083.500\*,  $p=.050$ , mediana Uninorte 16 y USB 14). Las diferencias significativas de las puntuaciones de T1 y T2 en las mujeres de la Universidad del Norte en Barranquilla en síntomas depresivos ( $Z=-2.751$ ,  $p=.006$ ) y de ansiedad generalizada ( $Z=-2,915$ ,  $p=.004$ ) y en las mujeres de la Universidad de San Buenaventura en Medellín en los síntomas depresivos ( $Z=-3.977$ ,  $p=.000$ ); c) estrato socioeconómico: diferencia significativas en síntomas de ansiedad generalizada en el estrato bajo con el alto y el medio

en T1 (H KW=6.090, p=.048, medianas estrato bajo 7 y estrato alto 6), y en T2: (H KW=5.975, p=.015, medianas estrato bajo 8 y estrato medio 7) y además en ansiedad fóbica también en el estrato bajo con el alto y el medio en T2: (H KW= 7.233, p=.020, medianas estrato bajo 2 y estrato alto 1), y en T1: (H KW= 5.603, p=.018, medianas estrato bajo 2 y estrato medio 2.15); y d) programas académicos: entre ciencias empresariales y ciencias de gobierno y educación (Kruskal Wallis 4.022, p=.045, medianas 14 y 15 respectivamente).

La tabla 32 identifica aquellos síntomas específicos de depresión comparando hombres y mujeres. Los síntomas más emocionales (llorar, sentirse triste, deprimido, con miedo y solo) y de apetito fueron más comunes en mujeres, mientras que los motivacionales del tipo sentir que todo lo que se hacía era un esfuerzo, en hombres. La tabla 33 identifica los síntomas específicos de ansiedad generalizada, siendo más representativo en mujeres los emocionales de vulnerabilidad (sentir miedo, temores, tenso). En general los psicofisiológicos no mostraron diferencias con relación al sexo. La tabla 34 describe los síntomas de angustia, siendo los síntomas más del tipo agorafóbico frente al temor de salir o permanecer solo y viajar en carro para las mujeres y para hombres más representativo estar con mucha gente.

Tabla 31. Comparativo de los síntomas de depresión entre hombres y mujeres

Indicador	Hombres n=134		Mujeres n=222		U de Mann- Whitney	p	d.
	Media/ mediana	Dt	Media/ mediana	dt			
Tiempo 1							
Depresión	14.6/ 14	8.17	16.7/ 15	7.3	13.048.500	.052	-.22
Ansiedad generalizada	8.19/ 6	7.57	9.18/ 8	6.1	12.551.000*	.013	-.11
Ansiedad fóbica	2.88/ 1	3.7	3.23/ 2	3.5	13.506.000	.139	-.15
Tiempo 2							
Depresión	15.9/ 13	11.157	17/ 16	9.2	13.083.500	.057	-.20
Ansiedad generalizada	7.8/ 5	7.8	8.8/ 7	7.3	13.779.500	.231	-.15
Ansiedad fóbica	3/ 1	4.3	3.2/ 2	4.1	12.974.500*	.043	-.19

dt: desviación típica; d: efecto del tamaño de las muestras

Tabla 32. Comparativo de los síntomas de depresión entre hombres y mujeres en el Tiempo 2.

Indicador	Hombres n=134		Mujeres n=222		Estadístico Media	Total N=356	
	Media	<i>Dt</i>	Media	<i>dt</i>		<i>Dt</i>	Media
cesd1	1.44	.710	1.53	.636	13250.500*	1.50	.665
cesd2	2.99	.841	3.01	.746	14835.000	3.00	.782
cesd3	1.78	.722	1.76	.669	14786.000	1.76	.688
cesd4	1.56	.741	1.59	.679	14290.000	1.58	.702
cesd5	2.01	.818	1.96	.720	14545.000	1.98	.758
cesd6	1.68	.800	1.95	.788	11919.500**	1.85	.802
cesd7	3.22	.828	3.28	.847	14182.000	3.26	.840
cesd8	1.46	.791	1.68	.861	12478.000**	1.60	.842
cesd9	1.43	.642	1.44	.633	14833.500	1.44	.636
cesd10	1.26	.600	1.23	.518	14797.500	1.24	.550
cesd11	1.69	.789	1.86	.824	13000.000*	1.80	.814
cesd12	3.22	.826	3.24	.798	14683.000	3.23	.808
cesd13	2.39	.925	2.16	.779	12930.000*	2.25	.843
cesd14	1.94	.802	2.19	.779	12253.000**	2.10	.796
cesd15	1.72	.750	2.37	.824	8578.000**	2.13	.856
cesd16	3.35	.816	3.29	.835	14317.500	3.31	.827
cesd17	1.97	.917	1.92	.887	14528.000	1.94	.897
cesd18	1.89	.864	1.76	.719	13973.000	1.81	.778
cesd19	1.80	.734	2.01	.715	12448.500**	1.93	.728
cesd20	1.45	.771	1.47	.670	14078.000	1.46	.709

*dt* Desviación típica; \*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$

Tabla 33. Comparativo de los síntomas de ansiedad generalizada entre hombres y mujeres en el tiempo 2.

	Hombres n=134		Mujeres n=222		U de Mann- Whitney	Total N=356	
	Media	<i>dt</i>	Media	<i>dt</i>		Media	<i>Dt</i>
scl1	1.22	1.031	1.35	.967	13613.000	1.30	.992
scl2	.55	.930	.51	.828	14678.500	.53	.867
scl3	.64	1.014	.86	.965	12494.000**	.78	.989
scl4	.94	1.017	1.14	.945	12732.000*	1.07	.976
scl5	1.29	1.149	1.30	1.162	14852.500	1.29	1.156
scl6	.86	1.070	1.15	1.034	12166.500**	1.04	1.055
scl7	.27	.758	.26	.634	14396.000	.26	.682
scl8	.84	1.091	.85	.914	14092.000	.84	.983
scl9	.93	1.105	1.09	1.099	13445.500	1.03	1.103
scl10	.64	1.093	.66	1.020	14431.000	.65	1.047

(dt) Desviación típica; \*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$

Tabla 34. Comparativo de los síntomas de ansiedad fóbica entre hombres y mujeres en el tiempo 2.

	Hombres n=134		Mujeres n=222		U de Mann- Whitney	Total N=356	
	Media	<i>Dt</i>	Media	<i>dt</i>		Media	<i>Dt</i>
scl11	.49	.865	.59	.936	14034.500	.55	.910
scl12	.25	.594	.51	.860	12602.500**	.41	.780
scl13	.26	.755	.35	.713	13420.500*	.31	.729
scl14	.57	.905	.57	.904	14857.000	.57	.903
scl15	.63	.954	.35	.739	12322.500**	.46	.836
scl16	.43	.836	.60	.905	13103.000*	.54	.882
scl17	.25	.811	.27	.621	13886.500	.26	.697

*dt* Desviación típica; \*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$

Tabla 35. Comparativos de las variables clínicas en T1 y T2 discriminado por sexo y ciudad

Ciudad		Depresión T2 y T1	Ansiedad generalizada T2 y T1	Ansiedad fóbica T2 y T1
Barranquilla	Hombre	-.145	-.063	-.763
	Medianas	(T1=13 y T2=12)	(T1=5.5 y T2=5)	y (T1=1 y T2=0)
	Mujer	-2.751**	-2.915**	-1.216
	Medianas	(T1=16 y T2=14)	(T1=8 y T2=6)	(T1=2 y T2=1)
Medellín	Hombre	-.425	-1.076	-.711
	Medianas	(T1=14 y T2=13)	(T1=6 y T2=5)	(T1=2 y T2=1)
	Mujer	-3.977**	-.186	-.117
	Medianas	(T1=14 y T2=16)	(T1=8 y T2=7)	(T1=2 y T2=2)

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$

Las tablas 36 y 37 presentan comparativos entre hombres y mujeres con relación a las variables cognitivas y de personalidad. En estas se da lugar a especificar la distribución de las variables por las implicaciones en el tipo de análisis con pruebas paramétricas o no.

Tabla 36. Comparativos de las variables cognitivas (esquemas maladaptativos) entre hombres y mujeres

Esquemas maladaptativos	Hombres		Mujeres		Estadístico	D
	Media	Dt	Media	dt		
Deprivación (b)	9.51	4.58	8.55	4	13270.000	.26
Abandono (b)	11.31	5.37	11.80	4.99	13785.500	-.02
Maltrato (b)	10.19	4.59	9.20	3.81	13151.500**	.28
Defectuosisdad (b)	8.70	3.7	7.43	2.83	12118.000*	.44
Aislamiento (b)	11.56	4.53	10.50	3.74	12806.000	.24
Fracaso (b)	9.10	4.38	8.13	3.504	13416.000	.19
Dependencia (b)	9.97	4.2	9.05	3.49	13221.000	.16
Vulnerabilidad (b)	11.62	5.2	11.81	4.79	14307.000	-.02
Apego (b)	9.78	3.81	10.36	3.9	13553.500	-.12
Subyugación (b)	9.57	3.79	9.41	3.28	14807.000	.11
Autosacrificio (b)	13.53	4.92	14.19	4.73	13759.500	-.02
Inhibición	11.99	5.06	10.91	4.89	12922.500*	.23
Estándares (a)	17.10	5.13	16.97	4.39	14589.000	.08
Grandiosidad (b)	13.04	4.45	12.96	4.61	14705.000	.09
Autocontrol insuficiente (b)	11.58	4.88	11.27	4.3	14378.000	.40

(a) Pruebas paramétricas, estadístico F; (b) pruebas no paramétricas, estadístico U de Mann-Whitney; dt:

desviación típica; d efecto de la muestra; \*\*  $p < .05 > .01$ ; \*  $p \leq .01$

Tabla 37. Comparativos de las creencias de personalidad entre hombres y mujeres

Creencias personalidad	Hombre		Mujeres		U de Mann-Whitney	<i>d.</i>
	Media	<i>Dt</i>	Media	<i>dt</i>		
Antisocial	10.13	5.780	8.65	4.022	12954.500*	.40
Por evitación	9.77	5.136	10.45	4.736	13464.000	-.08
Límite	6.14	4.660	5.52	3.823	14143.000	.21
Por dependencia	7.45	4.649	7.27	4.096	14471.000	.11
Histriónico	6.81	4.785	6.19	3.964	14012.500	.21
Narcisista	7.46	4.602	6.94	3.508	14216.000	.25
Obsesivo-compulsivo	11.84	5.241	11.60	4.657	14423.000	.11
Paranoide	7.79	5.718	5.96	4.336	12380.500*	.45
Pasivo-agresivo	10.46	5.199	9.78	4.053	13988.000	.27
Esquizoide	11.99	5.474	11.44	4.351	14088.000	.17

*dt*: desviación típica; *d* efecto del tamaño la muestra; \*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$

#### 5.4.2.3 Análisis de regresión

Los análisis de regresión se realizaron con las variables clínicas como variables criterios transformadas con logaritmo de 10. Inicialmente se presentan las regresiones para la variable síntomas de depresión, luego síntomas de ansiedad generalizada y ansiedad aguda (fóbica), y al final las variables referentes a los estresores y a las variables clínicas. Para un primer grupo de análisis, éstos se realizaron con las variables cognitivas y de personalidad. Posteriormente se retomaron los análisis para las variables sobre estrés. Con el fin de controlar el solapamiento surgido por la comorbilidad de ambos trastornos (ansiedad y depresión), en un primer paso no se consideró la variable correspondiente al trastorno comórbil y en el segundo paso éste se introdujo como otras de las variables independientes. De esta manera se logró analizar el efecto de la variable clínica como moderadora (Calvete, 2008) para este caso del modelo de la vulnerabilidad cognitiva.

#### *Variable criterio síntomas de depresión: T1 y T2*

Las tablas 38-41 muestran los resultados de regresión para las variables esquemas en los dos momentos de evaluación. Las dos primeras regresiones se realizaron de manera

directa con la variable criterio y las dos siguientes introduciendo como variables independientes la variable clínica de ansiedad generalizada de acuerdo con el momento. La variable fóbica no se incluyó para depresión dado que la media de los residuos afectaba el modelo.

Al considerar las variables Esquemas maladaptativos como predictoras de síntomas de depresión para los jóvenes en su primer semestre universitario, se identificaron las variables vulnerabilidad al daño, autocontrol insuficiente y aislamiento social en los dos momentos de evaluación (iniciando y finalizando el semestre). Además, se identificó una variable que solamente se presentó en la primera observación (síntomas de depresión T1): fracaso (tablas 38 y 39). El poder de predicción fue mayor en el T1 que en el T2 (26.5% y 16.4% respectivamente). Los modelos se validan para ambos momentos de observación por los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson 1.574 y 2.063 respectivamente [entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos de cero.

Al introducir la variable de ansiedad con el fin de controlar el solapamiento de ambos trastornos y tal como fue realizado en el estudio de Cámara (2009), el modelo pierde las variables vulnerabilidad y autocontrol insuficiente, mantiene fracaso y adiciona subyugación, para síntomas de depresión T1, y para T2 autocontrol insuficiente y aislamiento.

Tabla 38. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T1.

Modelo 4	Coefficiente estandarizado $\beta$	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Aislamiento	.207**	.006	.019			1.496	.000
Vulnerabilidad	.164**	.003	.013	1.574	32.990	1.438	
Fracaso	.178**	.004	.018			1.460	
Autocontrol insuficiente	.129*	.000	.014			1.822	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R: 523; R<sup>2</sup> ajustado: .265;  $p \leq .001$

Tabla 39. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T2.

Modelo 3	Coefficiente estandarizado $\beta$	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Autocontrol insuficiente	.189**	.005	.021	2.063	30.145	1.764	.000
Vulnerabilidad	.197**	.005	.019				
Aislamiento	.174**	.005	.021				

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R: 453; R<sup>2</sup> ajustado: .198;  $p \leq .001$

Tabla 40. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T1, controlando el solapamiento por ansiedad.

Modelo 4	Coefficiente estandarizado $\beta$	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Ansiedad generalizada	.384**	.528	.401	2.063	30.145	1.764	.000
Aislamiento	.183**	.418	.194				
Fracaso	.157**	.400	.168				
Autosacrificio	.095*	.315	.109				

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R: 610; R<sup>2</sup> ajustado: .365;  $p \leq .001$

Tabla 41. Análisis de regresión de los esquemas con síntomas de depresión T2, controlando el solapamiento de la ansiedad.

Modelo 3	Coefficiente estandarizado $\beta$	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Ansiedad generalizada	.278**	.008	.017	1.571	36.949	1.235	.000
Autocontrol insuficiente	.191**	.005	.020				
Aislamiento	.151**	.003	.019				

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R: 490; R<sup>2</sup> ajustado: .234;  $p \leq .001$



Las tablas 42-45 presentan los resultados de regresión con las variables independientes de creencias de personalidad. De la misma manera que se realizó con los esquemas, los dos primeros procedimientos son con las variables directas por momento de evaluación y los dos segundos procedimientos incluyendo la variable ansiedad generalizada (la variable ansiedad fóbica no se incluyó dado que el modelo perdía poder al analizar los residuos de las medias).

La regresión lineal efectuada con las variables cognitivas creencias de personalidad, estableció dos variables para el tiempo 1 (personalidad límite y por evitación) y seis variables para el tiempo 2: límite, obsesivo-compulsivo (de manera negativa), por evitación, histriónico, antisocial (de manera negativa) y esquizoide (tabla 39). El porcentaje de la varianza de la depresión fue explicada en un 22.4% para el tiempo 1 y 16.4% para el tiempo 2. El modelo se valida con los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson 1.652 y 2.077 respectivamente [entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos de cero.

Al introducir la variable clínica de ansiedad para controlar el solapamiento, en el Tiempo 1 se mantienen el modelo (personalidad límite y por evitación) y en el Tiempo 2 se adhiere la variable por dependencia, se mantienen las estructuras límite, histriónica y esquizoide, y de manera invertida antisocial, y se elimina la personalidad por evitación y obsesivo-compulsivo (tablas 44 y 45).

Tabla 42. Análisis de regresión para las creencias de personalidad y la depresión T1

Modelo 2	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Límite	.327**	.012	.026	1.652	52.117	1.707	.000
Por evitación	.197**	.004	.016				

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R = .478;  $R^2$  ajustado = .224;  $p \leq .001$

Tabla 43. Análisis de regresión para las creencias de personalidad y la depresión T2

Modelo 6	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Límite	.245**	.906	1.088			2.49	
Ob.compulsivo	-.221**	.007	.029	2.077	12.592	1.996	.000
Por evitación	.157**	-.022	-.005			2.111	
Histriónico	.232**	.001	.018			2.254	
Antisocial	-.189*	.006	.026			2.100	
Esquizoide	.136*	-.021	-.003			1.430	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .422$ ;  $R^2$  ajustado = .164;  $p \leq .001$

Tabla 44. Análisis de regresión para las creencias de personalidad y la depresión T1 introduciendo las variables de ansiedad generalizada y ansiedad fóbica

Modelo 2	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Límite	.388**	.528	.388	1.778	61.458	1.881	.000
Por evitación	.185*	.454	.164			1.738	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .587$ ;  $R^2$  ajustado = .339;  $p \leq .001$

Tabla 45. Regresión para las creencias de personalidad y la depresión T2 introduciendo las variables de ansiedad generalizada y ansiedad fóbica

Modelo 5	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Ansiedad generalizada	.515**	.567	.527			1.117	
Por dependencia	.184**	.307	.159	1.701	43.228	2.109	.000
Antisocial	-.259**	.116	-.227			1.994	
Esquizoide	.124*	.201	.136			1.321	
Histriónico	.134*	.295	.115			2.144	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .618$ ;  $R^2$  ajustado = .374;  $p \leq .001$

### *Variable criterio Ansiedad generalizada*

Las tablas 46-49 presentan las regresiones considerando como variable dependiente la ansiedad generalizada y como independiente los esquemas, siendo los dos últimos procedimientos los correspondientes al introducir la variable depresión.

El análisis de regresión lineal para la ansiedad generalizada T1 y T2 identificó un modelo con tres variables; para el Tiempo 1: las variables vulnerabilidad, apego y defectuosidad, y para el Tiempo 2 vulnerabilidad, fracaso y subyugación.

El porcentaje de la varianza de la ansiedad fue explicada en un 33.9% en T1 y 27.6% en T2. El modelo se valida con los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson 1.778 y 1.796 respectivamente [entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos de cero.

Se introdujo la variable depresión para controlar el solapamiento de las variables. Se mantiene en el Tiempo 1 los esquemas de vulnerabilidad y apego pero se descarta la variable defectuosidad, y en el Tiempo 2 se mantiene la variable vulnerabilidad y subyugación, se introduce la variable aislamiento y privación, y sale las variables fracaso.

Tabla 46. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T1

Modelo 3	Coefficiente β	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Vulnerabilidad	.325**	.016	.031			1.399	
Apego	.194**	.008	.028	1.825	40.896	1.331	.000
Defectuosidad	.126**	.003	.025			1.217	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .517$ ;  $R^2$  ajustada = .260;  $p \leq .001$

Tabla 47. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T2

Modelo 3	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Vulnerabilidad	.316**	.016	.032			1.538	
Fracaso	.155**	.004	.026	1.680	31483	1.582	.000
Subyugación	.129**	.002	.026			1.601	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .535$ ;  $R^2$  ajustada = .222;  $p \leq .001$

Tabla 48. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T1 introduciendo la variable síntomas de depresión T1

Modelo 3	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Depresión	.393**	.456	.732			1.179	
Vulnerabilidad	.244**	.011	.025	1.904	70.335	1.397	.000
Apego	.162**	.006	.024			1.313	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .621$ ;  $R^2$  ajustada = .380;  $p \leq .001$

Tabla 49. Análisis de regresión de los esquemas maladaptativos para la ansiedad generalizada T2 introduciendo la variable síntomas de depresión T2

Modelo 5	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Depresión	.512	.579	.827			1.191	
Vulnerabilidad	.216	.009	.024			1.330	
Subyugación	.135	.003	.026	1.779	50.049	1.608	.000
Aislamiento	-.163	-.025	-.005			1.809	
Deprivación	.142	.003	.022			1.658	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .665$ ;  $R^2$  ajustada = .434;  $p \leq .001$

Las tablas 50-53 muestran las regresiones para la ansiedad generalizada considerando como variables independientes las creencias de personalidad; las dos primeras tablas ilustran los resultados con la variable dependiente directa y los dos siguientes introduciendo las variables independientes depresión y ansiedad fóbica.

La regresión lineal efectuada con las variables cognitivas creencias de personalidad en el Tiempo 1 identificó un modelo con 2 variables: creencias de personalidad histriónica y límite; y en el Tiempo 2 solamente creencias de personalidad límite. El porcentaje de la varianza de la ansiedad generalizada en el Tiempo 1 fue explicada en un 28.3% y en el Tiempo 2 fue explicada en un 13%. El modelo se valida con los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson 1.667 y 1.801 para el Tiempo 1 y el 2 respectivamente [entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos de cero.

Al introducir la variable síntomas de depresión para controlar el solapamiento, se lograron los siguientes modelos de predicción para la ansiedad generalizada: en el Tiempo 1 se mantiene la creencia de personalidad histriónica y se elimina la variable personalidad límite (tabla 52) y en el Tiempo 2 se mantiene la personalidad límite como predictora (tabla 53).

Tabla 50. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la ansiedad generalizada Tiempo 1

Modelo 2	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Histriónica	.433	.016	.025		39.083	1.170	.000
Límite	.234	.012	.027	1.667		1.170	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R= .433; R<sup>2</sup> ajustado=.183;  $p \leq .001$

Tabla 51. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la ansiedad generalizada Tiempo 2

Modelo 1	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Límite	.321	.026	.046	1.801	49.755	1.000	.000

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R=.364; R<sup>2</sup> ajustada=.130;  $p \leq .001$

Tabla 52. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la ansiedad generalizada Tiempo 1 introduciendo la variable síntomas de depresión Tiempo 1.

Modelo 2	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Depresión	.433**	.016	.025	1.801	79.396	1.000	.000
Histriónico	.234**	.012	.027				

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .575$ ;  $R^2$  ajustado = .327;  $p \leq .001$

Tabla 53. Análisis de regresión de las creencias de personalidad para la variable síntomas de ansiedad generalizada Tiempo 2, introduciendo la variable depresión

Modelo 1	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Depresión	.543**	.620	.871		94.518		.000
Límite	.162**	.006	.023	1.766		1.170	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .611$ ;  $R^2$  ajustado = .369;  $p \leq .001$

#### *Variable criterio Ansiedad fóbica*

Las tablas 54 y 57 presentan los análisis de regresión con la variable criterio ansiedad aguda (fóbica) Tiempo 1 y Tiempo 2 con las variables cognitivas, repitiendo el esquema de introducir en los dos últimos la variable depresión.

Tres variables explican el modelo de predicción cognitiva para la ansiedad fóbica en el Tiempo 1: vulnerabilidad, subyugación y autosacrificio. En el Tiempo 2 el modelo se compone de cuatro variables: vulnerabilidad, defectuosidad, estándares y abandono. Se valida con los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson: 1.766 y 1.796 respectivamente para T1 y T2 [entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad:  $VIF < 5$ ; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos de cero.

Para controlar el solapamiento de las variables clínicas depresión y ansiedad generalizada para la ansiedad fóbica, se introdujeron en el análisis, manteniéndose para el Tiempo 1 el mismo modelo: vulnerabilidad, subyugación y autosacrificio (tabla 56), y para el tiempo 2 las variables vulnerabilidad, defectuosidad y de manera negativa estándares se mantienen, y se elimina la variable abandono (tabla 57).

Tabla 54. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 1

Modelo 3	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Vulnerabilidad	.424**	.023	.040			1.246	
Subyugación	.275**	.016	.043	1.766	29.830	1.372	.000
Autosacrificio	-.186**	-.025	-.005			1.412	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .513$ ;  $R^2$  ajustada = .254;  $p \leq .001$

Tabla 55. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 2

Modelo 4	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Vulnerabilidad	.337**	-.086	.324			1.449	
Defectuosidad	.152**	.015	.036	1.796	15951	1.164	.000
Estándares	-.155**	.003	.032			1.200	
Abandono	.150*	-.024	-.002			1.467	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .470$ ;  $R^2$  ajustada = .207;  $p \leq .001$

Tabla 56. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 1 introduciendo las variables depresión y ansiedad generalizada.

Modelo 4	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Ansiedad generalizada	.358**	.013	.026			1.316	
Vulnerabilidad	.282**	.012	.030	1.999	35.141	1.451	.000
Subyugación	.207*	.010	.035			1.420	
Autosacrificio	-.181*	-.024	-.005			1.412	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .600$ ;  $R^2$  ajustada = .350;  $p \leq .001$

Tabla 57. Análisis de regresión de esquemas para la ansiedad fóbica Tiempo 2 introduciendo las variables depresión y ansiedad generalizada

Modelo 4	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Ansiedad generalizada	.387**	.320	.603			1.179	
Vulnerabilidad	.261**	.010	.030	1.834	26.902	1.346	.000
Defectuosi- dad	.124**	.001	.028			1.128	
Estándares	-.123*	-.021	.000			1.119	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .575$ ;  $R^2$  ajustada = .318;  $p \leq .001$

Las tablas 58 -61 muestran las regresiones para la ansiedad fóbica con las variables creencias de personalidad, las dos primeras regresiones sin introducir la variable clínica de depresión y las dos últimas incluyéndola en el análisis y controlar el solapamiento.

Se identificó un modelo con una sola variable, personalidad límite, Tiempo 1 y 2. Las siguientes tablas reportan los resultados de este modelo (tabla 57 y 58). El porcentaje de la varianza de la ansiedad aguda fue explicada en un 12.8% y 14.3% para el Tiempo 1 y el Tiempo 2, respectivamente. El modelo se valida con los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson 2.007 y 1.889 [entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad:  $VIF < 5$ ; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos de cero.

Se introdujo por último las variables clínicas depresión para controlar el solapamiento. Para el Tiempo 1 se mantiene la variable creencias de personalidad límite y para el Tiempo 2 el modelo de predicción lo representa la variable creencias de personalidad por dependencia, y se elimina personalidad límite (tablas 60 y 61).

Tabla 58. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad aguda Tiempo 1

Modelo 1	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin- Watson	F	VIF	Media de los residuales
Límite	.362**	.022	.042	2.007	38.159	1.000	.000

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .362$ ;  $R^2$  ajustada = .128;  $p \leq .001$



Tabla 59. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad aguda

Modelo	Coefficiente	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
1	$\beta$						
Límite	.384**	.025	.048	1.886	39.326	1.000	.000

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R = .384; R<sup>2</sup> ajustada = .143;  $p \leq .001$

Tabla 60. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad aguda  
Tiempo 1 introduciendo las variables síntomas depresión y ansiedad generalizada

Modelo 2	Coefficiente	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Ansiedad generalizada	$\beta$						
Límite	.440**	.018	.031			1.290	
	.153**	.003	.024	1.982	49.234	1.290	.000

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R = .530; R<sup>2</sup> ajustada = .275;  $p \leq .001$

Tabla 61. Análisis de regresión de creencias de personalidad para la ansiedad aguda  
Tiempo 2 introduciendo las variables síntomas de depresión y ansiedad generalizada

Modelo 1	Coefficiente	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Ansiedad generalizada	$\beta$						
Por dependencia	.513**	.020	.031			1.034	
	.208**	.010	.030	1.855	59.760	1.034	.000

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; R = .587; R<sup>2</sup> ajustada = .339;  $p \leq .001$

*Variable criterio estresores*

Los estresores son considerados como variables de gran relevancia en la precipitación de la psicopatología, tanto directamente como activadores de los componentes de vulnerabilidad. De esta manera, los análisis pretenden identificar la relación directa con los síntomas clínicos y a su vez identificando su asociación con esquemas cognitivos.

Para explicar el poder de predicción inicialmente se retomó la variable síntomas de depresión en el tiempo 2, luego para la ansiedad generalizada Tiempo 2 y por último para la ansiedad fóbica Tiempo 2 (tablas 62 - 64). Se analizaron además los análisis de regresión con las puntuaciones globales: número de estresores y estrés percibido para cada uno de los componentes clínicos (tabla 65 – 67). Los modelos de predicción se validaron con los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson entre 1.5 – 2.5; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos de cero.

Tabla 62. Análisis de Regresión de los estresores para la depresión T2.

Modelo 7	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza (bajo-alto)	de 95%	Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Estresor 20	.228**	.034	.092			1.376	
Estresor 1	.157**	.016	.067		20.323	1.242	.000
Estresor 12	.124*	.006	.069			1.452	
Estresor 13	.095	-.003	.058	1.574		1.393	
Estresor 3	.131**	.010	.065			1.200	
Estresor 15	.133**	.009	.062			1.258	
Estresor 10	-.112*	-.071	-.007			1.086	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .539$ ;  $R^2 = .276$ ;  $p \leq .001$

Tabla 63. Análisis de Regresión de los estresores para la ansiedad generalizada T2.

Modelo 4	Coefficiente $\beta$	Intervalo de confianza (bajo-alto)	de 95%	Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Estresor 20	.220**	.038	.113	1.574		1.262	
Estresor 12	.201**	.034	.111		23.144	1.187	.000
Estresor 4	.155**	.019	.093			1.116	
Estresor 8	.137**	.012	.080			1.071	

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .476$ ;  $R^2 = .217$ ;  $p \leq .001$

Tabla 64. Análisis de Regresión de los estresores para la ansiedad fóbica T2.

Modelo 4	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Estresor 21	.253*	.050	.143	1.574	1998	1.046	.000
Estresor 10	.169**	.018	.118				
Estresor 1	.143*	.008	.092				
Estresor 11	.128*	.002	.080				

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .410$ ;  $R^2 = .153$ ;  $p \leq .001$ .

Tabla 65. Análisis de Regresión del número de estresores y el estrés percibido para la depresión T2.

Modelo 2	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Estrés percibido	.620**	.433	.662	1.538	53.949	2.262	.000
Sucesos vitales	-.209**	.271	.425				

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .484$ ;  $R^2 = .235$ ;  $p \leq .001$ .

Tabla 66. Análisis de Regresión del número de estresores y el estrés percibido para la ansiedad generalizada T2.

Modelo 2	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Estrés percibido	.623	.342	.546	1.757	51.035	2.206	.000
Sucesos vitales	-.202	-.046	-.008				

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .493$ ;  $R^2 = .238$ ;  $p \leq .001$ .

Tabla 67. Análisis de Regresión del número de estresores y el estrés percibido para la ansiedad fóbica T2.

Modelo 2	Coficiente $\beta$	Intervalo de confianza 95% (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Estrés percibido	.343	.167	.352	1.978	30.499	1.000	.000

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$ ;  $R = .343$ ;  $R^2 = .114$ ;  $p \leq .001$ .

### *Variables criterio los esquemas maladaptativos*

Con el propósito de contrastar las hipótesis de vulnerabilidad – estrés y especificidad ante el estresor, se realizó el análisis de regresión introduciendo como variable dependiente uno por uno de los componentes cognitivos (esquemas) y de personalidad (creencias de personalidad) y como variables independientes los eventos negativos, las puntuaciones globales y los indicadores clínicos (depresión, ansiedad generalizada y ansiedad aguda o fóbica).

Las tablas 68 - 70 presentan los estresores que dentro del modelo de predicción predicen la activación de los esquemas y las creencias de personalidad. La tabla 68 lo hace específico a la depresión, la tabla 69 lo presenta específico a la ansiedad generalizada y la tabla 70 a la ansiedad aguda (o ansiedad fóbica).

El esquema de maltrato es el más susceptible para ser activado por diferentes estresores y a su vez, activa en relación con estos, comprometa tantos indicadores de depresión y ansiedad generalizada.

En general, los estresores son específicos a los esquemas activados, aunque solo dos de los 21 evaluados se presentan activando tanto la depresión, la ansiedad generalizada y la aguda, dependiendo de diferentes esquemas.

El ítem 20 (discusión o problemas con la pareja) el cual se asocia con todos los síntomas; para la depresión con el esquema de aislamiento, para ansiedad generalizada con el esquema de maltrato, y para la ansiedad fóbica con el esquema de inhibición

El ítem 21 (problema al adaptarme a los grupos de trabajo), el cual se asocia a todos los síntomas clínicos evaluados pero activados por esquemas diferentes: aislamiento y defectuosidad en la depresión, fracaso en la ansiedad generalizada, y nuevamente defectuosidad en la ansiedad fóbica.

La activación de los esquemas/creencias de personalidad para la depresión solo se reportó un esquema que directamente activa el trastorno esquizoide: cambio de residencia o vecindario. Para la ansiedad aguda (fóbica) la personalidad por evitación activado ante la presencia de personas desconsideradas u ofensivas (ítem 12). No se representó para la ansiedad generalizada algún estresor de manera específica.

Tabla 68 Vulnerabilidad – estrés a la depresión

Vulnerabilidad cognitiva y personalidad	Estrés	Coficiente β	ΔR <sup>2</sup>	F
Defectuosiad	Problemas al adaptarse a grupos de trabajo	.208**	.137	12.712
Aislamiento	Problemas al adaptarse a grupos de trabajo	.233**		
	Algo malo sucede a alguien que me preocupa	.131*	.149	13.932
Maltrato	Me gusta alguien a quien no gusto	.138*	.230	10.465
	Incomprensión por parte de los adultos	.186**		
	Discusión o problemas con la pareja	-.183*		
	Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	.152*		
	Problemas o cambios laborales	-.131		
Esquizoide	Cambio de residencia o vecindario	.200**	.066	8.819

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p \leq .01$

Tabla 69. Vulnerabilidad – estrés a la ansiedad generalizada

Vulnerabilidad cognitiva y personalidad	Estrés	Coefficiente $\beta$	$\Delta R^2$	F
Privación	Incomprensión por parte de los adultos	.230**	.144	13.474
	Muerte de un familiar cercano o amigo/amiga	-.144*		
Maltrato	Me gusta alguien a quien no gusto	.138*	.230	10.465
	Incomprensión por parte de los adultos	.186**		
	Discusión o problemas con la pareja	-.183*		
	Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	.152*		
Fracaso	Problemas o cambios laborales	-.131*	.118	15.871
	Problemas de adaptación a los grupos de trabajo	.192**		
Vulnerabilidad	Discusión o problemas con un amigo	-.144**	.220	16.674
	Problemas académicos (demasiados trabajos o malas notas)	.138**		
Apego	Problemas académicos (demasiado trabajos o malas notas)	.143	.104	9.591
	Algo malo sucede a alguien que me preocupa	-.144		
Grandiosidad	Incomprensión por parte de los adulto	.168*	.065	8.695
Antisocial	Discusión o problemas con un adulto	-.139	.067	9.026

\*  $p < .05 > .01$ ; \*\*  $p \leq .01$

Tabla 70. Vulnerabilidad – estrés a la ansiedad aguda

Vulnerabilidad cognitiva y personalidad	Estrés	Coefficiente $\beta$	$\Delta R^2$	F
Abandono	Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas)	-.171*		
	Juntarse con nueva gente	-.154*	.141	10.126
Defectuosi- dad	Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos	.144*		
	Problemas de adaptación a los grupos de trabajo	.208**	.137	12.713
Dependencia	Estar rodeado de personas que son desconocidas u ofensivas	.144*	.125	16.907
Vulnerabilidad	Discusiones o problemas con un amigo/a	-.144*		
	Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas)	.138**	.220	16.674
Subyugación	Discusiones o problemas con un amigo/a	-.159		
	Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	.269	.093	8.543
Inhibición	Romper o ser rechazado por mi novio/a	.271		
	Muerte de un familiar cercano o amigo/a	.184	.082	5.932
	Discusiones o problemas con la pareja	-.147		
Por evitación	Algo malo sucede a alguien que me preocupa	-.174		
	Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	.136	.082	7.617
Paranoide	Problemas de adaptación a los grupos de trabajo	.150	.101	13.909
Pasivo-agresivo	Número de sucesos Totales	.153	.063	8.409

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p \leq .01$

#### 5.4.2.4 Análisis de ecuaciones estructurales

Se realizó el análisis de ecuaciones estructurales, considerando cada uno de los indicadores clínicos en el Tiempo 1 y el Tiempo 2. No se incluyeron los análisis de comorbilidad dado que éstas debilitaban el modelo. La tabla 71 representa los valores de bondad para cada modelo. Las figuras 10 – 15 describen cada uno de los modelos correspondientes.

Tabla 71. Modelos explicativos para los indicadores clínicos.

	NFI	TLI	CFI	RMESA	AIC
Modelo 1	0,944	0,9	0,957	0,089	91,499
Modelo 2	0,843	0,822	0,883	0,079	281,546
Modelo 3	0,99	0,983	0,997	0,038	38,508
Modelo 4	0,863	0,827	0,891	0,092	277,43
Modelo 5	0,86	0,686	0,865	0,167	177,33
Modelo 6	0,936	0,943	0,969	0,048	125,028



El Modelo 1 corresponde a los síntomas de depresión para el Tiempo 1. Las variables que explican la depresión fueron esquemas maladaptativos de fracaso, aislamiento, autosacrificio y vulnerabilidad y creencias de personalidad límite y por evitación. Los valores de bondad de ajuste fueron aceptados: NFI= .944; TLI= .9; CFI= .957; RMESA= .089; AIC= 91.499.

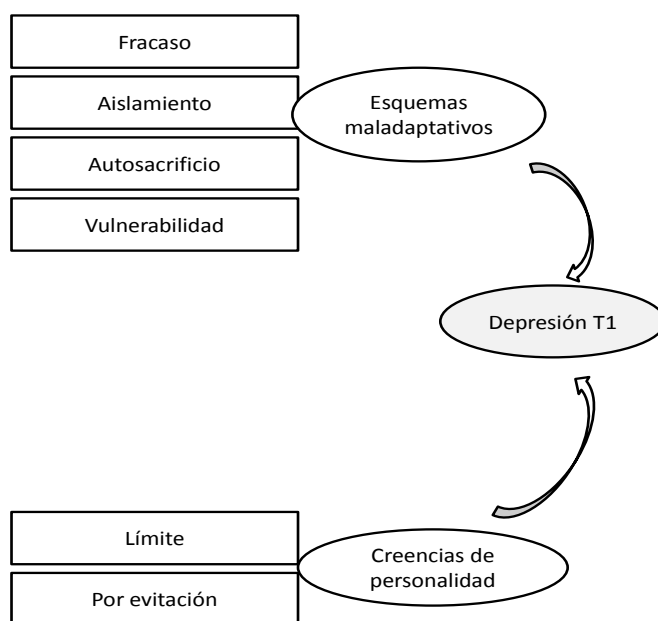


Figura 10. Modelo 1 para la Depresión Tiempo 1

El Modelo 2 corresponde a los síntomas de depresión para el Tiempo 2. Las variables que mejor predicen la depresión fueron esquemas maladaptativos de autocontrol insuficiente y aislamiento y creencias de personalidad por dependencia, esquizoide e histriónico y de manera negativa antisocial; los estresores precipitantes fueron el #1, #10, #12, #13, #15 y #20. Los valores de bondad de ajuste fueron aceptados: NFI= .843; TLI= .822; CFI= .883; RMESA= .079; AIC=281.546.

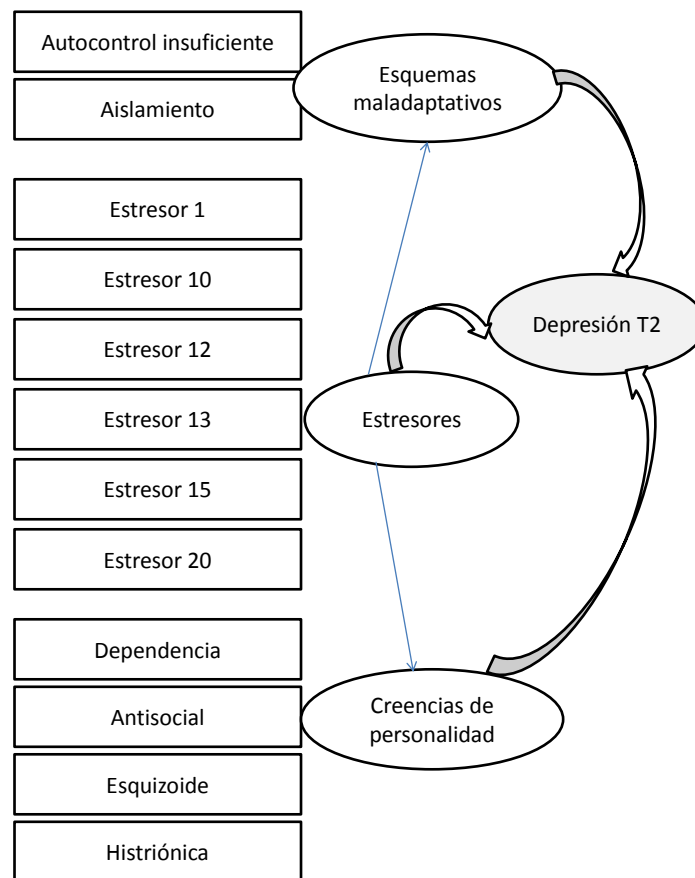


Figura 11. Modelo 2 para Depresión Tiempo 2

El Modelo 3 corresponde a los síntomas de Ansiedad generalizada para el Tiempo 1. Las variables que mejor poder de predicción tienen para la ansiedad generalizada fueron esquemas maladaptativos de vulnerabilidad y apego y creencias de personalidad histriónica y por dependencia. Los valores de bondad de ajuste fueron aceptados: NFI= .99; TLI= .983; CFI= .997; RMSEA= .038; AIC=38.508.

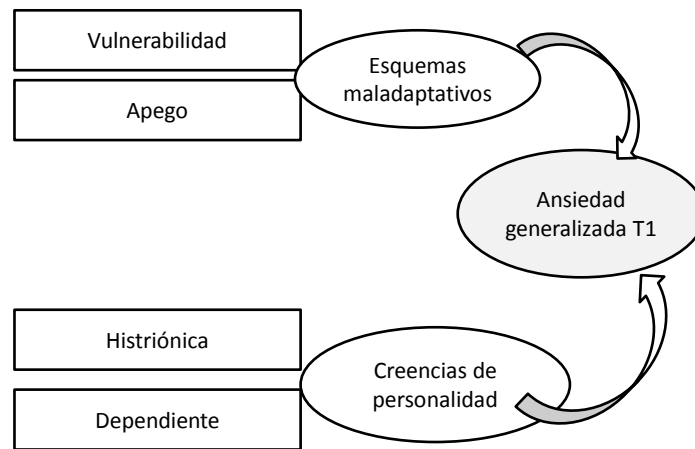


Figura 12. Modelo 3 para Ansiedad generalizada Tiempo 1

El Modelo 4 corresponde a los síntomas de Ansiedad generalizada para el Tiempo 2. Las variables que predicen la ansiedad generalizada fueron esquemas maladaptativos de vulnerabilidad, subyugación, aislamiento y deprivación y creencias de personalidad límite, histriónica y por dependencia; los estresores precipitantes fueron el #4, #8, #12 y #20. Los valores de bondad de ajuste fueron aceptados: NFI= .863; TLI= .827; CFI= .891; RMESA=.092; AIC= 277.43

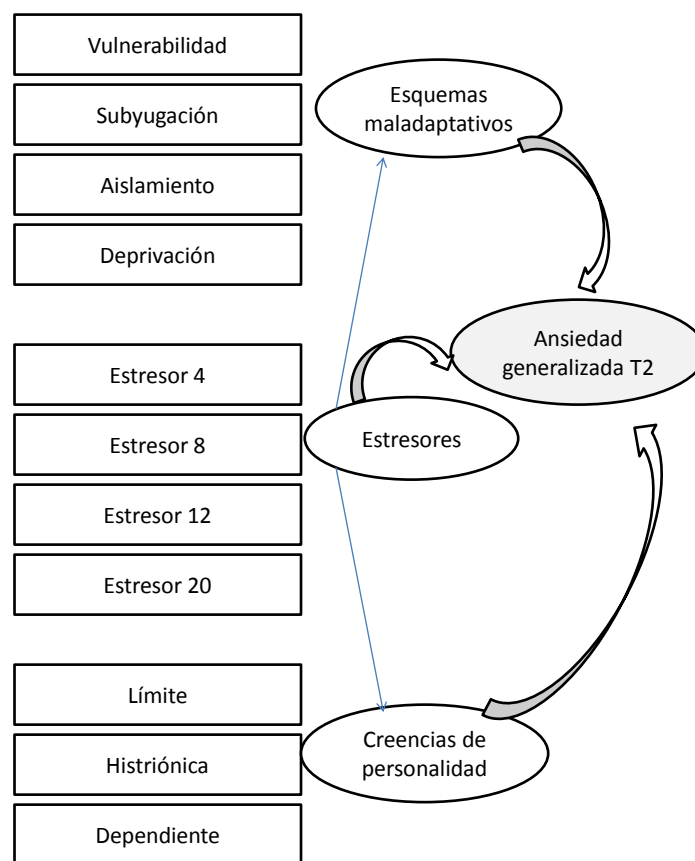


Figura 13. Modelo 4 para Ansiedad generalizada Tiempo 2.

El Modelo 5 se realizó con para la Ansiedad fóbica Tiempo 1. Las variables para la ansiedad fueron esquemas maladaptativos de vulnerabilidad, autosacrificio y creencias de personalidad límite, histriónica y por dependencia. Los valores de bondad de ajuste fueron aceptados: NFI= .86; TLI= .686; CFI= .865; RMESA= .048; AIC=125.028.

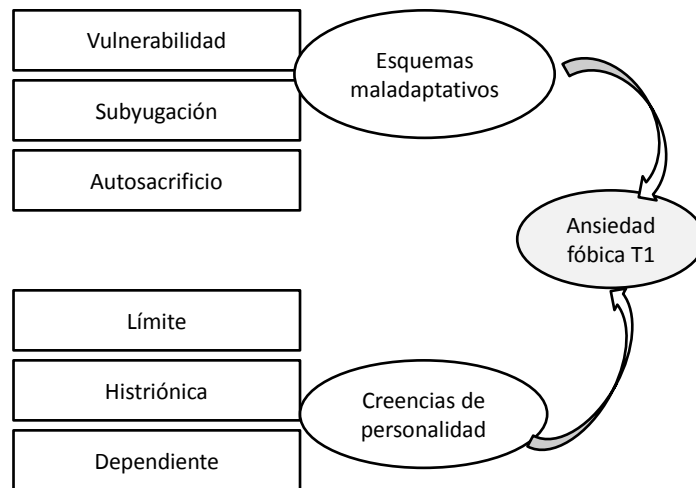


Figura 14. Modelo 5 para Ansiedad fóbica Tiempo 1.

El Modelo 6 se realizó para la Ansiedad fóbica Tiempo 2. Las variables para la ansiedad aguda fueron esquemas maladaptativos de vulnerabilidad, defectuosidad y de manera negativa estándares y creencias de personalidad límite y por dependencia; los estresores precipitantes fueron el #1, #10, #11 y #21. Los valores de bondad de ajuste fueron aceptados: NFI= .936; TLI= .943; CFI= .969; RMESA= .048; AIC= 125.028

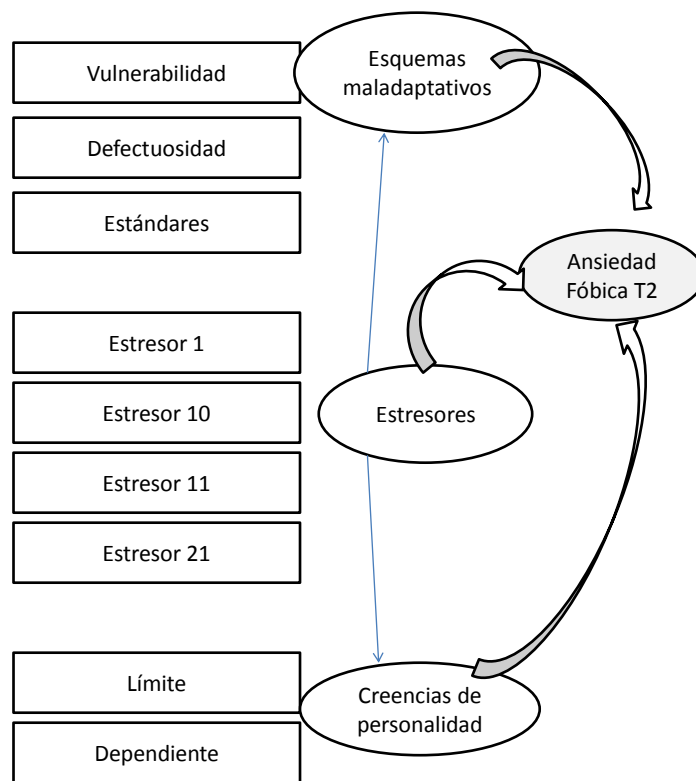


Figura 15. Modelo 6 para Ansiedad fóbica Tiempo 2.

### 5.4.3 DISCUSIÓN

El propósito del estudio en esta etapa de la investigación fue identificar los factores de vulnerabilidad cognitiva (esquemas maladaptativos y creencias de trastornos de personalidad) y estresores, que mejor predicen los síntomas de depresión y ansiedad a través de un estudio longitudinal de cohorte. Se consideró relevante focalizar la investigación en estudiantes del primer semestre de universidad dado que en este período suele presentarse diversos estresores relacionados con las demandas académicas y la conformación de nuevos grupos que exigen estrategias cognitivas y comportamentales para favorecer los procesos de adaptación y estrategias para regular las emociones ante las condiciones de estrés. El interés por estudiar este tipo de población también se justifica por la edad de los participantes, la mayoría adolescentes o adultos jóvenes de relevancia en la detección temprana de trastornos mentales y en la prevención (Arrivillaga et al, 2000; Bermúdez et al., 2006; Cámara, 2009).

Algunos estudios han considerado que la no detección temprana de síntomas dificulta su intervención oportuna y los estudios transversales no alcanzan a identificar los casos reales, por lo que recomiendan estudios con diseño longitudinal (Maj et al., 2006; Marry et al., 2008; O'Connell et al., 2009). Acorde con esto, se evaluó al grupo al inicio y al finalizar el primer semestre (antes de exámenes finales). Los síntomas depresivos mostraron una tendencia a incrementar en el tiempo y los de ansiedad a mermar, aunque no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2 de manera global, lo cual puede representar ajustes normales relacionados con la etapa de adaptación (Seley, 1976).

Los puntos de corte de manera global fueron similares a los reportados en otras investigaciones con estudiantes universitarios (Camacho et al., 2009; Gempp y Avendaño, 2008). Sin embargo se presenta diferencias significativas con relación al sexo pero éstas no fueron consistentes en el tiempo. Las diferencias se presentaron en los síntomas de ansiedad generalizada (Tiempo 1) y ansiedad aguda o fóbica (Tiempo 2) y como factor de riesgo para la depresión en el Tiempo 1, con puntuaciones superiores en las mujeres. Estas diferencias son apoyadas con la prevalencia de la poblacional mundial (APA, 2000; OMS,

2001) y la específica a Colombia (Ministerio de la Protección Social, 2003, 2005), donde refieren puntuaciones superiores en la mujer.

Los factores de riesgo tampoco fueron estables con relación al tiempo. Los componentes de vulnerabilidad, fracaso y aislamiento social estuvieron presentes en algún momento de la evaluación tanto para la depresión como para la ansiedad. De igual manera, Burcusa e Iacono (2007) consideraron factores causales diferentes para el primer episodio depresivo y para las recaídas. Estos autores consideraron que las diferencias en el tiempo pueden estar relacionadas con variables sociodemográficas (sexo, estrato), clínicas (historia del trastorno, edad de inicio y severidad de los síntomas), historia familiar, variables psicosociales y psicológicas (estresores de eventos vitales, el nivel de funcionamiento psicosocial, cognición, personalidad, soporte social), lo cual puede ser aplicado en nuestro estudio frente a las demandas psicológicas diferentes al iniciar el semestre (adaptación social) y al terminarlo (rendimiento y control emocional al estrés). Los estresores de mayor prevalencia fueron juntarse con nueva gente (89.5%) y contar con demasiado trabajo o malas notas (89.6%). Estos estresores también han sido nombrados como los de mayor prevalencia en el estudio de Cámara (2009) en población Española y referidos en otros estudios (Bouteyre et al., 2007; Park y Adler, 2003; Tao et al., 2000).

Iniciando el primer año de estudios universitarios, los modelos de predicción para los síntomas de depresión y ansiedad identificaron un esquema común: vulnerabilidad. De los seis modelos de predicción validados con ecuaciones estructurales, cinco lo incluyeron; no se incluyó en la depresión Tiempo 2. Sin embargo este esquema fue más consistente para la ansiedad en el momento de analizar su comportamiento. Además, la ansiedad se comportó como variable moderadora para el esquema de vulnerabilidad en la depresión, reduciendo el impacto de la variable predictora (esquema de vulnerabilidad) sobre la consecuencia (modelo para la depresión) (Calvete, 2008), lo que lleva a considerar que el esquema de vulnerabilidad predice más la ansiedad que la depresión. Los esquemas de fracaso y aislamiento lograron predecir mejor la depresión en el Tiempo 1, y el autocontrol insuficiente y el aislamiento en el Tiempo 2; la vulnerabilidad y el apego lograron predecir mejor la ansiedad generalizada en el Tiempo 1, y la vulnerabilidad, subyugación, aislamiento y privación el Tiempo 2; nuevamente el esquema de vulnerabilidad logró



predecir la ansiedad (aguda) en el Tiempo 1 junto con el esquema de autosacrificio, y los esquemas de vulnerabilidad y defectuosidad en Tiempo 2.

La estructura límite, histriónica y por dependencia tienen un alto poder de predicción para la depresión y la ansiedad. La especificidad se presenta para síntomas de depresión, con características cognitivas además de personalidad esquizoide y por evitación. En algunos estudios se ha referido los niveles elevados de neuroticismo y bajos en extraversión y autoconsciencia como los que más relacionan tienen con los trastornos depresivos comórbiles con la ansiedad (Spinhoven et al, 2009; Sutton et al., 2010). Aunque son estudios con población clínica apoyarían en parte nuestros resultados al considerar básicamente el neuroticismo. Esto es apoyado por algunos investigadores quienes dan mayor importancia a la variable neuroticismo, *arousal* o sensibilidad o ansiedad aprehensiva (Barlow, 2008; Hankin, 2008), con diferencias respecto al contenido negativo para la depresión y las manifestaciones fisiológicas para la ansiedad (Clark y Watson, 1991).

Por otro lado, los resultados pueden ser analizados a la luz de los presupuestos teóricos de las teorías de la personalidad de Millon y Everly (1994) y los modos cognitivos que proponen Clark y Beck (1997). Considerando el modelo de Millon, los predictores de personalidad para la depresión y la ansiedad (límite, histriónico y por dependencia) hacen parte del mismo patrón de dependencia. Es posible identificar en el *continuum* patrones adaptativos de cooperación y socialización que comienzan a ser disfuncionales cuando se reportan patrones de personalidad dependiente e histriónica respectivamente. Los patrones patológicos de ambos representan la personalidad límite. Por otro lado, las personalidades esquizoide y por evitación comparten otro patrón de conducta, el desvinculado; estos patrones manifiestan pautas adaptativas de autonomía e inhibición respectivamente ((Millon y Davis, 2000; Millon et al., 2009; Millon y Everly, 1994). De esta manera, podría considerarse que tanto el patrón dependiente como el desvinculado predicen los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios.

Considerando el modelo de A. T. Beck, otro apoyo frente a la especificidad cognitiva es proporcionado con los estilos cognitivos de sociotropía y autonomía para la depresión (Beck et al., 1979; Clark y Beck, 1997), pero que se aplicarían de igual manera en la ansiedad, en la lógica que orientamos el análisis. La descripción sobre el estilo

característico interpersonal sociotrópico se exhibe con esquemas de apego ansioso, representado en el caso de la personalidad límite, dependiente e histriónica (patrón dependiente de Millon y Everly, 1994), citados en otras investigaciones (Perry, 1985; Flick et al., 1993; Butler et al., 2007), y el estilo cognitivo de autonomía el cual exhibe tendencia a la soledad e indiferencia hacia los demás (patrón desvinculado de Millon y Everly, 1994) representado en el caso de la personalidad esquizoide y por evitativa. El trastorno de personalidad por evitación es referido en otros estudios (Butler et al., 2007; Flick et al., 1993), y si bien el patrón esquizoide no es nombrado en estos, si es considerado en el DSM-IV TR (APA, 2000) y en los estudios de Beck et al. (2004). Caballo et al. (2010) también asoció el trastorno de la personalidad esquizoide con la ansiedad social, trastorno que representa temor a ser centro de atención y a ser evaluado negativamente, y de acuerdo con Barlow (Barlow, 2008; Barlow et al., 2008) generarían una conducta impulsada por la emoción de evitación.

Con relación a los esquemas que mejor poder de predicción tienen para la depresión y la ansiedad hacen parte de los dominios de desempeño, tendencia hacia el otro y límites inadecuados (Young y Klosko, 2001), los cuales afectan directamente la autoestima y la calidad de la relación con los demás. Desde los modelo de vulnerabilidad-estrés los esquemas negativos con relación a uno mismo, los demás y el futuro están asociados con la depresión clínica (Clark y Beck, 1997). De esta manera, el esquema de fracaso y personalidad evitativa se relaciona con limitaciones cognitivas que comprometen la autoestima (Young y Klosko, 2001) y afectan el desempeño en tareas académicas y laborales; el esquema de aislamiento social y personalidad esquizoide y por evitación representan limitaciones cognitivas y de personalidad frente a la integración al grupo, y el esquema de autocontrol insuficiente y personalidad límite pueden ser vistos como limitantes para el control emocional ante el estrés.

El esquema de fracaso ha sido referido en otros estudios asociados con la depresión (Cámara, 2009; Cámara y Calvete, 2010); también los esquemas de autocontrol insuficiente han sido referidos en otros estudios como relacionados con la depresión (Cámara y Calvete, 2009; Harris y Curtin, 2002; Welburn et al., 2002). Sin embargo, el esquema de aislamiento social no ha sido referido pero desde el contexto donde se realizó el estudio puede reflejar esquemas que limitan y son específicos en condiciones donde la integración a grupos

requiere de estrategias sociales y motivación. Sin embargo, el trastorno de personalidad por evitación que podría referir el esquema, ha sido asociado con la depresión (Beck et al., 2004; Millon et al., 2004).

La inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa son representativos del trastorno de la personalidad por evitación, se refuerzan por las estrategias típicas hiperdesarrolladas de vulnerabilidad social, la evitación y la inhibición (Beck et al., 2004; Caballo, 2004). Así, las dificultades para la autoafirmación conducen reacciones depresivas y de ansiedad aguda, lo que genera una conducta impulsada por la emoción de evitación (Barlow et al., 2008), ante las situaciones de evaluación y ante los pensamientos desagradables, en especial cuando el estresor se relaciona con estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas.

El trastorno límite de la personalidad es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. Uno de las asociaciones más citadas en la literatura es con la depresión y la ansiedad. Se ve frecuentemente asociado desajuste escolar y laboral, trastornos del comportamiento y dificultades en las relaciones interpersonales (Beck et al., 2004; Bellino et al.; 2005; Caballo, 2004; Chappa, 2003). Suelen presentar síntomas atípicos como la hiperactividad emocional, responden menos satisfactoriamente a las intervenciones, tanto en términos de actividad social como de síntomas específicos de depresión (Gelenberg et al., 2006). La conducta suicida igualmente muestra un riesgo elevado de estos tres trastornos en su carácter de impulsividad, angustia y distimia, junto con el abuso de sustancias y el alcohol (Baldessarini et al., 2006; Gabbard et al., 2006; Skodol et al. 1999).

El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención, las estrategias infradesarrolladas son la reflexión, el control y la sistematización (Beck et al., 2004; Caballo, 2004). Se asocia a tasas altas de trastornos de somatización, trastorno de conversión y trastorno depresivo mayor (Fernández del Río, Becoña y López, 2010). El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso con una excesiva necesidad de ser cuidado. Las estrategias infradesarrolladas son la autosuficiencia y la movilidad (Beck et al., 2004; Caballo, 2004).

Si bien en el estudio de Butler et al. (2007) y el de Dyck et al. (2001) no encontraron asociación entre el trastorno de pánico con los trastornos de la personalidad,

Cowley et al. (2006) lo consideran dentro de las enfermedades asociadas y otras manifestaciones clínicas que influyen en el tratamiento; los trastornos de la personalidad asociados los identifican entre 40-50%. Los trastornos de la personalidad que se observan con mayor frecuencia en personas con trastornos de angustia son por evitación, obsesivo-compulsivo y dependiente, además rasgos del trastorno límite (inestabilidad afectiva) y paranoide (hipersensibilidad respecto a las personas). En este estudio la asociación fue significativa con la personalidad límite, histriónica y por dependencia al evaluar la ansiedad fóbica o aguda que explora esta sintomatología de manera específica. Estos investigadores también asociaron la personalidad por dependencia, límite, histriónica, obsesivo-compulsivo y por evitación con la depresión. En este estudio, el trastorno obsesivo-compulsivo fue más un factor protector como se indicó anteriormente.

En conclusión, a través del modelo de vulnerabilidad estrés se identificaron componentes cognitivos y creencias de trastornos de personalidad comunes con relación a los dominios de desempeño, tendencia hacia el otro y límites inadecuados (Young y Klosko, 2001), y modos sociotrópicos o patrones dependientes de personalidad y modos de autonomía o patrones desvinculados de personalidad. Para la depresión son más consistentes los esquemas de fracaso, autocontrol insuficiente y aislamiento social y para la ansiedad los esquemas de vulnerabilidad y apego (ansiedad generalizada) y vulnerabilidad, subyugación y defectuosidad (ansiedad aguda).

## **5.5 SEGUNDA ETAPA. IMPACTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN**

### **5.5.1 MÉTODO**

#### **5.5.1.1 Participantes**

Participaron en el estudio 345 estudiantes universitarios, 131 (38%) hombres y 214 (62%) mujeres, edad media 21.8 (*dt.* 6.4). En el seguimiento realizado a los tres meses (evaluación posttest), participaron 110 (32%) estudiantes; 36 (32.7%) hombres y 74 (67.3%) mujeres.

Los participantes fueron seleccionados de manera aleatoria para cada grupo (Anexo 10). La tabla 72 describe la muestra inicial y la del seguimiento y la tabla 73 la específica a los grupos definitivos. La edad media de los participantes fue de 22.3 ( $dt=5.4$ ). La tabla 74 muestra la distribución de la edad con relación al grupo y al sexo.

Tabla 72. Descriptivos de las variables sociodemográficas del estudio de prevención de acuerdo con la participación en las pruebas pretest y postest

Variables sociodemográficas	Evaluación pretest n=345 (100%)		Evaluación postest n=110 (32%)	
	F	%	F	%
Sexo				
Hombre	131	38	36	32.7
Mujer	214	62	74	67.3
Grupo				
Experimental	93	26.7	55	50%
Control	150	43.6	55	50%
Estado civil				
Soltero	170	49.4	79	68.1
Casado	18	5.2	10	8.6
Separado	3	.9	1	0.9
Estrato				
Alto	23	6.7	13	11.2
Medio	135	39.2	68	58.6
Bajo	27	7.8	9	7.8
Área del conocimiento (Programas)				
Salud (1)	108	31.4	59	50.9
Ingenierías (2)	72	20.9	18	15.5
Empresas (3)	57	16.6	20	17.2
Polít/educación (4)	34	9.9	6	5.2
Artes (5)	34	9.9	6	5.2

- (1) Ciencias de la salud: enfermería, medicina, psicología.
- (2) Ingenierías: ambiental, eléctrica, electrónica, industrial, de sistemas, de sonidos.
- (3) Ciencias empresariales: administración de empresas, contaduría, negocios internacionales.
- (4) Ciencias políticas y educación: ciencias políticas y de gobierno, educación, derecho, pedagogía.
- (5) Artes integradas: arquitectura, diseño industrial, diseño gráfico.

Tabla 73. Descriptivos de las variables sociodemográficas discriminadas por los grupos que realizaron todo el proceso

Variables sociodemográficas	Grupo experimental n=55	Grupo control n=55
Sexo		
Hombre	18 (32.7%)	18 (32.7%)
Mujer	37 (67.3%)	37 (67.3%)
Estado civil		
Soltero	35 (62.5%)	37 (83.3%)
Casado	7 (12.5%)	3 (14.3%)
Separado	3 (1.8%)	1 (2.4%)
Estrato		
Bajo	6 (10.7%)	4 (11.8%)
Medio	32 (57.1%)	17 (50%)
Alto	5 (8.9%)	3 (8.8%)
Programa académico		
Ciencias de la salud	49 (87%)	9 (26.5%)
Ingenierías	4 (7.1)	5 (14.7%)
Ciencias empresariales		10 (29.4%)
Ciencias de gobierno y educación		10 (29.4%)
Artes integradas	3 (5.4)	1 (2.9%)

Tabla 74. Descriptivos de la edad discriminadas por grupo.

Edad	Grupo experimental n=56	Grupo control n=34
Media	20.48	22.07
Desviación	4.2	5.0
Edad mínima	17	17
Edad máxima	36	38

#### 5.5.1.2 Variables

Variables independientes: se consideró como variable independiente la intervención a través del modelo del desarrollo del pensamiento crítico y la práctica del diálogo socrático por escrito (Anexo 13) (Acosta, 2002; Paul y Elder, 2003), donde el tema a analizar fueron los factores de riesgo para la depresión y la ansiedad y personalidad saludable basados en el

modelo de la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión (Barlow et al., 2002, 2008; Beck y Alford, 2009; Beck et al., 1985, 1989, 2004; Millon, 1992; Millon y Davis, 2000; Millon et al, 2004).

El pensamiento crítico se define como el modo de pensar - sobre cualquier tema, contenido o problema – en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales. Es un pensamiento disciplinado y autodirigido que busca un modo o dominio particular del conocimiento. Está compuesto por los siguientes subcategorías e indicadores que se presentan en el Cuadro 8 y apoyado por los planteamientos de Acosta (2002):

Variables dependientes: se consideraron los indicadores clínicos y los pensamientos negativos, positivos y de ansiedad, y los indicadores clínicos de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad.

Los pensamientos negativos son definidos como pensamientos que las personas experimentan a manera de autoverbalizaciones negativas, autodiálogos o preguntas de manera negativa, con visión negativa de sí mismo y los demás, y visión pesimista del futuro y del poco control de cambio frente a su situación (no sirvo para nada, soy un inútil, siento como que estoy contra el mundo, nadie me comprende, ¿no me va a salir nunca algo bien?) (Kendal, Howard y Hays, 1989). Las investigaciones han relacionado los pensamientos negativos con la depresión a manera de factores de riesgo (Beck, 1997; Seligman, 1995).

Los pensamientos positivos son definidos como pensamientos que las personas experimentan a manera de autoverbalizaciones, autodiálogos o preguntas de manera positiva con relación a sí mismo, el mundo, y visión positiva y de control frente al futuro (estoy orgulloso de mí mismo, estoy a gusto y cómodo, me siento muy feliz, puedo lograr cualquier cosa) (Kendal et al, 1989).

Cuadro 8. Subcategorías del pensamiento crítico e indicadores en diálogo socrático

<b>SUBCATEGORÍAS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO</b>	<b>INDICADORES DEL DIÁLOGO SOCRÁTICO</b>
Claridad: hace referencia a que sea comprensible o inteligible lo que se diga.	¿Podría explicar un poco más? ¿Podría ilustrar lo que quiero decir? ¿Podría dar un ejemplo? ¿Qué significa...? ¿Podría explicar cómo se da esto? ¿Qué es o cuál es el concepto de ...?
Precisión: se detalla y especifica la claridad del pensamiento.	¿Podría ser más específico? ¿Podría dar más detalles? ¿De qué tipo de cosas estoy hablando? ¿Qué más podría decir sobre esto?
Exactitud: se refiere a que tan veraz o cierto es el pensamiento.	¿Cómo podría confrontar esto? ¿Cómo podría averiguar si esto es cierto? ¿Cómo podría verificar o evaluar esto? ¿Esto es evidente para todo? ¿Hay alguna duda sobre la certeza de esto?
Pertinencia: hace alusión a la habilidad cognitiva para considerar aquellos factores o aspectos que guardan relación con el tema o la pregunta formulada.	¿Cómo relaciono esto con el problema? ¿Cómo relaciono esto con la pregunta? ¿Cómo me ayuda esto con el problema? ¿Qué tiene que ver esto con...?
Profundidad: indaga sobre la complejidad o diversidad de aspectos del razonamiento, dentro de un punto de vista o perspectivas del conocimiento.	¿Qué factores hacen de éste un problema difícil? ¿Cuáles son las complejidades de ésta pregunta? ¿Cuáles son las dificultades que tengo que manejar? ¿Qué implicaciones...? ¿Cómo aplico...? ¿De qué manera se incluye...?
Amplitud: hace referencia a más de un punto de vista o perspectiva de conocimiento en el razonamiento.	¿Cómo puedo ver esto mismo desde otra perspectiva? ¿Puedo considerar otro punto de vista? ¿Cómo puedo ver esto de otra forma? ¿Qué otro punto de vista podría ser válido?
Lógica: pensamiento visto como un todo, evalúa la consistencia o coherencia del razonamiento como una unidad integrada de ideas.	¿Todo esto tiene algún sentido? ¿Lo que planteo al principio tiene empalme con esto último? ¿Lo que afirmo es consecuente con...?



Las investigaciones han reportado una correlación inversamente proporcional con la depresión, y lo consideran factores protector y de promoción de la resiliencia (Seligman, 1995).

Los pensamientos ansiosos se refiere a pensamientos a manera de autodiálogos, imágenes o preguntas relacionados con el peligro, la amenaza o las reacciones de ansiedad (quiero defenderme pero me da miedo, ojalá pudiera escapar, ¿qué va a pasar ahora? ¿lo voy a lograr?, no terminaré nunca) (Kendall y Hollon, 1989). Las investigaciones plantean correlaciones elevadas con síntomas de ansiedad y depresión (Beck, 1995).

Los síntomas de depresión hacen parte de las manifestaciones del trastorno afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiesta ansiedad y síntomas somáticos variados.

Los síntomas de ansiedad hacen parte de los trastornos de ansiedad, caracterizados por preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, ansiedad cognitiva excesiva, sensación de miedo o terror y síntomas físicos: palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblor, disnea, sensación de ahogo, dolor o molestias precordiales, náuseas o molestias precordiales.

### 5.5.1.3 Instrumentos

Cuestionario de Pensamientos Automático. Título original: *Automatic Thoughts Questionnaire Revised* (ATQ-RP; Kendall, Howard y Hays, 1989).

El cuestionario ATQ-RP consta de 40 ítems, 30 de los cuales hacen parte de la escala de pensamientos automáticos negativos y los 10 restantes de la escala de pensamientos automáticos positivos. Es una escala de autoregistro que determina la frecuencia de los pensamientos automáticos positivos y negativos. Las opciones de respuesta van desde “nunca” hasta “siempre”, dependiendo de la frecuencia del pensamiento. Las propiedades psicométricas reportadas por los autores contemplaron una correlación de los ítems entre .54 y .75, con un Alfa de Cronbach de .90.

Las normas de corrección indican que cada escala debe ser calificada por separado para obtener dos valores diferentes, el de la escala de pensamientos positivos y el de

pensamientos negativos. A cada posible respuesta le corresponde un número de la siguiente manera:

Nunca=1; Casi nunca=2; De vez en cuando=3; Casi siempre=4; y Siempre=5.

Las puntuaciones se obtienen al sumar la respuesta dada de cada ítem de la escala correspondiente:

Ítems escala de pensamientos automáticos positivos 3, 7, 10, 13, 16, 20, 24, 28, 32, y 37.

Ítems escala de pensamientos automáticos negativos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40.

En Colombia, estudio realizado por Gómez y Arias (2007) con 1096 participantes, reportó un Alfa de Cronbach en la escala de pensamientos positivos de .8650, y de .9208 para pensamientos negativos.

Los valores estadísticos para los pensamiento positivos son los siguientes: para la muestra en general: Media=37,66 ( $dt=7.7$ ); Hombres: media=38.65 ( $dt=7.12$ ); Mujeres: media=36.18 ( $dt=8.22$ ): Los valores para los pensamientos negativos son los siguientes: Para la muestra en general: Media=66.23 ( $dt=20.39$ ); Hombres: media=62.39 ( $dt=18.81$ ); Mujeres: media=71.07 ( $dt=21.28$ ). En el presente estudio el Alfa de Crombach general de la prueba fue de .992,  $n= 345$ .

Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (Anxious Self-Statements Scale, ASSQ, Kendall y Hollon, 1989).

Este cuestionario fue validado con una muestra de 508 estudiantes universitarios con el fin de investigar el lenguaje interno asociado a la ansiedad, para: a) identificar aquél que discrimina entre sujetos de alta y baja ansiedad; b) evaluar el grado en que la valoración del estrés eleva el lenguaje interno ansioso; y c) evaluar la terapia de los trastornos por ansiedad. Los ítems se generaron solicitando a los participantes que registraran literalmente sus primeros pensamientos asociados a alguna experiencia provocadora de ansiedad. Se obtuvieron 100 ítems, que pasaron por un proceso de selección y validación cruzada, hasta convertirse en los 32 definitivos. El análisis factorial (componentes principales con rotación varimax) reveló una estructura de tres factores que

explican el 53.4% de la varianza (44.1%, 5.8% y 4.5%). El instrumento discriminó fiablemente entre sujetos de alta y baja ansiedad.

En el presente estudio, se identificó un Alfa de Cronbach de .947 para la evaluación pretest n=345.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, *Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale* (CES-D; Radloff y Locke, 1986).

La prueba ya fue descrita en el Estudio 1 (Ir a

5.4.1.3 **Instrumentos**), para la presente investigación con N=345 estudiantes universitarios de diferentes niveles se reportó un Alfa de Cronbach de .899 en el Tiempo 1, .933 en el tiempo 2, correlación de Pearson= .538, p=.000.

Cuestionario de 90 Síntomas Revisado: *Symptom Check List 90* (SCL-90R; Derogatis, 2002).

Ya fue descrito en el Estudio 1 (ir a

5.4.1.3 **Instrumentos**); en la presente investigación estudio 2 con N=345 estudiantes universitarios de diferentes niveles de carrera, la escala de ansiedad reportó un Alfa de Cronbach de 0.899 en el tiempo 1 y .932 en el tiempo 2, correlación de Pearson=.629, p=.000.

## 5.5.2 RESULTADOS

Los resultados son presentados iniciando con la relación encontrada entre las variables clínicas y las variables cognitivas y finalizando con el impacto del programa sobre estas mismas variables. Para la relación entre las variables se presentan análisis de correlación y de regresión lineal y frente al impacto del programa se exponen los análisis comparativos entre las pruebas posttest de los grupos experimental y control y entre las pruebas pretest y posttest para cada uno de los grupos.

### 5.5.2.1 Análisis de relación entre las variables

La tabla 75 muestra correlaciones significativas entre las variables cognitivas pensamientos negativos, positivos y de ansiedad. Por otro lado, los pensamientos negativos y ansiosos muestran una alta correlación con depresión, ansiedad generalizada y ansiedad aguda o fóbica, y una correlación inversa entre pensamiento positivo con depresión.

Tabla 75. Correlación entre las variables cognitivas y las clínicas

	ATQ negativo post	ATQ positivo postest	ASS postest	CES-D postest	SCL TAG postest
ATQ positivo postest	-.477**				
ASS postest	.923**	-.341**			
CES-D postest	.802**	-.479**	.615**		
SCL TAG postest	.681**	-.144	.621**	.525**	
SCL AF postest	.582**	-.110	.479**	.488**	.739**

Se realizaron análisis de regresión considerando como variables dependientes las variables clínicas y como variables independientes las variables cognitivas. Se controló el solapamiento con el procedimiento citado por Cámara y Calvete (2010) introduciendo las variables de ansiedad para la depresión, y la variable de depresión para las de ansiedad.

Las tablas 76-78 muestran los modelos de predicción. Para la depresión, la variable que mejor poder de predicción tiene es la variable pensamiento negativo ( $\Delta R^2$  .585;  $F_{77.112}$ ;  $p=.000$ ). Para la ansiedad generalizada, la variable que mejor poder de predicción tiene es la de pensamientos ansiosos ( $\Delta R^2$  .458;  $F_{46.629}$ ;  $p=.000$ ). Para la ansiedad fóbica, dos variables se reportaron, pensamientos negativos y pensamientos positivos ( $\Delta R^2$  .587  $F_{13.916}$ ;  $p=.000$ ).

El poder de predicción fue satisfactorio para cada modelo, 59% para depresión, 46% para ansiedad generalizada y 32% para ansiedad fóbica. Sin embargo hay que tener en cuenta algunos aspectos que no cumplieron los modelos. Para la depresión, a) los residuos

están correlacionados, lo que invalida el modelo: D-Watson 1.478 [esperado: entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos que no es igual a cero.

Para la ansiedad generalizada se valida por los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson 1.686 [entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos que no es igual a cero.

Para la ansiedad fóbica se invalida por por los siguientes tres aspectos: a) los residuos no están correlacionados: D-Watson 1.480 [el esperado es entre 1.5 – 2.5]; b) no hay problema de multicolinealidad: VIF<5; y c) el análisis de los residuos reporta una media de los residuos que no es igual a cero.

Tabla 76. Análisis de regresión para la depresión posttest

	Coefficiente estandarizado	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Modelo 1	$\beta$						
Pensamientos negativos	.770**	.324	.516	1.478	77.112	1.000	.035

\*\*=  $p < .01$ ; R: .770; R<sup>2</sup> ajustado: .585;  $p \leq .001$

Tabla 77. Análisis de regresión para la ansiedad generalizada posttest

	Coefficiente estandarizado	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Modelo 1	$\beta$						
Pensamientos ansiosos	.684**	.126	.230	1.686	46.629	1.000	-.026

\*\*=  $p < .01$ ; R: .684; R<sup>2</sup> ajustado: .458;  $p \leq .001$

Tabla 78. Análisis de regresión para la ansiedad aguda postest

Modelo 2	Coefficiente estandarizado $\beta$	Intervalo de confianza (95%) (bajo-alto)		Durbin-Whatson	F	VIF	Media de los residuales
Pensamientos negativos	.649**	.063	.141	1.480	13.916	1.226	.060
Pensamientos ansiosos	.300*	.017	.141			1.226	

\*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; R: 587; R<sup>2</sup> ajustado: .320;  $p \leq .001$

### 5.5.2.2 Análisis estadísticos sobre el impacto del programa

El programa debe considerarse de investigación - intervención en prevención primaria dado que se contextualiza dentro del ciclo de la investigación en la etapa propiamente dicha de la intervención a la población no clínica pero en riesgo. No se validó la hipótesis de normalidad de la distribución de los puntajes de los indicadores clínicos entre los participantes como era de esperarse, con un porcentaje mayor de puntuaciones bajas.

La tabla 79 muestra los comparativos de la evaluación postest entre los grupos experimental y control con relación a las puntuaciones de los síntomas clínicos: depresión, ansiedad generalizada y ansiedad aguda o fóbica. No se reportaron diferencias significativas al comparar los grupos experimental y control en el postest.

Tabla 79. Comparativos entre el grupo experimental y el grupo control para las variables síntomas clínicos en el posttest

Variables clínicas	Experimental n=55		Control n=55		U de Mann- Whitney
	Media/ mediana	<i>Dt</i>	Media/ mediana	<i>Dt</i>	
POSTEST					
Depresión	17.1/ 14.5	12.3	14.8/13	11	752.500
Ansiedad generalizada	4.8 /3	4.8	6.7/3	7.9	758.000
Ansiedad fóbica	1.2/ 0	1.8	2.2/1	3.9	761.000

*dt*: desviación típica

La tabla 80 identifica los análisis comparativos de las variables cognitivas. Se reportó diferencias significativas entre los grupos experimental y control en la variable pensamientos negativos, con puntuaciones inferiores en el grupo experimental (U de Mann-Whitney 746.500,  $p=.046$ ; grupo experimental: mediana=44,  $dt=16.6$ ; grupo control: mediana 53,  $dt=20.1$ ).

Tabla 81. Descriptivos generales de pensamientos negativos, positivos y ansiosos en la evaluación posttest para cada grupo de estudio

POSTEST Pensamientos	Experimental n=55		Control n=55		U de Mann- Whitney
	Media/ mediana	<i>dt</i>	Media mediana		
Pensamientos negativo	49.6/44	16.6	56.7/53	20.1	746.500*
Pensamientos positivo	35.2/35	20.5	35/36.1	8.3	1202.000
Pensamientos ansiosos	58.9/53	20.7	65/63	22.7	977.500

*dt*: desviación típica; \*  $p<.05$

La tabla 81 y las figuras 16 y 17 representan los resultados de las variables clínicas y cognitivas pretes-postest, identificándose en la tabla también los estadísticos para muestras relacionadas. Al comparar las medianas con la prueba no paramétrica de Wilcoxon, se reportaron diferencias significativas en el grupo experimental en la variable clínica ansiedad generalizada ( $Z=-3.556$ ;  $p=.000$ ) y en la variable cognitiva pensamientos negativos ( $Z=-1.972$ ;  $p=.049$ ) (Tabla 81).

Tabla 81. Comparativos de las variables clínicas y de personalidad en las evaluaciones pretest-postest

Variables clínicas y cognitivas	PRETEST Mediana (dt)	POSTEST Mediana (dt)	Wilcoxon	<i>p</i>
<b>GRUPO</b>				
<b>EXPERIMENTAL</b>				
Depresión	15 (9.3)	14 (12.3)	-.551	.582
Ansiedad generalizada	6 (6.4)	3 (4.8)	-3.556	.000**
Ansiedad fóbica	1 (2.9)	0 (1.8)	-1.558	.119
Pensamientos negativos	45 (18.1)	44 (16.6)	-1.972	.049*
Pensamientos positivos	37 (9.8)	35 (10)	-1.131	.258
Pensamientos ansiosos	57 (19.2)	53 (20.7)	-1.571	.116
<b>GRUPO</b>				
<b>CONTROL</b>				
Depresión	13 (11.6)	13 (11.1)	-.081	.936
Ansiedad generalizada	5 (5.1)	3 (7.9)	-.999	.319
Ansiedad fóbica	1 (4.1)	1 (3.9)	-.871	.384
Pensamientos negativos	50 (20.1)	53 (20.5)	-.619	.536
Pensamientos positivos	37 (8.9)	36 (8.3)	-.657	.511
Pensamientos ansiosos	65 (22.1)	62 (22.8)	-1.608	-.108

\*  $p \leq .05$ ;  $p > .01$ ; \*\*  $p \leq .001$ ; dt= desviación típica



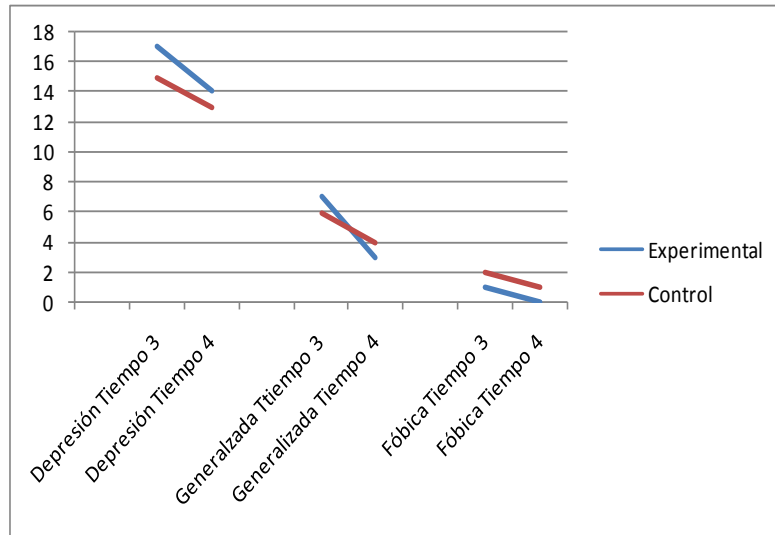


Figura 16. Variables clínicas para el grupo experimental y control (pretest-postest).

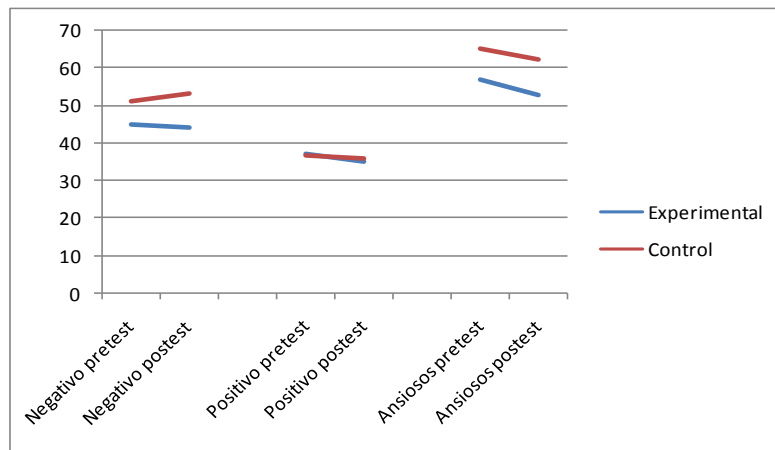


Figura 17. Variables cognitivas para el grupo experimental y control (pretest-postest).

Por último, la Figura 18 representa los niveles de los síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad fóbica en los grupos experimental y control en el estudio de la Etapa 1 (Tiempo 1: Enero, Tiempo 2: Mayo) y en el estudio de la Etapa 2 (Tiempo 3/pretest: Agosto, Tiempo 4/postest: Noviembre).

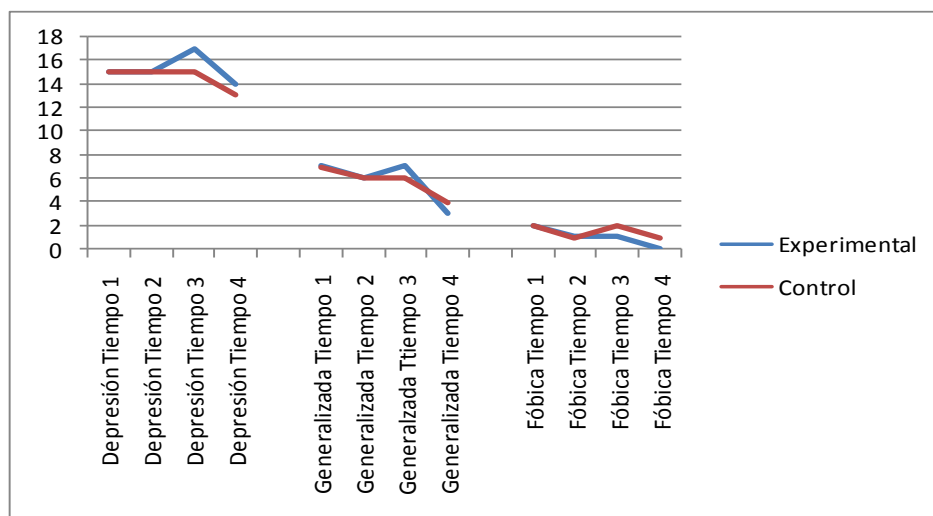


Figura 18. Variables clínicas grupo experimental y control en los cuatro tiempos de observación (Estudio 1 y 2).

### 5.5.2.3 Prácticas Socráticas

Se elaboró una ficha para el análisis de los resultados al igual que el análisis de los elementos y los estándares de calidad (Anexo 14). Se analizaron 26 casos considerando como criterio un número superior o igual a tres prácticas socráticas.

Los elementos que más fueron incorporados en los diálogos socráticos fueron: propósito, preguntas, información, conclusiones, supuestos, implicaciones y puntos de vista. Los participantes frecuentemente inician con un propósito explícito; se consideró como propósito aclarar problemas de tipo económicos (más frecuente en los hombres), y dificultades familiares y afectivos (más frecuente en las mujeres). Las dificultades familiares frecuentemente refieren inestabilidad laboral de los padres, incomprensión por

parte de éstos y distanciamiento. Las dificultades afectivas frecuentemente refieren relaciones no correspondidas, privación afectiva y dependencia afectivo/sexual.

El nivel de preguntas promediada alcanzado fue medio, con distribución normal. La información utilizada fueron los pensamientos a manera de autodiálogos escritos sobre eventos de la vida cotidiana, preocupaciones, calidad de vida y proyección hacia el futuro. Las interpretaciones e inferencias se expresaron en cada diálogo a manera de conclusiones. Los supuestos expresaron la manera de interpretar las intenciones o emociones de los demás principalmente. Las implicaciones y consecuencias fueron planteadas en algunos diálogos en el cual se relaciona el estilo de pensamiento y las implicaciones en la emoción y en la relación con los demás, y algunas veces aplicado al rendimiento académico.

Los elementos que menos se aplicaron fueron: conceptos y puntos de vista. Si bien se utilizaron conceptos trabajados en los talleres como depresión, ansiedad, preocupación, miedo, factores de riesgo, personalidad saludable y patológica, etc., éstos no se trataron desde una teoría, no se consideraron sus definiciones, leyes, principios, axiomas, modelos, etc. Con relación a los puntos de vista, no se consideraron siempre la apreciación de otros frente a sus planteamientos.

Con relación a los estándares de calidad, el análisis de los diálogos se focalizó en la claridad, exactitud, profundidad, amplitud y lógica, los cuales a través de juicio de expertos se consideraron los pertinentes para identificar las modificaciones en el estilo cognitivos, en cuanto al propósito del taller en disminución las distorsiones cognitivas (generalización, conclusiones arbitrarias, maximización, minimización, etc.). La revisión por parte de tres jurados favoreció las apreciaciones con relación a los criterios seleccionados excepto en el criterio de exactitud; dos de los jurados cuestionaron su aplicabilidad en asuntos de la experiencias de vida y la subjetivación de la experiencia y en la relatividad de la veracidad de una creencia frente a diferentes contextos.

### 5.5.3 DISCUSIÓN

El propósito de la segunda etapa de la investigación fue evaluar el impacto del programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático en la prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. Específicamente se evaluó el efecto en los pensamientos negativos, positivos y ansiosos, y en los síntomas de depresión, ansiedad generalizada y ansiedad aguda (fóbica), en estudiantes universitarios.

La estancia en la universidad es una etapa del desarrollo de gran importancia en la que culmina la adolescencia y se inicia la adultez temprana; las expectativas hacia el futuro, la preparación profesional, el intercambio de experiencias interpersonales con pares, la identificación con grupo, docentes y profesionales en el campo del conocimiento, la influencia social en general, y las demandas académicas, familiares y sociales, son algunas de las condiciones que requieren de jóvenes con actitud crítica mas no negativa para enfrentar el diario acontecer y los retos que se le van presentando en la vida.

Lazarus y Folkman (1986) plantean los programas cognitivo-conductuales dirigidos al tratamiento y la prevención como fundamentales para favorecer el afrontamiento a los problemas que el entorno le presenta al hombre. El efecto del estrés en las emociones (ansiedad y depresión) dan como resultado un deterioro en el rendimiento, bien por el excesivo aumento de la tensión, o bien como consecuencia de crear interferencias o distracciones. Los estudios actuales sobre vulnerabilidad cognitiva plantean el estilo cognitivo negativo como el factor causal más reconocido para la depresión y la ansiedad ante la presencia de eventos estresantes negativos congruentes con el estilo de personalidad predominante (Abramson et al., 1978; 1989; Clark y Beck, 1997; Clark, 2004; Hankin, 2009; Romens y Abramson, 2009).

Los resultados reflejan el impacto favorable del programa para la disminución de pensamientos negativos. Siendo esta variable la que mejor poder de predicción tuvo en los síntomas de depresión y la ansiedad (aguda) en el posttest, puede considerarse que el programa (variable mediadora) al reducir los pensamientos negativos a su vez reduce los síntomas de depresión y ansiedad aguda (variable consecuencia) (Calvete, 2008). Los pensamientos automáticos negativos desde el contexto de la terapia cognitiva, se describen

como supuestos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro relacionados de manera causal con la depresión (Beck et al., 1976). Los pensamientos negativos sobre sí mismo y los otros son también vistos como manifestaciones cognitivas de creencias centrales o nucleares, arraigadas desde la infancia y generalizadas en las diferentes áreas de funcionamiento (Beck, 2000; 2005), y como creencias irracionales que directamente afectan la autoestima y el estado emocional (Bridges y Harnish, 2010); además identificados como característica de trastornos de personalidad patológicos cuando se encuentran asociados con la inflexibilidad, la dificultad para la adaptación y los patrones poco saludables (Millon y Davis, 2000).

Los pensamientos negativos han sido ampliamente estudiados como asociados a la depresión, la ansiedad y otros problemas mentales, tanto en los niños, adolescentes como adultos (Peterson y Seligman, 2004; Seligman, 1995; Seligman et al., 1998). Algunos estudios los han sugerido como factores de riesgo que deben ser intervenidos a la hora de trabajar prevención con niños y adolescentes dado su asociación con la baja autoestima y los problemas mentales y de comportamiento (O'Connell et al., 2009). De igual manera, Kendall y Treadwell (2007) demostraron que la reducción de pensamientos negativos actúa como mecanismo explicativo de la eficacia de la terapia cognitiva en la ansiedad infantil.

La preocupación es considerada como el síntoma cognitivo cardinal de la ansiedad generalizada y aumenta la angustia “flotante” (afecto negativo). La evitación conductual sutil, las estrategias de evitación cognoscitivas y la búsqueda de señales de seguridad son las respuestas impulsadas por la emoción del miedo y la ansiedad. Las conductas de evitación impiden aprender que las situaciones no son peligrosas, puesto que se le atribuye el poder a conductas que dan seguridad. De esta manera, se considera que la práctica del pensamiento posibilita la comprensión de los mecanismos que producen y mantienen la ansiedad y las estrategias para enfrentar las situaciones y no evitarlas. Adicionalmente, las prácticas socráticas favorecen la movilización del pensamiento lo cual conlleva la reinterpretación de supuestos, las implicaciones de las interpretaciones en las emociones y en la actitud frente a los demás (Barlow et al., 2008; Beck, 1976; Ellis, 1962; Paul y Elder, 2003).

La propuesta de Paul y Elder (2003) sobre el desarrollo del pensamiento crítico a través del uso sistemático de la pregunta socrática y la consideración de estrategias,

estándares y características intelectuales se considera que es útil como herramienta de prevención en salud mental, en la medida que prepara a la persona para cuestionar los supuestos negativos sobre sí mismo, las demandas del medio y la posibilidad de controlar su vida. La práctica regular de la pregunta socrática favorece el cuestionar supuestos negativos construidos en la historia a partir de fracasos, experiencias de desaprobación y limitaciones en el control de las emociones. La intensión del diálogo socrático aplicado en la terapia cognitiva en interlocución con el terapeuta, y adaptado desde la propuesta pedagógica en la escritura, es un mecanismo útil para la prevención dado que refuerza el autodiálogo, disminuye la tendencia automatizada a pensar negativamente sobre sí mismos, los demás y el control sobre el cambio. El aspecto nuclear del diálogo socrático es el reconocimiento de los puntos débiles frente al pensamiento, y la posibilidad de relacionar diferentes contextos en el origen y mantenimiento de dichos planteamientos. De esta manera, el pensamiento crítico pone en evidencia estos puntos débiles, nos conduce a la reflexión de nuestro egocentrismo en la manera como interpretamos datos, validamos conceptos e ideas; más que preguntarnos cómo podemos conocer si una creencia es verdadera o falsa, es reconocer qué significa la cuestión y las implicaciones que esto tiene en nuestra manera de interpretar el mundo y nuestra experiencia (Paul, 1996; Russel, 1995).

Los estudios sobre el pensamiento crítico aplicados a la educación en salud han sido exitosos en el campo de la prevención en el consumo y abuso del alcohol (Broadbear y Keyser, 2000). Otros estudios como los realizados por Acosta (2002) y Laiton (2010) reportan efectos favorables en el autocuidado, la autonomía y la solución de problemas, aspectos que de igual manera se empiezan a generalizar en una formación profesional más crítica, con mayor claridad conceptual.

Por otro lado, Nieto y Saiz (2011) consideran que el conjunto de habilidades cognitivas y disposiciones no son suficientes para mejorar el pensamiento crítico; se requiere de la comprensión epistemológica del pensamiento crítico, esto es, haber logrado un determinado nivel de desarrollo epistemológico, o las creencias que se mantienen sobre el pensamiento. El entrenamiento en pensamiento crítico debe considerar dentro de su práctica, la comprensión epistemológica del cuerpo del conocimiento sobre el cual se basa el pensamiento. En el análisis de las problemáticas de la vida cotidiana y aplicada en el programa de prevención de la depresión y la ansiedad en jóvenes universitario, la

comprensión epistemológica se aplica en la problematización de los diferentes contextos que han contribuido y mantienen las creencias y los pensamientos negativos frente a la vida cotidiana; la historia, lo actual y nuestra propia personalidad.

Las prácticas socráticas podría estar impidiendo la automatización de los pensamientos negativos e irracionales, los cuales pudieron haberse formado de manera temprana, permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias iniciales responsables de la formación de las actitudes negativas (Beck et al., 1979). Existen evidencias que el procesamiento de la información semántica está relacionada, no solo con la severidad de la depresión, sino con la duración del episodio depresivo. Los estudios sobre información semántica refieren un mayor procesamiento de adjetivos autorreferentes negativos en población clínica y en estudiantes universitarios moderadamente depresivos. Los depresivos muestran un mejor procesamiento de la información negativa. Esto daría apoyo a que los sujetos depresivos muestran un autoesquema de información negativa altamente consolidada y que, por lo tanto, la información negativa sobre aspectos personales es fácilmente procesada (Riso, 1992; 2006).

El cuestionamiento sistemático aplicado proporciona un efecto de profundización cada vez mayor en el “universo de saberes”. Cada vez revela un poco más del panorama que se tenía inicialmente. Cuando la práctica se realiza de manera grupal, el efecto tienen una relevancia extraordinaria; se compromete a los participantes a reflexionar y ellos mismos se responsabilizan de buscar, construir y aportar un planteamiento sobre el asunto en lugar de esperar que se le brinde (Gutiérrez, 2003). Sin embargo, podría considerarse que el efecto es igualmente positivo cuando la práctica se realiza de manera individual dentro del grupo, pese a que no se socializa los asuntos que cada quien está trabajando. Por un lado, se ha considerado que esto favorece el análisis de cualquier tema, dado que a los participantes se les aclara que no van a ser expuestos en grupo, se mantiene el anonimato en quienes entregan los diálogos al psicólogo que coordinada la actividad justificado en la sistematización del contenido con fines investigativos, además que el consentimiento informado también aprueba a quienes no lo quisiesen entregar.

Por otro lado, algunos cuestionamientos se han formulado en los talleres grupales con depresivos, los cuales fueron tenidos para justificar la no socialización de los diálogos

socráticos. La teoría cognitiva plantea limitaciones en el momento de abordar cogniciones negativas y de percepción inadecuada de sí mismo, del entorno y del futuro de manera grupal, dado que producen sentimientos negativos y pasividad conductual en el grupo (Beck et al., 1979). Cuando la elicitación es controlada con estrategias reflexivas individuales pero no participativas en grupo, explorando sistemáticamente las afirmaciones negativas, proporcionan una excelente oportunidad para demostrar la relación entre pensamiento y sentimientos, controlando las limitaciones que cada quien puede tener en la capacidad para relacionarse con el grupo e interferir con el aprovechamiento del Taller. De esta manera, el contacto de por sí con el grupo de participantes y la pregunta socrática se constituyen en los principales facilitadores de la modificación de los procesos cognitivos negativos. Los efectos del programa no podrían atribuirse a la retroalimentación de los participantes y el aporte grupal cuando hay otros puntos de vista. Se considera que los efectos deben atribuirse en gran medida a la práctica socrática en sí como estrategia para la apropiación un pensamiento crítico (elementos, estándares y características intelectuales esenciales).

El estilo saludable es reforzado por el pensamiento crítico. La práctica socrática contribuye a la modificación del autocriticismo. Los supuestos centrales en la depresión y la ansiedad hacen referencia a contenidos negativos sobre la autoestima, donde la autocrítica expresa estándares elevados, perfeccionismo y excesivo foco de percepción hacia la desaprobación y las fallas. Algunas técnicas son desarrolladas directamente para mejorar la autoestima y consideradas además en programas de prevención para la depresión y la ansiedad en niños y adolescentes (Burns, 1989, 1999; Marry, McDowell, Hetrich, Bir y Muller, 2008; McKay y Fanning, 2000).

Las estrategias basadas a través de las preguntas son utilizadas de manera muy diversa y con gran flexibilidad en la terapia cognitiva. La utilización del diálogo socrático posibilita una nueva manera de comprender las experiencias negativas. Las prácticas socráticas ayudan a modificar los pensamientos negativos y las distorsiones cognitivas, y favorecen la motivación en los participantes para modificar esos pensamientos buscando evidencias y cuestionamiento lógico y profundo de sus creencias negativas (Leahy, 2003). La intervención terapéutica y en este caso el trabajo grupal favorece la disminuir la autocrítica destructiva, la vergüenza, y los intensos sentimientos de culpabilidad, lo cual ha



sido señalado por Beck et al. (1979) sobre el papel de las emociones en la relación terapéutica. Igualmente estos autores señalan que las personas se sienten aliviadas tras haber expresado las emociones, para este caso, de manera escrita en los diálogos socráticos. Sin embargo, la liberación de tales sentimientos puede no ejercer por sí misma ningún efecto duradero, por lo que es la creencia en sí la que requiere ser revisada en los supuestos y en las estructuras inconsistentes y débiles.

Las prácticas socráticas utilizadas para el desarrollo del pensamiento crítico sobre nuestra salud mental, intervienen el procesamiento automático e incluyen el procesamiento controlado, es decir, se toma mayor consciencia y se está alertas ante los propios cambios emocionales y motivacionales y a los cambios del medio circundante, lo que ofrece ventajas adaptativas (menos utilización de heurísticos, menos errores, menos impulsividad). Los procesos controlados disminuyen los productos cognitivos negativos, interrumpen el reciclaje de información negativa e incrementan el acceso a información positiva. Adicionalmente, facilita la activación o desactivación de esquemas (Riso, 1992). La metacognición es una condición indispensable, los participantes deben estar necesariamente conscientes y lograr cierto “distanciamiento” de sus propios pensamientos para auto-observar y autoevaluar la propia conducta. Técnicas como el autorregistro, favorecen la conexión con el sistema controlado de la información. El afrontamiento con estrategias críticas de pensamiento disminuye la probabilidad de reaccionar automáticamente a los eventos de la vida, y a pensar “constructivamente” antes de actuar (Riso, 1992). Los aspectos metacognitivos de la práctica socrática conducen a la diferenciación entre representaciones internas y realidad externa. En la práctica, las estrategias basadas en la terapia cognitiva se basan en este principio (Semerari, 2002; Ellis, Padesky y Beck, 2005). Por otra parte, la autodirección o autoinstrucción, son eficaces para modificar conductas impulsivas (Ellis, 1981). Esta afirmación es apoyada por diferentes estudios aplicados a la conducta impulsiva en niños y adultos.

A manera de Morilla, asumiendo a Sócrates: “...ha bastado con hacerles unas cuantas preguntas para que se dieran cuenta de que lo bueno, lo bello, lo justo, lo verdadero habitan en ellos sin haberlo aprendido de nadie. Dialogar me ha permitido constatar que, en lo más profundo de nosotros, residen certezas universales... El diálogo permite cuestionar nuestras creencias. Así podemos erradicar nuestros errores”. (Morilla, 2008, p.340).

La terapia cognitiva considera que al someter las ideas a prueba de realizada o cuestionarlas a través de las preguntas, el objetivo no es inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que “las cosas son realmente mejores de lo que pensaba”, sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas. La formulación de preguntas para manifestar las incongruencias o inconsistencias presentes en las conclusiones debe ser estimulada para la práctica en la terapia por parte del terapeuta (Beck et al., 1979), e igualmente sugerida en este tipo de Taller enfocado al diálogo socrático.

A manera de conclusiones, el programa de prevención en salud mental a través desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático en estudiantes universitarios tiene un efecto favorable en la salud mental, en la medida que disminuye factores de riesgo cognitivo para la depresión y la ansiedad: los pensamientos negativos y la preocupación disfuncional. El diálogo socrático tiene como propósito identificar las debilidades de los supuestos a través de las preguntas sistemáticas, y favorece el reconocimiento de los contextos que la mantienen y ampliar con otros puntos de vista, y esto específicamente hace parte de los objetivos. El programa impactó positivamente los síntomas de ansiedad generalizada. Siendo la preocupación el componente central de éstos síntomas, se considera que la pregunta socrática conduce a las personas a considerar de donde parten sus preocupaciones y a generar acciones que benefician la solución de problemas y la intervención de supuestos que mantienen la preocupación ansiosa.

En general los cambios fueron favorables y si bien no se presentaron diferencias significativas en los pensamientos positivos, ansiosos y en los síntomas depresivos y síntomas de ansiedad fóbica, es difícil considerar que estos no se vean impactados al mermar los negativos, y tampoco implica que el programa no los haya impactado.

## 5.6 DISCUSIÓN GENERAL

El propósito de la Tesis Doctoral fue investigar sobre el modelo de vulnerabilidad-estrés de la depresión y la ansiedad aplicado a la prevención. La investigación se contextualiza desde la psicología y la pedagogía, considerando de manera articulada los Planes de Desarrollo en prevención en salud mental de Colombia (Ministerio de la Protección social, 2007, 2011).

El estudio siguió el ciclo de la investigación en prevención primaria para la depresión y ansiedad, se centró en los estudiantes de educación superior, partió del estudio de prevalencia y factores de riesgo psicológicos en población clínica a nivel nacional y luego se enfocó en estudiantes del primer año, considerados de riesgo por la edad y estresores nuevos a afrontar. La intervención preventiva se realizó en el segundo semestre, se basó en el modelo del desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático analizando en los talleres los factores de riesgo cognitivos y de personalidad para la depresión y la ansiedad en cada uno de los participantes. El seguimiento se realizó tres meses después.

En el estudio nacional en la población clínica de estudiantes universitario, el 52% de los consultantes fueron diagnosticadas con al menos un trastorno mental, 33.9% con trastorno de ansiedad y 31.6% trastorno del estado de ánimo depresivo, utilizando la entrevista estructurada psiquiátrica (M.I.N.I.; Sheehan et al, 1998). En la etapa de la investigación en población no clínica con estudiantes del primer semestre de educación superior, se identificó a través de la escala de síntomas de depresión y ansiedad (CES-D; Radloff y Loche, 1977 y SCL-90-R; Deragotis, 1994, respectivamente) un 25% de estudiantes con indicadores de depresión y ansiedad iniciando el semestre, aumentando al 32.9% para síntomas de depresión y bajando un poco al 23.6% para ansiedad.

Los predictores cognitivos, de personalidad y estresores analizados se relacionaron con los reportados en el estudio nacional. El estudio longitudinal de cohorte logró un mejor nivel de predicción de acuerdo con estresores sociales y académicos más específicos para el inicio y final del primer semestre. Los esquemas maladaptativos que lograron predecir los síntomas de depresión entre los estudiantes universitarios fueron esquemas de fracaso,

aislamiento social y autocontrol insuficiente; también las creencias de trastornos de personalidad límite, por dependencia, histriónica, por evitación y esquizoide, y de manera negativa antisocial. Algunos estresores predicen síntomas de la depresión mediados por esquema de aislamiento y defectuosidad y estructura esquizoide (dificultad en la adaptación al grupo, problemas de pareja, cambio del lugar donde se vive). Los esquemas maladaptativos que lograron predecir la ansiedad (tanto generalizada como aguda) entre los estudiantes universitarios fueron los esquemas de vulnerabilidad, apego y defectuosidad, también las creencias de trastornos de personalidad límite, por dependencia, histriónica y algunos estresores mediados por muchos de los esquemas: problemas académicos, dificultad en la adaptación al grupo, estar rodeado de personas desconsideradas u ofensivas e incompreensión por parte de los adultos.

El impacto de la intervención preventiva a través del desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático realizado en el segundo semestre, reportó cambios significativos en los pensamientos negativos de acuerdo con la evaluación postest a los tres meses de seguimiento. El efecto en este componente cognitivo puede ser un criterio para valorar la intervención como método preventivo para la depresión y la ansiedad en estudiantes de primeros semestre de educación superior. El programa de desarrollo del pensamiento crítico impactó positivamente al 95% de los que participaron, generando cambios en alguno de los indicadores clínicos en quienes los reportaron al inicio, y manteniendo en el mismo estado (sanos) a los que no presentaron indicadores. La estructura del pensamiento crítico se vio favorecida en los que participaron en el taller. Estos índices apoyan la importancia de los programas en prevención en la población de jóvenes, tal como se ha venido adelantando por otros investigadores (Hankin, 2008; Merrell, 2001; O'Connell et al., 2009; Seligman, 1995).

Los pensamientos negativos han sido uno de los más asociados con depresión y ansiedad e intervenidos en los programas de prevención para disponer al cambio (Flórez, 2007; Kendall y Treadwell, 2007; Merrell, 2001; O'Connell et al., 2009; Seligman, 1995; 1998; Young y Klosko, 2001) y asociado a la psicopatología en general (Jovev y Jackson, 2004; Reeves y Taylor, 2007), específicos a la depresión (Calvete, Estevez, López de Arroyabe, y Ruiz, 2005; Stopa y Waters, 2005). El método socrático ha sido una herramienta utilizada en la práctica clínica en general y en especial por la terapia cognitiva,

y también un método pedagógico para favorecer el desarrollo del pensamiento crítico (Paul y Elder, 2003).

En conclusión, si bien es imposible predecir con precisión los episodios depresivos y de ansiedad, los modelos estadísticos intentan precisar cuáles factores de riesgo y de protección se asocian. Los modos cognitivos sociotrópicos, los cuales exhiben patrones de dependencia, y los modos cognitivos de autonomía, los cuales exhiben patrones desvinculación social, los cuales son aplicados para la depresión (Clark y Beck, 1997), también son de igual manera los que explican la ansiedad, incluso controlando el solapamiento entre estos trastornos.

Como limitaciones del estudio se considera el número de participantes en el seguimiento en el estudio experimental y la no utilización de las muestras de ambas universidades.

## REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hankin, B.L., Haeffel, G.J., McCoon, D. y Gibb, B.E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. In I.H. Gotlib y C. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 295-313). New York: The Guilford Press.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. y Metalsky, G.I. (1988). The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of the theories' validities. In L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression*. New York: Guilford Press.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Acosta, C. (2002). Efectos del diálogo socrático sobre el pensamiento crítico en estudiantes universitarios. *Psicología del Caribe*, 10: 1-26.
- Adams, T.B., Wharton, C.M., Quilter, L., y Hirsch, T. (2008). The Association Between Mental Health and Acute Infectious Illness Among a National Sample of 18- to 24-Year-Old College Students. *Journal of American College Health*, 56, 657 – 663.
- Agudelo D, Casadiegos C y Sánchez D (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1: 34-39.
- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8, 87-103.
- Agudelo, L.M. (2005). Atención primaria. En J.H. Blanco y J.M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud Pública*, pp. 83-95. Medellín, Centro de investigaciones biológicas CIB.
- Agudelo, L.M. (2006). Estudio de cohorte. En J.H. Blanco y J.M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo III. Epidemiología Básica y principios de investigación*, pp. 83-95. Medellín, Centro de investigaciones biológicas CIB.

- Alarcón, A. (2010). Respuestas psicológicas a la enfermedad: estrategias de afrontamiento y trastornos de adaptación. En: J.D. Velásquez y H.G. Rincón-Hoyos, *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.
- Alejo, E. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *MedUNAB*, 8, 23-28.
- Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 227-262.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y. y Francis, E. (1999). Do negative cognitive styles confer vulnerability to depression? *Current directions in Psychological Science*, 8(4), 128-132.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S. et al. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-418.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Safford, S. M. y Gibb, B. E. (2006). The Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Current findings and future directions. En L. B. Alloy y J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 33-61). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C. y Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 145-156.
- Alloy, L. B. y Clemens, C. M. (1998). Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 303-335.
- Alloy, L. B., Just, N. y Panzarella, C. (1997). Attributional style, daily life events, and hopelessness depression: Subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 221-244.
- Alloy, L. B. y Riskind, J. H. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

- Allport, G. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Almagia, F. (2005). Factores psicosociales y problemas de la salud reportados por adolescentes. *Revista Psicología y Salud*. México, 15, 231-239.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2004). Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* (420), 28-37.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2004b). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* (420), 21-7.
- Álvarez, C., López, P.L., Posada, S. y Londoño, N.H. (2004). Variables cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada en adultos laboralmente activos del área metropolitana de la ciudad de Medellín – Colombia. *Revista Pensamiento psicológicos*, 3, 99-127.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>a</sup> ed. T.R. DSM-IV TR. Washington, D.C.: Autor
- American Psychiatric Association (2008). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Compendio. Barcelona, España: Art Médica.
- American Psychiatric Association (2011). *DSM V Development*. Recuperado el 9 de abril en <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3.<sup>a</sup> ed. rev.) (DSM-III-R). Washington, DC: APA.
- Andrews, G., Brugha, T., Thase, M., Firoozmand, F., Rucci, P. y Slade, T. (2007). Dimensionality and the category of major depressive episode. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (S1): S41-S51.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J. P., Mendlewics, J. y Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRE I and II studies. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosa*, 252, 201-209.
- Arango, A. (2006). Concepto de causa, medición de riesgo y su aplicación. En: J.H. Blanco y J.M. Maya. *Fundamentos de salud pública*. Tomo III Epidemiología básica y principios de investigación. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.



- Arco, J., López, S., Heilborn, V. y Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo “la Cartuja”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 589-608.
- Aristizábal, E. y Palacio, J. (2003). Subjetivación del acto de desplazarse y aspectos psicopatológicos relacionados con experiencias violentas. *Investigación y Desarrollo*, 11, 238-253.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J. y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios, *Universitas Psychologica*, 3, 17-26.
- Ayuso, L., Ramos, J.A. (1984). Las depresiones en la clínica ambulatoria y su tratamiento. Madrid, España: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Baldessarini, R., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., Pfeefeer, C. y Simon, R. (2006). Guía clínica para la evaluación y el tratamiento de la conducta suicida. En: American Psychiatric Association. *Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos*. (pp.1267-1512). Barcelona, España: Art Médica.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Borkovec, T.S., Stein, D.J. y Wittchen, H.U. (2001). *Consensus Statement of Generalized Anxiety Disorders from the International Consensus Group On Depression And Anxiety Disorders*. American Psychiatry Press, Washington, D.C.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.A., Lecrubier, Y., Nutt, D.J., Bobes, J., Beidel, D.C., Ono, Y. y Westenberg, H. G. (1998). Consensus Statement on social anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J. Clin. Psychiatry*, 59, 54-60.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1963). *Social development and personality development*. Nueva York, Holt: Rinehart and Winston.
- Barlow, D.H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual*. Fourth Edition. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. México. 2ª. ed. Mexico, Thomson editores.
- Barlow, D.H. y Durand, V.M. (2002). *Anxiety and its disorders*. 2da ed. New York: The Guilford Press.

- Barlow, D.H., Ellard, K.K. y Fairholme, C.P. (2008). *Protocolo unificado para el tratamiento de Trastornos emocionales. Versión 2.0*. Universidad de Boston Center for Anxiety and Related Disorders. Formato de tareas de sesión. Versión castellana de L. Castro y E. Angel. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes.
- Barlow, D.H., Faffa, S.D., y Cohen, E.M. (2002). *Psychosocial treatments for panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorders. A guide to treatments that work*. 2<sup>nd</sup> ed. 301 – 336.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering. A study in experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bartlett, F.C. (1995). *Remembering*. Londres: Cambridge University Press (trad. cast: Recordar: estudio de psicología experimental y social, Madrid: Alianza, 1995).
- Beck, A.T. (2001). Prefacio. En J. Young y J.S. Klosko, *Reinventa tu vida*. Barcelona, España: Paidós.
- Beck, A.T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper y Row.
- Beck, A.T. (1986). Theoretical perspective on clinical anxiety. In A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Madisoon, CT: International University Press.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*(2), 184-200.
- Beck, A.T. y Alford, B.A. (2009). *Depression. Causes and treatment. Second Edition*. Pennsylvania, EEUU: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. y Beck, J. (1995). Personality Belief Questionnaire – Short Form. PBQ-SF. En: Butler, A.C, Beck, A.T., y Cohen, K. (2007). The Personality Belief Questionnaire – Short Forma: development and preliminary findings. *Cognitive Therapy Research, 31*, 357–370.
- Beck, A.T. y Beck, J. (2001). *The Personality Belief Questionnaire. Unpublished assessment instrument*. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.

- Beck, A.T., Brown, G. y Steer, R.A. (1989). Predictor of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical rating of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B. y Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A publication whit psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A.T., Butler, A.C., Brown, G.k., Dahlsgaard, K.K., Newman, C.F., y Beck, J.S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 1213-1225.
- Beck, A.T., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. et al. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: The Guilford Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. et al (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2<sup>nd</sup> Ed.). New York, USA: The Guilford Press.
- Beck, A.T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Beck, A.T., Laude, R. y Bohnert, M. (1974). Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry*, 31, 319-325.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Paidós.
- Beck, J.G., Stanley, M.A., Zebb, B.J. (1996). Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: a descriptive study . *Behav Res Therapy*, 34, 225-34.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Beck, J.S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems. What to do when the basics don't work*. New York, NY: The Guilford Press.
- Beckham, E., y Leber, W. (1995). *Handbook of Depression*. (2<sup>o</sup> Ed.). New York: The Guilford Press.

- Bellino, S., Patria, L., Paradiso, E., Di Lorenzo, R., Zanon, C., Zizza, M., y Bogetto, F. (2005). Major depression in patients with borderline personality disorder: A clinical investigation. *Can J Psychiatry*, 50, 234-238.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Volumen I. Segunda edición. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Volumen I. Segunda edición. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Bentler, P.M. y Chou, C.P. (1987). Practical Issues in Structural Modeling. *Sociological Methods Research*, 16, 78-117.
- Bermúdez, M., Teva, I., y Buela-Casal, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21, 220-226.
- Bermúdez, S.B., Durán, M., Escobar, C., Morales, A., Ramírez, A., Ramírez, J. et al. (2006). Evaluación de la relación entre rendimiento académico y estrés en estudiantes de Medicina. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, MedUNAB*, 9, 198 – 205.
- Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M. Whalley, L.J. y Christie, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Blanco, J. H. y Maya, J. M. (2005). *Fundamentos de Salud Mental. Tomo I. Salud Pública. Epidemiología Básica y Principios de Investigación*. Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.
- Blanco, J. H. y Maya, J. M. (2005b). *Fundamentos de Salud Mental. Tomo II. Administración de servicios de salud*. Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.
- Blanco, J. H. y Maya, J. M. (2006). *Fundamentos de Salud Mental. Tomo III. Epidemiología Básica y Principios de Investigación*. Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.
- Bland, R.C. (1997). Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry*, 42,367-377.

- Borkovec, T.G. e Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Bouteyre, E., Maurel, M. y Bernaud, J. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23, 93-99.
- Bower, G.H. (1970). Analysis of a mnemonic device. *American psychologist*, 58, 496-510).
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bower, G.H. (1987). Commentary on mood and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 444-455.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: sandess and depression. Attachment and loss*. London, England: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelon, España: Paidos.
- Boyd, J.H., Burke, J.D., Gruenberg, E., Holzer, C.E.III, Rae, D. S., George, L. K., Karno, M., Stoltzman, R., McEvoy, L., y Nestadt, G. (1984). Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 41, 983-959.
- Braszko, J.J. y Wisniewski, K. (1990). Alpha 1 and alpha 2-adrenergic receptor blockade influences angiotensin II facilitation of avolidance behavior and stereotypy in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 15, 139-252.
- Brewing, C.R., Rose, S., Andrews, A., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., Foa, E.B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 40, 1075-1082.
- Bridges, K.R. y Goldberg, D. (1985). Somatic presentation of DSM III Psychiatric disorders in primary case. *J. Psychosom Res.* 29, 563-569.
- Bridges, K.R. y Harnish, R.J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*, 2, 862-877
- Broadbear, J. T. y Keyser, B.B. (2000). An approach to teaching for critical thinking in health education. *The Journal of school health*, 70, 322 – 326.
- Brookfield, S. (1987). *Developing Critical Thinkers: Challenging Adults to explore Alternative Ways of Thinking and Acting*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Burcusa, S.L. e Iacono, W.G. (2007). Risk for Recurrence in Depression. *Clinical Psychological Review*, 27, 959-985.
- Burns, D.D. (1989). *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: William Morrow.
- Burns, D.D. (1999). *The feeling good handbook*. New York: Quill.
- Butler, A.C, Beck, A.T. y Cohen, K. (2007). The Personality Belief Questionnaire – Short Forma: development and preliminary findings. *Cognitive Therapy Research*, 31, 357–370.
- Byrne, B. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as a dimension of personality. En: B.A. Maher (Ed), *Progress in Experimental Personality Research*, 1, 169-220.
- Caballo, V.E. (2004). *Manual de trastornos de personalidad*. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Caballo, V.E., Salazar, I., Irurtia, M.J., Arias, B. y Guillén, J.L. (2010). Relación entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18, 259-276.
- Caballo, V.E., Simon, M.A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid, España: Psicología Pirámide.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en Jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5, 12–26.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*, 11, 203-214.
- Calvete, E. (2008). Una introducción al análisis de moderación y mediación: aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 14, 159-173.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 201-207.

- Calvete, E. y Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 47-65.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 791-804.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E., y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire Short Form. Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 90 – 99.
- Calvete, E. y Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos. *Psicología Conductual*, 16(1), 5-21.
- Camacho, P.A., Rueda-Jaimes, G.E., Latorre, J.F., Navarro-Mancilla, A.A., Escobar, M., y Franco, J.A. (2009). Confiabilidad y validez de la escala del *Center Epidemiologic Studies-Depression* en estudiantes adolescentes de Colombia. *Biomédica*, 29(2), Consultada en web el 17 de Marzo del 2010 en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572009000200011yscript=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572009000200011yscript=sci_arttext)
- Camara, M. (2009). *Vulnerabilidad cognitiva al estrés en estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Camara, M. y Calvete, E. (2010). El papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 18, 491-509.
- Campo, A., González, S., Sánchez, Z., Rodríguez, D., Dallos, C., & Díaz, L. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga- Colombia. *Archivo Pediátrico Uruguayo*, 76, 21-26.
- Camuñas, N., Cano-Vindel, A., Pérez-Nieto, M.A., y González-Ordi (2002). Inventario de Atribuciones Causales ante exámenes-IACE: Propiedades psicométricas. *Ansiedad y estrés*, 8, 183-192.

- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H. e Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10, 145-156.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González, H. e Iruarrizaga, I. (2007). Hiperventilación y experiencia de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 291-302.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González, H. e Iruarrizaga, I. (2009). Activación versus amenaza en la inducción de la reacción de ansiedad. *Psicothema* 21, 177-182.
- Carter, S., y Wu, K. (2010). Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic and depression. *Behavior Therapy*, 41, 2-13.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. Madrid, España: Psicología Alianza Editorial.
- Castrillon, D., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N., Maestre, K., Marin et al. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition (YSQ - L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37, 541 – 560.
- Chandavarkar, U.A. y Amin, M. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depression & Anxiety*, 24, 103-111.
- Chappa, H.J. (2003). *Distimia y otras depresiones crónicas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Chaturvedi, S.K., Maguire, G.P., y Somashekar, B.S. (2006). Somatization in cancer. *International Review of Psychiatry*, 18, 49-54.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R). Madrid, España: UNED.
- Chorot, P., Pérez-Llantada, C. y Sandín, B. (2008). Métodos de investigación en psicopatología (pp. 69-92). En A. Beloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología*. Vol. 1. Segunda edición. Madrid, España: McGraw-Hill
- Chorot, P., Santed, M.A., Sandín, B., y Jiménez, M.P. (1994). Effect of microstress and life events on psychological distress and health. 23<sup>rd</sup> International Congress of Applied Psychology. Madrid, 17-22 de Julio, p. 273 (Acta de congreso).



- Clark, D.A. (2004). Design considerations in prevention research. En: D. Dozois y K. Dobson (2004). *The prevention of anxiety and depression. Theory, research and practice* (pp. 73-98). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Clark, D.A. (2004b). Cognitive-Behavioral Theory and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. In R. Leahy. *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research, and Practice* (pp. 131-183). New York: The Guilford Press.
- Clark, D.A. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. En P. Salkovskis (Ed), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford Press.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro, Compiladora: *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona, España: Paidós.
- Clark, D. A., Beck, A.T. y Alford, B. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. John Wiley y Sons, Inc. New York.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clarkin, J. F. y Lenzenweger, M. (1996). *Major Theories Of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Colombia. Defensoría del Pueblo (2004). *Derechos económicos, sociales y culturales. Derecho a la salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Connor-Smith, J. y Calvete, E. (2004). Cross-cultural equivalence of coping and involuntary responses to stress in Spain and the United States.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: MacMillan.
- Crowe, R.R., Noyes, R., Pauls, D.L., y Slymen, D. (1983). A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 1065-1069.
- Crowley, D., Cross, C.D., March, J., Roth, W., Shehe, M. y Wang, P.S. (2006). Guía clínica para el tratamiento del trastorno de angustia. En: American Psychiatric Association, *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006* (pp. 827-911). Barcelona, España: Ars Medica.

- Daley, S., Rizzo, C. y Gunderson, B. (2006). The longitudinal relation between personality disorders symptoms and depression in adolescence: the mediating role of interpersonal stress. *Journal of personality disorders*, 20, 352 – 368.
- Dana, R. H. (1975). *Manual for a course in oneself*. Fayetteville, A. R: University or Arkansas Printing office.
- Dana, R. H. (1984). Personality assessment: Practice and teaching for the next decade. *Journal of Personality assessment*, 48, 46 – 57.
- Davis, L., Barlow, D.H. y Smith, L. (2010). Comorbidity and the treatment of principal anxiety disorders in a naturalistic sample. *Behavior Therapy*, 41, 296-305.
- Depue, R.A., y Monroe, S.M. (1986). Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: the problema of chronic disturbance. *Psychological Bulletin*, 99, 36-51.
- Derogatis, L. R. (1983). *The SCL-90-R administration, scoring and procedures manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- Díaz, S. y Bados, A. (2009). Calidad de vida en personas con trastorno de ansiedad generalizada. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 17, 217-230.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2007). Informe situación de salud mental Antioquia, 2004-2007. Medellín: Gobernación de Antioquia.
- Dobson, K. y Kendal, P. (1993). *Psychopathology and cognition*. London: Academic Press.
- Dowd, E. (2004). Depression: theory, assesment and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413-423.
- Dowd, E.T. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En I. Caro: *Manual de Psicoterapias cognitivas* (pp. 25-35). Barcelona: Paidós.
- Dowrick, C.F. (1995). Case or continuum? Analysing GP's ability to detect depression in primary care. *Primary Care Psychiatry*, 1, 255-257.
- Dozois, D. y Dobson, K. (2004). *The prevention of anxiety and depression. Theory, research and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Echeburúa, E., Bravo de Medina, R. y Aizpiri, J. (2010). Trastornos de la personalidad en adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(2), 229-239.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2003). Evaluation of psychological harm in the victims of violent crime. *Psychology in Spain*, 7, 10-18.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K. (1999). Tratamiento cognitivo-conductual. En : J. Sáiz, *Abordaje actual del trastorno por ansiedad social* (pp.97-112), Barcelona, España : Madrid.
- Echeverri, M.E. (2000). Expo-2000 Hannover, Alemania. Dialogo Global – Colombia. Diálogo 6: “Salud: La llave del desarrollo humano. La Salud en Colombia de cada del S. XXI: entre la inequidad y la violencia. Consultado el 1 de Agosto del 2007, en <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/Documentos/Docencia/SPE/La%20salud%20en%20Colombia%20expohannover.pdf>
- Eisenberg, D., Gollust, S.E., Golberstein, E. y Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 534-542.
- Elder, L. y Paul, R. (2000). Critical Thinking: Nine strategies for every-day life, Part II. *Journal of Developmental Education*; 24(2); 38 – 39.
- Ellis, A. (2004). Why Rational Emotive Behavior Therapy is the most comprehensive and effective form of Behavior Therapy. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Therapy*, 22, 85-92.
- Ellis, A. (2002). *Over coming resistence: A retional emotive behavioral therapy integrative approach*. New York: Springer.
- Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, staying better*. Atascadero, C.A. Impat Publishers.
- Ellis, A. (1983). En A. Ellis y R. Grieger con colaboradores. *Manual de terapia racional emotiva*. Tercera edición (pp 47-78). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis A, McInerney J, DiGuiseppe R, Yeager R. (1992). *Terapia Racional Emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

- Ellis, A. y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la Terapia Racional Emotiva? En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Volumen 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., Padesky, C.A. y Beck, A.T. (2005). Discussion of Chistine A. Padesky and Aaron T. Beck, "Science and Philosophy. Comparision of Cognitive Therapy and Tacional Emotive Behavior Therapy". *Journal of cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 181-189.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-36
- Eslava, E. (2005). Imaginación compasiva y desarrollo curricular: clásicos, pensamiento crítico y educación liberal. *Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*. 99: 75-80.
- Essau, C. (2004). Primary prevention of depression. En D.J.A. Dozois y K.S. Dobson. *The Prevention of anxiety and depression. Theory, research and practice*, pp.185-204. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Estrada, P., Álvarez, M.V., Posada, F.A., Agudelo, M.E., y Torres, Y. (2009). Separación de los padres: Repercusiones en la salud mental de los hijos. *Revista de Divulgación Científica y Académica*, 12, 37 – 40.
- Fairbank, J.A., Ebert, I. y Costello, E.J. (2000). Epidemiology of traumatic events and posttraumatic stress disorder. En D. Nurtt, JRT Davidson, J. Zoha. *Posttraumatic stress disorders: diagnosis, management and treatment*. Londono: Martin Dunit
- Fan, X., y Sivo, S.A. (2007). Sensitivity of Fit Indices to Model Misspecification and Model Types. *Multivariate Behavioral Research*, 42, 509–529.
- Feeling, R. y Tylle, A. (1992). Depression in general practice. In: E.S. Paykel (ed). *Handbook of affective disorders* (pp. 651-655).Churcill Livingstone: Edinburgh.
- Fernández del Rio, E., Becoña, E. y López, A. (2010). Trastornos de la personalidad en fumadores y no fumadores de la población general. *Bahavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18, 241-258.
- Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel Psicología.

- Fernández-Castillo, A. y Madrid-Medina, A. (2009). Absentismo escolar, ansiedad y adaptación en adolescentes: estudio preliminar. *Ansiedad y estrés*, 15(2-3), 181-192.
- Ferrando, L., Franco-AL, Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., Gubert, J. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV*. Madrid: Instituto IAP.
- Finn, P., Ringel, R. y Bothe, A. (2005). *Critical thinking and belief. User friendly approaches to effective clinical practice*. Consultado en Internet el 05 de Agosto del 2007, en [http://convention.asha.org/2005/handouts/293\\_Finn\\_Patrick\\_072768\\_101305042551.pdf](http://convention.asha.org/2005/handouts/293_Finn_Patrick_072768_101305042551.pdf)
- First, M.B., Bell, C.C., Cuthbert, B., Krystal, J.H., Malison, R., Offord, D.R., Reiss, D., Shea, T., Widiger, T. y Wisner, K.L. (2004). Trastornos de la personalidad y trastornos de relación. En D.J. Kupfer, M.B. First y D.A. Regier, *Agenda de Investigación para el DSM-V* (pp.123-161). Barcelona, España: Masson.
- Fisher, P.A., Gunnar, M.R., Chamberlain, P. y Reid, J.G. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39, 1356-1364.
- Flick, S.N., Roy-Byrne, P.P., Cowley, D.S., Shore, M.M. y Dunner, D.L. (1993). DSM-III-R Personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence, comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 27, 71-79.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the ways of the coping questionnaire*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.
- Freeman, A. (2004). Cognitive-Behavioral Treatment of Personality Disorders in Childhood and Adolescence. En R. Leahy, *Contemporary Cognitive Therapy* (pp. 319-340). New York: The Guilford Publication Inc.
- Frost, R., Steketee, G., Williams, L. y Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1071-1081.
- Fundación FES Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali, Colombia: Ministerio de la Protección Social.

- Furmark, T., Tillfors, M., Garperstrand, H., Marteinsdottir, L., Langström, B., Oreland, F. et al. (2004). Serotonina transporter polymorphism related to amígdala excitability and symptom severity in patients with social phobia. *Neurosci Lett*, 362, 189-192.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, Ch. y Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. En T. Fydrich, B. Schmitz y K. Limbarger (Eds.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostiek und Psychotherapie* (pp. 91-116). Weinheim, Baden-Württemberg: Beltz.
- Gabbard, G.O., Goin, M., Gunderson, J., Soloff, P., Spiegel, D., Stone, M. y Phillips, K. (2006). Guía Clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. En: American Psychiatric Association, *Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos*. Compendio (pp.1009-1131). Barcelona, España: Art Médica.
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2, 15-39.
- Gabriel, B., Beach, S.R.H. y Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: investigating gender differences. *Behavior Therapy* 41, 306-316.
- Gálvez, J.F. y Rincón, D.A. (2008). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren comorbilidad psiquiátrica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 397 – 417.
- Gámez-Guadix, M., Straus, M., Carrobes, J.A., Muñoz-Rivas, M.J. y Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psycothema*, 22(4), 529-536.
- Gantiva, C.A., Bello, J., Vanegas, E. y Sastoque, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2), 362-374.
- García-Leiva, P., Domínguez-Fuentes, J.M. y García, C. (2009). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Ansiedad y Estrés*, 15, 29-38.
- García-Valencia, J. (2010). Epidemiología. En: R.J. Toro, L.E. Yepes y C.A. Palacio. *Fundamentos de Medicina y Psiquiatría*.

- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., y López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 11-28.
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B.G., Mavreas, V.G., Olatawura, M.O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Ardi. Gen. Psychiatry*, 55, 405-413.
- Gelenberg, A., Merriam, A. y Wang, P. (2006). Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. En: American Psychiatric Association, *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos* (pp. 599-657). Barcelona, España: Ars Médica.
- Geller, D.A., Biederman, J., Stewart, S.E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T. (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy traints in pediatric obsessive-compulsive disorders. *Am. J. Psychiatry*, 160, 1919-1928.
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 28, 39-58.
- Germán, C. (2004). Evaluación de la efectividad de los medios de educación sanitaria. En: F. Marqués, S. Sáez y R. Guayta (eds.). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya UOC.
- Gillman, J.E. (2000). The science of Optimism & Hope. Research essays in honor of Martin E.P. Seligman. Templeton Foundation Press: Philadelphia & London.
- Giora, Z. (1975). *Psychopatology. A cognitive view*. Nueva York: Gardner Press.
- Giráldez, S. (2003). *La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun., G. B., Bates, J. M., y Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 35, 2-13.
- Gómez, C.A. (2005). Promoción de la salud. En J.H. Blanco y J.M. Maya. *Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Salud Pública* (pp. 96-110). Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.

- Gómez, J. (2010). Fobias específicas. En Toro, R.J., Yepes, L.E., y Palacio, C.A., *Fundamentos de Medicina y Psiquiatría* (pp. 234-240). Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas CIB.
- Gómez, Y. y Arias, D.M. (2007). Propiedades psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos y positivos (ATQ-RP) en población adolescente (pp. 13-34). En: A. Ferrer y Y. Gómez. *Evaluación e intervención en niños y adolescentes, investigación y conceptualización*. Medellín (Colombia): La Carreta Editores.
- Gómez-Escalonilla, A., Piclans, B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D.I. (2003). *Cuaderenos de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora*. Madrid: Editorial EOS.
- Gonçales, O.F. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia cognitivo-narrativa. En: I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*, pp.351-370. Barcelona, España: Paidós.
- González, A., Donolo, D. y Rinaudo, C. (2009). Emociones académicas en universitarios: su relación con las metas de logro. *Ansiedad y Estrés*, 15, 263-277.
- González, V., Stewart, A., Ritter, P., Lorig, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis and Rheumatism*, 38, 1429-1446.
- González de Rivera, J.L. y Monterrey, A.L. (2008). Psicobiología de la depresión. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología*, Volumen II (pp. 299-314). Madrid, España: McGraw Hill.
- Goodwin, R.D. y Gorman, J.M. (2002). Psychopharmacologic treatment of generalized anxiety disorder and the risk of major depression. *Am. J. Psychiatry*, 159, 1935-1937.
- Goodwin, R.D., y Olfson, M. (2001). Treatment of panic attack and risk of major depression in the community. *Am. J. Psychiatry*, 158, 1146-1148.
- Gordón, L. (1994). The result of teaching critical thinking skills in a introductory nursing course. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 2, 1-12.
- Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona, España: Masson.
- Gregory, A.M., Lau, J.Y.F. y Eley, T.C. (2008). Finding gene-environment interactions for generalized anxiety disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*, 258, 69-75.



- Guelfi, J.D. (1993). Comorbidity of anxiety-depression and its treatment. *Encephale, Spec*, 2, 397-404.
- Guidano, V. (1997). El estado de la cuestión en la terapia posracionalista. En: I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*, pp. 371-380. Barcelona, España: Paidós.
- Gutierrez, G. (2003). *El taller reflexivo*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Hadjipavlou, G. y Ogrodniczuk, J.S. (2010). Promising Psychotherapies for Personality Disorders. *La Revue Canadienne de Psychiatries*, 55, 202-210.
- Halmi, K.A et al. (1991). Comorbidity of psychiatry diagnosis in anorexia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 712-718.
- Hammen, C (2001). Vulnerability to depression in adulthood. In R.E. Ingram & J.M. Price (eds), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 226-257). New York: Guilford.
- Hankin, B.L. (2008). Cognitive vulnerability-stress of depression during adolescence: investigating depressive symptom specificity in a multi-wave prospective study. *Journal Abnormal Child Psychol*, 36, 999-1014.
- Hankin, B.L. y Abramson, L.Y. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Hankin, B.L. y Abramson, L.Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Miller, N. y Haefl, G.J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive therapy and research*, 28, 309-345.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y. y Siler, M. (2001). A prospective test of the Hopelessness Theory of Depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 607-632.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C. y Abela, J. R. Z. (2005). Daily depression and cognitions about stress: Evidence for a traitlike depressogenic cognitive style and the prediction of

- depressive symptoms in a prospective daily diary study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 673-685.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111-119.
- Harris, A. E. y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, Early Maladaptive Schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Herrera, A. y Maldonado, A. (2002). Depresión, cognición y fracaso académico. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/ International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 25 – 50.
- Hinrichsen, H., Waller, G., y Emanuelli, F. (2004). Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: associations with core beliefs. *J Nerv Ment Dis*, 192, 784-787.
- Hofer, M.A., Wolff, C.T., Friedman, S.B. y Mason, W. (1972). A psychoendocrine study of bereavement. Part I. 17-hidroxicorticosteroid excretion rates of parents following death of their children from leukemia. *Psyhosomatic Medicine*, 34, 481-491.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L.M., y Wang, C.E. (2005). The Structure of Maladaptive Schemas: A Confirmatory Analysis and a Psychometric Evaluation of Factor-Derived Scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 6, 6-27.
- Hollon, S. y DeRubeis, R. (2004). Effectiveness of Treatment for Depression. In R. Leahy. *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research, and Practice* (45-61). New York: The Guilford Press.
- Hollon, S. y Shelton, R. (2001). Treatment Guidelines for Major Depressive Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 235-258.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hoyos, G. y Rincón-Hoyos, H. (2010). Psicología de la Salud: aspectos generales. En: J.D. Velásquez y Rincón-Hoyos, H.G., *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (pp. 13-19). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Hoyos, M. y Londoño, N.H. (2006). Construcción y validación del cuestionario de dependencia emocional en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 127-140.

- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Hyer, S.E., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kellman, H.D. y Doidge, N. (1992). Validity of the personality diagnostic questionnaire-revised: A replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 73-77.
- Hyphantis, T., Tomenson, B., Paika, V., Almyroudi, A., Pappa, C., Tsifetaki, N., Voulgari, P.V., Drosos, A.A., Pavlidis, N., y Creed, F. (2009). Somatization is associated with physical health-related quality of life independent of anxiety and depression in cancer, glaucoma and rheumatological disorders. *Qual Life Res*, 18, 1029-1042.
- Ibáñez, E. (1982). La psicopatología del procesamiento humano de información. En I. Delclaux y J. Seoane (Eds), *Psicología cognitiva y procesamiento humano de la información*. Madrid, España: Pirámide.
- Ingram, R., Miranda, J. y Segal, Z. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York, The Guilford Press.
- Ingram, R.E., Odom, M. y Mitchusson, T. (2004). Secondary prevention of depression: risk, vulnerability, and intervention. En: D.J.A. Dozois y K.S. Dobson. The prevention of anxiety and depression. *Theory, Research, and Practice* (pp.205-231). Whashington, D.C.: American Psychological Association.
- Institute of Medicine IOM (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Inter-Agency Standing Committee IASC (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catastrophes. Consultado el 4 de Febrero del 2010 en [http://whqlibdoc.who.int/iasc/2007/9781424334452\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/iasc/2007/9781424334452_spa.pdf)
- Ivery, A. y Alchuler, A. (1973). Getting into psychological education. *Personnet and Guidance Journal*, 51, 682-691.
- James, I., Reichelt, F., Freeston, M. y Barton, S. (2007). Schemas as Memories: implicatrions for treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 51-57.
- Jarne, A. y Talam, A. (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.

- Jason, P. (2007). Cognitive Schemas, Defence Mechanisms and Post-traumatic Stress. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 343 – 353.
- Jenicek, M. y Hitchcock (2004). *Evidence – Based Practice. Logic and critical thinking in Medicine*. New York: American Medical Association.
- Joiner, T., Walker, R., Pettit, J., Perez, M., y Cukrowicz, K. (2005). Evidence-Based Assessment of Depression in Adults. *Psychological Assessment*, 17, 267–277.
- Jones, S.H., Burrell-Hodgson, G. y Tate, G. (2007). Relationships between the personality beliefs questionnaire and self-rated personality disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 247-251.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2006). LISREL 8.8. Scientific Software International , Inc.
- Jourard, S.M. y Landsman, T. (1987). *La personalidad saludable. El punto de vista de la psicología humanística*. México: Editorial Trillas.
- Jovev, M. y Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 18, 467-78.
- Juárez, F. (2008). *Lejos del corazón. Para los que se van a otro lugar y los que se quedan*. Bogotá, D.E., Colombia: Grijalbo.
- Judd, L.L. (1994). Social phobia: a clinical overview. *Journal clinical psychiatry*, 55, 5-9.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., y Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kazdin, A.E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao, España: DDB.
- Kegan, J., Reznick, J.S. y Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child develop.*, 58, 1459-1473.
- Kegan, J. y Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Keller, M.B. y Boland, R.J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, 44, 348-360.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

- Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (1989b). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13, 81-93.
- Kendall, P.C., Howard, B.L. y Hays, R.C. (1989b). Self-reference speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 193-213.
- Kendall, P.C. y Treadwell, K.R. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 380-389.
- Kennedy, S.H., Kaplan, A.S., Garfinkel, P.E., Rockert, W., Toner, B. y Abbey, S.E. (1994). Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *J Psychosom Res.* 38, 773-782.
- Keough, M.E., Riccardi, C.J., Timpano, K.R., Mitchell, M.A, y Schmidt, N.B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41, 567-574.
- Kessler, D., Bennewith, O., Lewis, G. y Sharp, D. (2002). Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *Br Med. J.* 325, 1016-1017.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen, H.-U., Stein, M., Walters, E.E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol. Med.*, 29, 555-567.
- Khan, M., Mahomood, S., Badshah, A., Ali, S., Jamal, Y. (2006). Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical student in Karachi, Pakistan. *JPMA*, 56, 583-586.
- Klain, D.F. (1994). Testing the suffocation false alarm theory of panic disorder. *Anxiety*, 1, 1-7.
- Klosko, J. y Young, J. (2004). Cognitive therapy of borderline personality disorder. In R. Leahy, *Contemporary Cognitive Therapy, Theory, Research, and Practice*. New York, USA: The Guilford Press.

- Kocsis, J.H. y Frances, A. (1987). A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *Am J Psychiat* 144: 1534 – 1542.
- Koenigsberg, H., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M. y Cooper, A. M. (1985). The relationships between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 373-379.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J.M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo- Anuaga, J. et al. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 18, 229-240.
- Krueger, R.F., Skodol, A., Livesley, W.J. y Shrout, P.E. (2007). Sunthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S65-S73. Published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)) DOI:10.1002/mpr.212
- Kupter, D.J., First, M.B., y Regier, D. (2004). Agenda de investigación para el DSM-V. Barcelona, España: Masson.
- Kwon, M.S., Seo, Y.J., Shim, E.J., Lee, J.K., Jang, J.E., Park, S.H. et al. (2008). The differential effects of emotional or physical stress on pain behaviors or on c-Fos immunoreactivity in paraventricular nucleaus or arcuate nucleus. *Brain Res.*, 1190, 122-31.
- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M. y Martin, R. (2006). Factor analysis of the Schema Questionnaire – Short Form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20 (3), 311-318.
- Laiton, I. (2010). Formación de pensamiento crítico en estudiantes de primeros semestres de educación superior. *Revista Iberoamericana de Educación*, 53, 1-7.
- Lalla, C. (1996). Verso una sintesi tra cognitivismo e psicoanalisi, 1996. Sul dialogo socrático in psicoterapia. *Psicoterapia*, 12, 78 – 88.
- Lalla, C. (1998). Sul dialogo socratico in sicoterapia. *Psicoterapia*, 13, 78-88.
- Latorre, J., Contreras, L., García, S. y Arteaga, J. (2006). La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57, 156-162.

- Lazarus, R.S. y Folkman, D. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Leahy, R. (2002). Decision Making and Personality Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, 209-225.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive Therapy Techniques. A Practitioner's guide*. New York, The Guilford Press.
- Leahy, R. (2004). *Contemporary Cognitive Therapy, Theory, Research, and Practice*. New York, The Guilford Press.
- Leahy, R.L., Beck, J. y Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the personality disorders. In S. Strack (Ed), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 464-483). New Jersey, EE.UU.: John Wiley y Sons, Inc.
- Lee, C.W., Taylor, G., y Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441 – 451.
- Lehman, A.F., Alexopoulos, G., Goldman, H., Jeste, D. y Üstün, B. (2004). Trastornos mentales e incapacidad. ¿Ha llegado el momento de reevaluar su relación? En: D.J. Kupfer, M.B. First y D.A. Regier, *Agenda de investigación para el DSM-V* (pp. 199-216). Barcelona, España: Masson.
- Lenzenweger, M.F., Loranger, A.W., Korffine, L. y Neff C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-351.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M. y Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251-264.
- Liebowitz, R.M., Schneier, F., Stein, D.J. y Davidson, J.H.T. (2008). Easing the burden of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 69 (9), 1485-1507.
- Little, T. D., Slegers, D. W. y Card, N. A. (2006). A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. *Structural Equation Modeling*, 13, 59-72.

- Liu, D., Diorio, J., Tannebaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A. et al. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277: 1659-62.
- Livesley, W.J. (2001). *Handbook of Personality Disorders*. New York, Guilford.
- Locke, B.Z., y Putman, P. (1986). Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D Scale). Consultado el 17 de Marzo del 2010 en: <http://www.friendsnrc.org/download/outcomeresources/toolkit/annot/cesd.pdf>
- London, T.M. y Barlow, D.H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: current status. *J Psychiatr Pract*, 10, 211-226.
- Londoño, N.H., Álvarez, C., López, P.I., Posada, S. (2005). Distorsiones cognitivas asociadas al trastorno de ansiedad generalizada. *Informes Psicológicos*, 7, 123-136.
- Londoño, N.H., Calvete, E., Ferrer, A., Chaves, L., Schnitter, M., Marin, C.A., Maestre, K., y Castrillón, D. (2012). Validación del SQ-SF para Colombia. *Universitas Psychological*, en prensa.
- Londoño, N.H., Henao, G.C., Puerta, I.C., Posada, S., Arango, D., Aguirre, D.C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychological*, 5, 327-349.
- Londoño, N.H., Juárez, F., Palacio, J., Agudelo, D., Muñiz, O., Marín, C.A., et al (2011). Vulnerabilidad cognitiva. *Revista Colombiana de Psicología* (en prensa).
- Londoño, N.H., Marín, C.A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B. et al (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales de los trastornos mentales en usuarios de servicios de psicología de Colombia. *Suma Psicológica*, 17, 59-68.
- Londoño, N.H., Schnitter, M., Maestre, K., Marin, C., Ferrer, A., Chaves, L., Castrillon, D. (2007). Validación del cuestionario de creencias centrales de los trastornos de personalidad (CCE-TP) en población colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 138-162.
- López, L.A. (2008). El rol de los actores decisores, corporativos y académicos en la formulación de políticas públicas de salud en Colombia. En: G.M. Molina y G.A. Cabrera, *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis* (pp76-88).



- Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud pública “Hector Abad Gómez”  
Universidad de Antioquia.
- López, S. y Rodríguez, J.L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22, 568-573.
- Lozano, M. y Ramos, J.A. (2002). *Utilización de los fármacos en psiquiatría de enlace*. Barcelona, España: Masson.
- Lumley, M. N. y Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
- Lyvers, M., Hall, T. y Bahr, M. (2009). Smoking and psychological health in relation to country of origin. *International Journal of Psychology*, 44, 387-392.
- MacPhee, A.R. y Andrews, J.J. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence*, 41, 435-466.
- Mahoney, M.J. (1997). El estado de la cuestión en la psicoterapia constructivista. En: I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*, pp.399-410. Barcelona, España: Paidós.
- Maj, M., López-Ibor, J.J., Sartorius, N., Sato, M. y Okasha, A. (2006). *Detección temprana y manejo de los trastornos mentales*. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría-Noosfera Editorial.
- Mancevska, S., Bozinovska, L., Tecce, J., Pluncevik-Gligoroska, J., Sivevska-Smilevska, E. (2008). Depression, anxiety and substance use in medical students in Republic of Macedonia. *Britist Lek Listy*, 109, 568-572.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales*. Volumen 1. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Marks, J.N., Goldberg, D. y Hillier, V.F. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol. Med.*, 9, 337-353.
- Márquez, F., Sáez, S. y Guayta, R. (2004). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. Barcelona: Editorial Universitat Oberta de Catalunya UOC.
- Marry, S., McDowell, H., Hetrich, S., Bir, J. y Muller, N. (2008). *Intervenciones psicológicas y educativas para la prevención de la depresión en niños y adolescentes*. New York: Wiley.

- Martín, F.M., Cangas, A.J., Pozo, E.M., Martínez, M. y López, M. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema* 21(1), 33-38.
- Martínez, J.M., Graña, J.L. y Trujillo, H. (2010). La calidad de vida en pacientes con trastorno por dependencia al alcohol con trastornos de la personalidad: relación con el ajuste psicológico y el craving. *Psychothema*, 22(4), 562-567.
- Maultsby, M. (1974). The classroom as an emotional health center. *The Educational Magazine*, 31 (5), 8-11.
- Maultsby, M., Knipping, P. y Carpenter, L. (1974). Teaching self-help in the classroom with rational self-counseling. *Journal of School Health*, 44, 445-448.
- Maya, J. H. (2005). Conceptos básicos. En J. H. Blanco y J. M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud pública* (pp. 1-8). Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.
- Maya, J. M. (2005b). Políticas internacionales en salud. En J. H. Blanco y J. M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud pública* (pp. 30-39). Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.
- Maya, J.M. y Torres, Y. (2005). Historia de la salud pública. En J. H. Blanco, y J. M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud pública* (pp. 9 – 24). Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.
- McEwen, B. y Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2093-101.
- McGinn, L.K., Cukor, D. y Sanderson, W.C. (2005). The Relationship Between Parenting Style, Cognitive Style and Anxiety and Depression: Does Increased Early Adversity Influence Symptom Severity through the Mediating Role of Cognitive Style? *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 29, 219-242.
- McKay, M. y Fanning, P. (2000). *Self-esteem: A proven program of cognitive techniques for assessing, improving, and maintaining your self-esteem*. Oakland, C.A.: New Harbinger.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. y Kinicki, A. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.

- McNally, R.J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biology Psychiatry*, 52, 938-946.
- Meaney, M.J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annu Rev Neurosci*, 24: 1161-92.
- Mecías, G.E. (2010). Trastornos de ansiedad. En: J.D. Velásquez y H.G. Rincón-Hoyos. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (pp. 41-52). Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas CIB.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive therapy, en W. Dryden y W. Golden (Comp.) *Cognitive-behavior modification*. Nueva York: Plenum.
- Merrell, K. (2001). *Helping students overcome depression and anxiety*. New York: The Guilford Press.
- Meyer, C., Leung, N., Feary, R., y Mann, B. (2001). Core beliefs and bulimic symptomatology in non-eating-disordered women: the mediating role of borderline characteristics. *International Journal Eat Disorder*, 30, 434-440.
- Miller, G.A. (1980). Computation, consciousness and cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, 146-159.
- Miller-Brotman, L., Gouley, K.K., Klein, R.G., Castellanos, F.X. y Pine, D.S. (2003). Children, stress, and context: integrating basic, clinical, and experimental prevention research. *Child develop*, 74, 1053-1057.
- Millon, T. (1998). *The Millon Multiaxial Clinical Inventory-II*. Mineapolis, USA: Computer Systems.
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Millon, T., Davis, R. y Millon, C. (2009). *MCMI-III. Inventario clínico multiaxial de Millon-III. Manual*. Adaptación y baremación españolas: V. Cardenal y P. Sánchez. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Millon, T. y Klerman, G. L. (2009) (Eds). *Contemporary directions in psychopathology*. New York: Guilford.

- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. Second Edition. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ministerio de Protección la Social (2003). Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: informe preliminar Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia. Manuscrito no publicado Versión PowerPoint.
- Ministerio de la Proteccion Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali, Colombia: C y C Gráficas Ltda.
- Ministerio de la Protección Social (2006). Decreto número 3518 de 2006. Octubre 9. Por el cual se crea y reglamente el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Presidencia de la República.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública*. Bogotá: Presidencia de la República.
- Ministerio de la Protección Social (2007b). Salud mental: fuerza impulsadora del desarrollo del país y de la garantía de derechos. Política nacional del campo de la salud mental. Documento propuesto para discusión y acuerdos. Editorial Kimpres Ltda: Bogotá, D.C.
- Ministerio de la Protección Social (2011). Consultor Salud. Aportando a la Salud Latinoamericana. Ley 1438 de 2011 Reforma al SGSSS. Consultado el 20 de Febrero del 2011 en <http://www.consultorsalud.com>
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A.T. y Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Mitka, M. (2008). PTSD prevalence still high for persons living nears World Trade Center attacks. *JAMA*, 300, 779-82.
- Molina, G.M. y Cabrera, G.A. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud pública “Hector Abad Gómez” Universidad de Antioquia.
- Montoya, M. y Gaviria, Y. (2000). El derecho a la salud en Colombia. Relatoría. Citado por C.M. Rodríguez, Derecho a la atención en salud. En: G.M. Molina y G.A. Cabrera, *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis* (pp. 21-27). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud pública “Hector Abad Gómez” Universidad de Antioquia.

- Montoya, S. (2005). Educación para la salud. En J.H. Blanco y J.M. Maya. *Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Salud Pública*, Segunda edición (pp.125-137). Medellín, Colombia: CIB.
- Moor, R.D., Bone, L.R., Geller, G. et al. (1989). Prevalence detection and treatment of alcoholism in hospitalised patients. *JAMA* 261, 403 – 7.
- Moore, R.D. et al. (2007). Depressive realism and attributional style: implications for individuals at risk for depression. *Behavior Therapy*, 38, 144- 54.
- Morey, L.C., Waugh, M.H. y Blashfield, R.K. (1985). MMPI scores for the DSM-III personality disorders: Their derivation and correlates. *Journal of Personality Assessment*, 49, 245-251.
- Morilla, B. (2008). *Sócrates*. Bogotá, Colombia: Planeta Colombiana, S.A.
- Moya, J. (2005). *Pensamiento colegiado. Pensamiento crítico. Pensamiento sistémico*. Documentos para el desarrollo y evaluación de las competencias genéricas en el marco pedagógico de la UD. Bilbao: Universidad de Deusto
- Mueller, T.I., Lavori PhW et al. (1994). Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10 - years course of depression. *Am. J Psychiat* 151, 701 – 6.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en Salud Mental*. Madrid: España: Psicología Pirámide.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 405-413.
- Murphy, J.M., Laird, N.M., Monson, R.R., Sobel, A.M. y Leighton, A.H. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 209-215.
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research (2001). Priorities for prevention research al NIMH. *Prevention and Treatment*, 4, Article 17. Recuperado en Marzo 12 del 2010, de [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=12480ypage=192](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12480ypage=192)
- Newman, C. (2004). Substance abuse. En R. Leahy. *Contemporary Cognitive Therapy* (pp. 206-227). New York, USA: The Guilford Press.

- Nieto, A.M. y Saiz, C. (2011). Skills and dispositions of critical thinking: are they sufficient? *Anales de psicología*, 27, 202-209.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consul Clin Psychol*, 60: 409-418.
- Nunnaly y Bernstein, 1994
- Nutt, D. (2000). The psychobiology of posttraumatic stress disorders. *J Clin Psychiatry*, 61, 24-29.
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K. E. Eds (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People. Progress and Possibilities. NATIONAL RESEARCH COUNCIL AND INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. THE NATIONAL ACADEMIES PRESS, Washington, D.C. Recuperado el 14 de Marzo del 2011 en [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=12480&yutm\\_source=WID%1902502251712011031412859&yutm\\_medium=Widgetv3&yutm\\_content=12480&yutm\\_campaign=Widget&yutm\\_term=openbook](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12480&yutm_source=WID%1902502251712011031412859&yutm_medium=Widgetv3&yutm_content=12480&yutm_campaign=Widget&yutm_term=openbook)
- Oei, T. y Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59, 78 – 86.
- Olatunji, B.O., Broman-Fulks, J.J., Bergman, S.M., Green, B.A. y Zlomke, K. (2010). A taxometric investigation of the Latent Structure of Worry: dimensionality and associations with depression, anxiety, and stress. *Behavior Therapy*, 41, 212-228.
- Oldham, J., Skodol, A., Bender, D. (2009). *Essentials of personality disorders*. Washington: American Psyquiatric Publishing, Ing.
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación de trastornos mentales CIE 10. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Word Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, OMS. Recuperado el 6 de Sept. Del 2009 de: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2001b). *Macroeconomía y salud*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (2003). *Mental Health Legislation and Human rights*. Asturias, España: Editores Médicos S.A. EDIMSA
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales*. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Un informe del departamentote Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la salud en colaboración con el centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004b). *Promoción de la Salud Mental*. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Un informe del departamentote Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la salud en colaboración con el centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005). El reto de las enfermedades crónicas. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. World Health organization. Consultado por Internet el 5 de Agosto del 2007 en <http://books.google.com.co/books?id=hsVc7OYizn8Cypg=PP1ydq=Organizaci%C3%B3n+mundial+de+la+salud&sig=HKBKD7YcimiNGzHBotAxBJFS3rY>
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza. Consultado por Internet el 5 de Febrero del 2010 en [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
- Ormel, J. y Tiemens, B. (1995). Recognition and treatment of mental illness in primary care. Towards a better understanding of a multifaceted problem. *Gen. Hosp. Psychiatry, 17*, 160-164.
- Ortiz, G. (2009). *Habilidades básicas del pensamiento*. México: Cengage Learning.
- Ortiz, G. (2010). *Métodos y pensamiento crítico I*. México: Cengage Learning.
- Paddison, C.A.M., Eborall, H.C., French, D.P., Kinmonth, A.L., Prevost, A.T., Griffin, S.J. et al. (2010). Predictors of anxiety and depression among people attending diabetes screening: a prospective cohort study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomized control trial. *British Journal of Health Psychology, 16*, 213-226.

- Padesky, C. (2004). Aaron T. Beck. Mind, Man, and Mentor. En R. Leahy (Ed.) *Contemporary Cognitive Therapy* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- Pallarés, E. (2009). *Vivir con menos ansiedad*. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Park, C. L. y Adler, N. E. (2003). Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychology, 22*, 627-631.
- Patiño, C. y Kirchner, T. (2009). Estrés y calidad de vida en inmigrantes latinoamericanos en Barcelona. *Ansiedad y Estrés, 15*, 49-66.
- Paul, R. (1988). Etich witrouit indoctrination. A reflective rather than a dogmatic approach to moral education requires critical thinking – for teacher and students – at the center of the curriculum. *Educational Leadership, 45*, 8; Research Library Core.
- Paul, R. (1993). Pensamiento crítico: preguntas y respuestas básicas. Tomado de: Critical Thinking. Santa Rosa (Ca). Foundation for critical thinking.
- Paul, R. (1996). *How to teach through Socratic Questioning*. (Part I), Santa Rosa (Ca.), Foundation For Critical Thinking.
- Paul, R. (1996b). *How To Teach Through Socratic Questioning (Part II)*. Santa Rosa (Ca). Foundation For Critical Thinking.
- Paul, R. y Elder, L. (2000). Critical thinking: nine strategies for everyday life, part I. *Journal of developmental education; 24* (1), 40-41.
- Paul, R. y Elder, L. (2002). *El arte de formular preguntas esenciales*. EE.UU, Foundation for Critical Thinking.
- Paul, R. y Elder, L. (2003). *Para los que enseñan Un bolsilibro de cómo mejorar el aprendizaje estudiantil*. 30 ideas prácticas. Dillon Beack, Foundation for critical thinking.
- Paul, R. y Elder, L. (2003b). *La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y herramientas*. Dillon Beack, Foundation for critical thinking.
- Peterson, C. y Seligman, M. (1984). Causal explanation as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review, 91*, 347 – 374.
- Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues. A Handbook and classification*. New York: American Psychiatric Association.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., y Campbell, L. F. (2001). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating



- personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 183-191.
- Phillips, K.A., Gunderson, J.G., Triebwasser, M.D. et al. (1999). Reliability and validity of depressive personality disorder. *Am J Psychiat* 2, 1044 - 1048.
- Polo, I. y Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Psicogente*, 9, 119-134.
- Pretzer, J. Beck, J. S. (2004). Cognitive therapy of personality disorders: Twenty years of progress. En R. Leahy (2004). *Contemporary Cognitive Therapy, Theory, Research, and Practice*. (pp. 299-318). New York, The Guilford Press.
- Pretzer, J., Beck, A.T. y Newman, C. (1989). Stress and stress management: A cognitive view. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 3, 163-179.
- Radloff L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Radloff, L.S., y Locke, B.Z. (1986). The Community Mental Health Assessment Survey and the CES-D scale. En: Weissman M, Myers J, Ross C, editors. *Community surveys*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Rahe, R.H. y Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies: Past history and future directions. *Journal of Human Stress*, 4, 3-15.
- Rapee, R.M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: prevention of a lifetime of anxiety? *Biol. Psychiatry*, 52, 947-857.
- Rauch, S.L y Baxter, L.R. (1998). Neuroimaging in obsessive-compulsive disorder and related disorders. En M.A. Jenicke, L. Baer, W.E. Minichiello. *Obsessive-compulsive disorders: practical management third edition*. St. Louis: Mosby.
- Reeves, M. y Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorders symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 14, 96 – 104.
- Regier, D.A., Farmer, M.E. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the ECA study. *JAMA* 269, 2511 – 18.
- Reiman, E.M., Raichle, M.E., Robins, E., Butler, F.K., Herscovitch, P., Fox, P. et al. (1994). The application of positron emission tomography to the study of panic disorder. *Am J Psychiatry*, 143, 469-477.

- Restrepo, H. E. (2001). Agenda para la acción en Promoción de la Salud. En: H. E. Restrepo y H. Málaga. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana, pp 34 – 55.
- Restrepo, H. E. (2001b). Conceptos y definiciones En: H. E. Restrepo y H. Málaga. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable* (pp. 24-33). Bogotá: Colombia: Panamericana.
- Restrepo, H. E. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana.
- Rice, P.L. (1999). *Stress and Health* (3 Ed.) USA: Books Cole.
- Rickels, K. y Rynn, M. (2001). Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clin North Am*, 24, 1-17.
- Rijkeboer, M.M. y van den Bergh (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the Young Schema Questionnaire in a Dutch clinical versus Non-clinical population. *Cognitive Therapy Research*, 30, 263 – 278.
- Rijkeboer, M.M., van den Bergh, H., y van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy Exp Psychiatry*, 36, 129-44.
- Riskind, J. (2004). Cognitive theory and research on generalized anxiety disorder. En R. Leahy, *Contemporary Cognitive Therapy, Theory, Research, and Practice* (pp. 62-115). New York, USA: The Guilford Press.
- Riso, W. (1992). *Depresión*. Medellín, Colombia: Ediciones Gráficas Ltda.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá, Colombia: Norma.
- Rodríguez, C.M. (2008). Derecho a la atención en salud. En: G.M. Molina y G.A. Cabrera, *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis* (pp. 21-27). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud pública “Hector Abad Gómez” Universidad de Antioquia.
- Rogers, M.P., Warshaw, M.G., Goisman, R.M., Goldenberg, I., Rodriguez-Villa, F., Mallya, G., Freeman, S.A., Keller, M.B. (2002). Measures of self-efficacy and optimism in older adults with generalized anxiety Assessment Department of Psychiatry. *Harvard Medical School*, 9, 70-81

- Romans, S.E. y Abramson, L.Y. (2009). High and low cognitive risk for depression: stability from late adolescence to early adulthood. *Cognitive therapy res.* 33: 480-498.
- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané, M.C., Viñas, F., y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años.
- Rosebaum, J.R., Biederman, E.A. y Chaloff, J. (1991). Behavioral Inhibition in Children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *J Clin Psychiatry*, 52, 5-9.
- Rost, K., Zhang, M., Fortney, J., Smith, J., Coyne, J., Smith, G.R.Jr. (1998). Persistently poor out comes of undetected major depression in primary care. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 20, 12-20.
- Roth, A. (2006). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá, Colombia: Ediciones Aurora.
- Roth, A. y Molina, G. (2008). Introducción. En: G.M. Molina y G.A. Cabrera, *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis* (pp. 3-6). Medellín, Colombia: Facultad Nacional de Salud pública “Hector Abad Gómez” Universidad de Antioquia.
- Roy-Byrne, P., Geraci, M. y Uhde, T.W. (1987). Life events obtained via interview: the effect of time of recall on data obtained in controls and patients with panic disorder. *J Affect Disord*, 12, 57-62.
- Rueda, M., Díaz, L. y Rueda, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 159-168.
- Rueda-Jaimes, G.E. (2010). Trastorno obsesivo compulsivo. En Toro, Yepes y Palacio. *Fundamentos de medicina y psiquiatría* (pp. 267-273), Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.
- Ruiz, J.J., Imbernon, J.J. (1996). Sentirse Mejor: Como afrontar los problemas emocionales con la terapia cognitiva. (2ª Ed.). (1996). Disponible en [www.psicología-online.com](http://www.psicología-online.com).

- Ruiz, I. y Blanco, J. H. (2005). Programas de salud pública. En J. H. Blanco, y J. M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud pública* (pp. 77-82). Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. y Hollon, S.D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 7-37.
- Russell, B. (1995). *Los problemas de la filosofía*. Bogotá, Colombia: Editorial Labor, S.A.
- Sáiz, J., Ibáñez, A. y Montes, J.M. (2001). *Trastorno de angustia. Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona, España: Masson.
- Sánchez-Martos, J. (2004). Marco conceptual de la promoción y educación para la salud. En: F. Márquez, S. Sáez y R. Guayta (eds). *Métodos y Medios en Promoción y Educación para la Salud*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Sanderson, Beck, A.T., y Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: prevalence and temporal relationships. *AM J Psychiatry 147*: 1025-8.
- Sandín, B. (1989). Estrés, coping y alteraciones psicofisiológicas. En: B. Sandín y J. Bermúdez (Eds.), *Procesos emocionales salud* (pp. 45-72). Madrid: UNED.
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: Factores que intervienen en la relación entre estrés y la enfermedad física. En: J. Buendía (Ed), *Estrés y psicopatología* (pp. 148-180). Madrid. Pirámide.
- Sandín, B. (2008). El estrés. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (2008b). *Manual de psicopatología, Vol. 2* (pp.5-42). Segunda edición. Barcelona, España: McGraw Hill.
- Sáiz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión. Revisión de la hipótesis de especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología, 9*, 133-170.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1991). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (comps.), *Manual de psicopatología* (vol. 2), Madrid, McGraw Hill.
- Sargent, J.T., Crocker, J.L. y Riia, K. (2006). Contingencies of self-worth and depressive symptoms in college students. *Journal of social & Clinical Psychology, 25*, 628-646.

- Saunders, J.C.. y Huynh, H. (1980). Consideration for Sample Size in Reliability Studies for Mastery Tests. Publication Series in Mastery Testing. Paper presented at the Annual Meeting of the Eastern Educational Research Association (Norfolk, VA, March 5-9).
- Scher, C., Segal, Z., e Ingram, R. (2004). Beck's Theory of Depression. Origins, Empirical Status, and Future Directions for Cognitive Vulnerability. In R.L. Leahy (Ed), *Contemporary Cognitive Therapy. Theory, Research, and Practice* (pp.27-44). New York: The Giford Press.
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E., y Telch, M.J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptative schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295 – 321.
- Schwartz, C.E., Snidman, N. y Kegan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *J. Am. Acad. Child adolesc. Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Schwartz, C.E., Wrigh, C.I., Shin, L.M., Kegan, J., y Rauch, S.L. (2003). Inhibiter and uninhibited infants “grow up”: adult amygdalar response to novelty. *Science* 300, 1952-1953.
- Sebastiani, R.W., Pelicioni, M.C., y Chiatton, H.B. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 153-172.
- Seligman, M. (1995). The optimistic child: prevent program to safeguard children from depression & Build life long resilience. New York: Houghton Mifflin Company.
- Seligman, M. (1998). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York: Rochet Books (Simon and Schuster).
- Selye, H. (1959). The pshisiopathology of stress. *Postgrad Med*, 25, 660-667.
- Selye, H. (1976). *The stresss of life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Semerari, A. (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós.

- Serrano, G.L. (2008). Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. Bogotá, Ministerio de la Protección Social. Disponible en, <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20Nal%20Completo.pdf>
- Shear, M.K., Bjelland, I., Beesdo, K., Gloster, A.T. y Wittchen, H. (2007). Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (S1): S52-S64. Published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)) DOI:10.1002/mpr.215
- Sheehan, D.V. y Lecrubier, Y. (1999). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en Español 5.0.0. Ferrendo, L., Bobes, J. M., Gilbert, J. Madrid: Instituto IAP.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal Clinical Psychiatry*, 59, 22 – 33.
- Shure, M. B. (1999). Preventing violence the problem-solving way. Consultado el 21 de Febrero en <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/172847.pdf>
- Simon, G.E., Goldberg, D.T., Tiemens, B.G., Ustun, T.B. (1999). Outcomes of recognized an unrecognized depression in an international primary care study. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 21, 97-105.
- Simon, G.E. y Von Korff, M. (1991). Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1494-1500.
- Skodol, A., Stour, R., McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Gunderson, J., Shea, M.T., Morey, L.C. et al. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10, 175-182.
- Sojo, V.E. y Guarino, L.R. (2010). Regulación emocional como moderador de la regulación estrés-salud en desempleados venezolanos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(2), 403-422.
- Soriano, J.F., Monsalve, V., Ibáñez, E. y Gómez, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, 22(4), 537-542.

- Spinhoven, P., De Rooij, M., Heiser, W., Smit, J., Penninx, B. (2009). The role of personality in comorbidity among anxiety and depressive disorders in primary care and specialty care: a cross-sectional analysis. *General Hospital Psychiatry*, 31, 440-477.
- Spivack, G. y Levine, M. (1963). *Self-Regulation in Acting-Out and Normal Adolescents*. Report M-4531. Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1974). *Social Adjustment of Young Children*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1982). Interpersonal cognitive problem solving and clinical theory. In *Advances in Clinical Psychology*, 5, edited by B. Lahey and A.E. Kazdin. New York, NY: Plenum, pp.323-372.
- Spörrle, M., Strobel, M. y Tumasjan, A. (2010). On the incremental validity of irrational beliefs to predict subjective well-being while controlling for personality factors. *Psicothema*, 22, 543-548.
- Steer, R.A., Clark, D.A., Beck, A., y Ramieri, W.F. (1995). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 542-545.
- Stein, D.J. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. Medical Research Council Unit on Anxiety Disorders, University of Stellenbosch, Cape Town, South Africa. [djs2@gerga.sun.ac.za](mailto:djs2@gerga.sun.ac.za). *Psychiatr Clin North Am*, 24, 41-55
- Stein, M.B., Schork, N.J. y Gelernter, J. (2004). A polymorphism of the beta1-adrenergic receptor is associated with low extraversion. *Biol Psychiatry*, 56, 217-224.
- Stopa, L. y Jenkins, A. (2007). Images of the self in social anxiety: effects on the retrieval of autobiographical memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 38, 459-473.
- Stopa, L. y Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: Short Form. *Psychology and Practice* 78, 45-57.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., y Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 253-272.

- Sutton, J.M., Mineka, S., Zinbarg, R.E., Craske, M.G., Griffith, J.W., Rose, R.D., Walters, A.M., Nazarian, M. y Mor, N. (2010). The relationships of personality and cognitive styles with self-reported symptoms of depression and anxiety. *Cognitive Therapy Res*, Disponible en <http://bit.ly/9V9Ndg>
- Tancer, M.E. y Uhde, T.W. (2002). Pathogenesis of social fobia. En D.J. Stein, E. Hollander (Ed). *Textbook of anxiety Disorders* (pp. 301-308). Washington, D.C. American Psychiatric Publishing Inc.
- Tao, S., Dong, Q., Pratt, M. W., Hunsberger, B. y Pancer, M. (2000). Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the people's Republic of China. *Journal of Adolescent Research*, 15(1), 123-144.
- Tellez-Vargas, J. (2010). Trastorno de ansiedad social. En R.J. Toro, L.E. Yepes y C.A. Palacio, *Fundamentos de medicina y psiquiatría* (pp. 223-233), Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.
- Téllez-Vargas, J. y Forero, J. (2010). Estrés y estrés postraumático. En R.J. Toro, L.E. Yepes y C.A. Palacio, *Fundamentos de medicina y psiquiatría* (pp. 250-266), Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.
- Tobón, N., Cano, V., Londoño, N.H. (2010). Perfil cognitivo en personas con ludopatía. Aproximación a la población no institucionalizada. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 29, 1-24.
- Tolin, D., Hannan, S., Maltby, N., Diefenbach, G.J., Worhunsky, P., y Brady, R.E. (2007). A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials. *Behavior Therapy*, 38, 179-191.
- Toro, R.J. (2010). Trastorno de pánico. En R.J. Toro, L.E., Yepes, y C. Palacio, *Fundamentos de medicina y psiquiatría* (209-221), Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológica CIB
- Toro, R.J. y Ochoa D (2010). Los perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. *Revista Colombiana de Psicología*, 19, 97-110.
- Toro, R.J., Yepes, L.E. y Palacio, C. (2010). *Fundamentos de medicina y psiquiatría*. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológica CIB



- Torres, Y. (2006). Antecedentes, definiciones, clasificación y conducción de ensayos clínicos controlados. En J.H. Blanco y J. M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo III. Epidemiología básica y principios de investigación*. Medellín, CIB: 101-125.
- Torres, Y. y Maya, J. M. (2006). Concepto de normalidad y pruebas diagnósticas. En J.H. Blanco y J. M. Maya. *Fundamentos de salud pública. Tomo III. Epidemiología básica y principios de investigación*. Medellín: CIB: 30-49.
- Torres, Y. y Montoya I. D. (1997). *II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1997*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Torres, Y., Osorio, J.J., López, P-L. y Mejía, R. (2007). *Salud mental del adolescente. Medellín, 2006*. Medellín, Colombia: Artes y Letras.
- Trull, T.J., Goodwin, A.H., Schopp, L.H., Hillenbrand, T.L. y Schuster, T. (1993). Psychometric properties of a cognitive measure of personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 61, 536-546.
- Turner, H.M., Rose, K.S., y Cooper, M.J. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: the meditating role of core beliefs. *Eating Behavior*, 6, 2, 113-118.
- Tylee, A.T. y Walters, P. (2006). Reconocimiento y manejo temprano de la depresión en la atención primaria. En: M. Maj, J.J. López-Ibor, N. Sartorius, M. Sato y A. Okasha. *Detección temprana y manejo de los trastornos mentales* (pp. 243-268). Bogotá, Colombia: Noosfera Editorial.
- Uguz, F., Akman, C., Sahingoz, M., Kaya, N., y Kucur, R. (2005). One year follow-up of post-partum depression: the role of depressive symptom severity and personality disorders. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 30, 141-145.
- Uribe, M. y Gómez, C. (2010). Conceptualización e historia de la psiquiatría de enlace y la medicina psicosomática (pp. 1-12). En J.D. Velasquez y H.G. Rincón-Hoyos, *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Medellín, Colombia: Corporacion para Investigaciones Biológicas CIB.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de Salud Mental en Colombia, 1994-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 307-319.

- Valdés, M. (1994). Prólogo. En: T. Millon y G. Everly. *La personalidad y sus trastornos* (pp.11-12). Barcelona: Martinez Roca.kv
- Van Allen (1995). Musings on critical thinking. *English Journal*, 84, 1, Research Library Core, p. 108.
- Vásquez, C. y Cameron, C. (1997). Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas. En I. Caro. *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.53-70). Barcelona, España: Paidós.
- Velásquez, J.D. (2010). Trastornos depresivos. En: J.D. Velásquez y H.G. Rincón-Hoyos. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (pp. 53-66). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.
- Velásquez, J.D. y Rincón-Hoyos, H.G. (2010). *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Medellín, Colombia: Corporacion para Investigaciones Biológicas CIB.
- Vélez, A.L. (2000). Marco Político y Legal de la Promoción de la Salud. *Colombia Médica*, 31, 86-95.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., y Restrepo, J. (2004). *Fundamentos de medicina*. Segunda edición. Medellín, Colombia: CIB, Corporación para investigaciones biológicas.
- Villa A. y Poblete, M. (2008). *Competence-based learning. A proposal for the assessment of generic competences*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Villa A. y Poblete, M. (2008b). *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. Segunda edición. Bilbao: Gestingraf, S.A.L.
- Villa, A., Calvete, E., Villardon, L., y Cardeñoso, O. (2005). *Estilos cognitivos y autoconcepto en estudiantes universitarios. Desarrollo de instrumentos de medida e impacto en el ajuste psicológico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., y Osman (2000). Cognitive content among bulimic women: the role of core beliefs. *International Journal Eat Disorder*, 28, 235-41.
- Weinstock, M. (2001). Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behavior of the offspring. *Progr Neurobiol*, 65, 427-451.

- Weiss, J.M. (1971). Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, *1*, 1-14.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire – Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 519-530.
- Well, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. New York: Wiley.
- Williams, K.L. y Galliher, R.V. (2006). Predicting depression and self-esteem from social connectedness, support, and competence. *Journal of Social & Clinical Psychology*, *25*, 855-874.
- Wintre, M. y Yaffe, M. (2000). First-year students' adjustment to university life as a function of relationships with parents. *Journals of Adolescent Research*, *15*, 9-37.
- Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C., Eaton, W.W. (1995). A self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. Max-Planck-Institut für Psychiatrie Clinical Institute, Munich, Germany. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *26*, 345-50
- Wittchen, H.U., Hofler, M. y Meister, W. (2001). Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int. Clin. Psychopharmacol*, *16*, 121-135.
- Wolff, T. M., Elston, R. C y Kissling, G. E. (1989). Relationship of hassles, uplifts and life events to psychological well-being of freshman medical students. *Journal of Behavioral Medicine*, *15*, 37-45.
- Wood, C.M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Dongil, E. y Salguero, J.M. (2010). Relación entre estrés, tabaco y trastorno de pánico. *Ansiedad y Estrés*, *16*, 309-325.
- Yepes, L.E. y Palacio, C.A. (2010). Trastornos depresivos. En Toro, R.J., Yepes, L.E. y Palacio, C.A. (2010). *Fundamentos de medicina y psiquiatría* (pp. 168-187). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.
- Yerkes, R.M. y Dobson, J.D. (1908). En A. Bellock et al. (2008). Manual de Psicopatología. Vol II. Barcelona, España: McGraw Hill.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema -focused approach*. Sarasota, Fl.: Professional Resource Exchange, Inc.

- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (ed.rev.). Sarasota, FL.: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J.E. (1998). The Young Schema Questionnaire: Short Form. Available at <http://www.schematherapy.com/id54.htm>
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Third edition. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E. y Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (segunda edición), en J.E. Young, J.E. y First, M. (1996). *Schema mode listing*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. y Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special edition*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E. y Klosko, J. (2001). *Reinventar tu vida*. Barcelona: Paidós.
- Yu, C-Y. (2002). *Evaluating Cutoff Criteria of Model Fit Indices for Latent Variable Models with Binary and Continuous Outcomes*. Tesis doctoral no publicada. Obtenida el 29 de marzo de 2011 en <http://www.statmodel.com/download/Yudissertation.pdf>.
- Yurdugül, H. (2008). Minimum sample size for cronbach's coefficient alpha: a Monte-Carlo study. *H. U. Journal of Education*, 35, 397-405
- Zubeidat, I., Salinas, J.M. y Sierra, J.C. (2009). Implicación de competencias psicosociales, problemas de conducta y variables de personalidad en la predicción de la ansiedad social ante la interacción social en adolescentes: Diferencias de sexo y edad. *Ansiedad y Estrés*, 15, 231-247.

# **ANEXOS**

ANEXO 1. CES-D (Radloff y Loche, 1977).

Indica con que frecuencia experimentaste cada uno de las siguientes vivencias durante el **ÚLTIMO MES**.

1= Prácticamente nunca  
 2= Algunas veces  
 3= Bastantes veces  
 4= Casi todo el tiempo

1.	Sentí que no podía salir de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos.	1 2 3 4
2.	Sentí que era tan bueno como otras personas.	1 2 3 4 *
3.	Me sentí molesto por cosas que habitualmente no me molestan.	1 2 3 4
4.	Las personas eran poco amistosas.	1 2 3 4
5.	Tuve dificultades en concentrarme en los que estaba haciendo.	1 2 3 4
6.	Me sentí deprimido.	1 2 3 4
7.	Me sentí esperanzado respecto al futuro.	1 2 3 4 *
8.	No me apetecía comer. Mi apetito era pobre.	1 2 3 4
9.	Sentí que no gustaba a la gente.	1 2 3 4
10.	Sentí que mi vida había sido un fracaso.	1 2 3 4
11.	Me sentí solo.	1 2 3 4
12.	Fui feliz.	1 2 3 4 *
13.	Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	1 2 3 4
14.	Sentí miedo.	1 2 3 4
15.	Tuve ganas de llorar.	1 2 3 4
16.	Disfrute de la vida.	1 2 3 4 *
17.	Mi sueño fue agitado o inquieto.	1 2 3 4
18.	Hablé menos de lo habitual.	1 2 3 4
19.	Me sentí triste.	1 2 3 4
20.	Sentí que no podía continuar.	1 2 3 4

ANEXO 2. Escalas de ansiedad del SCL-90-R (Deragotis, 1994).

(Items 1 a 10 ansiedad generalizada, resto ansiedad fóbica)

Lee atentamente la lista que presentamos. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piensa si te ha pasado **en las últimas semanas**, incluyendo el día de hoy.

0= si no ha tenido esa molestia en absoluto

1= si la ha tenido un poco presente

2= si la ha tenido moderadamente

3= si la ha tenido bastante

4= si la ha tenido mucho o extremadamente

1.Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
2.Temblores	0	1	2	3	4
3.Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
4.Sentirse temerosa	0	1	2	3	4
5.Que tu corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
6.Sentirse tensa o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
7.Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
8.Sentirse tan inquieta que no puedes ni estar sentada tranquila	0	1	2	3	4
9.Presentimientos de que va a pasar algo malo.	0	1	2	3	4
10.Pensamientos o imágenes estremecedoras que te dan miedo	0	1	2	3	4
11.Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
12.Miedo a salir de casa sola	0	1	2	3	4
13.Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
14.Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te dan miedo	0	1	2	3	4
15.Sentirte incómoda entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
16.Sentirte nerviosa cuando te quedas sola	0	1	2	3	4
17. Tener miedo de desmayarte en público	0	1	2	3	4

### ANEXO 3. Young Schema Questionnaire – Short Form (Young y Brown, 2001)

Validado para Colombia (Londoño et al., 2012, en prensa).

#### INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una serie de frases que una persona podría utilizar para *describirse a sí misma*. Por favor, lee cada frase y decide el grado de exactitud con que te describe. Cuando no estés seguro/a, basa tu respuesta en lo que *emocionalmente sientes, no en lo que pienses que es verdad*. Escoge el valor más alto de 1 a 6 que te describe, y márcalo junto a cada frase.

#### ESCALA DE PUNTUACIONES

- 1 = Totalmente falso
- 2 = La mayoría de las veces falso
- 3 = Más falso que verdadero
- 4 = Más verdadero que falso
- 5 = La mayoría de las veces verdadero
- 6 = Me describe perfectamente

1. Presiento que la gente se aprovechará de mí.	1 2 3 4 5 6
2. Pienso que ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.	1 2 3 4 5 6
3. No me aceptan en ningún lugar.	1 2 3 4 5 6
4. Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.	1 2 3 4 5 6
5. No hago casi nada tan bien en el trabajo (ó en los estudios) como lo pueden hacer otras personas.	1 2 3 4 5 6
6. Siento que en cualquier momento podría ocurrir un desastre (natural, criminal, financiero o médico).	1 2 3 4 5 6
7. No he sido capaz de independizarme de mis padres, como otras personas de mi edad parecen haberlo hecho.	1 2 3 4 5 6
8. Nadie que yo desee querría estar cerca de mí si me conociese realmente.	1 2 3 4 5 6
9. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de competencias.	1 2 3 4 5 6
10. No puedo escapar a la sensación de que algo malo va a ocurrir.	1 2 3 4 5 6
11. Tengo que ser el mejor en la mayoría de las cosas que hago; no puedo aceptar ser el segundo mejor.	1 2 3 4 5 6
12. Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido porque tengo miedo que me abandonen.	1 2 3 4 5 6
13. Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas, por conseguir un objetivo a largo plazo.	1 2 3 4 5 6
14. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	1 2 3 4 5 6
15. Soy básicamente diferente de las otras personas.	1 2 3 4 5 6
16. No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día.	1 2 3 4 5 6
17. No merezco el cariño, la atención ni el respeto de los demás.	1 2 3 4 5 6
18. Pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas.	1 2 3 4 5 6
19. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o de mi pareja.	1 2 3 4 5 6
20. Siempre he sido el que escucha los problemas de los demás.	1 2 3 4 5 6
21. Tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos.	1 2 3 4 5 6



ESCALA DE PUNTUACIONES	
1 = Totalmente falso	
2 = La mayoría de las veces falso	
3 = Más falso que verdadero	
4 = Más verdadero que falso	
5 = La mayoría de las veces verdadero	
6 = Me describe perfectamente	
22. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.	1 2 3 4 5 6
23. Intento hacer las cosas lo mejor que puedo; no puedo aceptar un "bastante bien".	1 2 3 4 5 6
24. Siento que no tendría que seguir las normas básicas ni convencionalismos que siguen los demás.	1 2 3 4 5 6
25. No tengo sentido común.	1 2 3 4 5 6
26. Las personas me ven como "alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí mismo".	1 2 3 4 5 6
27. Me preocupa que me puedan atacar.	1 2 3 4 5 6
28. Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	1 2 3 4 5 6
29. Durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie.	1 2 3 4 5 6
30. Estoy tan ocupado haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo/a.	1 2 3 4 5 6
31. Algunas veces estoy tan preocupado por la posibilidad de que las personas me dejen que me alejo de ellas.	1 2 3 4 5 6
32. Odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera.	1 2 3 4 5 6
33. Me siento poco integrado en los grupos.	1 2 3 4 5 6
34. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí mismo/a.	1 2 3 4 5 6
35. Debo cumplir todas mis responsabilidades.	1 2 3 4 5 6
36. En general, no he tenido a mi lado personas que me dieran cariño, apoyo y afecto.	1 2 3 4 5 6
37. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.	1 2 3 4 5 6
38. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	1 2 3 4 5 6
39. No me permito eludir mis responsabilidades ni buscar excusas para mis errores.	1 2 3 4 5 6
40. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.	1 2 3 4 5 6
41. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	1 2 3 4 5 6
42. No puedo fiarme de mi criterio en las situaciones cotidianas.	1 2 3 4 5 6
43. No me siento unido/a a nadie. Soy una persona solitaria.	1 2 3 4 5 6
44. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.	1 2 3 4 5 6
45. No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio).	1 2 3 4 5 6
46. La gente me ve como alguien emocionalmente rígido.	1 2 3 4 5 6
47. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.	1 2 3 4 5 6
48. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.	1 2 3 4 5 6
49. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	1 2 3 4 5 6

<p>ESCALA DE PUNTUACIONES</p> <p>1 = Totalmente falso</p> <p>2 = La mayoría de las veces falso</p> <p>3 = Más falso que verdadero</p> <p>4 = Más verdadero que falso</p> <p>5 = La mayoría de las veces verdadero</p> <p>6 = Me describe perfectamente</p>	
50. Durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuchase, me comprendiese o conectase con mis verdaderas necesidades o sentimientos.	1 2 3 4 5 6
51. No tengo tantas aptitudes para el trabajo (o estudio) como la mayoría de la gente.	1 2 3 4 5 6
52. Soy demasiado tímido/a para expresar sentimientos positivos hacia los demás (por ejemplo, cariño, preocupación...).	1 2 3 4 5 6
53. Me preocupa perder todo mi dinero y acabar en la miseria.	1 2 3 4 5 6
54. Soy el/la que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.	1 2 3 4 5 6
55. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento frustrado enseguida, y dejo de intentarlo.	1 2 3 4 5 6
56. Me controlo tanto que las personas piensan que no tengo sentimientos.	1 2 3 4 5 6
57. Raramente he tenido a una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.	1 2 3 4 5 6
58. Soy bastante desconfiado respecto a las intenciones de los demás.	1 2 3 4 5 6
59. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.	1 2 3 4 5 6
60. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y yo en la suya.	1 2 3 4 5 6
61. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo/a.	1 2 3 4 5 6
62. Me resulta embarazoso tener que expresar mis sentimientos a los demás.	1 2 3 4 5 6
63. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que comparta y se preocupe realmente por lo que me ocurre.	1 2 3 4 5 6
64. Siento que No soy simpático.	1 2 3 4 5 6
65. Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí, ocultarnos intimidades sin sentirnos culpables o traicionados.	1 2 3 4 5 6
66. Siento que lo que yo puedo ofrecer es más valioso que lo que los demás me aportan a mí.	1 2 3 4 5 6
67. Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.	1 2 3 4 5 6
68. Me preocupa estar empezando a sufrir una enfermedad grave, aunque ningún médico me ha diagnosticado nada importante.	1 2 3 4 5 6
69. Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1 2 3 4 5 6
70. Me preocupa que las personas a las que me siento unido me dejen o me abandonen.	1 2 3 4 5 6
71. No consigo obligarme a hacer aquello que no me gusta, aunque sepa que es por mi bien.	1 2 3 4 5 6
72. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.	1 2 3 4 5 6
73. Siento una presión constante por hacer las cosas y darlas por terminadas.	1 2 3 4 5 6
74. Me siento alejado del resto de personas.	1 2 3 4 5 6
75. Me cuesta obligarme a terminar tareas rutinarias o aburridas	1 2 3 4 5 6

## ANEXO 4. PBQ-SF (Beck y Beck, 2001)

PBQ-SF                      Belief Questionnaire		
Aaron T. Beck, M.D., Judith S. Beck, PhD. hb 4/14/95 rev.		
Validado para Colombia por Londoño, N.H., Calvete, E. y Palacio, J. (2011). <i>Revista de Psicología Conductual, en prensa.</i>		
<p>INSTRUCCIONES: Por favor lea las afirmaciones que aparecen a continuación, y evalúe que tanto cree en cada una de ellas. Trate de calcular cómo se siente LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO frente a cada afirmación. OPCIONES DE RESPUESTA:</p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">4.</span> <span style="margin-right: 100px;">3</span> <span style="margin-right: 100px;">2</span> <span style="margin-right: 100px;">1</span> <span>0</span> </p> <p style="text-align: center;">  ----- ----- ----- -----  </p> <p style="text-align: center;"> Lo creo totalmente      Lo creo mucho      Lo creo moderadamente      Lo creo poco      No lo creo para nada </p>		
1.	Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable.	4 3 2 1 0
2.	Debo evitar a toda costa sentimientos desagradables.	4 3 2 1 0
3.	Si las personas se comportan de forma amigable, quizás traten de usarme o explotarme.	4 3 2 1 0
4.	Busco no ser dominado por personas con autoridad, pero al mismo tiempo conservo su aprobación y aceptación.	4 3 2 1 0
5.	No puedo tolerar sentimientos desagradables.	4 3 2 1 0
6.	Las imperfecciones, los defectos o los errores son intolerables.	4 3 2 1 0
7.	Con frecuencia, los demás son demasiado exigentes.	4 3 2 1 0
8.	Debería ser el centro de atención.	4 3 2 1 0
9.	Si no soy sistemático, todo se derrumbará.	4 3 2 1 0
10.	Es intolerable que no se me tenga el debido respeto o que no consiga aquello a lo que tengo derecho	4 3 2 1 0
11.	Es importante que cualquier tarea se realice a la perfección.	4 3 2 1 0
12.	Disfruto más haciendo cosas a solas que con otros.	4 3 2 1 0
13.	Si no me mantengo alerta, los otros intentarán usarme o manipularme.	4 3 2 1 0
14.	La gente actúa por motivos ocultos.	4 3 2 1 0
15.	Ser abandonado es lo peor que me podría pasar.	4 3 2 1 0
16.	Los demás deberían reconocer lo especial que soy.	4 3 2 1 0
17.	Los demás intentarán menospreciarme a propósito.	4 3 2 1 0
18.	Necesito que los demás me ayuden a tomar decisiones diciéndome qué hacer.	4 3 2 1 0
19.	Los detalles son extremadamente importantes.	4 3 2 1 0
20.	Si considero a la gente muy mandona, tengo derecho a no tener en cuenta sus exigencias.	4 3 2 1 0
21.	Las figuras con autoridad tienden a ser impertinentes, exigentes, entrometidas y controladoras.	4 3 2 1 0
22.	La forma en que consigo lo que quiero es impresionando o divirtiendo a la gente.	4 3 2 1 0
23.	Debo hacer lo que sea para poderme salir con la mía.	4 3 2 1 0
24.	Si los demás descubren cosas sobre mí, las usarán en mi contra.	4 3 2 1 0
25.	Las relaciones son complicadas e interfieren con la libertad.	4 3 2 1 0
26.	Solo me comprenden las personas tan brillantes como yo.	4 3 2 1 0
27.	Puesto que soy superior, tengo derecho a un trato especial y a privilegios.	4 3 2 1 0
28.	Es importante para mí ser libre e independiente de los demás.	4 3 2 1 0

29.	En muchas ocasiones, estoy mucho mejor si me dejan solo.	4 3 2 1 0
30.	Es necesario ceñirse siempre a los estándares más altos, de lo contrario todo se vendrá abajo.	4 3 2 1 0
31.	Los sentimientos desagradables aumentarán y se volverán incontrolables.	4 3 2 1 0
32.	Vivimos en una selva y el mas fuerte es quien sobrevive.	4 3 2 1 0
33.	Debería evitar situaciones en las que llamo la atención, o ser lo más discreto posible.	4 3 2 1 0
34.	Si no atraigo la atención de los demás, no les gustaré.	4 3 2 1 0
35.	Si quiero algo, debería hacer lo que sea necesario para conseguirlo.	4 3 2 1 0
36.	Es mejor estar solo que sentirme “pegado” a otras personas.	4 3 2 1 0
37.	Si no entretengo o impresiono a la gente, no soy nada.	4 3 2 1 0
38.	Me golpearán si no golpeo primero.	4 3 2 1 0
39.	Cualquier señal de tensión en una relación indica que va mal; por lo tanto, debería terminar.	4 3 2 1 0
40.	Si no me desempeño al más alto nivel, fracasaré.	4 3 2 1 0
41.	Establecer plazos, satisfacer requerimientos, y adaptarme a los demás son golpes directos a mi orgullo y auto-suficiencia.	4 3 2 1 0
42.	He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde.	4 3 2 1 0
43.	Si la gente se acerca a mí, descubrirá mi yo “real” y me rechazarán.	4 3 2 1 0
44.	Soy una persona necesitada y débil.	4 3 2 1 0
45.	Cuando me dejan solo, quedo indefenso.	4 3 2 1 0
46.	Otras personas deberían satisfacer mis necesidades.	4 3 2 1 0
47.	Si sigo las reglas de la forma en que la gente lo espera, limitaré mi libertad de acción.	4 3 2 1 0
48.	Las personas se aprovecharán de mí si les doy la oportunidad.	4 3 2 1 0
49.	Tengo que estar en guardia todo el tiempo.	4 3 2 1 0
50.	Mi privacidad es mucho más importante para mí que la cercanía con la gente.	4 3 2 1 0
51.	Las reglas son arbitrarias y me asfixian.	4 3 2 1 0
52.	Es horrible que la gente me ignore.	4 3 2 1 0
53.	No me importa lo que piensan los demás.	4 3 2 1 0
54.	Necesito que los demás me pongan atención para ser feliz.	4 3 2 1 0
55.	Si entretengo a la gente, no notarán mis debilidades.	4 3 2 1 0
56.	Necesito a alguien que esté siempre a mi lado para que me ayude en caso de que algo salga mal.	4 3 2 1 0
57.	Cualquier imperfección o defecto en mi desempeño podría llevar a la catástrofe.	4 3 2 1 0
58.	Como soy tan talentoso, la gente debería preocuparse por promocionarme.	4 3 2 1 0
59.	Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí.	4 3 2 1 0
60.	A mi no me obligan las reglas que aplican para los demás.	4 3 2 1 0
61.	La fuerza o la astucia es la mejor manera de hacer las cosas.	4 3 2 1 0
62.	Debo tener acceso a la persona que me apoya todo el tiempo.	4 3 2 1 0
63.	Estoy básicamente solo – a menos que me pueda apegar a una persona más fuerte.	4 3 2 1 0
64.	No puedo confiar en los demás.	4 3 2 1 0
65.	No puedo resolver las cosas tan bien como lo hacen los demás.	4 3 2 1 0

ANEXO 5. Acontecimientos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004).

A fin de que podamos tener una idea las circunstancias estresantes que te han sucedido últimamente, por favor marca el número que muestre en que medida han sido estresantes o molestos estos problemas **durante los últimos 6 meses**. Para aquellos estresores que no hayas experimentado, simplemente indica “No me ha sucedido”.

	No me ha sucedido	Estresante			Muy
		Nada	Un poco	Algo	
1. Problemas o cambios en tu situación económica.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
2. Problemas académicos (demasiado trabajo o malas notas)	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
3. Experimentar problemas de salud.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
4. Cambios en cuanto a las responsabilidades en casa.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
5. Muerte de un familiar cercano o amigo/a.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
6. Separación o divorcio de los padres.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
7. Problemas o cambios laborales.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
8. Algo malo sucede a alguien que te preocupa.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
9. Cambio de residencia o vecindario.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
10. Ser víctima de un delito.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
11. Problemas de salud importantes en familiares cercanos o amigos.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
12. Estar rodeado de personas que son desconsideradas u ofensivas	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
13. Discusiones o problemas con un amigo/a.	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
14. Te gusta alguien a quien no gustas	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
15. Romper o ser rechazado por tu novio/a	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
16. Contratiempos, discusiones o conflictos con otros estudiantes	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
17. Problemas o discusiones con los miembros de la familia	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
18. Discusiones o problemas con tu pareja	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
19. Juntarte con nueva gente	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
20. Incomprensión por parte de los adultos	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3
21. Problemas al adaptarte a los grupos de trabajo	<input type="checkbox"/>	0	1	2	3

ANEXO 6. Autodiálogo Ansioso (ASSQ; Kendall y Hollon, 1989)

A continuación encontrarás una lista de pensamientos e ideas que, de forma inesperada, pueden asaltarnos a cualquiera de nosotras. Por favor, lee detenidamente cada uno de estos pensamientos e indica la frecuencia con que cada uno de ellos te ha asaltado **en los últimos meses**, utilizando esta escala:

1 = nunca 2 = alguna vez 3 = bastantes veces 4 = muchas veces 5 = todo el tiempo

1. ¿Qué voy a hacer con mi vida?	1	2	3	4	5
2. No lo voy a lograr.	1	2	3	4	5
3. ¿Qué pensará la gente de mí?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué voy a hacer?	1	2	3	4	5
5. ¿Podré conseguirlo?	1	2	3	4	5
6. No lo soporto.	1	2	3	4	5
7. ¿A quién puedo acudir?	1	2	3	4	5
8. Ojalá me muriera.	1	2	3	4	5
9. No debería sentirme así.	1	2	3	4	5
10. Necesito ayuda.	1	2	3	4	5
11. ¿Podré superar estas incertidumbres?	1	2	3	4	5
12. ¿Cómo me comportaré?	1	2	3	4	5
13. Creo que quiero llorar.	1	2	3	4	5
14. No puedo superarlo.	1	2	3	4	5
15. No puedo escapar.	1	2	3	4	5
16. Quiero defenderme pero me da miedo.	1	2	3	4	5
17. Es culpa mía.	1	2	3	4	5
18. ¿Lo voy a lograr?	1	2	3	4	5
19. No gusto ni le importo a nadie.	1	2	3	4	5
20. No puedo hacer nada bien.	1	2	3	4	5
21. Me siento totalmente confuso.	1	2	3	4	5
22. ¿Qué será de mí?	1	2	3	4	5
23. No puedo aguantarlo.	1	2	3	4	5
24. Ojalá pudiera escapar.	1	2	3	4	5
25. ¿Lo superaré?	1	2	3	4	5
26. No lo aguanto más.	1	2	3	4	5
27. Ojalá que no me vuelva loco.	1	2	3	4	5
28. Me pregunto si parezco tan tonto como me siento.	1	2	3	4	5
29. No quiero sentirme así.	1	2	3	4	5
30. ¿Qué va a pasar ahora?	1	2	3	4	5
31. No puedo más.	1	2	3	4	5
32. No terminaré nunca.	1	2	3	4	5

ANEXO 7. ATQ – R (Kendall, Howard y Hays, 1989)

A continuación se presentan una serie de pensamientos que las personas experimentan en ocasiones. Indica en qué medida reflejan tu forma de pensar en los últimos dos meses, utilizando esta escala:

**1** = Nunca    **2** = Alguna vez    **3** = Bastantes veces    **4** = Muchas veces    **5** = Todo el tiempo

1.	Siento como que estoy contra el mundo.	1	2	3	4	5
2.	No sirvo para nada, soy un inútil.	1	2	3	4	5
3.	Estoy orgulloso de mí mismo.	1	2	3	4	5*
4.	¿Pero es que nunca me va a salir nada bien?	1	2	3	4	5
5.	Nadie me comprende.	1	2	3	4	5
6.	He fallado a la gente.	1	2	3	4	5
7.	Me siento estupendamente.	1	2	3	4	5*
8.	No creo que pueda continuar.	1	2	3	4	5
9.	Desearía ser mejor.	1	2	3	4	5
10.	No importa qué suceda sé que lo conseguiré.	1	2	3	4	5*
11.	Me siento tan débil.	1	2	3	4	5
12.	Mi vida no va como yo quisiera.	1	2	3	4	5
13.	Puedo lograr cualquier cosa.	1	2	3	4	5*
14.	Me he defraudado a mí mismo.	1	2	3	4	5
15.	Ya nada parece estar bien.	1	2	3	4	5
16.	Me siento bien.	1	2	3	4	5*
17.	No puedo soportar más.	1	2	3	4	5
18.	No consigo poner en marcha las cosas.	1	2	3	4	5
19.	¿Qué falla en mí?	1	2	3	4	5
20.	Estoy a gusto y cómodo.	1	2	3	4	5*
21.	Ojalá estuviera en otra parte.	1	2	3	4	5
22.	No puedo organizar las cosas.	1	2	3	4	5
23.	Me odio a mí mismo.	1	2	3	4	5
24.	Confío en poder hacer lo que me propongo.	1	2	3	4	5*
25.	No valgo la pena.	1	2	3	4	5
26.	Quisiera desaparecer.	1	2	3	4	5
27.	¿Qué pasa conmigo?	1	2	3	4	5
28.	Me siento muy feliz.	1	2	3	4	5*
29.	Soy un perdedor.	1	2	3	4	5
30.	Mi vida es un desastre.	1	2	3	4	5
31.	Soy un fracaso.	1	2	3	4	5
32.	¡Es estupendo!	1	2	3	4	5*
33.	Nunca lo haré.	1	2	3	4	5
34.	Me siento tan indefenso.	1	2	3	4	5
35.	Algo tiene que cambiar.	1	2	3	4	5
36.	Debe haber algo que falla en mí.	1	2	3	4	5
37.	Soy más afortunado que la mayoría.	1	2	3	4	5*
38.	Mi futuro es poco prometedor.	1	2	3	4	5
39.	No merece la pena.	1	2	3	4	5
40.	No puedo terminar nada.	1	2	3	4	5

## ANEXO 8. Autorización A.T. Beck para validar la prueba en Colombia

Re: PBQ-SF (2007), Depression and anxiety, Colombia.

lunes, 28 de septiembre, 2009 12:50

"Aaron T. Beck" <[abeck@mail.med.upenn.edu](mailto:abeck@mail.med.upenn.edu)>  
[Ver detalles del contacto](#)

De:

"Nora Helena Londoño Arredondo" <[nora\\_londono@yahoo.es](mailto:nora_londono@yahoo.es)>

Para:

Dear Nora,

You have my permission to use the PBQ-SF for your doctoral thesis. I am attaching a copy of the scale for your use.

I cannot give you permission to use the BDI-II and BAI, however, as I recently gave publication and distribution rights for these scales to Pearson Assessment. For permission to use these scales, you may visit [www.beck scales.com](http://www.beck scales.com) <<http://www.beck scales.com>> (click on "Contact Us" to access the permissions form; graduate students can click on "Products and Services" and "Graduate Student Qualifications Form" under "Downloadable Forms" for a discount), or you may contact Larry Weiss at Pearson ([Larry.Weiss@Pearson.com](mailto:Larry.Weiss@Pearson.com) <<mailto:Larry.Weiss@Pearson.com>>) regarding your request.

I would greatly appreciate a copy of your results once you have completed your study.

Best of luck with your research,

ATB

ATB/let



ANEXO 9. Consentimiento Informado con Aval de Bioética



UNIVERSIDAD DE  
SAN BUENAVENTURA  
MEDELLÍN

Calidad Humana y Profesional



Medellín, 14 de diciembre de 2009

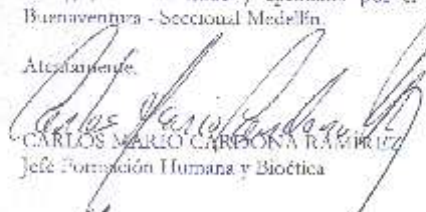
Psicóloga  
NORA HELENA LONDOÑO ARREDONDO  
Investigadora Principal  
Presente


Asunto: Revisión consentimiento informado


Cordial saludo

Le manifestamos que el Consentimiento Informado de la investigación "EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVA Y EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO CRÍTICO TC-PC." corresponde a mínimo riesgo: "el mínimo riesgo se da cuando se realiza alguna intervención en el sujeto para los requerimientos de cuidado y tratamiento, y al realizar éstos se toma información" (Artículo 11 de la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia, del 4 de octubre de 1993); ya fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura - Seccional Medellín.

Atentamente,

  
CARLOS MARIO CARBONA RAMÍREZ  
Jefe Formación Humana y Bioética

  
JORGE ARTURO PÉREZ PÉREZ  
Secretario Comité de Bioética

  
FEDERICO BURGOS ACIVILDO  
Asistente de Dirección de Investigaciones

Pasa C.

Campus Universitario: Calle 45 61-40 Bello Fax 456 33 17  
San Benito: Carrera 56C 51-90 Medellín Fax 513 82 94  
PBX 514 56 00. Apartados Aéreos: 5222 - 7370, Medellín.  
Nit: 890307400-1. Sitio Web: www.usbmed.edu.co









Control	ANONIMATO	Sin depresión	Depresión subclínica	Ansiedad subclínica	Ansiedad subclínica
Experimental	ANONIMATO	Sin depresión	Sin depresión	Sin ansiedad	Sin ansiedad
Control	ANONIMATO	Sin depresión	Depresión	Sin ansiedad	Ansiedad subclínica
Experimental	ANONIMATO	Sin depresión	Sin depresión	Ansiedad subclínica	Sin ansiedad

## ANEXO 11. Momentos de participación de los estudiantes

**Statistics**

Grupo			cesd1	cesd2	cesd3	cesd4	cesd5	cesd6	cesd7	cesd8	cesd9	cesd10
Solo pretest	N	Valid	110	106	109	110	110	108	110	109	110	110
		Missing	0	4	1	0	0	2	0	1	0	0
	Median	1.00	3.00	2.00	1.50	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	
Pretest y postest	N	Valid	351	351	353	355	355	351	351	354	352	355
		Missing	5	5	3	1	1	5	5	2	4	1
	Median	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	

**Statistics**

Grupo			cesd11	cesd12	cesd13	cesd14	cesd15	cesd16	cesd17	cesd18	cesd19	cesd20
Solo pretest	N	Valid	110	107	109	110	110	108	110	110	110	110
		Missing	0	3	1	0	0	2	0	0	0	0
	Median	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00	1.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00	1.00	
Pretest y postest	N	Valid	355	353	349	353	354	350	350	355	354	355
		Missing	1	3	7	3	2	6	6	1	2	1
	Median	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00	1.00	

**Statistics**

Grupo			scl1	scl2	scl3	scl4	scl5	scl6	scl7	scl8	scl9	scl10
Solo pretest	N	Valid	108	108	108	107	108	106	108	107	108	108
		Missing	2	2	2	3	2	4	2	3	2	2
	Median	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	
Pretest y postest	N	Valid	354	354	354	354	354	351	351	355	353	353
		Missing	2	2	2	2	2	5	5	1	3	3
	Median	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	

**Statistics**

Grupo			scl11	scl12	scl13	scl14	scl15	scl16	scl17
Solo pretest	N	Valid	106	108	108	108	108	108	108
		Missing	4	2	2	2	2	2	2
	Median	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	
Pretest y postest	N	Valid	354	355	355	354	355	355	355
		Missing	2	1	1	2	1	1	1
	Median	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	

**Statistics**

Grupo			pbq1	pbq2	pbq3	pbq4	pbq5	pbq6	pbq7	pbq8	pbq9	pbq10
Solo pretest	N	Valid	110	110	110	109	110	108	109	110	106	109
		Missing	0	0	0	1	0	2	1	0	4	1
	Median	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	3.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	3.00	
Pretest y postest	N	Valid	348	355	355	353	353	353	355	356	348	354
		Missing	8	1	1	3	3	3	1	0	8	2
	Median	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	.00	1.00	2.00	

**Statistics**

Grupo			pbq11	pbq12	pbq13	pbq14	pbq15	pbq16	pbq17	pbq18	pbq19	pbq20
Solo pretest	N	Valid	110	109	109	109	110	109	109	110	108	108
		Missing	0	1	1	1	0	1	1	0	2	2
	Median	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00	.00	3.00	2.00	2.00
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	.00	1.00	2.00	2.00	
Pretest y postest	N	Valid	354	354	355	355	352	353	356	355	353	355
		Missing	2	2	1	1	4	3	0	1	3	1
	Median	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	.00	1.00	2.00	2.00	

**Statistics**

Grupo			pbq21	pbq22	pbq23	pbq24	pbq25	pbq26	pbq27	pbq28	pbq29	pbq30
Solo pretest	N	Valid	110	110	109	110	110	110	110	110	109	109
		Missing	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
	Median	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	3.00	2.00	2.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	2.50	2.00	2.00	
Pretest y postest	N	Valid	354	355	352	352	353	354	353	352	351	354
		Missing	2	1	4	4	3	2	3	4	5	2
	Median	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	2.50	2.00	2.00	

**Statistics**

Grupo			pbq31	pbq32	pbq33	pbq34	pbq35	pbq36	pbq37	pbq38	pbq39	pbq40
Solo pretest	N	Valid	110	110	109	110	107	107	106	106	107	107
		Missing	0	0	1	0	3	3	4	4	3	3
	Median	1.00	2.00	2.00	.50	3.00	2.00	.00	.00	.00	2.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	.00	.00	1.00	2.00	
Pretest y postest	N	Valid	354	353	354	354	353	351	352	351	351	351
		Missing	2	3	2	2	3	5	4	5	5	5
	Median	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	.00	.00	1.00	2.00	

**Statistics**

Grupo			pbq41	pbq42	pbq43	pbq44	pbq45	pbq46	pbq47	pbq48	pbq49	pbq50
Solo pretest	N	Valid	107	107	107	107	106	106	107	107	106	106
		Missing	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4
	Median	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Pretest y postest	N	Valid	345	351	352	352	352	346	350	353	353	353
		Missing	11	5	4	4	4	10	6	3	3	3
	Median	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	

**Statistics**

Grupo			pbq51	pbq52	pbq53	pbq54	pbq55	pbq56	pbq57	pbq58	pbq59	pbq60
Solo pretest	N	Valid	105	106	105	106	106	107	107	107	107	107
		Missing	5	4	5	4	4	3	3	3	3	3
	Median	1.00	2.00	2.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	2.00	2.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	
Pretest y postest	N	Valid	353	351	350	353	348	353	353	353	352	344
		Missing	3	5	6	3	8	3	3	3	4	12
	Median	1.00	2.00	2.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	

**Statistics**

Grupo			pbq61	pbq62	pbq63	pbq64	pbq65
Solo pretest	N	Valid	107	106	106	107	107
		Missing	3	4	4	3	3
	Median	1.00	2.00	.00	1.00	.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164
	Median	2.00	2.00	.00	1.00	.00	
Pretest y postest	N	Valid	350	351	352	353	353
		Missing	6	5	4	3	3
	Median	2.00	2.00	.00	1.00	.00	

**Statistics**

Grupo			youn1	youn2	youn3	youn4	youn5	youn6	youn7	youn8	youn9	youn10
Solo pretest	N	Valid	110	110	109	108	109	110	110	110	109	109
		Missing	0	0	1	2	1	0	0	0	1	1
	Median	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	
Pretest y postest	N	Valid	354	354	353	348	352	351	352	350	352	349
		Missing	2	2	3	8	4	5	4	6	4	7
	Median	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	

**Statistics**

Grupo			youn11	youn12	youn13	youn14	youn15	youn16	youn17	youn18	youn19	youn20
Solo pretest	N	Valid	107	109	109	109	105	108	108	106	107	109
		Missing	3	1	1	1	5	2	2	4	3	1
	Median	2.00	2.00	2.00	2.00	4.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	4.00
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	3.00	2.00	2.00	1.00	4.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	4.00
Pretest y postest	N	Valid	349	352	351	347	349	351	348	350	348	350
		Missing	7	4	5	9	7	5	8	6	8	6
	Median	3.00	2.00	2.00	1.00	4.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	4.00

**Statistics**

Grupo			youn21	youn22	youn23	youn24	youn25	youn26	youn27	youn28	youn29	youn30
Solo pretest	N	Valid	109	106	103	105	106	105	104	105	106	106
		Missing	1	4	7	5	4	5	6	5	4	4
	Median	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	2.00	1.00	4.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00
Pretest y postest	N	Valid	352	349	346	343	348	343	345	345	346	343
		Missing	4	7	10	13	8	13	11	11	10	13
	Median	2.00	1.00	4.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00

**Statistics**

Grupo			youn31	youn32	youn33	youn34	youn35	youn36	youn37	youn38	youn39	youn40
Solo pretest	N	Valid	105	106	105	103	106	105	106	104	102	104
		Missing	5	4	5	7	4	5	4	6	8	6
	Median	1.00	3.00	1.00	2.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	2.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	3.00	2.00	2.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	2.00	
Pretest y postest	N	Valid	346	344	344	345	345	344	344	343	340	341
		Missing	10	12	12	11	11	12	12	13	16	15
	Median	1.00	3.00	2.00	2.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	2.00	



**Statistics**

Grupo			youn41	youn42	youn43	youn44	youn45	youn46	youn47	youn48	youn49	youn50
Solo pretest	N	Valid	106	106	106	106	106	105	104	105	105	108
		Missing	4	4	4	4	4	5	6	5	5	2
	Median	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00
Pretest y postest	N	Valid	346	342	342	343	346	344	342	346	346	348
		Missing	10	14	14	13	10	12	14	10	10	8
	Median	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00

**Statistics**

Grupo			youn51	youn52	youn53	youn54	youn55	youn56	youn57	youn58	youn59	youn60
Solo pretest	N	Valid	108	106	108	108	107	108	106	108	106	107
		Missing	2	4	2	2	3	2	4	2	4	3
	Median	1.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	1.50	2.00	1.00	1.00	2.00
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00
Pretest y postest	N	Valid	347	346	347	345	346	344	345	346	345	343
		Missing	9	10	9	11	10	12	11	10	11	13
	Median	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00

**Statistics**

Grupo			youn61	youn62	youn63	youn64	youn65	youn66	youn67	youn68	youn69	youn70
Solo pretest	N	Valid	107	107	108	106	107	106	107	105	108	105
		Missing	3	3	2	4	3	4	3	5	2	5
	Median	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	1.00	2.00
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164	164	164	164	164	164
	Median	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00
Pretest y postest	N	Valid	344	346	344	346	339	345	345	341	344	342
		Missing	12	10	12	10	17	11	11	15	12	14
	Median	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00

**Statistics**

Grupo			youn71	youn72	youn73	youn74	youn75
Solo pretest	N	Valid	108	108	108	108	108
		Missing	2	2	2	2	2
	Median	2.00	1.00	3.00	1.00	2.00	
Solo postest	N	Valid	0	0	0	0	0
		Missing	164	164	164	164	164
	Median	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	
Pretest y postest	N	Valid	344	344	344	347	347
		Missing	12	12	12	9	9
	Median	2.00	1.00	2.00	1.00	2.00	

**Statistics**

Grupo			cesd1b	cesd2b	cesd3b	cesd4b	cesd5b	cesd6b	cesd7b	cesd8b	cesd9b	cesd10b
Solo pretest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Solo postest	N	Valid	164	164	163	161	163	164	164	164	163	164
		Missing	0	0	1	3	1	0	0	0	1	0
	Median	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Pretest y postest	N	Valid	354	355	354	354	354	353	353	353	355	354
		Missing	2	1	2	2	2	3	3	3	1	2
	Median	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	1.00

**Statistics**

Grupo			cesd11b	cesd12b	cesd13b	cesd14b	cesd15b	cesd16b	cesd17b	cesd18b	cesd19b	cesd20b	
Solo pretest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Missing	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	
Solo postest	N	Valid	162	164	164	163	163	163	164	164	164	164	164
		Missing	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
		Median	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00	1.00	
Pretest y postest	N	Valid	352	354	350	355	353	354	355	355	355	356	
		Missing	4	2	6	1	3	2	1	1	1	0	
		Median	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00	1.00	

**Statistics**

Grupo			scl1b	scl2b	scl3b	scl4b	scl5b	scl6b	scl7b	scl8b	scl9b	scl10b
Solo pretest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Solo postest	N	Valid	155	157	156	156	157	156	157	156	156	156
		Missing	9	7	8	8	7	8	7	8	8	8
		Median	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	.00
Pretest y postest	N	Valid	350	349	348	348	347	348	350	348	349	349
		Missing	6	7	8	8	9	8	6	8	7	7
		Median	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00

**Statistics**

Grupo			scl11b	scl12b	scl13b	scl14b	scl15b	scl16b	scl17b
Solo pretest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	110	110	110	110	110	110	110
Solo postest	N	Valid	157	156	155	155	155	156	157
		Missing	7	8	9	9	9	8	7
		Median	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Pretest y postest	N	Valid	349	348	349	347	349	349	349
		Missing	7	8	7	9	7	7	7
		Median	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00

**Statistics**

Grupo			nstress	stres1	stres2	stres3	stres4	stres5	stres6	stres7	stres8	stres9	stres10
Solo pretest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Solo postest	N	Valid	161	110	147	117	122	74	60	74	116	72	59
		Missing	3	54	17	47	42	90	104	90	48	92	105
		Median	12.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00
Pretest y postest	N	Valid	353	255	319	250	242	140	98	123	246	145	103
		Missing	3	101	37	106	114	216	258	233	110	211	253
		Median	12.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	.00	.00

**Statistics**

Grupo			stres11	stres12	stres13	stres14	stres15	stres16	stres17	stres18	stres19	stres20	stres21
Solo pretest	N	Valid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Missing	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
Solo postest	N	Valid	100	95	108	88	78	71	112	112	121	89	97
		Missing	64	69	56	76	86	93	52	52	43	75	67
		Median	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00
Pretest y postest	N	Valid	219	204	240	169	159	182	241	210	290	231	213
		Missing	137	152	116	187	197	174	115	146	66	125	143
		Median	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00

## ANEXO 12. Pruebas de normalidad

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depresión	.103	276	.000	.959	276	.000
Depresión O2	.099	276	.000	.939	276	.000
Ansiedad T1	.141	276	.000	.906	276	.000
Ansiedad fóbica T1	.216	276	.000	.809	276	.000
Ansiedad T2	.144	276	.000	.897	276	.000
Ansiedad fóbica T2	.232	276	.000	.747	276	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CES-D pretest	Hombre	.145	64	.002	.892	64	.000
	Mujer	.073	127	.095	.978	127	.034
CES-D postest	Hombre	.151	64	.001	.941	64	.004
	Mujer	.077	127	.061	.973	127	.012
SCL TAG pretest	Hombre	.147	64	.001	.861	64	.000
	Mujer	.109	127	.001	.961	127	.001
SCL TAG postest	Hombre	.155	64	.001	.917	64	.000
	Mujer	.127	127	.000	.908	127	.000
SCL AF pretest	Hombre	.186	64	.000	.848	64	.000
	Mujer	.163	127	.000	.895	127	.000
SCL AF postest	Hombre	.163	64	.000	.860	64	.000
	Mujer	.207	127	.000	.825	127	.000
SCL AT pretest	Hombre	.151	64	.001	.874	64	.000
	Mujer	.100	127	.003	.954	127	.000
SCL AT postest	Hombre	.176	64	.000	.899	64	.000
	Mujer	.156	127	.000	.890	127	.000
CES-D Log10	Hombre	.112	64	.043	.982	64	.480
	Mujer	.083	127	.034	.940	127	.000
CES-D post Log10	Hombre	.098	64	.200*	.976	64	.251
	Mujer	.078	127	.053	.972	127	.010
SCL AG Log10	Hombre	.088	64	.200*	.987	64	.716
	Mujer	.107	127	.001	.933	127	.000
SCL AG post Log10	Hombre	.112	64	.047	.964	64	.058
	Mujer	.091	127	.011	.964	127	.002
SCL AF lg10	Hombre	.155	64	.001	.943	64	.005
	Mujer	.133	127	.000	.924	127	.000
SCL AFpost lg10	Hombre	.168	64	.000	.905	64	.000
	Mujer	.137	127	.000	.935	127	.000
SCL AT lg10	Hombre	.071	64	.200*	.989	64	.832
	Mujer	.072	127	.174	.960	127	.001
SCL ATpost lg10	Hombre	.086	64	.200*	.979	64	.330
	Mujer	.066	127	.200*	.987	127	.281

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Estrato codificado		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CES-D Log10	Bajo	.174	56	.000	.917	56	.001
	Medio	.077	112	.096	.970	112	.013
	Alto	.153	20	.200*	.948	20	.331
CES-D post Log10	Bajo	.076	56	.200*	.976	56	.332
	Medio	.067	112	.200*	.981	112	.123
	Alto	.174	20	.116	.917	20	.087
SCL AG Log10	Bajo	.137	56	.011	.968	56	.145
	Medio	.089	112	.028	.958	112	.001
	Alto	.139	20	.200*	.932	20	.169
SCL AG post Log10	Bajo	.190	56	.000	.936	56	.005
	Medio	.065	112	.200*	.971	112	.015
	Alto	.115	20	.200*	.957	20	.485
SCL AF Ig10	Bajo	.130	56	.019	.914	56	.001
	Medio	.129	112	.000	.938	112	.000
	Alto	.128	20	.200*	.928	20	.138
SCL AFpost Ig10	Bajo	.145	56	.005	.904	56	.000
	Medio	.134	112	.000	.934	112	.000
	Alto	.150	20	.200*	.940	20	.238
SCL AT Ig10	Bajo	.091	56	.200*	.967	56	.126
	Medio	.068	112	.200*	.980	112	.100
	Alto	.122	20	.200*	.962	20	.574
SCL ATpost Ig10	Bajo	.077	56	.200*	.967	56	.121
	Medio	.068	112	.200*	.989	112	.471
	Alto	.147	20	.200*	.965	20	.640

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Tests of Normality**

	Ciudad	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CES-D Log10	1	.082	52	.200*	.962	52	.095
	2	.104	139	.001	.955	139	.000
CES-D post Log10	1	.117	52	.075	.965	52	.127
	2	.076	139	.050	.977	139	.017
SCL AG Log10	1	.093	52	.200*	.958	52	.064
	2	.084	139	.017	.964	139	.001
SCL AG post Log10	1	.124	52	.045	.936	52	.008
	2	.074	139	.061	.976	139	.013
SCL AF lg10	1	.145	52	.008	.930	52	.004
	2	.129	139	.000	.933	139	.000
SCL AFpost lg10	1	.124	52	.044	.940	52	.011
	2	.144	139	.000	.921	139	.000
SCL AT lg10	1	.094	52	.200*	.949	52	.027
	2	.081	139	.025	.980	139	.037
SCL ATpost lg10	1	.119	52	.063	.966	52	.149
	2	.055	139	.200*	.988	139	.305

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Tests of Normality**

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Número de sucesos vitales	Hombre	.108	134	.001	.953	134	.000
	Mujer	.109	222	.000	.960	222	.000
Número de sucesos totales	Hombre	.102	134	.002	.957	134	.000
	Mujer	.073	222	.006	.968	222	.000
Número de sucesos sociales	Hombre	.123	134	.000	.918	134	.000
	Mujer	.132	222	.000	.918	222	.000
Estrés percibido	Hombre	.072	134	.081	.970	134	.005
	Mujer	.056	222	.084	.987	222	.036

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Ciudad	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Número de sucesos vitales	Barranquilla	.144	115	.000	.924	115	.000
	Medellín	.097	241	.000	.966	241	.000
Número de sucesos totales	Barranquilla	.091	115	.019	.946	115	.000
	Medellín	.079	241	.001	.967	241	.000
Número de sucesos sociales	Barranquilla	.109	115	.002	.933	115	.000
	Medellín	.141	241	.000	.908	241	.000
Estrés percibido	Barranquilla	.084	115	.045	.961	115	.002
	Medellín	.055	241	.075	.989	241	.077

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Estrato codificado	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Número de sucesos vitales	Bajo	.138	87	.000	.948	87	.002
	Medio	.102	220	.000	.963	220	.000
	Alto	.178	45	.001	.936	45	.015
Número de sucesos totales	Bajo	.091	87	.072	.950	87	.002
	Medio	.074	220	.005	.967	220	.000
	Alto	.116	45	.158	.944	45	.030
Número de sucesos sociales	Bajo	.134	87	.001	.921	87	.000
	Medio	.137	220	.000	.914	220	.000
	Alto	.137	45	.034	.919	45	.004
Estrés percibido	Bajo	.088	87	.093	.972	87	.056
	Medio	.048	220	.200 <sup>*</sup>	.988	220	.055
	Alto	.110	45	.200 <sup>*</sup>	.927	45	.007

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Tests of Normality**

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Deprivación	Hombre	.163	134	.000	.873	134	.000
	Mujer	.187	222	.000	.834	222	.000
Abandono	Hombre	.120	134	.000	.923	134	.000
	Mujer	.113	222	.000	.943	222	.000
Maltrato	Hombre	.129	134	.000	.903	134	.000
	Mujer	.135	222	.000	.898	222	.000
Defectuosidad	Hombre	.159	134	.000	.881	134	.000
	Mujer	.195	222	.000	.825	222	.000
Aislamiento	Hombre	.118	134	.000	.943	134	.000
	Mujer	.129	222	.000	.944	222	.000
Fracaso	Hombre	.175	134	.000	.859	134	.000
	Mujer	.186	222	.000	.832	222	.000
Dependencia	Hombre	.118	134	.000	.921	134	.000
	Mujer	.126	222	.000	.916	222	.000
Vulnerabilidad	Hombre	.115	134	.000	.930	134	.000
	Mujer	.106	222	.000	.954	222	.000
Apego	Hombre	.135	134	.000	.932	134	.000
	Mujer	.106	222	.000	.944	222	.000
Subyugación	Hombre	.177	134	.000	.914	134	.000
	Mujer	.113	222	.000	.940	222	.000
Autosacrificio	Hombre	.088	134	.013	.965	134	.002
	Mujer	.106	222	.000	.963	222	.000
Inhibición	Hombre	.108	134	.001	.953	134	.000
	Mujer	.113	222	.000	.920	222	.000
Estándares	Hombre	.058	134	.200 <sup>*</sup>	.988	134	.286
	Mujer	.065	222	.025	.988	222	.070
Grandiosidad	Hombre	.116	134	.000	.970	134	.005
	Mujer	.105	222	.000	.975	222	.000
Aucontrol insuficiente	Hombre	.112	134	.000	.943	134	.000
	Mujer	.139	222	.000	.945	222	.000

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.



**Tests of Normality**

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Antisocial	Hombre	.085	134	.018	.971	134	.006
	Mujer	.081	222	.001	.987	222	.036
Por evitación	Hombre	.119	134	.000	.973	134	.009
	Mujer	.084	222	.001	.983	222	.009
Límite	Hombre	.147	134	.000	.934	134	.000
	Mujer	.113	222	.000	.952	222	.000
Por dependencia	Hombre	.085	134	.019	.958	134	.000
	Mujer	.080	222	.001	.973	222	.000
Histriónico	Hombre	.139	134	.000	.953	134	.000
	Mujer	.106	222	.000	.951	222	.000
Narcisista	Hombre	.094	134	.005	.959	134	.000
	Mujer	.088	222	.000	.979	222	.002
Obsesivo-compulsivo	Hombre	.074	134	.067	.985	134	.155
	Mujer	.075	222	.004	.985	222	.022
Paranoide	Hombre	.093	134	.006	.945	134	.000
	Mujer	.097	222	.000	.953	222	.000
Pasivo-agresivo	Hombre	.086	134	.017	.975	134	.013
	Mujer	.072	222	.008	.990	222	.118
Esquizoide	Hombre	.105	134	.001	.983	134	.094
	Mujer	.082	222	.001	.983	222	.010

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

Experimental v control		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ATQ negativo post	1	.149	55	.154	.885	55	.009
	2	.134	55	.180	.843	55	.000
ATQ positivo postest	1	.128	55	.200*	.951	55	.268
	2	.114	55	.200*	.955	55	.230
ASS postest	1	.112	55	.200*	.946	55	.203
	2	.181	55	.014	.848	55	.001
CES-D postest	1	.137	55	.200*	.942	55	.161
	2	.161	55	.045	.903	55	.010
SCL TAG postest	1	.146	55	.179	.900	55	.018
	2	.226	55	.000	.719	55	.000
SCL AF postest	1	.284	55	.000	.744	55	.000
	2	.308	55	.000	.527	55	.000

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

## ANEXO 13. Taller Salud mental y desarrollo del pensamiento crítico

### ***Módulo 1. Preparación***

Duración: 2 horas.

#### *Objetivo*

Motivar a los participantes y promover en ellos una actitud favorable hacia el auto conocimiento y los procesos de cambio, de tal manera que contribuya al estado de salud mental.

#### *Propósito*

Esta sesión introductoria tiene como propósito presentar el programa a los participantes y generar mecanismos de interacción que favorezcan el compromiso y la motivación por los cambios en los patrones de personalidad (esquemas maladaptativos tempranos, creencias asociadas a trastornos de personalidad y pensamientos depresivos y ansiosos) y así tener una repercusión favorable en los síntomas de depresión y ansiedad. Se hará énfasis en los niveles de resistencia para la generación de los cambios en los patrones de personalidad, y la necesidad de mejorar la calidad del pensamiento para que éste sea menos negativo y con menos expectativas amenazantes ante condiciones no justificadas desde la lógica del peligro real, con el propósito de lograr flexibilidad y patrones más adaptativos en la medida que sean congruentes con la situación.

#### *Justificación*

La OMS expresa su compromiso con la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y los trastornos mentales. Propone metodologías más reflexivas, donde los participantes logren identificar la relación existente entre su estilo de vida y la salud integral. La promoción contempla dentro de los factores individuales, componentes de personalidad a manera de la capacidad de adaptación, tolerancia, flexibilidad y relaciones interpersonales consigo mismo y con su ambiente satisfactoria. Por otro lado, el Estado Colombiano en su decreto 3039 de Salud Pública, compromete a las diferentes entidades y en especial a las educativas, para diseñar programas que beneficien la calidad de vida de la población.

#### *Estructura*

Conducta de entrada: se debe precisar la ruta clara para que los participantes lleguen al lugar y recibirlos dentro del recinto.

Presentación de los participantes: se realizará una breve presentación de los participantes en caso de ser grupos no estructurados y la presentación de quien coordina el taller. Es fundamental que cada participante escriba su nombre en una hoja con marcadores y los peguen de manera visible

Si son grupos estructurados, se realizará una presentación de quien coordina el taller y alguno de los participantes puede presentar el grupo en general y sus expectativas.

Descripción del lugar de trabajo: si el lugar no es familiar para los participantes, se indicarán las áreas del lugar y las opciones de hacer uso de los servicios.

Breve introducción del programa: se contextualizará a los participantes del tema del programa, la duración e intensidad de las sesiones (8 sesiones de dos horas cada una) y las alternativas en caso de no asistir a alguna de ellas (apoyo por internet o acompañamiento individual en otro momento acordado).

Aplicación de las pruebas sobre depresión, ansiedad y sobre pensamientos automáticos de depresión y de ansiedad con su respectivo consentimiento informado: se hace la lectura de las instrucciones de la prueba, y se resolverán inquietudes (ir a instrumentos etapa dos del estudio: ANEXO 1. CES-D (Radloff y Loche, 1977); ANEXO 2. Escalas de ansiedad del SCL-90-R (Deragotis, 1994); ANEXO 7. ATQ – R (Kendall, Howard y Hays, 1989) ANEXO 6. Autodiálogo Ansioso (ASSQ; Kendall y Hollon, 1989)).

Presentación de la propuesta: se realiza la presentación del programa, utilizando ayudas audiovisuales y material fotocopiado de las diapositivas. Se preferirá una presentación espontánea, se insistirá en algunas prácticas dentro de las sesiones y las tareas para casa.

Práctica diálogo socrático: se buscará que las personas identifiquen las principales dificultades que han tendido en los últimos doce meses, tales como problemas en el trabajo, en la familia, con amigos, dificultades económicas o asuntos referentes al dinero, salud, etc. Se elegirá una de ellas con posibilidad de intervenir, y se iniciará con la secuencia Pregunta y Respuesta, identificándoles con número: P1:.....

R1: .....

P2.....

R2.....

Se motiva el grupo para que no sea una secuencia inferior a cinco. Posteriormente se sacan conclusiones y se proponen acciones. Se realiza conducta de cierre

Recursos metodológicos y técnicos: Se requiere de un espacio con capacidad para 20 personas (aula con buena iluminación), 20 sillas móviles, tablero, computador, proyector, grabadora, filmadora, y con zona verde para actividades recreativas.

#### *Recursos bibliográficos*

Fotocopias de material bibliográfico (La mini-guía, en cuadernillo); Fotocopia con la impresión de las diapositivas de apoyo a la presentación; Fotocopias de hojas de respuesta de las

pruebas a aplicar; Lápices; Libreta de notas, hojas tamaño oficio, marcadores y cinta de enmascarar (para escribir los nombres). .

### ***Módulos sobre Desarrollo del pensamiento crítico y diálogo socrático***

*Módulos: 2, 3 y 4 (ver cuadro Estructura del programa)*

Duración: 6 horas.

#### *Introducción*

Los módulos 2-4 buscan implementar el modelo de desarrollo del pensamiento crítico para que los participantes se apropien de él y lo practiquen como estrategia para resolver diferentes problemas de la vida cotidiana. Para esto, se hace necesario que se identifiquen los elementos que componen el pensamiento crítico, los estándares de calidad, y los rasgos de personalidad que favorecen el proceso.

#### *Objetivo*

Aproximar a los participantes en el Modelo del desarrollo del pensamiento crítico para ser aplicado a diferentes problemas de la vida cotidiana, enfatizando en el diálogo socrático e identificando los elementos del pensamiento, los estándares de calidad y los rasgos de personalidad que favorecen al pensamiento crítico.

#### *Propósito*

Estas sesiones buscan que los participantes conozcan el modelo del desarrollo del pensamiento crítico propuesto por Richard Paul y Linda Elder. El énfasis de este módulo será el diálogo socrático aplicado a los diferentes problemas de la vida cotidiana, con la utilización de los componentes del pensamiento crítico: elementos, estándares y rasgos.

#### *Justificación*

El pensador crítico se hace a través de su práctica, y para esto requiere de una metodología que no solamente exponga la estructura del modelo, sino que trabaje directamente prácticas en diálogos socráticos, con énfasis en la pregunta, para movilizar el pensamiento. Dentro del modelo propuesto por Richard Paul y Linda Elder, se identifica la manera como la persona puede apropiarse de las herramientas y aplicarlas a mejorar la calidad de sus pensamientos, lo que llevaría a mejorar la calidad de vida.

### *Estructura*

La fuente de información para estas sesiones son dos básicas:

- La MINI-GUIA elaborada por Richard Paul y Linda Elder
- Las 9 estrategias para la vida cotidiana.

Se debe además contar con la información básica de éstos en presentación en PowerPoint. Podrían disponerse de fichas bibliográficas sobre los elementos y los estándares, donde cada ficha contiene el nombre, la definición y ejemplos.

Cada sesión debe iniciar planteando el objetivo de la sesión en relación con el objetivo general del taller.

Se debe continuar retomando la sesión anterior e identificar las prácticas que las personas han logrado hacer entre sesiones. Motivar a los participantes en cada sesión para que estos realicen las prácticas fuera de las sesiones, insistir en la necesidad de ejercitar el pensamiento.

Dentro de cada sesión se debe realizar mínimo una práctica socrática, lanzar preguntas en la medida que avanza ésta actividad sobre el número de preguntas que llevan con el fin de motivar a la generación de un mayor número de preguntas.

Cada sesión debe finalizarse con una tarea de práctica socrática, la cual debe ser aprovechada en problemáticas de la vida cotidiana que cada participante tenga. Esta actividad debe ser presentada por escrito en cada sesión.

### *Recursos bibliográficos*

Fotocopia del material bibliográfico que se dispuso desde el primer módulo de la mini-guía; Fotocopia del documento sobre las 9 estrategias para la vida cotidiana; Fotocopia de la impresión de la presentación; Hojas en blanco para la práctica de los diálogos socráticos individuales; Lápices; Fichas bibliográficas; Archivos en PowerPoint sobre la información a desarrollar.

***Módulos sobre Desarrollo del pensamiento crítico orientado a la prevención de la depresión y la ansiedad y a la promoción de patrones de personalidad saludables***

*Módulos: 5, 6, 7 y 8 (ver cuadro Estructura del programa).*

Duración: 8 horas.

### *Introducción*

Se aplicará el modelo a la promoción de la salud, específicamente a la salud mental, a través del autoconocimiento, fomentando el pensamiento crítico frente al reconocimiento de indicadores clínicos de la depresión y la ansiedad, los factores de riesgo y protección, nuestros patrones de personalidad saludables y patológicos.

Para el reconocimiento de los indicadores clínicos y los factores de riesgo se presentan los estudios realizados con el grupo de participantes al iniciar su carrera universitaria, a fin de tener mayor acercamiento y motivación por la información. Además, se apoyará con información sobre la teoría de factores de riesgo y protección del modelo de la terapia cognitiva. Con relación a las temáticas frente al constructo de la personalidad, las sesiones están orientadas a reconocer las estrategias con las cuales los seres humanos estamos dotados para adaptarnos a las situaciones, y cómo éstas se van haciendo rígidas o hipervalentes dependiendo de los contextos familiares y sociales donde hemos crecido. La funcionalidad de estas estrategias nos ha permitido sobrevivir y adaptarnos a las diferentes condiciones de vida, pero en ocasiones generan obstáculos cuando son empleadas de manera rígida, generalizada y en contextos no congruentes. Para desarrollar estas sesiones, se debe tener conocimiento sobre teoría cognitiva de la depresión y la ansiedad (Beck et al., 1976; 1987), los patrones de personalidad saludables y patológicos propuestos por Millon (1993; 2000), y los planteamientos de la terapia cognitiva para los trastornos de la personalidad (Beck, Freeman et al., 1995; Beck, Freeman, Davis et al, 2004). En estos se plantean los patrones de personalidad y el proceso a patrones hipervalentes.

El diálogo socrático será aplicado para favorecer la identificación de indicadores clínicos de depresión y ansiedad y los factores de riesgo, y dentro de éstos nuestros patrones de personalidad y nuestras creencias y pensamientos. Los diálogos socráticos facilitan el reconocimiento de los diferentes contextos que han influido en nuestras creencias, el reconocimiento de la historia personal y de nuestra personalidad y éstos como se relacionan con la manera de pensar el mundo y de pensarnos. Por otro lado, pensar críticamente frente a los diferentes contextos favorece que pensemos de otra manera los sucesos y nos enfrentemos a nuestra realidad actual para mejorarla. La realidad actual es mi pensamiento, mi personalidad, la relación con los demás y con los demás contextos, y el pensamiento crítico aprovecha los recursos externos y propios para mejorar su calidad de vida y su salud mental.

### *Objetivo*

Apropiarse de la metodología del diálogo socrático para ser aplicado a la promoción de patrones de personalidad saludables y a la prevención de la depresión y la ansiedad.

### *Propósito*

Las sesiones enfocadas a los patrones de personalidad buscan que los participantes aumenten el autoconocimiento, apliquen el modelo del desarrollo del pensamiento crítico y mejoren la calidad de sus pensamientos en la vida cotidiana. El énfasis de estos módulos será el diálogo socrático aplicado a los diferentes patrones de personalidad, y cómo éstos pueden operar de manera saludable o no para prevenir la depresión y la ansiedad.

### *Justificación*

El desarrollo del pensamiento crítico busca mejorar la calidad del pensamiento y con éste la calidad de vida. Se hace necesario una reflexión frente a las características de personalidad que predomina en cada uno de nosotros, e identificar los patrones de personalidad saludables y el peso que tienen en la manera como nos relacionamos con los demás y como enfrentamos las condiciones de estrés en la vida cotidiana. De esta manera, la depresión y la ansiedad son vistas como respuestas no favorables para afrontar el estrés.

### *Estructura*

La fuente de información para estas sesiones son los planteamientos de Beck et al. (2004) sobre la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad, y de Millon et al (1992, 2000, 2004, 2009) sobre patrones de personalidad saludables. Por otro lado, se continuará con el material dispuesto en las sesiones anteriores (Miniguía y estrategias para la vida cotidiana).

Las prácticas socráticas serán orientadas de tal manera que los participantes identifiquen cada uno de los patrones de personalidad y su activación ante determinados acontecimientos estresantes. Así mismo, la identificación de las situaciones que incrementan síntomas de depresión y ansiedad favorecen el reconocimiento de las estrategias saludables o no para afrontar el estrés y la relación con los patrones de personalidad. Los patrones de personalidad se han adquirido y reforzados, tienen componentes hereditarios, la historia y los contextos los han reforzado igualmente y las estrategias que hemos desarrollado para adaptarnos si bien han favorecido, podrían pensarse como el punto de partida para nuestro proceso de flexibilización.

### *Recursos*

Fotocopia del material bibliográfico que se dispuso desde el primer módulo de la mini-guía y las 9 estrategias para la vida cotidiana; Hojas en blanco para la práctica de los diálogos socráticos individuales; Lápices; Fotocopia de la presentación y Archivos en PowerPoint sobre la información a desarrollar.

Población destinada: estudiantes universitarios

Población estimada: 80 participantes, entre 20 y 25 personas por grupo.

### ***SEGUIMIENTO***

Se realiza la prueba posttest tres meses después de haber finalizado el programa de prevención primaria, enviada por internet por los participantes. Acá los participantes contestarán nuevamente las siguientes pruebas: CES-D síntomas de depresión, SCL-90 R síntomas de ansiedad, Pensamientos automáticos de depresión y Pensamientos automáticos de ansiedad.

### ***MECANISMOS DE PROMOCIÓN***

El principal mecanismo no debe ser solo la coordinación de actividades con Bienestar institucional; deben precisarse acuerdos para que los currículos a manera de electivas puedan presentar la propuesta, o dentro de un programa ya elaborado orientado al crecimiento personal y la calidad de vida.

Mecanismos de evaluación: los participantes harán una evaluación periódica frente al programa, a los recursos y al compromiso y motivación.

Material de apoyo: fotocopias, documentación, guías o referencias bibliográficas y de consultas por Internet para familiarizarse con los contenidos de pensamiento crítico y de personalidad saludable.

Tareas para casa: se consideran de gran importancia para el alcance de los objetivos, y favorece el reconocimiento de situaciones a las que se le quiere dar mayor énfasis en la cotidianidad de la vida. El énfasis será en los diálogos socráticos que se elaboran.

Encargado: psicólogo con un perfil clínico e interesado en procesos pedagógicos del desarrollo del pensamiento crítico.



Cuadro 9. Estructura del programa Salud mental y pensamiento crítico.

MODULO	PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA	RECURSOS/ MATERIAL
Módulo 1 Preparación	Presentación de los participantes y del programa Motivación	Proponer una actividad de presentación de los participantes y sus expectativas. Entregar la Guía para los participantes y revisar su contenido. Presentación del programa a través de diapositivas, y el apoyo de la Guía que contiene las presentaciones. Motivar a los participantes planteando ventajas de finalizar el programa e identificar con ellos posibles circunstancias que lleven a la desmotivación y a la deserción y las desventajas de no finalizar el programa. Aplicación de la prueba pretest sobre pensamientos automáticos	Salón amplio con sillas cómodas preferiblemente con facilidad para escribir. Lista de asistencia. Formato de datos generales de los participantes. Video beam. Lápices. Guía para los participantes. Cuestionario
Módulo 2 Diálogo socrático y Elementos del pensamiento crítico	Presentación del modelo del diálogo socrático Analizar los elementos propuestos por Richard Paul del pensamiento crítico	Descripción de la dinámica de preguntas y respuestas del diálogo socrático, y llevar a cabo un ejercicio práctico sobre problemas de la vida cotidiana que tengan los participantes generados por su manera de ser. Entrega del manual MINI-GUIA para orientar la revisión de los elementos del pensamiento crítico mientras se exponen en video-beam	Guía de los participantes. Cuadernillos MINI-GUIA Video beam Hojas Lápices

Módulo 3 Estándares del calidad	Analizar los estándares de calidad del pensamiento crítico propuestos por Richard Paul y Linda Elder	Proponer una dinámica donde los participantes generen más preguntas para abordar los estándares de calidad que se están presentando. Realizar la práctica del diálogo socrático siguiendo el diálogo trabajado en la sesión anterior o refiriendo otro tema, y aplicar los criterios de calidad.	Guía de los participantes. Cuadernillos MINI-GUIA Video beam. Hojas Lápices
Módulo 4 Pensamiento egocéntrico, rasgos intelectuales y Valores, prácticas para la vida cotidiana	Enfatizar en la tendencia del pensamiento egocéntrico y desarrollar el tema sobre los rasgos intelectuales y valores del pensador crítico, y aplicación del modelo a la vida cotidiana.	Revisar las tendencias del pensamiento egocéntrico con apoyo del manual de la MINI GUIA, y desarrollar el tema sobre los rasgos intelectuales y valores del pensador crítico y aplicación del modelo a la vida cotidiana.	Cuadernillo Mini-Guía Fotocopia sobre las estrategias para la vida cotidiana
Módulo 5 Depresión y ansiedad	Presentar el modelo de vulnerabilidad estrés en la psicopatología con énfasis en las propuestas teóricas de Beck et al. (1976; 1987) sobre los trastornos de depresión y ansiedad y los factores de riesgo y protección	Presentar a través de las diapositivas el modelo de vulnerabilidad estrés, apoyado con el material impreso de las diapositivas para que los participantes tomen nota de sus inquietudes. Práctica de diálogo socrático para identificar salud mental y personalidad.	Video-beam Guía de los participantes. Hojas, Lápices Cuestionarios indicadores clínicos y de pensamiento (CES-D, SCL-90; ATQ; ASSQ).

Módulo 6 Patrones de personalidad saludables	Presentación de los patrones de personalidad saludables y las características fundamentales.	Presentación de los patrones de personalidad independiente, dependiente, ambivalente y desvinculada con descripción de su estructura normal y saludable.	Guía de los participantes Video-beam. Hojas Lápices
Módulo 7 Patrón de personalidad patológicos	Presentación de los patrones de personalidad patológicos con énfasis en el <i>continuum</i> patrón saludable y patológico.	Presentación de los patrones de personalidad patológicos. Apoyarse de la presentación y de la Guía de los participantes, promover la participación y realizar la práctica del diálogo socrático.	Guía de los participantes Video-beam. Hojas Lápices
Módulo 8.	Finalización del programa y evaluación del mismo.	Proponer la evaluación del programa a través de un formato y dinámica participativa.	Pruebas Formato de evaluación. Hojas Lápices

ANEXO 14. Diálogos Socráticos con criterios de Pensamiento Crítico

Formato

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
<b>Criterio clínico*</b>						
Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest	
AQUÍ COPIAR TEXTO						
<p><b>ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR</b></p> <p>Criterios clínicos:</p> <p>Elementos: identificar cuales se presentaron y cuáles no, considerar propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista, con el material que contaban los participantes de la MINI GUIA del modelo de Paul y Elder (2003).  El nivel de preguntas promediada por prácticas: (considera como criterio bajo menos de 5; medio= entre 5 a 10; alto= más de 10).  Estándares de calidad: (identificar el nivel y justificar brevemente).  Claridad:  Exactitud:  Profundidad:  Amplitud:  Lógica:</p>						

\*Extraídos de los cuestionarios clínicos

Caso #1. Hombre, 20 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
25/5=5	2	2	1	0	2	7

**Criterio clínico:**

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
0	0	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Qué es hoy en día mi vida?

R1. Me encuentro emocionado con lo que estoy estudiando, mi relación familiar no es la mejor pero siempre ha sido así, entonces no encuentro mucho problema por esta parte. En cuanto a lo emocional, me encuentro feliz y consciente de lo que quiero. (Claridad)

P2. ¿Cómo está mi situación sentimental – amorosa?

R2. Regular, ando muy indeciso de lo que quiero con respecto al amor, pero tengo buenos sentimientos aunque en ocasiones no lo sé expresar muy bien que digamos.

P3. ¿Cómo aprovecho mi vida?

R3. Hasta el momento considero que es algo muy normal, hago lo que me gusta, me dan lo que me merezco y en ocasiones me veo desesperada al no estar haciendo nada, como entrar en la universidad y es muy exigente, me acostumbre a estar entretenido de una manera muy educativa.

P4. ¿Será que lo que estoy haciendo lo considero como aprovechar bien mi vida?

R4. Hay cosas buenas y malas, creo que tengo errores, como todos, pero también sé que no todo lo que hago le hace bien a mi vida.

P5. ¿Qué considero como error o tiempo mal aprovechado, para el acondicionamiento de mi vida?

R5. Considero los actos que hago y tengo consciencia de que están malos y los sigo haciendo, en ocasiones no tengo un autocontrol de los actos negativos.

**Conclusiones**

Considero que soy una persona feliz que en ocasiones no controlo mis actos negativos teniendo conocimiento de ellos, de la misma forma trato de disfrazar esos actos con otras cosas, pero en general todo lo considero estable y normal.

**Acciones**

En primer lugar, aprovechar todo lo que esté a mi alcance para el mejoramiento de mis problemas y seguir con la actitud de que estoy haciendo algo bueno por mi futuro y emplear todo lo que esté a favor para demostrarlo.

**Práctica 2.**

P1. ¿Cómo está en estos momentos mi relación sentimental con mi pareja?

R1. Realmente, creo conocer las ventajas y las desventajas que tengo frente a mi relación con mi pareja, pero en ocasiones paso por alto criterios que son fundamentales tales para mi buena relación.

P2. ¿Será el tiempo un factor positivo o negativo frente a mi relación sentimental con mi pareja?

R2. Hay tiempo para todo, así como saco tiempo para mis cosas personales creo poder tenerlo para estar bien relacionado con mi pareja, pero creo que es más la actitud frente a ese tiempo que quiero dedicar para eso, es como algo más negativo.

P3. ¿Será que mi pareja está en las mismas condiciones que yo?

R3. Sí, a pesar de que somos diferentes, pero a pesar de tener esas condiciones de factor sentimental, creo que es más complicado llegar a acuerdos en diferentes circunstancias.

P4. ¿Estoy siendo justo con mi pareja sentimental?

R4. Bueno, la verdad es “no”, porque en ocasiones tengo esa desigualdad de no querer hacer las cosas con ganas, como más el factor excusa para salir del paso.

P5. ¿Será que podré mejorar esa actitud “negativa”?

R5. Si, es más como de pensar bien las cosas y saber qué es lo que quiero para mí y mi futuro.

Conclusiones

Soy una persona muy llamada en ocasiones de lo que creo, a veces soy flexible pero no en todo momento, creo que es estar más centrado en tomar las opciones de los demás y llevarlos a un análisis.

Acciones

Soy capaz de lograr grandes cosas y creo que esta parte sentimental involucra gran porcentaje en mi personalidad saludable y me propondré hacer las cosas bien, pensar más crítico y así involucrar todos los aspectos que sean necesarios para mi mejoramiento personal.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Lo que estoy estudiando, en realidad si es lo que quiero par mi futuro?

R1. La psicología aparte de ser una ciencia que necesita mucha dedicación y capacidades, creo que si es lo que quiero para mi futuro, en realidad me veo muy involucrado en todo esto cuento que es maravilloso.

P2. ¿Por qué decidí la psicología y no otra carrera?

R2. A pesare de haber estudiado diseño, creo que desde el mismo diseño fue una inclinación a la psicología. Preguntándome millares de cosas que poco a poco le he venido dando respuesta y generando demasiado conocimiento.

P3. ¿La universidad me prestó o me facilitó la información adecuada para mi proyecto de vida psicológica?

R3. Demasiado, y con plata, es la mejor de Medellín y más que información es la capacidad de que informantes en realidad es brillante ver tantas persona y tan capacitadas que nos están brindando todos sus conocimientos.

P4. ¿Cómo me veo en mi futuro ejerciendo la carrera de psicología?

R4. Realmente no veo la hora de salir a mostrar tantas cosas que ni conozco. Pero todo con calma y me veo como uno de los mejores competentes en el área.

P5. ¿Qué piensan los demás frene a lo que estudio?

R5. Muchos bromean y me dicen que eso es de locos, pero sé que en el fondo les es interesante conocer todo este mundo de preguntas y de saber que le podemos dar respuestas, en conclusión a las personas les agrada tener en el grupo a alguien que esté estudiando esto y ese soy yo.

Conclusiones

La psicología es una de las mejores cosas que me ha podido pasar, no me arrepiento de estar

aquí y más de estudiar lo que me gusta.

Acciones

Estoy en capacidad de ser el mejor, de dar más de mí aunque me va muy bien. Pero sé que puedo ser mejor, ser excelente.

#### **Práctica 4.**

P1. ¿Cómo me siento frente al seminario que estoy asistiendo?

R1. Me siento bien, en buenas condiciones de aprender y de poner en práctica los métodos y ejercicios planteados.

P2. ¿Según lo visto hasta el momento, me puedo ubicar de pronto en alguno de los conceptos saludables o patológicos conocidos?

R2. Sí, claro, creo que todos tenemos aspectos saludables y patológicos, los cuales son muy importantes de identificar para tener un ritmo de vida y pensamiento saludable adecuado.

P3. ¿Puedo ubicar a personas con las que me relaciono actualmente en el cuadro visto sobre comportamientos saludables?

R3. Sí, creo que la mayoría de las personas con las que me relaciono tienen algo de lo visto, lo importante es identificar este tipo de personas y su supuesto comportamiento, creo que de ahí partiría una mejor relación entre las personas.

P4. ¿Con el conocimiento adquirido, con quien sería la primera persona que conversaría lo aprendido?

R4. Creo que con mi pareja, ella tiene o más bien la ubico en varias de las patologías del comportamiento y creo que ella, teniendo esta información, podría entrar en razón de su comportamiento por el que tanto hemos tenido problema.

P5. ¿Creo tener la capacidad de dar a conocer este conocimiento que estoy adquiriendo?

R5. Sí, y me parece lo esencial, no dejar todo esto en mi cabeza y ya, no darlo a conocer de un modo tan teórico pero sí que tenga esa relación de lo que en realidad implica.

Conclusiones

Más que un conocimiento, es además un propio estilo de vida frente a las diversas situaciones que generan un buen comportamiento, es muy interesante conocer los conceptos que intervienen diariamente en nuestras vidas.

Acciones

Dar a conocer el conocimiento adquirido y darlo a conocer en un lenguaje más propio de nuestra forma de vida pero dejando la misma claridad con la que la estoy adquiriendo.

#### **Práctica 5.**

P1. ¿Cómo es mi relación frente a los demás?

R1. Me considero una persona activa, sociable, y que encaja casi siempre en los diferentes ambientes a los que puede estar.

P2. ¿Me sobrepaso con mis actos sociales?

R2. Sí, creo que al saber que soy bien aceptado por la sociedad, sobrepaso mis actos frente a ellos y en ocasiones conocedor de eso no lo controlo, es como un mecanismo impulsivo.

P3. ¿En las ocasiones que me sobrepaso, las personas con las que me relaciono me siguen aceptando?

R3. Sí, creo que es en parte divertido (cómico), pero creo que todo tiene su límite y en ocasiones no mido mi nivel de relación y entonces me sobrepaso, aunque no lo note se que algunas personas no les agrada y aunque me siguen aceptando, lo justo sería mejorar en ese aspecto.

P4. ¿Es importante ser aceptado socialmente?

R4. Si, es interesante saber que eres aceptado por los demás, por lo que uno es, aunque seamos tan diferentes todos, es maravilloso, aceptar y ser aceptado en sociedad.

P5. ¿En realidad se convive con los demás?

R5. Sí, soy una persona muy centrada y me gusta analizar mucho a mi entorno y el tema de convivencia es esencial y la verdad es una de las cosas por las que me enfoco mucho.

Conclusiones

La convivencia social es fundamental para comparar nuestra actitud y mejorarlos y en consideración es un tema que todavía deberíamos tomar con delicadeza de analizar más detenidamente para una mejor convivencia.

Acciones

Promover las relaciones sociales saludables. Para un mejor entendimiento de los demás y el entorno en el que nos movilizamos.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin síntomas de depresión o ansiedad tanto en pretest como en postest

Elementos: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones. No se tomó en cuenta puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio: cinco preguntas por práctica

Claridad: alta. Se precisan detalles, se logran expresar las ideas de manera comprensiva.

Exactitud: alta. Logra en sus diálogos cuestionar sus puntos de vista y su pensamiento egocéntrico al cuestionar asuntos referentes a sus actitudes que no están a su favor.

Profundidad: media. Se aprecia facilidad para considerar aspectos complejos en diferentes aspectos de su vida pero no llega a niveles explicativos o de relación entre éstos.

Amplitud: baja. Si bien describe varias situaciones no toma en consideración otros puntos de vista.

Lógica: alta. Hay secuencia lógica, las conclusiones tienen relación con el desarrollo del diálogo.

Caso #2 Hombre, 18 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad					
	0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
22/4=5.5	2	2	2	1	2	9
<b>Criterio clínico</b>						
Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest	
0	0	1	1	1	1	
<b>Práctica 1.</b>						
¿Cómo solucionar mis dificultades respecto al tiempo?						
P1. ¿Qué tan desorganizado soy?						



R1. ¡Mucho! Al parecer no me rinde el tiempo, no logro cumplir adecuadamente con la entrega de trabajos pendientes en mi trabajo, además debido a esto siento que debería de dejar de hacer muchas cosas. Me desmotivo frente a todo y me deprimó, me da pereza hacer cualquier cosa.

P2. ¿Dejo de hacer las cosas realmente?

R2. Sí, no todas, pero hay unas que dejo para después y eso me va generando acumulación de tareas y cada vez voy sintiendo que menos me alcanza el tiempo, hasta el punto de tener que trabajar mucho y estar muy cansado físicamente y de muchas otras cosas. Inclusive me da pereza salir con la gente y más triste que me da pereza salir con mi ex novia, con la que trato de volver en este momento.

P3. ¿Creo entonces que el cansancio físico me induce entonces al cansancio mental y a cansarme de las personas?

R3. ¡Sí! Creo también que esto se va y ha ido convirtiendo en una cadena en la que el mismo cansancio mental debilita y agota mi cuerpo porque no realizo actividades que lo enriquezcan y que me saquen de la monotonía, del encierro, no me oxigeno.

Conclusiones

Me queda la duda de si realmente si es el problema de tiempo el que me genera todo esto, que al parecer sí, y me gustaría que lo fuera porque tiene un método de solución. Me afectan un poco mis relaciones interpersonales y afectivas, soy irritable en ocasiones.

Acciones

Ayudarme a organizar el tiempo, BIEN organizado, pedir ayuda y tratar de evitar que los problemas económicos que hay en la casa me afecten, pensando en que con la eficacia de mi tiempo puedo ayudar económicamente en mi casa.

## **Práctica 2.**

P1. ¿Me siento bien?

R1. En este momento sí, así me gustaría estar siempre, aunque a veces se necesita estar en el opuesto y sabiendo que todos los días estamos diferentes.

P2. ¿Qué es lo más frecuente?

R2. Generalmente me siento incómodo, desesperado, angustiado y a veces no conozco las causas y a veces me las invento.

P3. ¿Por qué inventarse motivos para estar mal si puedo inventarme motivos para estar bien?

R3. No sé, pero es más fácil ser pesimista y no dan ni ganas de ser positivo, me da vergüenza ser positivo porque no me ha gustado vivir de expectativas y esperanzado.

P4. ¿Qué de malo tiene ser positivo?

R4. Más vulnerable a la frustración, puede que ser un poco negativo no esté bien, pero he logrado ser más tolerante con mis fracasos, me da miedo ser positivo.

P5. ¿Por qué miedo, por qué vergüenza?

R5. Francamente no sé la razón por la cual me parece que al ser positivo me veo imbécil, y me molesta ser imbécil.

P6. ¿Por qué?

R6. Un cruzamiento de pensamientos contradictorios con mi criterio, pero siempre me he creído capaz de hacer todo aquello a lo que estoy motivado a hacer. Sin embargo al mismo tiempo no tiene nada de malo ser imbécil.

P7. ¿Y entonces por qué no ser positivo?

R7. Porque no me identifico con eso y consecuentemente con los modelos de pensamiento y sus referentes de asociación como el arte, los ambientes... no me motivan a ser positivo.

### Conclusiones

No logré llegar a estar de acuerdo con ser positivo, que más bien es un estigma social y moral, y aún me queda la inquietud... ¿por qué ser positivo? ¿Acaso no puede haber un punto medio?

### Acciones

Tener más paciencia y ver cómo con otro diálogo logro llegar a algo más.

### Práctica 3.

P1. ¿Será que me serviría volver con mi ex novia? ¿Me haría bien?

R1. Creo que es algo que no sé si no lo intento. Debo pensar en mí y saber que la compañía de una novia es importante, con cuidado de no absorber y depender.

P2. ¿Necesito sentirme mejor?

R2. Creo que la pregunta estuvo regular, pero siento que necesito estar mejor, necesito rendir más en todo y necesito espacios de tranquilidad.

P3. ¿Ella sí me brinda tranquilidad?

R3. Sí, absolutamente, es una buena compañía. Mi defecto es que detallo mucho los defectos de las mujeres que me gustan, no quisiera caer mucho en eso.

P4. ¿Eso me quitaría la tranquilidad que puedo ganar?

R4. Seguramente porque no sentiría ánimos para estar con ella. No quiero que eso suceda, yo sé que la quiero y me gustaría quererla más. Quiero sentir lo que siente uno cuando se enamora, hace demasiado tiempo no siento eso.

P5. ¿Qué me impide sentir eso?

R5. Posiblemente la voluntad, no me he permitido sentirlo, eso me lleva a encontrar esos defectos como represión.

P6. ¿Y mis defectos?

R6. A veces ni me importan, o a veces, me importan mucho y me hacen sentir inseguro.

P7. ¿Qué repercusiones tiene esa inseguridad en esa relación?

R7. Casi todas. Puedo empezar a sentirme inseguro de lo que siento, puedo sentirme inseguro de ella y sin motivos.

P8. ¿Pero ella me hace sentir seguro de algún modo?

R8. Sí, bastante, es una persona muy tranquila, lo que no me gusta de lo que puede suceder es que en la universidad nos vemos casi todos los días y puede que me canse, y no me quiero cansar de ella.

P9. ¿Qué es precisamente lo que me puede cansar?

R9. El que no hayan los suficientes espacios. Que yo tenga espacio para la mía y ella para lo de ella, y el espacio para compartir los dos que sea lo más tranquilo y sano... y divertido posible.

### Conclusiones

Me nace estar con ella, por eso me guío más de lo positivo.

### Acciones

Necesito modificar algunos aspectos en mí, respecto a los defectos de los demás.

### Práctica 4.

P1. ¿Cuál es el objeto de mi preocupación?

R1. Múltiple, pero tiende a ser lo mismo. Cuándo será que... en el aspecto económico y adquisitivo, también en el temporal, ansias de una situación y queriendo hacerlo más que bien, perfecto.

P2. ¿Qué siento al no lograr hacerlo de esta manera?

R2. Creo que lo que generalmente se siente: frustración. Y resulta que uno empieza a creer que

posiblemente la situación no está a mi favor. Pero he aprendido no sé si discursivamente o en realidad lo hago por convicción a que las cosas deben tomarse con calma y al parecer así lo hago, pero sigo ansioso, y que perezca estar ansioso, entonces mejor cambio de actividad, pero...

P3. ¿Realmente esa actividad si sirve para dejar esa ansiedad?

R3. A veces creo que sí, sin embargo se mantiene en mi pensamiento y me desconcentro un poco, por segundos pensando en eso, lo malo es que pueden ser varias cosas.

Conclusiones

No logro sacar de mi mente pensamientos por más mínimos que sean, me producen desconcentración hasta para hacer esta práctica, cuestiono totalmente cada elemento de lo que hago. Hasta me frena, en una actividad porque estoy pendiente de otra que posiblemente tenga o no tenga relación.

Acciones

Debería dormir, pero creo que es mejor seguir el taller de pensamiento crítico.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin depresión, con ansiedad generalizada y fóbica, pretest y postest

Elementos: Se identifica: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones; no se identifica puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Es claro en la presentación de sus ideas y presenta detalles en su discurso y problemas

Exactitud: alta. Cuestiona sus puntos de vista y llega a conclusiones más veraces con argumentos

Profundidad: alta. Su análisis permite identificar las relaciones causales y las implicaciones de su pensamiento

Amplitud: media. Analiza diferentes áreas de su vida pero no retoma otros puntos de vista

Lógica: alta. Se presenta una secuencia lógica y las conclusiones son coherentes con sus planteamientos

Caso #3 Hombre, 23 años de edad

Pensamiento o Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
37/3=12.3	1	0	0	0	1	2

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	0	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Cómo conseguir dinero?

R1. Comprando el baloto, vender cosas en la universidad, trabajar

P2. ¿Que podrá vender o en que podría trabajar?

R2. Dulces, san duches, perfumes; en el éxito, vendiendo celulares

P3. ¿Por que no vendo cosas en la universidad o por qué no trabajo?

R3. Me da pereza

P4. ¿Por qué me da pereza?

R4. No me animo hacerlo

P5. ¿Acaso no puedo hacerlo?

R5. Si puedo hacerlo soy bastante capaz

P6. ¿Te falta decisión?

R6. Si, ciertamente no estoy tan inconforme

P7. ¿No te hace falta entonces el dinero?

R7. Si, de hecho bastante falta

P8. ¿Por qué sigues sin hacer nada?

R8. Simplemente no quiero hacer esfuerzo alguno

P9. ¿Crees que de esa manera lograras algo?

R9. Soy muy consciente de que sin hacer nada lo lograre

P10. ¿Esperadas por siempre a que algo externo pase?

R10. En vacaciones si me movilizo para buscar trabajo

P11. ¿Por qué no trabaja todo el año?

R11. Soy demasiado cómodo como para trabajar todo el año

P12. ¿Te gusta trabajar?

R12. Si pero no todo el tiempo

P13. ¿Para lograr el ingreso que deseas, lo que trabajas es suficiente?

R13. No pues solo logro alivios momentáneos

P14. ¿Cómo podrías solventar el resto del tiempo sin trabajar?

R14. Organizar mejor en que gasto mi mesada

P15. ¿Piensas que malgastas tu dinero?

R15. Ciertamente sí; pues básicamente son gastos banales y en drogas

P16. ¿Por qué lo sigues gastando así entonces?

R16. No he querido cambiar realmente mi “estilo de vida”

## **Practica 2.**

P1. ¿Me gustan las drogas?

R1. Sí

P2. ¿Que tanto me gusta?

R2. Ciertamente bastante, al menos algunas

P3. ¿Cuales te gustan más?

R3. Hierba fina, papel

P4. ¿Te gustan siempre?

R4. No

P5. ¿Cuándo y en qué momentos me gustan?

R5. Para ver películas, hablar con los parceros, en la noche

P6. ¿Cuando no te gustan?

R6. En casa, cuando está muy temprano, cuando no encuentro empatía a mi alrededor

P7. ¿Por qué no te gusta consumir en el día?

R7. Me incomoda, pues me siento más expuesto ante los demás

P8. ¿Te avergüenza entonces lo que haces?

R8. Lo que siento está más guiado a lo que en las personas con mente errada y rechazo que estas generan

P9. ¿Le temo al rechazo?

R9. Si; pues me gusta el reconocimiento

P10. ¿Entonces buscas ser reconocido siempre?

R10. En general si me preocupa el modo de cómo otros me ven

P11. ¿Porque le das tanta importancia a lo que los demás piensen de ti?

R11. Siento necesidad de ser agradable para buscar después compañía

P12. ¿Te sientes solo entonces?

R12. A menudo siento que a pesar de estar rodeado de persona, estas no me brindan lo que deseo

P13. ¿Que deseas que te brinden las personas?

R13. Comprensión y entendimiento

P14. ¿Tú te comprendes para buscar comprensión en los demás?

R14. Si me soy sincero, no me comprendo en un 100%

P15. ¿Buscas este vacío de entendimiento en los demás?

R15. Es probable que los tome de refugio para mis propios vacios

P16. ¿Esto no es negarse a tus pensamientos?

R16. Si

Conclusiones

Las drogas como excusa social, y lo social como búsqueda de vacios

Acciones

Buscar socializar o hacer actividades que no impliquen drogas y darme oportunidad para pensarme y analizarme mejor.

## **Practica 3**

P1. ¿Qué tanto quiero hacer esto?

R1.No mucho

P2. ¿Porque?

R2. No me interesa de momento

P3. ¿Sientes que esto es importante?

R3. Todo apunta en la vida pero de momento no me interesa el tema el día de hoy

P4. ¿Porque estás aquí entonces?

R4. Por el certificado

P5. ¿Solo por el certificado?

R5. Si

Conclusiones

En el día de hoy no me interesa la actividad

Acciones

Sacarle provecho a pesar de todo

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión o ansiedad

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, conclusiones, supuestos, implicaciones,

No son tan claras: información, puntos de vista y conceptos

El nivel de preguntas promediada por prácticas: alto

Estándares de calidad:

Claridad: media. Se describen sin detalles lo asuntos propuestos

Exactitud: baja. Se llega a conclusiones sin cuestionar las creencias, los supuestos son egocéntricos

Profundidad: baja. No identifica relaciones causales ni implicaciones en sus argumentos

Amplitud: baja. No se analizan diferentes áreas ni se retoman puntos de vista

Lógica: baja, se llega a conclusiones coherentes pero deja de lado planteamiento que insinúa.

Caso #4 Hombre, 17 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
25/4=5	2	2	2	1	2	9

#### **Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
0	0	0	0	0	0

#### **Práctica 1**

P1. ¿Con quién he tenido inconvenientes los últimos días?

R1. Principalmente novia y “amigos”.

P2. ¿En qué han influido aquellos malentendidos?

R2. Cambian notoriamente mi estado de ánimo y mi forma de pensar.

P3. ¿Qué cambios de pensamiento?

R3. Ya simplemente espero lo que sea del que sea. Así como “Amistad” palabra enferma.

P4. ¿Acaso ya no crees en los amigos?

R4. Sí, aún creo en ellos, solo que para no llevarme sorpresas me resigno a lo que pueda pasar con ellos.

P5. ¿Qué piensas que es lo peor que un amigo puede hacer?

R5. Traicionar.

Conclusiones

Lo diré como lo dice una canción: "...!El segundo paso, nunca! Traicionar un amigo solo así podrás morir y en su mente seguir vivo y saber que amigo, no es todo el que se acerca, recuerda, la amistad no es más que una palabra enferma..."

Acciones

Simplemente respirar, contar hasta diez y dejar que el tiempo decida y mi mente sepa afrontar.

### **Práctica 2.**

P1. ¿Qué problema trataré?

R1. Principalmente el amigo.

P2. Con el ex amigo ¿Qué lo habrá llevado a hacer lo que hizo?

R2. Pues no sabré exactamente el porqué de un acto, pero supongo que me tenía envidia o algo así y simplemente quería joderme en algo la vida.

P3. Envidia ¿Por qué?

R3. La verdad, no sé, tal vez la libertad que yo tenía y el no, quizás solo cuestión de sentimientos, quizás verme sonreír tan a menudo... en fin, no estoy seguro.

P4. ¿Qué clase de libertad?

R4. La libertad de hacer lo que yo quisiera sin recargas mentales o emocionales, tal vez la libertad de no tener una familia y dedicar más tiempo a mis cosas, supongo que era libertad.

P5. ¿Se habrá notado algún comportamiento extraño, por parte de él, tiempo antes?

R5. Ninguno que yo recuerde, lo único que hacíamos era pasarla bien, reírnos, ayudarnos si uno necesitaba del otro, etc., etc.

Conclusiones

No fue fácil creer que él haya hecho lo que hizo, pero ya se recuperó y si aún me tiene envidia, la verdad, problema de él.

Acciones

Cortar la máxima comunicación y contacto con él.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Sobre qué quiero preguntarme ahora?

R1. Emmm, hablemos de la vida.

P2. ¿Qué piensas de la vida?

R2. Pienso que hay que vivirla inteligentemente.

P3. ¿Cómo es para ti eso de "inteligentemente"?

R3. Primero que todo saber hacía donde voy, de ahí saber que puedo hacer para llegar a esa meta.

P4. ¿De qué meta hablas?

R4. De ser alguien productivo en la vida, sentir que alguien me pueda necesitar y yo estar ahí para servirle.

P5. ¿Qué ha hecho para alcanzar esa meta?

R5. Ser muy buena persona en cuento a relaciones personales, he llenado mi cabeza con un poco de conocimiento, he aprendido un poco de la ciencia del escuchar y pensar antes de hablar y actuar.

P6. ¿Qué tanto piensas antes de actuar?

R6. Lo suficiente para actuar con tiempo, y no dejar que tal vez el tiempo me coja ventaja.

P7. ¿A qué te refieres con el tiempo y la ventaja?

R7. Me refiero a que hay personas que piensan mucho antes de actuar, piensan tanto que

cuando actúan ya es tarde.

#### Conclusiones

Escuchar, pensar, actuar y tomarse un debido tiempo. Voluntad, esfuerzo y constancia. Todo lo anterior es lo que debo hacer.

#### Acciones

Poner en práctica absoluta hasta el mínimo conocimiento a favor, para mí y los demás.

#### **Práctica 4.**

P1. ¿Te sientes con algún síntoma de estrés o ansiedad?

R1. No, considero que esté bien.

P2. ¿Algún factor de personalidad alterado?

R2. Considero que no, pues creo que soy una persona muy equilibrada en mis cosas.

P3. ¿En qué sentido equilibrada?

R3. Pues que no siento excesivos deseos o ganas de hacer determinada acción, considero que controlo muy bien mi espíritu.

P4. ¿Nunca te ha enojado “una razón fuerte”?

R4. Tal vez, pero han sido tan pocas que es irrelevante contar.

P5. ¿Cómo ha sido una vez que de enojo o acto de impulso?

R5. Estaba en un bar con todo el grupo con que entrenaba, estaba muy tranquilo y me tiraron colino en la cara, yo reaccione tirando colino en la cara de otra persona que al parecer no tenía nada que ver.

P6. ¿Por qué esa sensación?

R6. No sé, fue raro, tal vez haya sido porque me molestaron y no tenía como muchos ánimos en ese momento, sin embargo pedí disculpas después.

P7. ¿Te han tapado con gente con alguna alteración?

R7. Sí claro, me han tapado con bipolares y compulsivos.

P8. ¿La han llevado bien?

R8. Creo que sí, pues con ninguno he tenido mayores complicaciones, simplemente los comprendo y ya.

#### Conclusiones

Parece que estoy sano, así que procuraré seguir así.

#### Acciones

Concentrarme en mis decisiones y actuar, ser razonable e inteligente ante las diferentes circunstancias de la vida.

#### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión y ansiedad

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones, supuestos, implicaciones; no se identifican: conceptos, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Hay descripción de detalles y ejemplos en sus diálogos

Exactitud: alta. Se realizan análisis sobre la certeza de sus supuestos y los valida

Profundidad: alta. Se identifica análisis causal o de relación e implicaciones entre sus apreciaciones

Amplitud: media. Analiza algunas áreas de su vida pero no considera otros puntos de vista

Lógica: alta. Se presenta coherencia en entre sus análisis y las conclusiones a las que llega



Caso #5 Mujer, 23 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
31/3=10	2	2	2	1	2	9

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
0	0	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Cómo puedo mejorar mi relación con mis familiares?

R1. Conversar con ellos.

P2. ¿De qué voy a conversar?

R2. Del comportamiento que tenemos cada uno con el otro.

P3. ¿Para qué hablar del comportamiento?

R3. Para ver si mejoramos la armonía familiar.

P4. ¿Armonía familiar?

R4. Si para integrarnos un poco más y saber qué es lo que sucede con cada uno y que seamos amigas.

P5. ¿Para qué ser amiga?

R5. Para ayudar, comprender al otro.

P6. ¿Ayudar en qué?

R6. Ha sobre llevar los problemas del otro y no cada quien por su lado que seamos una familia.

P7. ¿Una familia?

R7. Sí, creo que no la hay, no sé si soy yo la única que cree que no la hay, no sé qué piensan las otras dos personas.

**Conclusiones**

En mi casa hay un gran problema y es la unión familiar que ha venido siendo afectada por los diferentes pensamientos lo cual ha hecho que cada uno se aleje del otro.

**Acciones**

Es interesante el buscar el espacio para conversar sobre lo que sucede, pero no debo de darle tanto tiempo ya que he esperado demasiado para hacerlo y darme cuenta que esto solo es una necesidad mía.

**Práctica 2.**

P1. ¿Cómo hago para encontrar el momento adecuado para conversar con estas dos personas sobre lo que sucede con nuestras relaciones?

R1. Pienso que abordarlas una a una no sería conveniente ya que lo he intentado pero no he dejado todo claro. Es mejor las tres en el mismo tiempo para poder decir lo que cada uno piensa. Y el momento hoy, si es que ellos se encuentran dispuestos.

P2. ¿De qué se va a conversar?

R2. De lo que nos molesta o disgusta del comportamiento a del otro.

P3. ¿Para qué decir lo que nos disgusta del otro?

R3. Primero para que persona piense sobre lo que los demás piensan de ellas y segundo para yo saber lo que les disgusta de mí.

P4. ¿Cómo pienso decirlo?

R4. Creo que lo mejor es escribir los temas a trabajar. Primero; responsabilidad con el que hacer y segundo la lejanía que representa (la relación).

P5. ¿Para que la irresponsabilidad?

R5. Para que tomemos conciencia de lo que sucede.

P6 ¿Lejanías?

R6. Para acercarnos un poco más y mejorar la relación.

P7. ¿Esto serviría de algo?

R7. Espero que tan siquiera tomen en cuenta de lo que yo aquejo sobre lo que suceda.

P8. ¿Para qué?

R8. Por si denotan que no es así, digan sus propios puntos de vista.

P9. ¿Para qué otros puntos de vista?

R9. Para darme cuenta si solo era yo la del problema o había más, o ninguno.

Conclusiones

Trabajar la relación con la familia, entorno a lo que yo pensó a lo que sucede y hace encontrar otros posibles puntos de vista.

Acciones

Mejorar tanto el entorno como la calidad de vida de cada una.

**Práctica 3.**

P1. ¿Cuáles serán los posibles factores de riesgo?

R1. La inhibición y el respeto.

P2. ¿Por qué en la inhibición?

R2. En esta muchas veces no soy capaz de controlar los impulsos y hago o digo cosas que después me afectan.

P3. ¿Por qué de respeto?

R3. Debo muchas veces a esa falta de inhibición, soy responsable con mis deberes y me siento mal.

P4. ¿Considera que hay otro factor como posible riesgo?

R4. No.

P5. ¿Cree que alguna de las características de la personalidad saludable se encuentra afectada?

R5. Afectada no, pero sí creo que esto ocasionarme problemas más adelante.

P6. ¿Cuál es esa característica?

R6. La capacidad de adaptación al entorno.

P7. ¿Por qué crees que podría ocasionar problemas?

R7. Por qué tal vez esa capacidad de adaptación es más por otro que por sí misma.

P8. ¿Hay alguna otra de la que quieres hablar?

R8. Ah la conducta manifiesta.

P9. ¿Por qué?

R9. Creo que no tengo la suficiente responsabilidad para cuidarme.

P10. ¿Has realizado algo para mejorar?

R10. No.

P11. ¿Por qué?

R11. No le he dado la suficiente importancia.

P12. ¿Crees que podrías ponerte más cuidado?

R12. Si.

P13. ¿Entonces qué mejorarías?

R13. Mis hábitos alimenticios, el cuidado de mi cuerpo (como poner más atención a lo que siento él.)

P14. ¿Vas a realizar ejercicios también?

R14. En estos momentos mi situación económica no permite que ingrese a un gimnasio.

P15. ¿Entonces qué va a hacer?

R15. Voy a bajarme un poco más de llegar a mi casa y así poder caminar.

Conclusiones

Se evidencia que hay algunos factores a los cuales hay que prestarle mayor atención para mejorar la calidad de vida.

Acciones

Llevar a cabalidad lo planteado durante el escrito, ya que hay un hecho verídico y es el darme cuenta que estaba realizando algunas cosas de una manera inadecuada.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión o ansiedad

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: alto

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Hay descripción de detalles en sus diálogos y ejemplos

Exactitud: alta. Se analiza la certeza de sus supuestos y cuestiona el egocentrismo

Profundidad: alta. Establece relaciones causales e identifica las implicaciones

Amplitud: media. Se aprecian diferentes áreas y se interesa en los puntos de vista de los demás para indagarlos pero no los integra en su análisis

Lógica: alta. Hay coherencia en la secuencia de sus planteamientos y sus conclusiones y acciones

Caso #6 Hombre, 20 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
24/3=8	2	2	2	2	2	10

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	0	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1: ¿Por qué son mis desordenes alimenticios?

R 2: Creo que mis desordenes alimenticios son a causa de la falta de tiempo al estudiar y trabajar no manejo bien mis horarios de alimentación

P2: ¿Qué tipos de consecuencias me pueden traer estos desórdenes alimenticios?

R2: Las consecuencias que me pueden generar mis desórdenes alimenticios son gastritis, problemas de colon, agrieras y malos estados de ánimo

P3: ¿Cómo puedo mejorar mis desórdenes alimenticios?

R3: Puedo mejorar mis desórdenes alimenticios cargando la comida en mi bolso y comer a horas exactas ej. En intermedio de clases o en descansos en mi trabajo

P4: ¿Cómo puedo mejorar mi alimentación?

R4: A parte de los desórdenes alimenticios puedo presentar, bajos niveles en el balance de mis alimentos lo cual que lleva a balancear mejor mi alimentación.

P5: ¿Qué es comer balanceadamente?

R5: Comer bajo una tabla de calorías con referencia a mis gastos energéticos que tengo en el día.

P6: ¿A parte de la alimentación como puedo mejorar mis niveles de gasto energético?

R6: A pesar de que una alimentación trae ciertos elementos energéticos puedo establecer los otros que me faltan con multivitamínicos que puedan compensar mis gastos energéticos en el día.

P7: ¿Cómo puedo asimilar mejor mis alimentos y estas vitaminas?

R7: Con el ejercicio regular puedo establecer un mejor metabolismo

**Conclusiones**

Mi problema de tiempos es un factor de riesgo el cual puedo afrontar con hacer ejercicio de forma regular y tener una buena alimentación y comprar un multivitamínico.

**Acciones**

Realizar ejercicio por lo menos 3 veces en la semana durante 25 minutos por sesión.

Tomar un multivitamínico como suplemento a la alimentación diaria (hablar con el médico).

Cargar con coca.

**Práctica 2.**

P1: ¿Sobre qué rasgos tengo?

R2: Sobre enérgico y colaborador

P2: ¿En cuál tienes o no más marcado?

R2: El enérgico queda como enérgico sin llegar al trastorno Antisocial. Pero con el colaborador aunque en mi vida he bajado la intensidad de pronto puedo llegar a lo dependiente.

P3: ¿Por qué creo que puedo tener el trastorno dependiente?

R3: Por la larga duración de c/u de mis relaciones personales y la relación que llevo con mi madre.

P4: ¿Por qué crees que estas 2 situaciones tiendan a llevarte al trastorno por dependencia?

R4: Por el sufrimiento con el rompimiento de c/ relación y el querer empezar otra de nuevo y con mi madre por la necesidad de aprobación de ella.

P5: ¿Elige una de las 2 relaciones que creas que te puede afectar más?

R5: La relación con mi madre.

P6: ¿Por qué creo que la relación con mi madre?

R6: Por el abandono de mi padre a tan temprana edad.

P7: ¿Por qué creo que esa relación con mi madre se ha afianzado más?

R7: Al mi padre no estar con migo creo que deje de aprender muchas cosas que las suplió mi madre

P8: ¿Qué crees que te afecto más o mejor que te afecta más la relación con tu madre o el faltante de tu padre?

R8: Creo que el faltante de mi padre.

Conclusiones

Se ve revelado y ha salido a flote algo bastante guardado que no me había dado cuenta o mejor no quería darme cuenta el Abandono de mi padre.

Acción

Hacer más diálogos socráticos a ver que sale.

### **Práctica 3.**

P1: ¿Por qué tienes ansiedad en este momento?

R1: Por darme cuenta que la dependencia que tengo hacia mi madre es a causa de buscar refugio en ella.

Al sentirme solo por mi padre

P2: ¿La ansiedad que manejas como se manifiesta?

R2: En la ingesta de comida, en los movimientos repetitivos.

P3: ¿Cómo te afecta la ansiedad en tu vida?

R3: En la intranquilidad vivida.

P4: ¿Crees que el abandono que tienes del padre puede ser parte directa de tus problemas de ansiedad?

R4: No se. Creo que la ansiedad puede venir de varios puntos.

P5: ¿Qué otros reproches tienes hacia tu padre?

R5: El no poder contar con él para aspectos básicos, como afeitarse, hablar de mujeres, hacer mecánica, arreglar cosas en la casa, en fin.

P6: ¿El tiene la culpa en esto?

R6: No se mi madre dice que no se le pueden pedir peras al olmo.

P7: ¿Qué quiere decir con esto?

R7: Que el nivel educativo de él es una excusa que le doy para no darse ni por enterado de lo que me está afectando.

P8: ¿Has suplido los roles de tu padre?

R8: En parte y últimamente, siempre y para mis hermanos menores he tratado de suplir esa

necesidad.

P9: ¿Qué rol tienes actualmente?

R9: Ya después de que mi hermana menor tiene 22 años me estoy preocupando por mí no tener el rol de padre e ir cambiando al de hermano.

Conclusiones

Que la afectación de mi padre me afecta mucho y tomar su rol.

Acciones

No sé, estoy a la espera de empezar intervención psicológica y seguir individualmente con el diálogo socrático.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión y ansiedad

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Se presentan descripciones con detalles y ejemplos

Exactitud: alta. Se analizan y cuestionan las creencias

Profundidad: alta. Se llegan a conclusiones que no había considerado antes

Amplitud: alta. Retoma varias áreas y considera otros puntos de vista, de personas y profesionales

Lógica: alta. Se presenta una secuencia coherente entre las preguntas y las conclusiones a las que llega

Caso #7 Hombre, 27 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
23/3=7.6	2	2	2	2	2	10

#### **Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	0	0	0	0	0

#### **Práctica 1.**

P1. ¿Qué problemas he tenido en los últimos ocho meses?

R1. Conflictos de mi pensamiento, pareja inestable, independencia económica, independencia familiar, estudio.

P2. ¿Qué soluciones he buscado ante estos problemas?

R2. Analizar mis pensamientos, ruptura sentimental, empezar mi propio negocio, vivir solo.

P3. ¿Cómo han tomado sus allegados estas soluciones?

R3. Me dicen que tomo comportamientos muy acelerados, que soy muy orgulloso.

P4. ¿Cree que ha tomado las mejores decisiones?

R4. Soy un poco más razonable.

P5. ¿Cuál es mi propósito?

R5. Toma de decisiones automáticas.

P6. ¿Qué quiero solucionar?

R6. Quiero tomar decisiones correctas sin sentirme culpable, sin ser egoísta y escuchar a los demás sin prejuicios.

P7. ¿Cómo tomar decisiones correctas?

R7. Debo pensar en lo que pienso, ser más sereno, más crítico con mí mismo.

P8. ¿Qué debo hacer para ser más crítico conmigo mismo?

R8. Escribir mis pensamientos, ser consciente de ellos para así estudiarlos y darme cuenta de verdad cuál es el hecho.

P9. ¿Cómo, cuándo y dónde escribir esos pensamientos?

R9. Siendo sincero y consciente, donde se produzca el pensamiento en el tiempo y espacio preciso.

Conclusiones

Debo ser consciente de mis problemas

Acciones

Responsabilizarme de las consecuencias de estos.

### **Práctica 2.**

P1. ¿Cuál es el propósito?

R1. Conocer mis problemas para la toma de decisiones.

P2. ¿Cuáles son mis problemas?

R2. Económicos, familiares, académicos, sentimentales y personales.

P3. Describa cada uno de los problemas

R3. *Económicos*: tengo muchas deudas y en el momento tengo muy pocos ingresos.

*Familiares*: tengo muchos juicios hacia mi madre, hermano y padre. Familia disfuncional.

*Académicos*: no me concentro en mi estudio, voy volando fuera de los temas. *Sentimentales*: el que mayor ansiedad, depresión e inestabilidad me genera, rompí con mi novia. *Personales*: debido a todas mis decisiones automáticas y apresuradas, está en juego mi salud.

P4. ¿Por qué me encuentro en estas situaciones? Describa cada una

R4. *Económica*: quiero ser independiente económicamente y no trabajar para otros. Esta idea me ha llevado a renunciar a trabajos en empresas. *Sentimental*: ella es casada, tiene un hijo, es muy egoísta, manipuladora, dependiente, ambiciosa... Esto me ha generado un conflicto: quiero saber si lo que siento es amor o apego-dependencia. *Familiares*: mi madre, debido a su mala relación con mi padre y su familia es depresiva. Mi hermano también es depresivo. *Académico*: por todo esto, la carga es grande.

P5. ¿Es necesario estar donde estoy?

R5. Sí, pero es más necesario salir de donde estoy.

P6. ¿Cómo salir?

R6. Enfrentando, conociéndome, ver mis capacidades y siendo asertivo.

Conclusiones

Debo enfrentar la realidad, el hecho.

Acciones

Ser asertivo, dejar el egocentrismo.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Qué propósito tengo con este diálogo?

R1. Mirar, darme cuenta, saber mi estado de salud mental.

P2. ¿En qué nivel creo que estoy de ansiedad o depresión? ¿O ambos?

R2. Estoy en los dos.

P3. ¿Estoy en factor de riesgo?

R3. Sí, en depresión y ansiedad.

P4. ¿Cuáles son las causas de estas?

R4. El nivel económico, familiar, sentimental.

P5. Describa cada una.

R5. *Económico*: por mi afán de ser independiente, estoy empezando mi propia empresa y me he endeudado demasiado sin buenos ingresos. *Sentimental*: relación ambivalente, genera ansiedad y depresión. *Familiar*: familia disfuncional. Madre depresiva, ansiosa, dependiente. Hermano con mayor factor riesgo de depresión. Padre autoritario y machista.

P6. ¿Qué cree usted, cómo los ve y como puede enfrentar esto?

R6. Con pensamiento crítico. Autoevaluación de mis pensamientos, de mi domesticación personal. Seguimiento crítico de mis conductas.

P7. ¿Cree que puede mejorar? ¿Por qué?

R7. He aceptado mis problemas, soy consciente de todos ellos, por ende quiero hacer algo bueno por mí.

P8. ¿Cómo lograr esto?

R8. Con herramientas valiosas como el pensamiento crítico.

Conclusiones

Con ayuda puedo, Soy capaz de enfrentar mi realidad y aceptarla.

Acciones

Buscar ayuda, seguir el pensamiento crítico como estilo saludable de vida.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión y ansiedad

Elementos: se identificaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Hay detalles y ejemplos en sus descripciones

Exactitud: alta. Se analiza la certeza de sus creencias

Profundidad: alta. Se analizan con cuidado diferentes planteamientos y se establecen relaciones causales

Amplitud: alta. Se consideran otros puntos de vista y se da importancia a los de los profesionales

Lógica: alta. Hay coherencia en sus planteamientos y entre éstos y las conclusiones



Caso # 8 Mujer, 27 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
44/5=8.8	2	2	1	2	2	9

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
0	0	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Cuáles son mis principales problemas y como me siento frente a ellos?

R1. Mis principales problemas son mi relación de pareja, la educación de mi hijo, no tener un trabajo, mi situación económica, me siento frente a mi relación de pareja confundida porque no se que camino coger, me preocupa el daño que pueda hacerle a mi hijo, pero estar ahí me hace sentir utilizada tanto en mi hogar como por la crianza de mi hijo y al no tener un trabajo en las quehaceres del hogar.

P2. ¿Cuál es la mejor solución para esos problemas?

R2. Pienso que la mejor solución frente a esos problemas es la separación ya que dejaría de sentirme utilizada y le daría otro camino a la crianza de mi hijo.

P3. ¿Qué es lo que más te preocupa de llevar a cabo este paso?

R3. Me preocupa mi situación económica, de hecho creo que no lo he dado por este motivo y la actitud de mi hijo frente a esta separación.

P4. ¿Qué beneficios crees que ganarías al dar este paso?

R4. Valorarme como mujer, independencia, autonomía, control sobre mi hijo, tranquilidad, emociones más positivas.

P5. ¿Crees que eres una persona dependiente y por eso no has dado este paso?

R5. Realmente lo creo, pienso que me apego mucho a las personas y particularmente en este caso, hace mucho tiempo me di cuenta que esta persona no tenía nada que ofrecerme y sigo ahí.

**Conclusiones**

Por mi salud mental debo separarme lo antes posible, no estoy atrayendo a mi vida cosas extraordinarias ni benéficas para mi, por el estado de ánimo tan negativo que estoy manejando en esta relación.

**Acciones**

Graduarme el 23 de Julio para conseguir un trabajo y no depender económicamente de mi pareja y de allí separarme.

**Práctica 2.**

P1. ¿Crees que tienes una personalidad saludable?

R1. Creo que no, me falta mucho, creo que me falta asumir muchas responsabilidades y dejar de criticar al otro para responsabilizarme de mis propios actos y consecuencias de lo que hago.

P2. ¿Qué puedes hacer para mejorar tu salud mental?

R2. Primero seguir asistiendo a terapia para darme cuenta de lo que realmente debo cambiar en

mis pensamiento soy poder asumir mi salud mental como algo netamente mío, no que depende de otras personas.

P3. ¿Cuál crees que es el principal problema que está afectando tu salud mental?

R3. Mi dependencia con las personas, ya que al no asumirme individualmente como persona, permito que hace muchas cosas solo para que el otro esté contento y no me abandone.

P4. ¿O será que mi principal problema es el miedo a estar sola?

R4. Creo que sí, a veces prefiero tener a la persona a mi lado para lo que sea, así me hagan daño pareo que estén ahí.

P5. ¿Qué es lo que realmente te da miedo de estar sola?

R5. Asumir la vida sola.

P6. ¿Cómo que sola, es que la vida es tuya solamente tuya no de otra persona, entonces como sola?

R6. No sé, necesito tener a alguien a mi lado para que me acompañe y me lleve vacíos.

P7. ¿Bueno, y la persona de la que está dependiendo actualmente, si te acompaña, si te llena esos vacíos?

R7. No

P8. ¿Y crees que realmente una relación saludable es aquella que te acompañe y le llene vacíos?

R8. Que me acompañe sí, pero que me llene vacíos no porque esos es algo que se debe trabajar individualmente y no esperararlo de otra persona porque así no se construye una relación saludable.

Conclusiones

Ir a terapia psicológica.

Acciones

Trabajar individualmente sobre mi miedo a estar sola y que este me lleve a depender de los demás.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Cuál crees que es tu principal miedo para ejercer la psicología clínica?

R1. No me siento con la salud mental necesaria para ejercer mi rol como psicóloga clínica.

P2. ¿Piensas que es tan desastrosa tu salud mental que no podrías hacerlo?

R2. Si, pienso que tengo muchos esquemas y situaciones por trabajar a nivel personal que no me permitirían ejercer bien mi rol.

P3. ¿Cómo has llegado a esta conclusión?

R3. No, yo sola lo he pensado y creo que lo he introyectado tan bien que ahora lo considero como una incapacidad en mi profesión.

P4. ¿No piensas que al trabajar la psicología clínica estarías trabajando tus mismos problemas?

R4. Me da miedo trabajar con la salud mental de otras personas y llegar a hacerle daño a alguien.

P5. ¿Realmente crees que podrías hacerle daño a alguien?

R5. Tanto como daño no, pero me daría miedo no poderle ayudar de la manera adecuada o por lo menos esperada por la persona.

P6. ¿Qué crees que estaría esperando o que sería lo adecuado para la otra persona?

R6. Pues que yo la pueda ayudar a salir de su dificultad o de su problema.

P7. ¿Tú ayudas a que la persona con tu conocimientos se dé cuenta por sí misma de cómo salir de sus dificultades o crees que tienes que ayudarlo directamente?

R7. No, yo se que desde mi conocimiento facilito el darse cuenta de las personas pero me da

miedo jugar con la salud mental de las personas.

P8. ¿Realmente crees que puedes jugar con la salud mental de las personas?

R8. No, no es jugar pero me da miedo.

P9. ¿Crees que no tienes los elementos suficientes para ejercer la psicología clínica?

R9. Sí, la psicología clínica me parece muy bonita pero me da miedo ejercerla.

Conclusiones

Debo botar el miedo a ejercer la psicología clínica ya que cuento con los elementos suficientes para ejercerla.

Acciones

Trabajar en psicoterapia los elementos que no me permiten ejercer la psicología clínica.

#### **Práctica 4.**

P1. ¿Crees que eres una persona insegura?

R1. Creo que sí, pienso que tengo mucho potencial por desarrollar pero por mi inseguridad no doy paso a trascender en muchos aspectos de mi vida.

P2. ¿En cuales aspectos crees que te ha estancado tu inseguridad?

R2. En mi carrera, pienso que he perdido oportunidades y no he podido graduarme gracias a mi inseguridad.

P3. ¿En cuál otro aspecto de tu vida crees que te has estancado por tu inseguridad?

R3. En mi vida de pareja me he aguantado muchas cosas por mi inseguridad y creo que en la crianza de mi hijo también.

P4. ¿Estás segura que te has aguantado muchas cosas en tu relación de pareja?

R4. Si, y la verdad me aterra la idea de tener que decir que si pero creo que es lo más sincero que puedo decir.

P5. ¿Qué cosas has aguantado en tu relación de pareja?

R5. Primero convivir con una persona que no valora las mujeres, para el cual las mujeres solo sirven para amas de casa y atender el marido.

P6. ¿Bueno, pero dices que muchas cosas, que otras cosas? Sé más precisa.

R6. El hecho de que mi marido sólo trabaje para el progreso de su mamá y de sus hermanas y no para el de nosotros, para mi hijo nunca hay nada, nunca hay plata, en mi casa nos quedamos sin mercado hasta 10 días. Hace 2 meses que no se compra carne.

P7. ¿Pero si tú quieres por qué no la compras?

R7. La verdad prefiero irme a donde mi mamá y comer allá, me da rabia comprar carne y que él se beneficie de eso, porque él donde su mamá no repara que él compra todo y allá se lo gastan en cambio con nosotros sí.

P8. ¿Qué otras cosas no toleras o te molestan de él?

R8. A veces me siento utilizada sexualmente por él, parece que yo9 no existiera hasta que le dan ganas de hacer el amor, solo se preocupa por su satisfacción y eso realmente me tiene cansada.

P9. ¿Te sientes haciendo el papel da ama de casa antigua?

R9. Totalmente eso es lo que más rabia me da, a él hay que lavarle hasta los calzoncillos (me siento ridícula toda una psicóloga escribiendo esto) el plato donde come, todo o sea el no colabora en nada en la casa, yo soy la sirvienta de mi casa y él no es capaz siquiera de tenernos la comida a tiempo, eso es lo que yo no paso, puedo tolerar muchas otras cosas pero la alimentación no la negocio sobre todo la de mi hijo, tener que irse o irnos para donde una de las abuelas a comer porque en mi casa no hay nada es el colmo.

P10. Bueno, ¿entonces qué es lo que le ata a él?

R10. Primero mi inseguridad y segundo mi dependencia, además el ejemplo que he recibido de mi mamá.

P11. ¿Qué puedes hacer para mejorar esta situación?

R11. Trabajar en psicoterapia mis debilidades latentes e independizarme.

Conclusiones

El área de mi vida que más estancado tengo es mi relación de pareja, gracias a mi inseguridad y dependencia.

Acciones

Sacar muchos esquemas de mi mente, hacer diálogo socrático, trabajar en psicoterapia para mejorar mi seguridad personal y poder tomar una decisión asertiva en mi relación de pareja.

### **Práctica 5.**

P1. ¿Qué te genera ansiedad en estos momentos?

R1. Mi situación económica, no tener un trabajo con el que pueda cubrir mis necesidades básicas y las de mi hijo.

P2. ¿Qué más te genera ansiedad?

R2. Mi nota de inglés para poderme graduar.

P3. ¿Crees que tienes salud mental?

R3. Creo que debo trabajar algunos aspectos para que mi salud mental sea sana totalmente.

P4. ¿Qué aspectos crees que debes trabajar?

R4. Mi inseguridad y mi dependencia.

P5. ¿En qué aspecto crees que más se marca esta inseguridad y esta dependencia?

R5. En la relación con mi hijo y en la relación con mi pareja.

P6. ¿En la relación con tu hijo? ¿Cómo? ¿De qué manera?

R6. Porque no soy clara a la hora de ponerle normas. A veces les dejo pasar y creo que esto revela sus inseguridades.

P7. ¿De qué otra manera?

R7. Me parece que dejo que otras personas interfieran en la crianza de mi hijo demostrando allí mi inseguridad.

P8. ¿Es tu relación de pareja cómo? ¿De qué manera se evidencia tu inseguridad e independencia?

R8. Siguiendo ahí, porque tengo muy claro que esto no es lo que quiero para mi vida, ni es el ejemplo que quiero para mi hijo y sigo ahí, y sigo ahí...

P9. ¿Pienso que las personas se dan cuenta de tu inseguridad?

R9. Sí, creo que a veces se aprovechan de eso.

P10. ¿Se aprovechan o tú dejas que impongan sus ideas?

R10. Sí, creo que me dejo influenciar muy fácilmente por las ideas de los demás debido a que no soy segura ni siquiera de lo que creo estar segura.

P11. ¿Qué puedes hacer para aumentar tu seguridad?

R11. Creer más en mis pensamientos, en mis ideas y no dejarme influenciar por las ideas de las demás personas.

Conclusiones

Soy una persona insegura pero al estar consciente de ello podría actuar.

Acciones

Crear más en mis capacidades y aceptar tanto mis debilidades como mis fortalezas.

## ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión y ansiedad

Elementos: se identifican propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad: (identificar el nivel y justificar brevemente).

Claridad: alta. Hay detalles en su apreciación

Exactitud: alta. Han cuestionamiento de sus creencias

Profundidad: media. Se queda en la descripción de muchos aspectos pero no es profundo (Jurado L.O.: YO CONSIDERO QUE ES ALTA, PORQUE DESCRIBE PERO VA MÁS ALLÁ, HAY METACOGNICIÓN).

Amplitud: alta. Se retoman diferentes puntos de vista principalmente desde el contexto teórico de la psicología

Lógica: alta. Hay coherencia entre sus apreciaciones y las conclusiones

### Caso # 9 Hombre, 18 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
17/4=4.25	1	1	0	0	1	3

#### Criterio clínico

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	0	0	0	0	0

#### Práctica 1.

P1. ¿Qué me puedo preguntar?

R1. Sobre como es mi personalidad.

P2. ¿Cuál es mi personalidad?

R2. Lo que me hace único.

P3. ¿Qué es lo que me hace único?

R3. Mi aspecto de mi personalidad que me caracteriza.

P4. ¿Qué aspectos tiene mi personalidad?

R4. Lo que te hace único es como ayudar a las personas.

P5. ¿Cómo ayudas a las personas?

R5. Con los aspectos personales ayudo a afrontar los problemas o como apoyo.

Conclusiones

Mis metas personales las tengo que fortalecer.

Fue a prender a descubrir que más hace parte de mí.

Acciones

Aprender a enfatizarme más en mis cosas.

Realizar otro diálogo socrático.

### **Práctica 2.**

P1. ¿Podré tratar el aspecto económico?

R1. Si podre tratar este tema.

P2. ¿Puedo aprender a economizar mis gastos?

R2. Se puedo con algunas estrategias.

P3. ¿Qué estrategias?

R3. Economizando las cosas que se compran, solo lo necesario.

P4. ¿Qué es solo lo esencial?

R4. Solo productos de primera necesidad para poder ahorrar.

P5. ¿Con esto sí puedo ahorrar o economizar mis gastos?

R5. Si puedo economizar pero se requiere un esfuerzo.

P6. ¿Y qué más?

R6. Regulando el dinero.

Conclusiones

Se debe aprender a ahorrar para tener una buena economía.

Acciones

Solo comprando lo necesario y ahorrando la energía.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Sera que tendré un buen futuro?

R1. Si siempre y cuando tenga la disposición y realizar un buen esfuerzo desde joven.

P2. ¿Tendré una buena disposición para realizar algún trabajo?

R2. Si por medio del esfuerzo que se le pone al trabajo puede salir bien y seguir adelante.

P3. ¿Sera que poder hacer los esfuerzos necesarios para lograr mis objetivos?

R3. Dependiendo de la disposición que se le tenga a los objetivos que quera lograr.

Conclusiones

Lograr un buen futuro y poder realizar todas las metas propuestas tengo que esforzarme desde el comienzo.

Acciones

Tengo que ser más aplicado y superar los temores para salir adelante.

### **Práctica 4.**

P1. ¿Puedo ser propenso a la depresión?

R1. Dependiendo de mis factores de riesgo.

P2. ¿Qué factores de riesgos?

R2. Que puedan hacer que me pueda dar depresión.

P3. ¿Qué puede hacer que me de depresión?

R3. Problemas familiares.

Conclusiones

Tratar de confrontar estos factores.

Acciones

Realizar más diálogos socráticos.

## **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión y ansiedad

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, conclusiones, implicaciones: no se identifica de manera clara información, conceptos, supuestos, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: bajo  
 Estándares de calidad:  
 Claridad: media. Se describen pocos detalles de cada diálogo y se finalizan rápidamente  
 Exactitud: media: se es preciso pero no se cuestionan los planteamiento formulados  
 Profundidad: baja: no se establecen relaciones, no genera ideas fluidas  
 Amplitud: baja: se analizan pocos aspectos y no se consideran puntos de vista  
 Lógica: baja: hay lógica pero no se concluye de manera directa lo analizado

Caso # 10 Hombre, 17 Años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
25/4=6.25	2	2	1	1	1	7

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
0	0	0	0	0	0

**Practica 1**

P1: ¿Porque no puedo trabajar sin descuidar mi estudio y depender de mi mismo?  
 R1: Soy un estudiante becado que debe llevar un promedio académico alto, creo que influye también el ser menor de edad.  
 P2: ¿Por qué me enamore de una mujer que vive tan lejos?  
 R2: Nos enamoramos sin saber que es muy duro tener a alguien tan lejos.  
 P3: ¿Por qué tengo que depender económicamente de alguien, desear tantas cosas que no puedo tener?  
 R3: Acabo de salir de una vida donde todo era fácil, todo me llegaba a la mano, ahora vivo sin tanta comodidad  
 P4: ¿Por qué me siento tan frustrado a veces?  
 R4: Tantos cambios de mi vida anterior a la actual.

**Conclusión.**

Es deber conseguir un trabajo, una fuente de ingreso. Saber que los cambios a veces son buenos

**Acción.**

Valerme más, ser más activo comercialmente y no apegarme al dinero de nadie.

**Practica 2**

Económica

Familiares

Sentimentales

De organización

P1: ¿Cuál es el propósito al analizar mis problemas de organización?

R1: A veces quiero organizar el mucho tiempo que me queda, pero la falta de disposición o a

veces perezosa de iniciarlo, a todo el mundo le gusta tomar recursos, pero los míos a veces se toman demasiado largo el propósito es buscar el origen de las faltas para empezar a tratarlos debidamente.

P2: ¿Cómo iniciar la búsqueda del origen de estas causas?

R2. Reto a mi mente a hacer una lista interna de lo que debo hacer para estar bien socialmente, para mí es fácil estar bien, cómodo viendo televisión o en un computador. Realmente no estoy invirtiendo o mejor no estoy administrando bien mi tiempo, solo quiero estar bien yo, pero tengo que tratar de dejar el resto bien para no preocuparme posteriormente.

P3: ¿Si administro mejor mi tiempo puedo sentirme bien conmigo mismo?

R3. Para estar bien, creo que todo el mundo hace primero todo lo que tiene que hacer, o sacrifica algo para hacerlo, ese sacrificio me conviene en cierta medida, pero voy a estar que riendo hacer lo que me gusta.

P4: ¿Debo sacrificar otras cosas para estar bien después?

R4: Sacrificar tiene después un beneficio, debe pensar en esos beneficios.

P5: ¿Cuáles son mis beneficios?

R5. Me sentiré bien conmigo mismo, sin cargas o saber exceso de cosas por hacer.

Conclusiones.

Invertir el tiempo en obligaciones, o si no me gusta es necesario, debo tener iniciativa para hacerlo, Empezar es difícil pero no imposible

Acciones.

Empezar pronto

### **Práctica 3**

P1. ¿Cuál es mi meta frente al análisis sobre el egoísmo?

R1. Primero hay que plantear que clase de egoísmo, egoísmo intelectual, material, de actividades, sentimental. Claramente la meta es suprimirlo de mi pensamiento actual respecto a las otras personas.

P2. ¿Las otras personas piensan igual?

R2. Un problema muy frecuente con mi egoísmo es mi novia, siento que le exijo demasiado y yo no doy lo suficiente de mí en referencia a mis exigencias.

P3 ¿Cuál será el concepto que ella tiene de mí?

R3. Generalmente siempre miramos los defectos del otro y no los propios, esa es una gran causa a ese pensamiento equivoco, si pienso que ella es igual a mí es juzgar y ser imparcial.

P4. ¿La solución es dejar de serlo y esperar que las otras personas lo dejen también?

R4. Un dicho muy popular es el que anda con la miel de algo se le pega, si lo dejo, quizás sea mejor nuestra relación al respecto.

P5. ¿Y si no mejora?

R5. Pedir mejoría sin recaer en mis beneficios alterando lo que mejore.

P6. ¿Cambiaría todo después de ese proceso?

R6. Claro que mejorara, como dije antes el sacrificio de pensar solo en mí tiene como beneficio estar bien con las demás personas y el cambio es para bien (cabe aclarar).

P7. ¿Debo cambiar mi manera egoísta de decir automáticamente lo que pienso?

R7. Eso es un paso importante para mejorar respecto a lo anterior.

Conclusiones:

El cambio es algo irreversiblemente beneficioso, el egoísmo provoca o inicia problemas, debo ser consciente de los demás y sus pensamientos.

Acciones.



Empezar a pensar más sin expresarlo instantáneamente, empezar pronto...

#### **Práctica 4**

P1. ¿A que quiero llegar con el análisis de mis factores de riesgo para depresión y ansiedad?

R1. Identificar todos los factores que hacen fluctuar mi estado de ánimo.

P2. ¿Reconozco o sé cuáles son mis factores de riesgo?

R2. A veces uno se hace el de la mocha para no reconocer estos factores.

P3. ¿Cómo hago para reconocer estos causales?

R3. Haciendo énfasis en la socialización de estos problemas, entrar en profundidad con los conceptos que debo adaptar para este reconocimiento.

P4. ¿Si los puedo reconocer los puedo mejorar?

R4. Al reconocerlo soy paso eficaz a la aceptación y a la rigurosidad a la solución inmediata a los factores.

P5. ¿Mis factores son fuertes para creer en trastornos, algunos sin solución?

R5. Por el momento no, no soy propenso a caer en depresión o ansiedad.

P6. ¿Cuáles son mis factores?

R6. Más que todos económicos, dependientes, me preocupa mucho tener que depender de otras personas.

P7. ¿Tiene alguna solución?

R7. Es posible a largo plazo.

P8. ¿Cómo puedo hacer para regularme mientras encuentro mi solución?

R8. Esperar mientras termino de estudiar.

P9. ¿Qué otro problema genera riesgo?

R9. Algo social, es difícil convivir después de estar con la familia, no tenerla es un cambio muy drástico.

Conclusiones.

Esperar es algo frustrante pero a la vez obligatorio en algunos casos.

No pensar tanto en la cuestión es Estudiar al máximo puede mejorar este aspecto.

Acciones.

Estudiar, estudiar, y usted, organizar mi vida al respecto lo mejor posible.

#### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos para la depresión y la ansiedad

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alto: se describen con ejemplos y con detalles

Exactitud: alto. Se validan los puntos de vista con reconocimiento del egocentrismo

Profundidad: medio. Se analizan y se nombran factores causales pero no con un nivel profundo mayor al inicial

Amplitud: media. Se analizan diferentes áreas y se nombra otro punto de vista pero no se incorpora en el asunto

Lógica: media. El proceso lleva una secuencia pero no se aprovecha la lógica para concluir.

Caso # 11 Mujer, 21 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
26/3=8.6	2	2	2	2	2	10

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	0	0	0	0	0

**Práctica 1.**

- P1. ¿Cuál es la razón por lo que tengo tantos problemas y malas relaciones con mi mamá?  
 R1. Quizás porque hay una comunicación nula, puntos de vista y perspectivas diferentes, que hace que no nos entendemos.  
 P2. ¿Por qué no se respetan esos puntos de vista y perspectivas?  
 R2. Porque pensamos que solo nuestro punto de vista es el valido y que el otro tiene que aceptarla y pensar igual.  
 P3. ¿Qué podemos hacer para aceptar que hay diferencias?  
 R3. Utilizar estrategias y concientizarnos de que somos diferentes y que es igual de importante y valido lo que cada una piensa.  
 P4. ¿Para qué lo quiero hacer?  
 R4. Porque deseo tener una buena relación con mi mamá, saber que podemos dialogar.  
 P5. ¿Que espero de esa relación más adecuada?  
 R5. Un ambiente sano, tranquilo, un vínculo más estrecho de cordialidad.

**Conclusiones**

Es notorio que hay una gran dificultad de comunicación y de aceptación de lo que se piensa diferente o un determinado tema o acontecimiento lo que genera mala relación y convivencia.

**Acciones**

La mejor forma de poder hacer algo es tomar conciencia de qué está sucediendo para llevar a cabo estrategias que permitan saber que aunque son puntos de vista diferentes podemos llegar a un punto intermedio en el que ambas estemos de acuerdo, y si esto no funciona, buscar ayuda profesional puesto que nuestra relación necesita mejorar.

**Práctica 2.**

- P1. ¿Qué tipo de personalidad tengo?  
 R1. Considero que soy de personalidad segura, aunque a veces puedo tener otro tipo de características.  
 P2. ¿Qué características tiene mi personalidad segura?  
 R2. Como su nombre lo indica es una personalidad basada en autoconocimiento estable, en el que se identifica tanto mis características positivas como negativas.  
 P3. ¿Cuales serian características positivas?  
 R3. El buen auto concepto que tengo de mi misma, la autoestima, la aceptación y vinculación con los días, El reconocimiento de mis limitaciones.  
 P4. ¿De estos rangos que debo mejorar?

R4. En muchas ocasiones ese elevado autoconcepto y seguridad que manejo puede tender a ser egoísta y querer poner mis cualidades por encima del otro.

P5. ¿Que patología podría darse en estos aspectos?

R5. Un trastorno narcisista, aunque considero que de una manera leve pero si está presente.

P6. ¿Por qué afirmar que es este trastorno?

R6. Porque muchas veces por querer sobresalir en el ámbito académico puedo intentar menospreciar a los demás, deseando y expresando que lo mío es mejor

P7. ¿Es fácil reconocerlo?

R7. No, pero cuando estas constantemente autocuestionándote, lo notas y sabes que debes hacer algo para mejorarlo.

P8. ¿Qué me propongo hacer para esto?

R8. Cuestionarse y ver que el trabajo del otro es igual de valioso para mí.

P9. ¿Que pueden decir los demás de mi personalidad?

R9. Que tengo buenas cualidades como la responsabilidad, amabilidad, respeto, seguridad, como también decir que soy malgeniada pero siendo capaz de relacionarme como el entorno.

Conclusiones

Soy capaz de reconocer que tipo de personalidad tengo mis características positivas como las acciones que debo mejorar para lograr un mayor equilibrio, soy consciente de lo que soy y de lo que poseo.

Acciones

Tengo que trabajar fuertemente estas características marxistas que a veces afectan mi relación con los demás

Creo que mi exigencia de ser muy buena estudiante me llevo a sentirme muchas veces sola por enfocarme simplemente a mi estudio y a mi relación de pareja, debo trabajar en esto, buscar estrategias que me lleven a mejorar.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Qué factores de riesgo tengo para la depresión?

R1. Discusiones con mi madre lo que me genera tristeza, soledad que considero yo parte de mi.

P2. ¿Por qué soledad?

R2. Considero la soledad como parte de mí, porque en semana soy encerrada a las cosas de la universidad, trabajos, olvidándome de mi entorno social, familiar, pareja, amigos.

P3. ¿Qué he hecho con respecto a la soledad?

R3. Trato de sacar tiempo en semana para ellos, aunque los fines de semana los dedico a estar con mi familia y mi novio.

P4. ¿Que otros factores inciden en estados depresivos?

R4. He sido una persona con muchos quebrantos de salud, lo que he generado en casos de agudización de la enfermedad gran tristeza e interrogantes de lo que me pasa.

P5. ¿Qué tipos de interrogantes han surgido?

R5. ¿Porque tengo que soportar estos dolores, porque a mí, que hice, podré curarme, que tengo que hacer?

P6. ¿Con respecto a la enfermedad He tenido ideas suicidas?

R6. En una ocasión tuve un quebranto bastante fuerte, por que el diagnóstico era grave, había sospechas de un cáncer, pensé que lo mejor era morirme para no sufrir yo ni mi familia y amigos.

P7. ¿Solo fue Idea suicida o algo más?

R7. ¿Si simplemente fue un pensamiento, nunca pensé en ejecutarlo?

P8. ¿Cómo maneje estos estados?

R8. Teniendo muy presente mi valentía, mis ganas de vivir y tener la convicción que podría salir adelante

P9. ¿En ese tiempo como estuvo mi autoestima?

R9. Considero que en unas ocasiones elevada, otro estable y en otros en un estado lamentable

P10. ¿Qué hice para salir de ese estado lamentable?

R10. Contar con el apoyo de mi familia, amigos y en ese momento aun me encontraba en el colegio, por ende sentí el apoyo de algunos profesores.

P11. ¿Cómo me siento actualmente?

R11. Muy fortalecida, con una convicción de que la enfermedad no podrá vencerme, que se puede controlar y que cumpliré con mi proyecto de vida.

P12. ¿Cómo manejo la ansiedad?

R12. Trato de calmarme, de saber que las cosas pueden hacer de la mejor manera, a lo que le tengo temor evitarlo o enfrentarlo de una vez.

Conclusiones

Por mi experiencia de vida, muchas veces he atravesado por episodios depresivos y de ansiedad, los cuales llevan a cuestionarme y tratar de buscar la solución a los problemas, he contado con el apoyo de mi familia, novio y en su momento un psicoterapeuta, que me sirven para buscar una buena prevención en salud mental.

Acciones

Creo que lo fundamental es volver a tener ayuda psicoterapeuta para tratar cuestiones que aun están latentes que pueden desencadenar en ataques depresivos y ansiógenos. Aunque sé que también está en mi estar bien y tener buena salud mental.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: no se presentan indicadores clínicos de depresión y ansiedad, sí resiliencia

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta, se da el tiempo necesario en describir y ejemplificar lo que dice

Exactitud: alta. Analiza sus creencias erróneas, trabaja el egocentrismo

Profundidad: alta. Llega a relaciones causales y tiene en cuenta las implicaciones de su comportamiento

Amplitud: alta. Considera otros puntos de vista

Lógica: alta. Hay coherencia en sus ideas y con las conclusiones

Caso #12 Mujer, 26 años de edad.

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
22/4=5.5	2	2	2	2	2	10

### Criterio clínico

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	0	0	0	0	0

### Práctica 1

P1. ¿Qué altera mi tranquilidad?

R1. En estos días no me he sentido muy bien, pienso que son múltiples situaciones las que me están generando malestar conmigo y mi forma de ver las cosas en ocasiones, aunque trato de disiparlo y no darle mucha importancia pero cuando me detengo a pensar me doy cuenta que realmente me afecta mucho.

P2. ¿Quién genera estos sentimientos?

R2. En ocasiones o casi siempre le echo la culpa a los demás, unos días a mi cuñado por ser un ser egoísta, envidioso y rencoroso, pero en el fondo sé que soy yo la del problema, pues soy muy emocional y me afectan muchas cosas que realmente no tienen mucho sentido.

P3. ¿Cuál es mi personalidad realmente?

R3. Mi personalidad es, creo, muy explosiva, muy emocional, temperamental, directa y sin anestesia, eso dicen, estoy convencida de que ahí es donde se genera todo el conflicto interno que tengo, pero por más que trato de modificarlo y ser más pasiva, comprensiva y calmada no soy capaz de controlar esos impulsos. Es realmente frustrante.

P4. ¿A quién afecta mi personalidad?

R4. Sé que a todo mi entorno, pero realmente estoy preocupada por mi hija mayor que tiene 10 años, no sé qué está pasando en ella pero siente que me está cogiendo un poco de rencor por mi forma de tratarla, soy muy normativa, y templada como dicen, y no le doy muchas opciones y siento que no lo estoy haciendo bien.

P5. ¿Cómo puedo mejorar esta situación?

R5. Sé que mejorando mi trato con ella, diciéndole cosas que realcen su autoestima.

Conclusiones: de lo que realmente estoy convenida es que debo cambiar mi forma de actuar ante situaciones que me generan malestar, pero no siento que tenga la capacidad de hacerlo por sí sola, creo necesitar ayuda profesional.

Acción: hacer mi mayor esfuerzo por no dejar que las situaciones molestas que pasan a mi entorno me afecten, tratar a mi hija con calma y tenerle paciencia, mucha paciencia.

### Práctica 2

P1. ¿Estoy siendo comprensiva?

R1. No estoy teniendo en cuenta muchas cosas que importan verdaderamente.

P2. ¿Qué es lo importante verdaderamente?

R2. La edad de valentina, tiene 10 años y he notado grandes cambios en su personalidad, pero no los he valorado ni tenido en cuenta como esta etapa lo requiere.

P3. ¿Por qué no le estoy dando la importancia necesaria?

R3. Soy una persona muy temperamental y pienso que es su cambio de personalidad. No sé si se le llama de esa forma, me altera, me da mal genio, me disgusta.

P4. ¿Qué generan esos sentimientos en mí?

R4. Es muy difícil de saber qué exactamente, pero es irritante que no haga lo que se le dice, le olvidan las normas que ya están establecidas en la casa y esto me lleva a tratarla mal.

P5. ¿Cómo es el trato hacia mi hija?

R5. Me siento avergonzada porque soy consciente que no la estoy tratando bien, todo, o casi todo lo que le digo es dañando su autoestima, palabras muy duras e hirientes.

P6. ¿Qué palabras es la que más me aterra?

R6. Todas, pero no puedo controlar decirle que me parece muy lenta, muy dormida, que todo lo hace mal, realmente estoy haciendo daño a mi hija.

Conclusiones: mi conclusión es que esto me conlleva a darme cuenta y reflexionar en el daño que le estoy haciendo a mi hija, por no tener control de mis impulsos y emociones.

Acciones: No se, hacer mi mayor esfuerzo por hacer sentir mejor a mi hija. Darle más amor y dialogar mucho con ella, reforzarle todas sus cualidades y minimizar esas actitudes que no me gustan para que ella no lo tenga tanto en cuenta.

### **Práctica 3**

P1. ¿Cómo encuentro mi estado de ánimo?

R1. Me siento bien. Tranquila en casi todos los aspectos de mi vida.

P2. ¿En qué aspectos no me siento conforme?

R2. En la relación que se está llevando en este momento con la familia de mi esposo, los negocios para mí han sido un gran logro, un gran proyecto, el termómetro de mis capacidades laborales y el progreso económico de mi núcleo familiar, para ellos ha sido un tropiezo en los negocios de ellos. No les gusta la idea que su hijo junto a su familia prospere. Les duele ver que alcanzamos metas que poco a poco hemos ido progresando.

P3. ¿Por qué llego a esa conclusión?

R3. Es un punto de vista discutido con mi esposo y las conclusiones son: 1) Todo lo que nos lleve a mejorar es difícil para ellos reconocerlo pues se les nota el enojo y desagrado. 2) La envidia es evidente. Todo lo que logramos construir para beneficio de nuestra empresa es adquirido de una manera idéntica para ellos. 3) Se nota el egoísmo. Nunca se ha podido contar con el apoyo de ellos.

P4. ¿Por qué se da esta situación?

R4. Esta situación se presenta porque la actividad económica nuestra es la misma que ellos. Esto en vez de mejorar la relación ha sido un tropiezo para ella.

P5. ¿Por qué no hay unión familiar?

R5. En el momento en que decidimos abrir nuestra empresa, la relación con ellos cambió totalmente y en todo momento se sentía la indisposición en cuanto a los negocios.

P6. ¿Qué he hecho para mejorar la relación?

R6. Realmente no he tomado una actitud activa ante la problemática familiar.

Conclusión: Mi conclusión ante esta situación es que es incómodo y perjudicial para la familia que esta situación de siga presentando, es difícil cambiar los problemas ya que mis suegros y mi cuñado son personas de mente muy rígida, poco asequibles y de un diálogo muy pobre, solo se han encargado de crear situaciones incómodas y dañar la armonía familiar.

Acción: Crear un ambiente adecuado para llevar una conversación grata y sincera, tratando al máximo de llegar a acuerdos para mejorar el ambiente familiar.

#### **Práctica 4**

P1. ¿Qué está generando ansiedad en mí?

R1. Creo que lo que causa ansiedad en mí son las exposiciones académicas. Es un momento de gran flujo de emociones negativas. Siento susto, me sudan las manos, pienso que no lo voy a lograr.

P2. ¿Qué otra situación me genera ansiedad?

R2. Pienso que me he vuelto una mujer muy insegura, pero cuando lo replanteo, noto que solo me ocurre en el ambiente universitario.

P3. ¿Por qué en la U y no en otro lugar?

R3. Porque en la U. hay un ambiente que estoy conociendo, hay mucha fluidez mental, es un universo de pensamientos y yo poco a poco me he ido involucrando pero no lo suficiente pues tengo un grado de dificultad que es mi poca actividad estudiantil durante 3 años.

P4. Si, totalmente, pero esto me motiva a seguir adelante y prepararme académica y cognitivamente para enfrentar la vida con la satisfacción de mi superación personal.

P5. ¿Es tan importante estudiar una carrera para mí?

R5. Si, es importantísimo pues soy una persona muy perseverante y a pesar de las dificultades quiero tener un nivel de alta calidad.

Conclusiones: el ambiente universitario es muy exigente pues cuando uno se enfrenta a la U se da cuenta que es muy poco lo que sabe, pero con las ganas de aprender de este universo, se que mejoraré mi capacidad cognitiva.

Acciones: Dedicar mucho más tiempo a preparar mis exposiciones para llegar segura y no en la incertidumbre. Involucrarme más con mi grupo académico, ser más activa y dedicar más tiempo a leer.

#### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión y ansiedad

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Se presenta una descripción detallada de lo expuesto en los diálogos

Exactitud: alta. Se permite cuestiona sus puntos de vista para llegar a validarlos o rechazarlos

Profundidad: alto. Se establecen relaciones entre los elementos, identificando implicaciones

Amplitud: alto. Se consideran diferentes áreas de funcionamiento y retoma puntos de vista

Lógica: alta. Es coherente la manera como desarrolló los análisis y como llega a las conclusiones.

Caso # 13 Hombre, 17 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
37/4=9.25	2	2	2	2	2	10

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada a pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	0	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Por qué no tengo la cantidad de dinero necesario para mis actividades?

R1. Por la falta de contratos o trabajo que le llegue a mi padre y su gran suma de deudas.

P2. ¿Por qué siempre mi padre siempre está endeudado y siempre me lo dice?

R2. Tal vez no sabe manejar su dinero y lo que gana lo gasta en la familia y sus principales necesidades y me lo comenta para que sepa su esfuerzo, me lo dice de una manera poco apropiada que estresa.

P3. ¿Por qué me estresa que mi papá me diga que no hay plata?

R3. Porque estoy buscando hacer mi sueño desde ya y este solo se hace por plata o al menos el primer paso sí.

P4. ¿Por qué quiero hacer las cosas o preparativos de mi sueño desde tan rápido?

R4. Porque tengo miedo que en el futuro ya sea demasiado tarde.

P5. ¿Por qué le tengo miedo al futuro?

R5. Porque al presente no le veo mucha longevidad.

P6. ¿Por qué no le veo una larga vida a la sociedad presente?

R6. No me ha demostrado una buena "salud" o acciones.

**Conclusiones**

El mundo va de mal en peor y hay que hacer algo rápido antes de que se eche a perder todo.

**Acción**

Lograr rápido lo que quiero hacer. Hacer algo para que este mundo no se eche a perder.

**Práctica 2.**

P1. ¿Por qué estoy viniendo a este taller de pensamiento crítico?

R1. Porque me interesó la forma en que da más fluidez a mi pensamiento.

P2. ¿Ha dado algún resultado?

R2. Si, ha dado resultado donde ya formule preguntas de mi personalidad o de otras cosas de mi interés.

P3. ¿Esto me servirá en un futuro lo que estoy haciendo y aprendiendo?

R3. Si, debido a que soy una persona que está muy interesada en la unión de mente y cuerpo para mi trascendencia que necesitaré para mi deporte y profesión que ejerceré.

P4. ¿Este taller ha dado mayor claridad para lo que quiero?

R4. No, pero si me ha dado más herramientas que servirán en lo que hago y haré.

P5. ¿Hay algo aparte del aprendizaje que me da este taller que haga que yo esté aquí?

R5. Si, también estoy interesado en lo que nos darían al final del taller que haría más peso a la



hoja de vida.

P6. ¿Es necesario que nos den algo para saber que tengo un pensamiento crítico?

R6. Lastimosamente si debido a que creen más en lo que hay en un papel que en lo que yo hago.

P7. ¿He tratado de poner el pensamiento crítico en práctica con otras personas?

R7. No porque a la gente no le gusta ser criticado y lo que me gusta es ser aceptado por los otros.

P8. ¿Por qué creo que a la gente no le gusta ser criticada?

R8. Tal vez porque son egocentristas y piensan que lo que ellos piensan es lo único existente y les aburre pensar en algo nuevo.

P9. ¿Qué haría para cambiar el pensamiento holista de los otros?

R9. No lo cambiaría pero si les diría que entre en criterio los que ellos piensan.

Conclusiones

Estos talleres son demasiado útiles. No tener miedo de poner en práctica la crítica.

Acciones

Seguir practicando el pensamiento crítico. Dar pautas a los otros sobre pensamiento crítico.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Qué pienso sobre la ley?

R1. Debe cumplirse para que haya una estabilidad en una sociedad.

P2. ¿Cumpla la ley?

R2. Si.

P3. ¿Qué sucede cuando no veo que se cumple la ley?

R3. Trato de hacer que se cumpla o concientizar a los que la infringen.

P4. ¿Si los infractores de la ley no cambian su actitud a pesar de las advertencias y sugerencias que hago?

R4. Trato de buscar el origen del problema para poder solucionarlo.

P5. ¿Si al encontrar el origen del problema no se puede solucionar, resolver o cambiar, que hago?

R5. Nada.

P6. ¿Al no hacer nada ni denunciando a las personas infractoras de la ley, no estoy siendo cómplice?

R6. Si.

P7. ¿Cómo me afecta el ser cómplice de algo que me desagrada totalmente?

R7. Me lleno de ira con las personas culpables del delito.

P8. ¿Cómo actúo frente a esas personas?

R8. Trato de ser indiferente con ellos y trato de no crear ambientes pesados.

P9. ¿Cómo me siento con migo mismo al no poder hacer nada más que crear ambientes malos para ellos como para mí?

R9. Me siento en un breve tiempo algo deprimido de mi poca decisión y falta de inteligencia para actuar frente a estos agentes.

P10. ¿Por qué tengo falta de decisión frente a estos agentes?

R10. Por qué también tengo dependencia a ellos.

Conclusión

La ley debe de ser cumplida pero se ve imposible de ser acatada en ocasiones por actos de dependencia y lazos personales.

Acción

Buscar la forma de tener más autonomía.

#### **Práctica 4.**

P1. ¿Por qué entreno artes Marciales?

R1. Porque siento que me ayuda a trascender como persona.

P2. ¿Hay otra causa por lo que entreno artes marciales?

R2. También ayuda a mi salud corporal y proporciona bases para poder defenderme.

P3. ¿Me han servido en alguna ocasión las Artes Marciales?

R3. Si.

P4. ¿Para defenderme o para mi salud?

R4. Para las 2 ocasiones, también si no me hubiera defendido mi salud se hubiera visto afectada.

P5. ¿Alguna vez he provocado alguna pelea debido a mi práctica?

R5. No.

P6. ¿La práctica me ha ayudado a ser más valiente en las amenazas que se me han hecho o situaciones peligrosas?

R6. Si.

P7. ¿Si no entrenara creo que no hubiera podido ser valiente y decisivo?

R7. Lo más seguro es que no.

P8. ¿En qué forme se ha visto evidenciado mi transformación personal?

R8. En la disciplina, se ha visto marcada debido a la práctica.

P9. ¿Hay otra cosa?

R9. Mis relaciones han mejorado más aunque ya tengo menos tiempo y también he creado nuevos lazos con la gente.

P10. ¿Podría haber utilizado otros métodos para mejorar intrapersonalmente que no sean las artes marciales?

R10. Si pero lo más seguro es que no me agradasen.

P11. ¿Qué es lo que más me agrada?

P12. La forma en que mejoro cada día que entreno y pues un poco la parte deportiva me agrada (combates).

Conclusiones

Disfruto de las artes marciales debido a que es una herramienta que me ayuda en mi diario vivir, y a mi mejoramiento como persona.

Acciones

Seguir en lo mismo o más.

#### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: sin indicadores clínicos de depresión y ansiedad

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Se presenta de manera detallada y con ejemplos

Exactitud: alta. Se expone confrontación a las ideas planteadas buscando validarlas con control del egocentrismo

Profundidad: alta. Se analizan factores causales

Amplitud: alta, se analizan diferentes áreas y se consideran diferentes puntos de vista  
 Lógica: alta, se presenta coherencia entre las ideas y de éstas con las conclusiones y acciones

Caso #14 Mujer, 17 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
31/5=6.2	2	2	1	1	2	8

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
0	1	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Cómo encuentro mis emociones, como me encuentro a nivel emocional?

R1. Siento felicidad por todo lo que tengo, mi familia, mis amigos, me siento amada, siento temor de perder lo que me rodea, miedo de los cambios que las personas puedan tener hacia mi; un poco de impotencia ante la incapacidad de resolver ciertos problemas.

P2. ¿Por qué el temor de perder lo que ya tengo y el miedo al cambio?

R2. Siento miedo porque por ahora tengo una estabilidad “perfecta”, porque mi vida está bien, y simplemente desearía que todo siguiera así. Quizá es un temor a construir nuevamente amistades, a conformar vínculos sentimientos y esto me conlleva a un intenso miedo al cambio.

P3. ¿Qué me brinda las personas que me rodean que me estanco a no movilizarme a otros?

R3. Siempre estoy abierta a conocer nuevas personas, de hecho me encanta hacerlo pero quizá me cierro más a las nuevas amistades por temor a que me hieran si tienen demasiada información; saben demasiado de mi.

P4. ¿Por qué movilizarme en un círculo social grande?

R4. Creo que es divertido ya que cada persona con la que me relaciono es un punto de vista diferente, varias apreciaciones de la vida, siento que mirándoles desde otro punto de vista, busco una capacidad de aceptación, de afecto.

P5. ¿Por qué la necesidad de aceptación y afecto?

R5. El vacío que una sola persona llegue a ocasionar en mi vida, siento que se me hace necesario que muchas personas lo llenen, alguien dándome amor, confianza, algo que me permita saber que cuento con alguien más y que puedo “suplir” los vacíos, aunque sé que no totalmente.

Conclusiones: en ocasiones he entregado demasiado y me han herido, o simplemente las personas no me han retribuido de la mejor manera, quizá por esto mi actual miedo al cambio, a dar demasiado de primera instancia sin lograr conocer bien la persona.

Acción: Arriesgarme, porque se pierden demasiadas posibilidades al cerrarse a alguien, y aprender y entender que quizá los otros también han tenido “problemas” de este tipo, y no se han bloqueado a los demás. Valoraré más la opinión de los demás.

**Práctica 2.**

P1. ¿Cómo es mi relación con mi familia?

R1. Soy aislada de todas, para evitar tener problemas, en realidad confié poco en mis padres y hermanos, prefiero buscar apoyo en alguien más.

P2. ¿Por qué se da esta situación?

R2. Quizás es que los consejos no son los que pretendo escuchar o los veo como algo anticuado, porque siento que mis padres quieren mantenerme en una burbuja de cristal, y no permitirme afrontar el mundo.

P3. ¿He analizado bien la situación?

R3. En realidad es un factor que evito constantemente, quizá porque un miedo a enfrentamiento de pensamientos o algo por el estilo.

P4. ¿Qué crees que es lo más indicado hacer?

R4. Dialogar con mi familia, pues a pesar de todo son ellos quienes siempre están presentes y generalmente sufren las consecuencias de mis problemas.

P5. ¿Qué haré para lograrlo?

R5. Intentaré dar mayor importancia a mi familia como núcleo que es y como base fundamental para mí, evitaré evadirlo y confrontar su realidad con la mía.

Conclusiones: mi familia es quien siempre me acompaña y ellos como nadie saben mejor las cosas por las que paso, su experiencia me puede ayudar en vez de perturbarme y bloquearme.

Acción: Hablar con todos los miembros de mi familia, permitiendo que conozcan un poco más sobre mi vida, no cerrarme tanto.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Por qué el continuo miedo de enfrentarme a mi misma?

R1. Me da temor encontrar cosas dentro de mí que no me agraden, que veo como factores desagradables.

P2. ¿Qué logro con esto?

R2. Solo no conocerme completamente, continuar con aspectos que no me gustan y desconozco.

P3. ¿Qué consecuencias tiene para mí y para los demás?

R3. Molestias inexplicables, para conmigo; desagrado para los demás.

P4. ¿Por qué si soy consciente de que es algo para mejorar no lo hago?

R4. Pereza de cuestionarme y encontrarme con hechos absurdos, con realidades inexplicables para mí...problemas a los cuales buscar soluciones.

P5. ¿Qué consecuencias sentimentales tiene para mí el ocuparme de estas cuestiones?

R5. Mal genio, desespero, dudas, choques emocionales.

P6. ¿Por qué siento esto?

R6. Me da mal genio y desespero al no encontrar respuestas a mis dudas o venir que son cosas que realmente me afectan, choques emocionales porque generalmente me encuentro de buen humor y es algo que me baja.

Conclusión: enfrentarse a sí mismo es necesario, un análisis interno continuo de lo que pienso, porque toda acción es primero un pensamiento por lo que se debe asumir con total responsabilidad.

Acción: me propongo analizarme continuamente, como ya de hecho he empezado a hacerlo, notando que se hace cada vez más satisfactorio y necesario.

### **Práctica 4.**

P1. ¿Cómo me siento en estos momentos?

R1. Me siento bien, feliz, no tengo problemas a mí alrededor, todo en mi entorno social y familiar anda bien, aunque en los últimos días sentí un poco de temor, de dudas respecto a mi

pareja.

P2. ¿Por qué las dudas o el temor?

R2. Por situaciones anteriores, se me vinieron a la mente cosas del pasado con él un poco incómodas, una “infidelidad” con la ex novia, y es un miedo de perderlo porque le he cogido gran cariño, me da temor que vuelva a ocurrir lo mismo.

P3. ¿Qué hago para superar esta inseguridad?

R3. Decidí pensar mejor las cosas antes de actuar, pues me ha demostrado que puedo confiar en él, sin embargo es algo que queda por mucho que intente ocultase, o evadirse.

P4. ¿Por qué estoy con él a pesar de esto?

R4. Quizás porque podía esperar desde un principio que este temor surgiera, porque es algo normal, pero no sé si por fe o porque pienso que no va a volver a suceder.

P5. ¿Siempre había dicho que nunca perdonaría una infidelidad, por qué lo hice?

R5. Busqué mucho en mi interior, hice una lista de aspectos favorables y otros no tanto; y pensé también en algo, que todos en la vida nos equivocamos, bueno quizás pensé mucho con el sentimiento y no con la razón, y decidí pensar tarde con la razón que fue lo que me conlleva a generar dudas.

P6. ¿Y si era obvia la infidelidad por qué no decidí darme un tiempo?

R6. Tiendo a confiar en las personas con las que he compartido buenas experiencias y que al principio parecen tan sinceras, de igual manera, reitero pensé con el corazón y no con la razón, y son experiencias, de todo en la vida se aprende, y quizás pensé mucho en las experiencias positivas, y que quizás no encontró lo suficiente en esos momentos en mi y debió recurrir a alguien más.

P7. ¿Si eran superiores las experiencias positivas a las negativas, y más fuertes? ¿O si no porqué decidí hacerlo?

R7. Estaba en una balanza, puede decirse eran muchísimas en cantidad las buenas, pero más fuerte las malas, aún así decidí arriesgar, creer en el cambio de las personas, y especialmente empezar a creer en alguien que quiero tanto.

Conclusiones: a veces dejo llevarme por los sentimientos y más tarde obras de acuerdo con la razón, haciendo un poco incoherente mis actos o pensamientos.

Acción: olvidar el pasado, pues ya decidí arriesgar, dejar el temor y la desconfianza que no me da razones para hacerlo.

### **Práctica 5.**

P1. ¿Qué situación me genera ansiedad?

R1. Eventos sociales cercanos, exponer frente a un grupo muy numeroso.

P2. ¿Qué me da temor en estos casos?

R2. Generalmente suelo ser muy sociable, pero me da temor el rechazo, cuando expongo me da miedo equivocarme en lo que debo decir.

P3. ¿Qué síntomas me genera la ansiedad?

R3. Situaciones a mi cargo, evaluación social: generalmente dolor de cabeza, mal genio, o pequeños temblores al exponer.

P4. ¿Qué hago para controlarlo?

R4. Intento concentrarme en cómo están saliendo bien las cosas y que no hay de qué preocuparse porque tengo los elementos necesarios para apoyarme, para responder frente a diversas situaciones.

P5. ¿Cómo reacciono frente a la ansiedad?

R5. Generalmente el mal genio es muy fuerte y el dolor de cabeza lo aumenta, pero entiendo

que debo controlarlo un poco, sin embargo es imposible controlarlo totalmente y mis familiares y grupo social más cercano suelen sufrir las consecuencias.

P6. ¿Es justo que los otros sufran las consecuencias de mi estrés, de mi ansiedad, mis pensamientos?

R6. No es justo, ya que son problemas personales, y en ocasiones son gritos contra mis familiares, o mal genios, o un no querer hacer las cosas cuando son aspectos controlables y de los cuales ellos no tienen culpa.

P7. ¿Qué hago para mejorar esto?

R7. Me encierro en mi cuarto, evado los pensamientos que me causan estrés con la música, y estoy completamente sola.

P8. ¿Por qué evado mis pensamientos?

R8. Intento no estresarme más, pero como dicen no hay peor tarea que la que no se hace y es algo que continuamente está martillando y preocupando aún más.

Conclusiones: muchas situaciones irrelevantes me generan estrés, sin embargo debes aprender a controlar los impulsos que esto me genera.

Acción: tranquilizarme antes de actuar, es de hablar, y terminar rápido eso, buscarle una pronta solución para que no me genere más preocupación.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: indicador clínico de depresión posttest, sin ansiedad y sin depresión

Elementos: se identificaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alto. Hay descripción con detalles y ejemplos en sus diálogos

Exactitud: alta. Cuestiona su egocentrismo y analiza la validez de sus apreciaciones

Profundidad: media. Se establecen relaciones causales pero no logra avanzar en la manera de interpretar los eventos, los asume desde su emoción y desde los estresores, se detecta vulnerabilidad por sus atribuciones

Amplitud: media. No considera otros puntos de vista o los considera sin analizarlos

Lógica: alta. Se presenta coherencia entre sus apreciaciones

Caso #15 Mujer, 19 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
17/3=5.6	2	1	1	1	1	6

**Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	1	0	0	0	0

**Practica 1**

P1. ¿Cómo está mi vida afectiva, enfocándose en lo emocional?

R1. Realmente no sé si tenga que ver directamente conmigo o con las personas que frecuento (sexo masculino) que no me sienta plena o conforme a mi vida afectiva.

P2. ¿Lo económico me ha atormentado últimamente?

R2. La economía de alguien es algo fundamental; he estado muy pensativa con respecto a muchas cosas, ya que tengo muchos gastos.

P3. ¿Por qué soy tan inestable emocionalmente?

R3. No puedo evadir mi “problema” principal que es no encontrar una estabilidad emocional, ese es mi “gran dilema”, hasta me da risa, ya que siempre he sido de las que piensan que eso no es indispensable, pero sería formidable, contar con alguien.

Conclusiones: Lo que siempre he sabido, aunque he querido evadir es inestabilidad emocional, por falta de pareja y economía. Pero en realidad tengo muchas ganas y estoy aferrada a muchas cosas así que de un 100% diría que este inconveniente es de un 5 %.

Acciones: -Buscar arduamente trabajo. – Seguir reforzando mi autoestima y autocontrol con pensamientos y acciones positivas.

**Práctica 2**

Propósito: Aclarar ideas, definir pensamientos y ver en que he mejorado.

P1. ¿Puedo descubrir o aclarar de alguna forma pensamientos que quiero evadir?

R1. En realidad los tengo claros, sólo que no se si tengo que aclararlos con alguien que sea de un tipo de orientación. Hasta ahora siento que he evolucionado y superado.

P2. ¿En realidad me siento bien conmigo misma?

R2. Si, por que he estado trabajando en ello, en estar bien y sentirme bien y he hecho cosas para ello

P3. ¿Me ha atormentado como antes no ser una persona estable en mis relaciones afectivas?

R3. No, me siento sola y sabré que si llega alguna persona, se darán las cosas de forma natural y espontánea, me siento bien estando sola y concibo las relaciones desde otra perspectiva que ahora he estructurado mejor.

P4. ¿Tengo ganas de vivir y metas?

R4. Tengo muchos planes, estoy feliz, canalicé todos esos pensamientos negativos en cosas buenas para mi crecimiento, estoy cada día en un proceso de enriquecimiento.

Conclusiones

Enfatice el propósito inicial. Reflexioné sobre lo que he cambiado y lo que no. Busqué

soluciones y las realicé, aunque estoy en proceso.

Acciones

Ya las he puesto en práctica: hablar con personas que estén implicadas en mis problemas, para sentirme mejor, aclarando y finiquitando las cosas. – No he salido como habitualmente los fines de semana de un tiempo para acá.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Cuál es mi propósito en estos momentos, aquí, ahora?

R1. Identificar flaquezas, definir las y obrar

P2. ¿Qué quiero superar en mi vida?

R2. El absurdo pensamiento de cuando estoy triste, tener pensamientos negativos en cuanto a las personas que me rodean.

P3. ¿Crees que ser dominante en ocasiones te trae inconvenientes?

R3. No precisamente, porque no es un absoluto, tan solo que cuando estoy cerca de personas que no se reconocen, sin identidad, pueden ser moldeables.

P4. ¿Eres demasiado relajada o demasiado preocupada por todo?

R4. Mantengo siempre en cuanto a mis ideas mente abierta, en cuanto también a mis costumbres, no me parece malo, porque todo en un punto intermedio no es contraproducente y opino que me ayuda demasiado.

P5. ¿Quieres hacer algo diferente contigo, con tus hábitos, con tu vida?

R5. En realidad, tengo unas cosas en mente que considero que se van dando, pero también tengo claro que quiero y donde quiero estar.

P6. ¿Qué me molesta de mí o de mi ambiente?

R6. De mí que en ocasiones siento que se derrumba toda esa seguridad, quedar vulnerable me molesta, y de mi ambiente no precisamente molesta pero me desconcierta lo atados de pensamiento, las estigmatizaciones.

P7. ¿Qué se necesita moldear en ti?

R7. Estoy trabajando desde hace tiempo en mi genio y el trato para con los demás.

Conclusiones

Dejar de reprimirme lo que siento, hablar, decir las, pensarlas, definir mis pensamientos.

Acciones

Como he mencionado ya estoy en un proceso y estoy poniendo todo en práctica.

### **Práctica 4.**

P1. ¿Me falta cariño de parte de los que amo? ¿Esto ha constituido un problema para mí?

R1. Me siento afortunada por tener la familia que poseo y nunca me ha faltado nada (afectivo) de parte de ellos, son las únicas personas que amo.

P2. ¿Estoy incómoda cuando estoy con personas desconocidas?

R2. Se me hace muy fácil, soy sociable y abierta a nuevas ideas, pensamientos aunque no esté en común acuerdo, se manejarlo.

P3. ¿Qué debo mejorar respecto a lo expuesto sobre personalidad?

R4. Reforzar un punto que me quedó rondando, pero no sé si quiera hacerlo, ya que lo asumo de otra forma.

P4. ¿Quiero aplicar lo aprendido en realidad para mí?

R4. Eso es lo que más quiero canalizar, aplicar todos estos conocimientos y ponerlos en práctica.

P5. ¿Estoy conforme con lo que he obtenido hasta hora?

R5. Me falta mucho por finiquitar, pero hasta ahora está muy bien lo obtenido



P6. ¿Siento un vacío en mi interior?

R6. No tanto, estoy bien y quiero seguir con mi proceso.

Conclusiones

Antes se menciona algo de depresión, pero en realidad incide en momento que estaba paranoide, ahora estoy muy contenta con lo que estoy logrando en este proceso de superar cosas que me producían malestar.

Acciones

En realidad las prácticas que elaboré las hice en la misma dirección, así que no quiero repetir lo mismo de siempre, las acciones que estoy realizando y voy a realizar van alrededor de lo mismo.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicadores clínicos pos test en depresión, sin ansiedad.

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones, conceptos, supuestos, implicaciones; no se identifica claramente: conceptos y otros puntos de vista

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Se describe con detalles y ejemplos los planteamientos

Exactitud: media. No hay interés por contrastar sus puntos de vista ni su egocentrismo

Profundidad: media. No se establecen relaciones causales

Amplitud: media, se consideran diferentes áreas pero no se retoman puntos de vista

Lógica: media, hay coherencia entre sus enunciados pero se pierde de vista aspectos relevantes.

Caso #16 Mujer, 22 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad					
#Preguntas/Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
30/4=7.5	1	1	1	1	1	5

#### **Criterio clínico**

Depresión pretest	Depresión posttest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada posttest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica posttest
0	1	0	1	0	0

#### **Práctica 1.**

P1. ¿Cuál es mi principal problema frente a mi situación sentimental?

R1. Podría ser miedo.

P2. ¿Miedo a que o a quien?

R2. Acaso miedo a mí, mi reacción, miedo a algo que no conozco.

P3. ¿Cuál es mi problema principal ante el miedo que me genera las cosas y situaciones nuevas en mi vida?

R3. De pronto no me gusta, no hay satisfacción ante lo esperado y buscado.

P4. Pero si lo deseo y lo espero ¿Por qué no me podría gustar?

R4. Podría ser miedo al fracaso.

P5. ¿Por qué me da miedo el fracaso?

R5. Tal vez porque no sería capaz de salir de ese fracaso.

Conclusiones

Me da temor pensar en mi situación sentimental, por el miedo a fracasar.

Acciones

Dejar que fluya.

### **Práctica 2.**

P1. ¿Por qué no me alcanza el tiempo?

R1. Porque no organizo mi espacio, ni tiempo.

P2. ¿Por qué no logro organizarlo?

R2. Porque tal vez son muchas cosas para organizar.

P3. ¿Por qué no empiezo?

R3. Puede que me de pereza.

P4. ¿Por qué me da pereza?

R4. Porque puede que tenga cosas que no quisiera organizar.

P5. ¿Por qué no las quiero organizar?

R5. Porque me gustan como están.

P6. ¿Por qué me gustan las cosas como están y no quiero cambiarlas?

R6. Porque me agrada de la manera que se presentan.

P7. Y las cosas que no me gustan ¿Por qué no las organizo?

R7. Tal vez, porque prefiero hacer las que me gustan.

P8. ¿Por qué no las organizo de manera que me agraden?

R8. No quiero que me gusten.

P9. ¿Por qué no quiero que me gusten?

R9. No sé.

Conclusiones

El tiempo no me alcanza para todo lo que tengo que hacer, porque prefiero hacer las cosas que me gusten y no las que debería realizar.

Acciones

Tratar de que me empiecen a gustar las cosas que debo hacer, para realizarlas más fácilmente.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Cuáles son mis patrones de personalidad que me afectan?

R1. En ocasiones no soy tan sociable.

P2. ¿Por qué se me dificulta socializar?

R2. Acaso me da pereza, miedo o simplemente no quiero.

P3. ¿Qué me da miedo?

R3. Ser decepcionada.

P4. ¿Por qué me da miedo ser decepcionada?

R4. Porque produce dolor.

P5. ¿Tal vez no confío en los demás?

R5. Fracaso a no ser querida y aceptada.

P6. ¿Por qué no podría ser aceptada?

- R6. No les gusta como soy.  
P7. ¿Por qué no podría gustarles a los demás como soy?  
R7. Son distintos.  
P8. ¿Pero si todos somos distintos?  
R8. Lo distinto no me afecta tanto.  
P9. ¿Pero entonces de que me da miedo?  
R9. A la decepción, al dolor.

#### Conclusiones

Por mi forma de ser, no puedo socializar como quisiera hacerlo, desearía tener muchos amigos, y puedo decir que no tengo a ninguno en verdad.

#### Acciones

Debo aprender a abrirme más, sin miedo a nada.

#### **Practica 4.**

- P1. ¿Qué factores de riesgo posee frente a la depresión y a la ansiedad?  
R1. El principal factor que poseo es herencia familiar.  
P2. ¿El segundo es en ocasiones el estado económico?  
R2. Podría decirse que sí, pero en los últimos años casi no.  
P3. ¿El ambiente escolar me afecta?  
R3. En este momento no, pero cuando era pequeña sí.  
P4. ¿Podría decirse factor de riesgo ante la socialización?  
R4. Si, casi todo el tiempo.  
P5. ¿Problemas relacionados al grupo primario podría ser un factor?  
R5. Lo que respecta a la compañía y ayuda, no sería un problema, pero, al hablar de genes y herencia sí, demasiada prevalencia.  
P6. ¿Cuáles son los factores de protección frente a la depresión y ansiedad?  
R6. Principalmente la compañía y la fortaleza de los que me rodean.  
P7. ¿Hay problemas con la frustración?  
R7. Considero que no, tengo buena facilidad de salirme fácil del problema.

#### Conclusiones

Creo que tengo bases para trabajar lo que respecta a la ansiedad y depresión.

#### Acciones

Tener presente conocer y actuar en momentos y personas que conozca que podrían presentar factores de riesgo ante la ansiedad, aplicándolo a mí también.

#### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicadores clínicos de depresión y ansiedad generalizada posttest

Elementos: se identifican: propósito, preguntas, información, conclusiones; se considera que no son visibles: conceptos, supuestos, implicaciones, puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio

Estándares de calidad:

Claridad: media. No se describen bien los comentarios, se salta rápidamente a otra idea

Exactitud: media. No se logra confrontar los supuestos

Profundidad: media. No se logra establecer relaciones causales ni implicaciones

Amplitud: media. No se consideran otros puntos de vista.

Lógica: media. Hay lógica en la secuencia pero el diálogo se vuelve circular

Caso #17 Mujer, 20 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
53/4=13.3	2	2	2	2	2	10

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	0	1	0	1	1

**Practica 1.**

P1. ¿Cuál es mi problema principal?

R1. Problemas laborales de mi padre.

P2. ¿Por qué me preocupa tanto la parte laboral de mi padre?

R2. Por qué significa pérdida económica, problemas para seguir con mis estudios y problemas de salud de mi padre.

P3. ¿Por qué creo que va a pasar lo peor?

R3. Por qué me preocupo demasiado y me estreso con facilidad.

P4. ¿Por qué me asusta tener una pérdida económica?

R4. Por qué me tocaría renunciar a la vida que llevo y a muchas oportunidades

P5. ¿Por qué creo que debo renunciar a muchas cosas?

R5. Porque mi padre es el que gana más en el hogar.

P6. ¿Porque me da miedo tener que renunciar a mis estudios?

R6. Porque es mi padre quien me los paga

P7. ¿Porque no puedo trabajar para pagármelos yo misma?

R7. Porque me da miedo no poder lograr bien las dos cosas.

P8. ¿Por qué doy la pérdida de empleo como un hecho?

R8. Porque considero más lo negativo como una posibilidad que lo positivo

P9. ¿Por qué creo que mi padre tendrá problemas de salud?

R9. Porque es hipertenso, y la situación le genera mucho estrés.

P10. ¿Cómo se siente mi familia al respeto?

R10. Más tranquilos y confiado que yo misma.

P11. ¿Por qué soy a la que más le afecta?

R11. Porque tiendo a ser más temerosa del futuro y de las consecuencias.

P12. ¿Por qué temo a las posibles consecuencias negativas?

R12. Porque soy un poco egoísta y considero que la situación puede arruinar mi futuro.

P13. ¿Considero que sea justa esta situación?

R13. En absoluto, pues son acusaciones que le hicieron a mi padre a priori, sin mirar las situación a profundidad.

Conclusiones

Tengo un sentimiento muy egoísta a cerca de la problemática pues me preocupo más por mis afecciones que por las de mi padre o mi familia. Es algo que está afectando mi estado de ánimo actual, por las preocupaciones de las posibles consecuencias que la problemática

genera. Veo que la parte económica me importa más de lo que debería, pues me asusta salir de mi comodidad, ser o tener los mismos conflictos que “otros”. No me parece justa la situación porque él ha sido recto en todo lo que ha hecho y se ha esforzado por hacer excelente su trabajo y ese tipo de cosas no las ven.

#### Acciones

Tolerar y aceptar la situación, no verla como amenazante sino como una posibilidad para aprender y para ver con más humildad el mundo. Si es necesario, trabajar para estudiar y no permitir que mi sueño se detenga por un obstáculo. Intentar ser un apoyo emocional para mi padre y toda mi familia, no siendo una fuente de quejas sino un sustento de la felicidad. Apoyarme mucho en Dios para adquirir fortaleza de parte de él y transmitirlo a toda mi familia.

#### **Practica 2.**

P1. ¿Cuál es el propósito que tengo para hacerme estas preguntas?

R1. Analizar y entender mi problema.

P2. Y... ¿Cuál es mi problema?

R2. Situación laboral de mi padre.

P3. ¿Qué pasa específicamente?

R3. Es vendedor y fue tumbado por un cliente, lo que le pone en riesgo de perder su empleo

P4. ¿Y qué pasa a profundidad con este asunto?

R4. Aunque tiene parte de responsabilidad, los altos mandos hicieron el contrato con ellos.

P6. ¿Es completamente seguro que lo echen?

R6. No lo es.

P8. ¿Porque no lo es?

R9. Por qué es probable que otra persona tenga la responsabilidad.

P10. En qué sentido, ¿económicos?

R10. Es él el que me paga los estudios

P11. ¿Es esto tan relevante para darle el interés que le debo dar?

R11. Creo que sí, sí porque afecta varias áreas en mi vida

P12. ¿Qué áreas?

R12. Aparte de las mencionadas anteriormente una estabilidad emocional y una familia

P13. ¿Por qué me afecta mi estabilidad emocional?

R13. Por qué me sentiré más vulnerable al mundo y tiendo a cambiar mis problemas, una cosa de un área me afecta en todos.

P14. ¿Por qué estabilidad familiar?

R14. Porque podríamos estar sometidos a muchos cambios y necesidades que antes no teníamos.

P15. ¿Qué piensa mi padre de todo este asunto?

R15. Que hay que estar abiertos a las posibilidades pero hay que esperar lo mejor con fe.

P16. ¿Qué siente mi padre?

R16. Se siente angustiado, preocupado y estresado.

P17. ¿Qué consecuencias puede tener estos estados anímicos de mi padre?

R17. Problemas de salud por que tiene hipertensión.

P18. ¿Cómo se encuentra mi familia?

R18. Preocupada por el asunto.

P19. ¿Me preocupo más por mí que por mi padre?

R19. En parte porque considero mucho mi futuro profesional.

P20. ¿Es 100% probable que lo peor suceda?

R20. No.

P21. ¿Por qué me preocupo tanto?

R21. Por qué tiendo siempre a esperar lo peor.

Conclusiones

Es más la preocupación que yo tengo sobre el asunto que la que mi mismo padre y familia tienen. Me preocupo exageradamente por el futuro. Tengo un pensamiento egoísta pues me preocupo más por lo malo que me pueda pasar. Tiendo a recuperarme mas por la situación que a ocuparme de ella

Acciones

Tolerar y aceptar la situación. Ser un apoyo emocional para la familia más que una queja.

Aceptar como un proceso de crecimiento personal que me producirá una visión más humilde del mundo. No ser parte del problema si no de la solución.

### **Practica 3.**

P1. ¿Qué finalidad tiene este dialogo socrático?

R1. Analizar mi personalidad.

P2. ¿Por qué quiero analizar mi personalidad?

R2. Para determinar si tengo personalidad saludable o patológico.

P3. ¿Qué rasgos de personalidad poseo?

R3. Parte de cada una de las características específicas las poseo, dependiendo del lugar y del ambiente.

P4. ¿Soy flexible y adaptable a los ambientes?

R.4 A uno más que a otros.

P5. ¿Qué características de personalidad observan los otros en mí?

R5. Segura, (independiente – pasiva) respetuosa (ambivalente – pasiva).

P6. ¿Me incomodan las percepciones de otros?

R6. No, antes me agrado.

P7. ¿Me he ido a algún extremo?

R7. Creo que sí, a veces he respondido mal a un suceso.

P8. ¿Considero que debo cambiar algo de mi personalidad?

R8. En el sentido ambivalente- activo, pues me preocupo muchos por los detalles

P9. ¿Cómo así?

R9. Todo puede llegarme a afectar grandemente por pequeño que sea

P10. ¿Eso también lo consideran los otros?

R10. Sí.

Conclusiones

Soy una persona sensible que tiende a veces a extremos sin llegar a trastornos de la personalidad.

Acciones

Tranquilizarme un poco, reconocer que no todas las cosas son algo grande o grave, preocuparme mas por mi salud mental, practicar más el diálogo socrático.

### **Practica 4.**

P1. ¿Qué es lo que deseo analizar?

R1. Factores de riesgo y depresión a la depresión y la ansiedad.

P2. ¿Cuáles son mis factores de riesgo?

R2. De pronto problemas relativos al ambiente social.

P3. ¿Por qué?

R3. Por falta de apoyo emocional de los compañeros.

P4. ¿Qué riesgos de personalidad me ponen en riesgo?

R4. La ambivalente activa y sensitiva.

P5. ¿Qué factores de protección considero que tengo?

R5. No tengo graves problemas económicos, de vivienda y en general del hogar.

P6. ¿Qué rasgos de personalidad me “protegen”?

R6. La independiente pasiva o segura y la ambivalente pasiva-respetuosa

P7. ¿Me considero vulnerable para la depresión y la ansiedad?

R7. No

P8. ¿Cómo me consideran los otros con respecto a esto?

R8. Creo que fuerte.

P9. ¿Por qué?

R9. No he tenido ningún episodio depresivo ni muchos antecedentes y familiares

Conclusiones

Tengo más factores de protección que de riesgo para desarrollar depresión o ansiedad patológica, por lo que es difícil que se muestre, pero es necesario hacer una prevención de la salud mental.

Acciones

Estimular los rasgos de personalidad protectores, buscar mayor rango emocional en la familia y en los amigos no esperando que me busquen sino buscarlos yo, preocupándome más así, por mi salud mental.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con todos los indicadores clínicos elevados en T1. En T2 bajo depresión y ansiedad generalizada. Ansiedad fóbica se mantuvo elevada.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, supuestos, implicaciones y puntos de vista. No se presentó el análisis de conceptos.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: alto, 13 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: alto. Se utilizan ejemplos y diferentes situaciones

Exactitud: alta. Se logra vencer el egocentrismo para analizar puntos débiles de su apreciación.

Profundidad: alta. Se logra analizar los factores causales referentes al contexto y a ella misma.

Amplitud: alta. Se plantean otros puntos de vista tanto de personas como de la profesión.

Lógica: alta. Se establece una conexión entre los diálogos y entre las conclusiones y el análisis realizado en las prácticas socráticas. Las acciones son igualmente relacionadas.

Caso #18 Mujer, 25 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
22/3=7.3	2	2	1	1	1	7

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	0	1	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Por qué deseo trabajar sobre este problema particular?

R1. Porque la vida afectiva es fundamental para mí.

P2. ¿Por qué es tan importante tener una vida afectiva en pareja?

R2. Porque necesito a alguien que comparta su vida conmigo.

P3. ¿Por qué es tan importante que alguien comparta su vida conmigo?

R3. Porque me evita el dolor de la soledad.

P4. ¿Por qué considero que la soledad es un dolor?

R4. Porque me duele mucho en el alma.

P5. ¿Por qué me duele en el alma la soledad?

R5. Porque puede ser que yo necesite a alguien para ser feliz.

P6. ¿Por qué considero que para ser feliz necesito a alguien?

R6. Porque necesito a alguien que siempre esté conectado conmigo emocional, sexual e intelectualmente.

P7. ¿Por qué es tan importante esta conexión?

R7. Porque le da mucho sentido a mi existencia.

P8. ¿Solo esta conexión le da sentido a mi existencia?

R8. No hay otras cosas como por ejemplo el trabajo, la relación con mi familia, algunos amigos, pasatiempos pero no son tan decisivos como la relación de pareja.

P9. ¿Podría vivir el resto de mi vida sin pareja?

R9. Probablemente sí, pero sentiría que algo me falta, que no estaría completa.

Conclusiones

Mi felicidad esta dependiendo de que otra persona esté conmigo completamente, mi felicidad esta dependiendo de una variable incontrolable para mí: el otro.

Acciones

Tratar de entender que solo puedo trabajar, para ser feliz en lo que depende de mí y es mi concepción sobre mi misma sin otro

**Práctica 2.**

P1. ¿Qué ventajas encuentro en el tipo de personalidad que tengo?

R1. Varias, a saber: auto confianza en mis capacidades intelectuales, sociabilidad normal, liderazgo, para trabajo en equipo, organizada responsable (me considero una persona a la que le pueden encomendar tareas).

P2. ¿Qué elementos o características de mi personalidad no me permiten aprovechar más mis



ventajas?

R2. Probablemente la desconfianza, el perfeccionismo, la intolerancia, e inseguridad en algunos aspectos.

P3. ¿Sobre qué aspectos negativos de mi personalidad debería empezar a trabajar de manera urgente?

R3. Debo aumentar mi seguridad en aspectos relacionados con mi apariencia física.

P4. ¿Debería abordar lo anterior mediante que tipo de estrategia?

R4. Muy probablemente con terapia y organizando mas mi tiempo para ejercitarme, no solo salir de cualquier manera (sin arreglarme).

P5. ¿Por qué no he acudido a la terapia?

R5. Porque no he podido crear vinculo terapéutico con ningún psicólogo.

P6. ¿Cuál será la razón por la que no me ha gustado ningún psicólogo?

R6. Puede ser algún rasgo de prepotencia en mi carácter que siempre me hace sentir y pensar que no me están diciendo nada nuevo útil o sustancioso.

P7. ¿Alguna vez encontraré algún terapeuta que me sirva?

R7. Probablemente sí, el asunto es que aun no lo encuentro y por ahora no tengo mucho tiempo para seguir en la búsqueda.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Qué me hace sentir deprimida?

R1. Por lo general malas actitudes de personas significativas.

P2. ¿Si es general se presenta en todas las circunstancias?

R2. A veces varía según las circunstancias, y que los otros aspectos de mi vida estén bien.

P3. ¿Cuáles son los aspectos que balancean los episodios que se pueden considerar depresivos?

R3. Estar bien con una pareja, tener logros profesionales, buenos amigos.

P4. ¿Cuál es el otro factor que dispara además de las malas actitudes de personas significativas, la depresión?

R4. Cuando pienso, creo que muy subjetivamente que soy ridícula, sobre todo por hombres, por mi apariencia física.

P5. ¿Por qué si tengo auto confianza en muchos aspectos intelectuales sociales, logro desbalancearme por “supuestos” opiniones de los demás sobre mi?

R5. Porque en el fondo puedo ser una persona bastante insegura en muchos aspectos, y puede que me este poniendo mascarar que me ayudan a aceptarme.

P6. ¿Qué debo hacer con la información anterior?

R6. Probablemente debo evaluarla con más cuidado y tratar de enfocarme de manera realista en lo positivo y tratar de potenciarlo.

Conclusiones

Debo fortalecer mi autoestima, mi autoconfianza haciendo un inventario de las cosas que objetivamente debo mejorar, no lo que creo que debo mejorar.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión y ansiedad generalizada al inicio, y sin indicadores al finalizar.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, supuestos, implicaciones y puntos de vista. No se presentó el análisis de conceptos, las conclusiones y las

acciones no fueron constantes en los diálogos.  
 El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio, 7.3 preguntas en promedio.  
 Estándares de calidad:  
 Claridad: alto. Se utilizan ejemplos y diferentes situaciones  
 Exactitud: alta. Se logra vencer el egocentrismo para analizar puntos débiles de su apreciación  
 Profundidad: media. Se analizaron algunos factores causales referentes a ella misma pero no se concretaron en las conclusiones causales para precisar en acciones.  
 Amplitud: media. No se plantearon otros puntos de vista aunque se ve como opción ingresar a terapia y apoyarse en otros conceptos.  
 Lógica: media. Se establece una conexión entre los diálogos pero no se generaron en todos éstos las conclusiones.

Caso #19 Mujer, 30 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
26/3=8.9	2	2	2	2	2	10

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	0	0	0	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Por qué la situación de conflicto laboral esta permeando mi vida personal? Quiero entender esto.

R1. Porque estoy personalizando muchas cosas y creo que debo hacer siempre que las cosas marchen siempre bien.

P2. ¿Sera que soy yo quién tiene que estar respondiendo por que las cosas marchen bien?

R2. En lo que respecta al trabajo, creo que debo hacer que las cosas marchen bien, porque soy yo quien marca directrices.

P3. ¿Porque creo que debo hacer que las cosas marche bien, si trabajo con otros seres humanos?

R3. En ocasiones me exijo demasiado y quiero que las cosas no se me escapen al control que desea.

P4. ¿Qué necesidades tengo de exigirme y de controlar?

R4. Eso me da seguridad y certeza.

P5. ¿Para qué quiero seguridad y certeza?

R5. Me muevo mejor cuando las cosas están claras y en orden

Conclusiones

Me exijo siempre más. En ocasiones asumo cargas y responsabilidades que sean más. Nada tiene una certeza.

Acciones

Para las responsabilidades a quien le corresponde. Me indaga siempre si las cosas si

dependen de mi o de otros. Aceptare que las cosas no dependen siempre de mí.

### **Práctica 2.**

P1. ¿Qué hay de mí que frecuentemente paso de ser responsable a exigirme una responsabilidad exagerada?

R1. Creo que tiene que ver con una circunstancia de mi vida en la adolescencia donde asumí responsabilidades más grandes.

P2. ¿Por qué si eso fue en la adolescencia, lo sigo poniendo en mi edad adulta?

R2. En su momento fue adaptativo y me ha servido en mi vida adulta profesional y laboralmente.

P3. ¿Por qué si fue adaptativo, me siento mal y sobrecargada?

R3. Tal vez fue adaptativo en una etapa que lo necesite para sobrevivir, ahora no lo necesito hacer y me pesa mucho.

P4. ¿Por qué hoy me está pasando?

R4. Estoy cansada de pensar en otros, de esperar que los otros estén bien antes que yo.

P5. ¿Será entonces que ya es hora de pensar en mí?

R5. Sí, creo que ya pensé bastante en los otros, ahora debo pensar más en mi bienestar.

P6. ¿Por qué pensar solo en el otro es perjudicial?

R6. Por que cuando uno da, y no deja para uno mismo se agota.

P7. ¿En qué medida estoy agotada?

R7. Pienso que estoy cansada, estresada, hipersensible, todo lo pongo en mi cuello.

P8. ¿En qué medida me siento con la necesidad de hacer las cosas bien?

R8. Todo debe salir perfecto las cosas deben estar enmarcadas dentro de un plan trazado inicialmente.

P9. ¿Podre encontrar un punto medio?

R9. Sí y sería lo mejor que puedo hacer.

P10. ¿A quién afecta esta situación?

R10. Solo a mí.

### **Conclusiones**

Hacer las cosas siempre por los otros y perfectos, tiene una sobrecarga en la salud mental y física. Las cosas siempre podrán ser mejores, pero nunca perfectas. Por más que me esfuerzo, no todo el mundo compartirá o estará de acuerdo con lo que hago

### **Acciones**

Retomar el proceso terapéutico. Descansare. Pensare en mí. Me daré más de lo que pueda dar. Intentare no personalizar.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Cómo ha estado mi estado de ánimo en los últimos días?

R1. Me he sentido más triste de lo normal, creo que he tenido episodios de depresión.

P2. ¿Es esto normal en mi estado anímico?

R2. No, pues nunca antes había llegado a esos niveles de tristeza.

P3. ¿Que ha sido específicamente lo que ha causado ese estado?

R3. Creo que ha sido la perdida de una persona significativa

P4. ¿Por qué esa pérdida me ha causado tanta tristeza?

R4. De pronto es porque es la primera vez que me pasa que siento una perdida como un abandono.

P5. ¿Sera que soy yo quien estoy fallando o es una forma de actuar típica de otra persona?

R5. En un primer momento mi actitud fue culparme, aun lo hago pero lo he analizado un poco

mejor, y he descubierto que la persona actúa así como patrón habitual en sus relaciones interpersonales.

P6. ¿El encontrar esas tendencias ha hecho que la tristeza disminuya?

R6. Un poco, pero no lo suficiente pues perdí una gran amiga.

P7. ¿Será ese un concepto de amistad?

R7. Creo que teníamos 2 conceptos de amistad diferente.

P8. ¿Qué factores de riesgo tengo en este momento?

R8. Mucha carga laboral y académica, o que ha hecho que me aisle un poco de otras personas.

P9. ¿Qué factores de protección tengo?

R9. Cuento con un grupo de amigos constituido desde hace muchos años y que a pesar de aislamiento, están ahí, puedo expresar lo que siento, supe detectar a tiempo los síntomas de depresión antes de que tome en ventaja.

P10. ¿Pero... será que la situación vivida si era para tanto?

R10. En ocasiones pienso que no, pero sobre-valoré la amistad y tal vez por eso se activó la depresión.

P11. ¿Será posible recuperar esa amistad?

R11. Pienso que no.

Conclusiones

En ocasiones las cosas pasan, las personas se van, pero no necesariamente es un abandono. La maximización o idealización de una situación impide la capacidad de razonar, eso nos puede poner en riesgo.

Acciones

Continuar procesos terapéuticos, no aislarme, recurrir de nuevo a los amigos, Dar espacios para uno y no entregarlo todo.

## **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y postest.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, supuestos, implicaciones. No se presentó el análisis de conceptos ni puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio, 8.9 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: alto. Se utilizan ejemplos y diferentes situaciones, la redacción muy clara.

Exactitud: alta. Se cuestiona supuestos y transforma su apreciación.

Profundidad: alta. Analiza factores causales desde historia y su personalidad, a su vez externas a otras personas y situaciones.

Amplitud: alta. Toma en cuenta otros puntos de vista y el concepto profesional.

Lógica: alta. Se presenta una secuencia articulada y su relación con las conclusiones y acciones.

Caso #20 Mujer, 20 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
20/3=6.6	1	1	2	1	2	7

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	0	0	1	0

**Práctica 1.**

P1. ¿Cómo afecta mi timidez y ansiedad en el área académica?

R1. Está dificultando el estudio, ya que por un lado me cohibe realizar actividades relacionado con el proceso académico, y por ende obstaculiza el aprendizaje y el crecimiento en lo profesional.

P2. ¿Cómo he enfrentado ésta situación?

R2. Generalmente, evito situaciones que me generan ese malestar, pero cuando no lo puedo evitar, lo enfrento con mucha ansiedad y miedo, ya que considero que no tengo los elementos necesarios para actuar con seguridad.

P3. ¿Qué elementos considero que necesito para hacer frente a ésta situación?

R3. Considero que los elementos que necesito son: mayor seguridad en mi, mayor autoestima, enfrentar los problemas y no evitarlo, manejar la ansiedad.

Conclusiones

Mi estructura de personalidad (tímida, ansiosa, insegura) ha estado afectando el estudio en la universidad, ya que mis acciones no han ayudado a superar ésta situación, sino por el contrario ha aumentado esas emociones.

Acciones

Empezar proceso terapéutico.

**Práctica 2.**

P1. ¿Las peleas constantes con mi pareja siempre lo culpo a él?

R1. Sí, porque él es muy desconsiderado conmigo, él siempre actúa mal.

P2. ¿Cuándo menciona el concepto de desconsiderado a que te refieres?

R2. A que sólo piensa en él y no en mí.

P3. ¿A qué te refieres con que él actúa mal?

R3. Tiene comportamientos que me molestan mucho, y me causan malgenio

P4. ¿Sólo él tiene la culpa de las peleas que se presentan?

R4. Pues, por una parte yo tengo algo de culpa, porque a veces soy muy malgeniada, pero la mayor culpa la tiene él.

P5. ¿Cuándo mencionas que eres muy malgeniada a que te refieres?

R5. Me refiero a que tengo muy baja tolerancia a la frustración, y por nada me exalto.

P6. ¿A qué te refieres con baja tolerancia a la frustración?

R6. Me refiero que sobre situaciones que me causan mucho malestar, reacciono con mucha rabia, y a veces digo cosas sin pensarlo.

P7. ¿Es decir que hay situaciones que te causan malestar y otras no, por qué?

R7. Sí, existen algunas situaciones que me generan malestar, porque siento que están fuera de mi control.

Conclusiones

Las dificultades que tengo con mi pareja, se originan porque muchas veces no tengo control sobre él, o intento que él siempre haga lo que yo quiero, y a veces pienso más en mí que en él, y por ende casi siempre saco conclusiones de que él es el que está actuando mal.

Acciones

Tratar de darle más espacio a él, de ser más comprensiva y no dejarme llevar por mis emociones, para tratar de dar soluciones y no traer más problemas.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Posibles factores de riesgos para un posible desarrollo de trastorno de la ansiedad?

R1. Patrones de conducta inhibida e introvertida

P2. ¿Por qué consideras que el patrón de conducta inhibida es un factor de riesgo?

R2. Porque ser tan tímida me genera problema en áreas de la académico, relaciones interpersonales, laboral y esto me genera ansiedad ya que no tengo los elementos para desenvolverme bien.

P3. ¿Por qué considera que el patrón de conducta introvertida es un factor de riesgo?

R3. Porque no me permite “arriesgarme” a las situaciones que se me presentan, me cohibe experimentar los eventos que me causan malestar.

P4. ¿Qué acciones has tomado para mejorar en este aspecto?

R4. He tratado de hacer frente a las situaciones que me causan malestar, para tratar de modificar los tipos de pensamientos que no me permiten desenvolverme bien, y también a iniciar un trabajo terapéutico.

P5. ¿A que hace referencia cuando hablas de “tipos de pensamiento” que no te permiten desenvolverte bien?

R5. Me refiero a pensamientos “intrusivos” que afectan mis emociones y mis acciones.

P6. ¿Cómo describes tu personalidad?

R6. Algunas veces evito afrontar responsabilidades, algunas veces mis percepciones son un poco negativas, mis patrones de conductas no tienden a causar efectos perniciosos para mi salud

P7. ¿Por qué evitas afrontar responsabilidades?

R7. Porque me genera malestar, ya que temo hacerlo mal.

P8. ¿Por qué temes hacerlo mal?

R8. Porque muchas veces dudo de mis capacidades

P9. ¿Por qué dudas de tus capacidades?

R9. Porque siento que no tengo habilidades para ser competente.

P10. ¿Por qué piensas que no tienes habilidades para ser competente?

R10. Porque no tengo confianza en mí.

Conclusiones

Aspectos de mis patrones de conducta, no me permiten desenvolverme bien en algunas áreas de mi vida, porque evita afrontarlas, por miedo a fracasar, ya que no confió en mis capacidades, por ende constantemente sufre de ansiedad ante situaciones que me causan malestar.

Acciones

Empezar trabajo terapéutico, colocando todo de mi parte, trabajar para aumentar mi

autoestima, trataré enfrentar las situaciones que siempre evito.

### ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y postest, ansiedad fóbica pretest y sin ansiedad fóbica en el postest. No hay indicadores de ansiedad generalizada.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, supuestos, implicaciones y conceptos. Se presenta interés por buscar puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio, 6.6 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: medio. Los ejemplos no contienen los suficientes elementos, no queda claro.

Exactitud: medio. Se cuestiona supuestos pero no alcanzan a modificar su apreciación.

Profundidad: alto. Se logran analizar factores causales históricos, además se cuestionan las atribuciones. Enfatiza en la evitación, el pensamiento y el patrón de comportamiento como causales.

Amplitud: media. Toma en cuenta otros puntos de vista pero no los asume.

Lógica: alta. Se presenta una secuencia articulada y su relación con las conclusiones y acciones.

#### Caso #21 Mujer, 36 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
36/4=9.5	2	2	2	2	2	10

#### Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	1	0	0	0

#### Práctica 1.

P1. ¿Qué sucederá mientras mi padre regresa?

R1. Creceré, me convertiré en una profesional, mi familia estará totalmente diferente.

P2. ¿En qué habrá cambiado mi familia?

R2. Mis hermanos serán más grandes, unos adolescentes, la mamá tendrá una relación con otra persona, y yo quizás ya no viva en la casa, o me habré casado.

P3. ¿Y con quien me casaré?

R3. Tal vez con mi pareja actual.

P4. ¿Qué tiene mi pareja que me pueda servir de complemento, y aporte a mi vida?

R4. Su fortaleza y dureza al afrontar la vida.

P5. ¿Y Por qué él tiene esta dureza y fortaleza?

R5. Por su experiencia de vida, y quizás entiende mi condición actual ya que el la vivió en su niñez.

### Conclusiones

Nada volverá hacer igual en mí y en mi familia, aprecio mi pareja porque entiende mi problema mejor que nadie, mi pareja ha sido de gran ayuda para este momento difícil de mi vida, mi familia nuclear ya no es nuclear.

### Acciones

Mejorar la relación con mi familia, Aprovechar el tiempo mientras mi padre regresa, Evaluar si realmente mi pareja es para mí, tolerar y llenarme de fortaleza ante las circunstancias, aceptar la situación ya que no lo he logrado.

### Práctica 2.

P1. ¿Por qué sufro cuando otros sufren?

R2. Tal vez porque soy demasiado sensible, y vivo constantemente preocupada por los que me rodean.

P2. ¿Qué gano con preocuparme tanto por los demás?

R2. Quizás sentirme bien conmigo misma y no pensar solo en mi bienestar personal.

P3. ¿Cuál es mi bienestar?

R3. Ayudar a mis amigos, preocuparme por ellos y por mí.

P4. ¿Cómo puedo ayudar a mis amigos?

R4. Acompañándolos, estando con ellos, escuchándolos, dándole consejos.

P5. ¿Cómo debo escuchar a mis amigos?

R5. Con una escucha nada crítica, ni de señalamiento, sino más bien de comprensión y ayuda.

P6. ¿Cómo no señalar a mi prójimo, si hace parte de mi naturaleza egocéntrica?

R6. Teniendo en cuenta que yo también me puedo equivocar además no estoy para señalar, sino para ayudar a los demás.

P7. ¿Cómo se que me puedo equivocar en las decisiones que tomo?

R7. Porque sé que no soy perfecta y muchas decisiones las tomo a la ligera.

### Conclusiones

Considero que soy muy buena amiga, considero que por mi naturaleza, me gusta ayudar al bienestar de mi prójimo.

### Acciones

Desarrollar una escucha más sensible ante las cosas de los demás.

### Práctica 3.

P1. ¿Quién soy yo?

R1. Una mujer muy sensitiva, sociable, apasionada por lo que hago y obsesiva con la limpieza.

P2. ¿Por qué soy obsesiva con la limpieza?

R2. Yo pienso que es por mis pautas de crianza.

P3. ¿Será que a las personas que me rodean les incomoda mi extremo orden?

R3. Dependiendo de cómo maneje mi limpieza.

P4. ¿Por qué?

R4. Por ejemplo yo me complemento con mi mejor amiga porque ella no es tan organizada como yo.

P5. ¿Por qué en algunas ocasiones soy introvertida?

R5. Tal vez porque no me gustan los lugares con mucha gente.

P6. ¿Y por qué más soy introvertida?

R6. No me gusta el ruido.

P7. ¿Por qué?

R7. Desde pequeña no me gustaba el ruido.



P8. ¿Por qué?

R8. Cuando era bebé mis padres desconectaban los teléfonos, el timbre.

P9. ¿Por qué?

R9. Era hija única.

Conclusiones

Soy algo psicorígida.

Acciones

Lo seguiré meditando, hasta saber que quiero cambiar.

#### **Práctica 4.**

P1. ¿Qué factores de riesgo tengo para sufrir depresión?

R1. Vulnerabilidad biológica.

P2. ¿Por qué?

R2. En mi familia algunas personas han sufrido de depresión.

P3. ¿Soy depresiva?

R3. En algunos momentos.

P4. ¿Cuándo?

R4. Cuando las cosas no me salen bien y cuando las cosas no me gustan o me incomodan.

P5. ¿Y qué más?

R5. La soledad también me deprime muchísimo.

P6. ¿Será que soy dependiente?

R6. Algunas veces, sobre todo mi pareja.

P7. ¿Por qué?

R7. No sé, me gusta recibir cariño excesivo de mi pareja.

P8. ¿Tengo algún estresor en la actualidad?

R8. Tal vez, problemas en mi familia.

P9. ¿Qué problemas?

R9. La separación de mis padres.

P10. ¿Es un indicador de depresión en mi situación?

R10. Sí.

P11. ¿Por qué?

R11. Es difícil para mí afrontarlo.

P12. ¿Esta situación me genera algún tipo de ansiedad?

R12. Claro.

P13. ¿Por qué?

R13. No sé cuál será mi futuro familiar.

P14. ¿Tengo alguna fobia social?

R14. En realidad no creo.

P15. ¿Por qué?

R15. Le gusta interacción con el medio, me gusta no estar mucho tiempo aislada.

P16. ¿Por qué?

R16. Pienso que la soledad y aislarse no es positivo.

P17. ¿Por qué?

R17. Los seres humanos pertenecemos a una sociedad y hacemos parte de ella indiscutiblemente.

Conclusiones

Soy algo ansiosa y depresiva.

Acciones

Tengo que dejar de estresarme por cualquier cosa.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y postest, ansiedad generalizada pretest y sin ansiedad generalizada en el postest. No hay indicadores de ansiedad fóbica.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, información, conclusiones, supuestos, implicaciones, conceptos y puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: alto, 9.5 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: alto. Los ejemplos contienen los suficientes elementos.

Exactitud: alto. Se cuestiona supuestos y alcanza a modificarlos.

Profundidad: alto. Se logran analizar factores causales históricos, se identifican contextos que mantienen su punto de vista y se analizan los patrones de personalidad y el pensamiento.

Amplitud: alto. Toma en cuenta otros puntos de vista y la teoría.

Lógica: alta. Se presenta una secuencia articulada y su relación con las conclusiones y acciones.

Caso #22 Hombre, 18 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
17/4=4.3	1	1	1	1	2	6

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	0	0	0	0

#### **Práctica 1.**

P1. ¿Por qué no cambia mi forma de pensar?

R1. Será porque no encuentro algo de motivación.

P2. ¿Qué debo hacer?

R2. Cambiar mi forma de ser.

P3. ¿Soy buen amigo?

R3. Creo que puedo ser algo molesto, pero sí, ayudo a uno de ellos si me necesita.

Conclusiones

El estrés me hace ser diferente. Mis problemas me afectan y hace que actúe mal con los demás.

Acción

Debo de pensarlo mejor.

#### **Práctica 2.**

P1. ¿A qué solución quiero llegar con respecto a mi problema afectivo?

R1. Estar de acuerdo en todo lo que se presente con mi pareja.

P2. ¿Qué se puede presentar con ella más adelante?

R2. Falta de sinceridad, afecto, amor, a un desacuerdo.

P3. ¿Por qué motivo se puede presentar eso si nos amamos?

R3. Por creer que no somos lo suficiente para cada uno, que no merecemos estar con una persona especial.

P4. ¿Por qué no se es lo suficiente?

R4. Porque se cree que ella es perfecta y uno no lo es.

Conclusiones

Los problemas surgen, no por el otro sino por nuestra subjetividad, el pensar que no puedo merecer algo, cuando en realidad sólo nos equivocamos.

Acciones

En la tarde hablaré con ella y diré todo lo que creo y siento.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Por qué no dedico suficiente tiempo para estudiar?

R1. Me distraigo con otras cosas, y nunca tengo la actitud necesaria.

P2. ¿Qué cosas me distraen?

R2. El computador, el chat, los anime.

P3. ¿Por qué he puesto más atención a estas cosas que a lo más importante “el estudio”?

R3. Tal vez porque nunca he sido dedicado a algo o no siento interés en hacerlo.

P4. ¿Por qué no intentas hacerlo desde ahora y estudiar sin pereza?

R4. Si sería lo ideal intentarlo, pero no creo ser capaz, así que nunca lo hago.

P5. ¿Por qué no te olvidas del “creo no ser capaz” y simplemente lo haces?

P5. Pues sí lo intentaré y pediré ayuda para poder lograrlo.

Conclusiones

Debo dejar de creer que no puedo y siempre intentar e intentar hasta lograrlo.

Acciones

Hoy en la noche empezaré a dedicarme al estudio. Llamaré a algún amigo cuando no entienda algo para no desanimarme. Apagaré y quitaré de mi vista aquello que me desconcentra.

### **Práctica 4.**

P1. ¿Cómo está mi capacidad para relacionarme?

R1. Creo que no lo suficientemente bien, sólo espero que lleguen a mí.

P2. ¿Por qué espero a que me hablen y no empezar yo a hablar?

R2. Soy un poco tímido y nunca encuentro tema de conversación.

P3. ¿Por qué no intentas empezar por saludar a quien no conozcas y crees que te interese conocer?

R3. Pues lo he intentado, pero sólo me queda el pensamiento en intentarlo.

P4. ¿Por qué no simplemente actúas?

R4. Nunca he sido capaz de hacerlo, siempre quedo en intentarlo.

P5. ¿Por qué no empiezas a buscar relacionarte con personas no conocidas?

R5. Lo intentaré aunque no sé si pueda.

Conclusiones

Soy tímido con personas que están a mi alrededor y nunca puedo iniciar una conversación por mi cuenta.

Acciones

Desde hoy buscaré hacer nuevos amigos, empezando con personas de la Universidad con quien nunca he hablado.

## ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y postest, sin indicadores de ansiedad.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, conclusiones, supuestos, implicaciones, pudo haberse dado más información. No se presentaron conceptos ni puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: bajo, 4.3 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: medio. Se dio poca información, pero esta fue precisa y clara.

Exactitud: medio. Se cuestionaron comportamientos y actitudes pero no propiamente supuestos ni se modificó apreciaciones personales.

Profundidad: medio. Se analizaron factores causales del presente pero de tipo motivacional, no se consideraron aspectos históricos ni se llegó a conclusiones de mayor nivel al descriptivo.

Amplitud: media: no se consideraron suficiente puntos de vista.

Lógica: alta. Se presenta una secuencia articulada y su relación con las conclusiones.

Caso #23 Mujer, 19 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
31/3=10.3	2	1	1	2	1	7

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	1	0	0	0

### Práctica 1.

P1. ¿Cuál es el principal problema?

R1: Problemas en el entorno familiar.

P2. ¿Desde cuándo y cómo se originaron?

R2: Desde que me di cuenta que era diferente al común, que no iba a ser aceptada en mi núcleo familiar, que simplemente iba a encontrar señalamiento y el rechazo, por lo que me toca llevar una doble vida.

P3. ¿Qué hace que los papás sean tan cerrados?

R3: Son personas que están cerradas a experiencias y vivencias nuevas, que simplemente siguen una normativa social, toca llevar una vida doble.

P4. ¿Qué hace que no exista esa confianza para tratar de dialogar y poner su propio punto de vista?

R4: Solo señalan, no se proponen a indagar el tema, son agresivos e imponentes, no son capaces de llevar una conversación tranquila son alterarse y sin aceptar que cometieron errores o que simplemente hay gente con gustos diferentes y con pensamientos más liberales.

Conclusión

Llevar la fiesta tranquila, darles a los papás lo que quieren pero sin olvidar lo que yo quiero y con lo que me siento bien, cuando pueda llevar las riendas de mi vida de manera independiente puedo olvidar lo que ellos quieren y preocuparme más por mi propia vida y futuro.

Acciones

Seguir sometida a la normativa de la casa evitando problemas.

### **Práctica 2.**

P1. ¿Qué esperas de tu relación?

R1. Estabilidad.

P2. ¿Qué patrón llevas para lograr estabilidad?

R2. Podría ser ambivalente.

P3. ¿En qué momento soy dependiente?

R3. Primera relación estable, quizá me preocupo más en mi pareja y simplemente hago las cosas por felicidad ajena.

P4. ¿En algún momento marca algo independiente?

R4. Quiero que la relación no gire completamente en mi pareja tiendo a ser egocéntrica por lo que queda difícil de marcar diferencia alguna.

P5. ¿Se puede enmarcar como una persona sociable, sensitiva y cooperadora?

R5. Por el egocentrismo puedo estar en el límite con el ser histriónica, me gusta sobresalir, ser centro por lo tanto puedo llegar a ser intensa creo que doy mucho sin recibir lo suficiente.

P6. ¿Qué das?

R6. Tiempo, confianza, espacio, dedicación, lucha, constancia, paso por encima de la normativa de mis padres y del común de la sociedad.

P7. ¿Qué te hace continuar?

R7. Esperanza de que funcione, miedo a quedar sola, no poder enfrentar en que las cosas no fueron.

P8. ¿No te hace dependiente?

R8. No, enfrento mis miedos, me creo ilusiones, planes a futuro quiero lo mejor para mi pareja.

P9. ¿En qué lugar quedas?

Conclusión

Tengo que pensar en mi misma, que quiero de mi pareja, tengo que dejar de depender y quizás ser más autónoma, más segura de mi misma.

Acción

Replantearme como persona, como ser individual, trabajar en el egocentrismo para diferenciar más fácil cuando está ahí y cuando no, proponerme metas personales mías, propias, que involucren más el yo y personas que me rodean.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Cómo me siento?

R1. Tranquila, relajada, un poco pasmada.

P2. ¿Qué pasa?

R2. Venía con un genio genial y llega alguien de malgenio a opacar el día.

P3. ¿Qué hace que te sientas así?

R3. Problemas familiares, con mi grupo social, mucha carga académica, dificultades o desacuerdos con mi pareja.

P4. ¿Familia?

R4: Antecedentes severos de bipolaridad.

- P5. ¿Qué detonantes crees que hay?  
R5. Dependencia, discusiones con el papá en donde no hay acuerdo.  
P6. ¿Pautas de crianza?  
R6. Autoritarios, vivo con ellos hago lo que ellos quieran.  
P7. ¿Comunicación?  
R7. Nula, no aceptan mi visión de la vida.  
P8. ¿Relación con papás?  
R8. Unión monetaria, vivo doble vida por gusto de ellos.  
P9. ¿Cómo te hacen sentir?  
R9: Un títere o un payaso de circo que actúa por evitar problemas.  
P10. ¿Qué has hecho para cambiarlo?  
R10. Hablar, opinar sin resultado positivo.  
P11. ¿Igual con la pareja?  
R11. Somos diferentes con pensamientos opuestos sin embargo vamos muy bien.  
P12. ¿Cómo es contigo?  
R12. Posesiva, celosa, cariñosa, mimada, temperamental.  
P13. ¿La relación con los papas puede ser similar a la sentimental?  
R13. Quizás, habría que evaluarlo más a fondo.  
P14. ¿Cómo te sientes?  
R14. Pensativa, inquieta  
P15. ¿Es lo que busca?  
R15. No realmente.  
P16. ¿Cómo ves la situación?  
R16. La quiero me preocupo y me agrada.  
P17. ¿Y tú qué?  
P18. ¿Dependiente?

#### Conclusiones

Problemas familiares y sentimentales principal factor depresivo mas carga genética.

#### Acciones

Replantearme a reducir factores de riesgo o minimizar la incidencia.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y postest, con indicador clínico de ansiedad generalizada pretest y sin indicador para el postest, sin indicadores de ansiedad fóbica.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, conclusiones, supuestos, implicaciones, puntos de vista. No se presentaron conceptos.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: alto, 10.3 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Se dio suficiente información, detalles en los diálogos.

Exactitud: medio. Imperó la percepción egocéntrica, algunos cuestionamientos.

Profundidad: medio. Se analizaron dificultades pero los factores causales se atribuyeron externamente.

Amplitud: alta. Se consideran diferentes puntos de vista, se analizaron diferentes áreas y contextos.

Lógica: media. No se llegaron a conclusiones que implicaran solución a las dificultades.

Caso #24 Mujer, 20 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
72/4=18	1	1	1	1	1	5

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	1	0	0	0

### Práctica 1

P1. ¿Por qué se está presentando tantos problemas en mi hogar?

R1. Poca tolerancia, personalidades diferentes, rechazo.

P2. ¿Cuándo pasamos la línea de tolerancia?

R2. Cuando empezamos a irrespetar nuestros pensamientos individuales.

P3. ¿Por qué no se puede compartir los diferentes pensamientos?

R3. Cada uno de los miembros de mi hogar cree que sus pensamientos son la verdad.

P4. ¿En qué momento se paso a creer eso?

R4. Todos empezamos a ensimismarnos y dejar a un lado los demás y sus creencias.

P5. ¿Será que yo tengo este comportamiento?

R5. Sí, pero no con todos.

P6. ¿Por qué se da solo con unas personas?

R6. Porque sus pensamientos son los más diferentes.

P7. ¿Por qué no lo tolero?

R7. Porque me enoja su manera de hablar de mis creencias.

P8. ¿Tendré entonces que tolerarlo?

R8. Es posible.

P9. ¿Dejo que pasen por encima de mis creencias?

R9. No debe ser así.

Conclusiones

Mi tolerancia debe aumentar.

Acciones

Hablar con mi madre acerca de la tolerancia y el manejo del poder, aunque sea una cosa demasiada complicada.

### Práctica 2.

P1. ¿Por qué no aguanto estar en mi casa cuando mi madre está en casa?

R1. No me aguanto su carácter y la forma de resolver las cosas.

P2. ¿Por qué no lo aguanto?

R2. Porque no es la manera de resolver los problemas.

P3. ¿Por qué mi madre no sabe hacerlo?

R3. Porque toda la vida se le reforzó esa actitud.

P4. ¿Por qué siempre nos dejamos dominar?

- R4. Por el concepto errado que teníamos de poder.  
P5. ¿Qué pensaba yo acerca del poder?  
R5. Que los padres por ser los que mandaban tenían derecho a imponer sus pensamientos.  
P6. ¿Por qué pensaba de esa manera?  
R6. Fue impuesta en mi hogar siempre.  
P7. ¿Qué pasa entonces ahora?  
R7. Abrí mi mundo.  
P8. ¿Qué me afectó de ese nuevo mundo que lo cambió todo?  
R8. Conocer otros hogares.  
P9. ¿Qué tenían de diferentes?  
R9. Pautas de crianza.  
P10. ¿Son tan leales con la familia como yo?  
R10. Algunas veces.  
P11. ¿Pero el abuso de poder sí hace la diferencia?  
R11. No.  
P12. ¿Yo deje que eso pasara?  
R12. Sí.  
P13. ¿Puedo arreglarlo?  
R13. No creo.  
P14. ¿Por qué?  
R14. Problemas demasiado avanzados.  
P15. ¿Entonces?  
R15. No sé.  
P16. ¿Irme será la solución?  
R16. Posiblemente.

#### Conclusiones

Aún no se qué hacer.

#### **Practica 3.**

- P1. ¿Por qué soy tan sociable?  
R1. Porque me gusta la gente.  
P2. ¿Para qué necesito gente?  
R2. Para no estar sola.  
P3. ¿Por qué no puedo estar sola?  
R3. Me da miedo.  
P4. ¿Por qué?  
R4. No lo soporto.  
P5. ¿Por qué?  
R5. Me desespero.  
P6. ¿Por qué?  
R6. Me siento vacía.  
P7. ¿Por qué?  
R7. No me gusta la soledad.  
P8. ¿Por qué?  
R8. Me siento incompleta.  
P9. ¿Por qué?  
R9. El ruido y la gente me hacen falta.



P10. ¿Podré vivir sola?  
R10. No creo.  
P11. ¿Por qué?  
R11. Moriría de desolación.  
P12. ¿Qué es desolación?  
R12. Soledad extrema.  
P13. ¿Si sería tan extrema?  
R13. Si.  
P14. ¿Por qué?  
R14. Por la necesidad de compañía.  
P15. ¿Seré dependiente de la gente?  
R15. Si.  
P16. ¿Por qué?  
R16. He estado acompañada toda mi vida.  
P17. ¿Realmente he estado acompañada?  
R17. Si.  
P18. ¿El cambio de lugar me ha afectado?  
R18. Si.  
P19. ¿Por qué?  
R19. Los ambientes.  
P20. ¿Qué hace que el ambiente me afecte tanto?  
R20. No sé.

Conclusiones

Dependiente.

Acciones

No sé qué hacer.

#### **Practica 4.**

P1. ¿Por qué soy dependiente?  
R1. No sé.  
P2. ¿Será que es culpa de mi madre?  
R2. De pronto.  
P3. ¿Por qué?  
R3. Porque nunca me ha soltado  
P4. ¿Por qué?  
R4. Por qué está dependiente de mí  
P5. ¿Por qué lo hará?  
R5. Cree que aun lo necesita como guía.  
P6. ¿Realmente lo necesito?  
R6. Algunos momentos.  
P7. ¿Cuáles?  
R7. No sé.  
P8. ¿Por qué?  
R8. Creo que cuando no me siento capaz.  
P9. ¿Por qué no me siento capaz?  
R9. No confío en mis capacidades.  
P10. ¿Por qué?

R10. Me ha decepcionado muchas veces.  
P11. ¿Qué estaré haciendo que me decepciono de mis capacidades?  
R11. No sé.  
P12. ¿Será que soy muy desconfiada?  
R12. Si, puede ser.  
P13. ¿Por qué?  
R13. No sé.  
P14. ¿Habré tenido muchos conflictos con eso?  
R14. Si.  
P15. ¿Me han afectado?  
R15. Si.  
P16. ¿Por qué?  
R16. Han vulnerado mi ego.  
P17. ¿En qué sentido?  
R17. La necesidad de amar.  
P18. ¿Por qué?  
R18. Si yo doy quiero recibir.  
P19. ¿Por qué?  
R19. Porque lo que amo me pertenece.  
P20. ¿Si será verdad?  
R20. No creo.  
P21. ¿Entonces por qué los siento así?  
R21. No sé  
P22. ¿Habré tenido todo lo que he querido en mi vida?  
R22. Sí, pero no en todos los aspectos.  
P23. ¿Entonces en cuales aspectos?  
R23. En las relaciones personales.  
P24. ¿Por qué?  
R24. Muy flexible.  
P25. ¿Cómo así?  
R25. No sé.  
P26. ¿Hago lo que la gente quería?  
R26. No.  
P27. ¿Entonces?  
R27. No se pero he recibido todo lo que quiero.  
Conclusiones  
Aun no lo sé.  
Acciones  
Seguir indagando.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y postest, con indicador clínico de ansiedad generalizada pretest y sin indicador para el postest, sin indicadores de ansiedad fóbica.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, conclusiones, supuestos, implicaciones. No se presentaron conceptos ni puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: alto, 18 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: media. Se hacen muchas preguntas pero las respuestas no presentan descripciones detalladas.

Exactitud: medio. Imperó la percepción egocéntrica, algunos cuestionamientos.

Profundidad: medio. Se analizaron dificultades pero los factores causales se atribuyeron externamente.

Amplitud: media. Si bien hay buena producción de preguntas muchas no se contestan, no se retoman otros puntos de vista.

Lógica: media. No se llegaron a conclusiones.

### Caso #25 Mujer, 30 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad 0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
34/4=8.5	2	1	1	1	1	6

#### Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	0	0	0	0

#### Práctica 1.

P1. ¿Qué es lo que más me afecta actualmente?

R1. No tener la suficiente fuerza para dejarme de esa persona.

P2. ¿Qué es lo que no me permite alejarme de aquel sujeto?

R2. Pienso que puede ser principalmente la costumbre, los detalles que al principio tenía conmigo y lo muchísimo que me apegue a él debido a tantas cosas que pasaron y compartimos.

P3. ¿Teniendo en cuenta todo eso que paso entre nosotros, fue eso suficiente para que sintiera verdadero amor o simplemente “lleno vacíos” de forma momentánea y es por eso que no me siento con el valor de decir no más?

R3. No puedo negar que él generó demasiadas cosas bonitas en mí, sentimientos, emociones pero también es real que debido a que me “brindo” y me hizo sentir cosas que de alguna manera pensaba que necesitaba hizo que estuviera ahí sin importar las consecuencias, pero no era solo eso.

P4. ¿Por qué a pesar de tener claras esas consecuencias me permití continuar?

R4. Porque en ese momento para mí era más importante lo “bueno” que estaba sucediendo en mí que lo “malo” que podía pasar en el futuro.

P5. ¿Lo que sentía era verdaderamente “bueno”, positivo y saludable para mi salud emocional?

R5. En ese momento sentía que era lo mejor que estaba viviendo, lo estaba disfrutando demasiado, pero pienso que no debí permitir que avanzara tanto

### Conclusiones

Siendo sincera conmigo misma pienso que si hay amor, lo quiero, pero pienso que es mayor el apego y la costumbre debido a los “beneficios” que él me brindaba y los cuales sentía que nadie más lo podía hacer, algo muy cierto es que me estoy haciendo demasiado daño permitiendo aún muchas cosas y pues por no haber sido sensata desde el principio con él y conmigo, es que actualmente estoy así, la responsabilidad es completamente mía, de nadie más, ni siquiera de él.

### Acciones

Si ya soy consciente de todo esto, debo empezar a hacer algo para mejorar no voy a enumerar una lista de acciones que quizá ni siquiera cumpla, pero si empezaré por enumerar la primera y es convencerme que como persona valgo mucho y no tengo que estar con alguien que no está aportando actualmente de manera positiva a mi salud emocional. Y algo aún más importante es por fin convencerme de que nadie más que yo puede llenar mis vacíos y empezar a hacerlo, empezaré a trabajar duro en eso.

### Práctica 2.

P1. ¿Quiero retomar el problema anterior?

R1. Si.

P2. ¿Por qué quiero retomar nuevamente este problema?

R2. Porque pienso que no toque aspectos importantes.

P3. ¿Cuáles podrían ser esos aspectos?

R3. El aspecto sexual.

P4. ¿Considero ese aspecto importante en el problema planteado?

R4. Considero que no es el más importante, pero sí influye.

P5. ¿Por qué considero que influye?

R5. Porque fue con esta persona con quien prácticamente inicié una vida sexual activa.

P6. ¿Es este punto en especial lo que considero relevante en este problema?

R6. No necesariamente, pero igual es un vínculo que al menos yo no establezco con cualquier persona.

P7. ¿Cuál es mi propósito al plantear este aspecto del problema?

R7. Sinceramente indagar hasta qué punto influye, porque en realidad no sé qué tan poco o tan bastante puede hacerlo.

P8. ¿Y es que acaso no había dicho pues que no influía mucho?

R8. Pues sí, pero no estoy segura eso es lo que creo.

### Conclusiones

He llegado a la conclusión que realmente no sé qué tanto peso pueda tener esto en mi “incapacidad” de alejarme de aquella persona, tengo que ocuparme más de eso y mirar que lo que verdaderamente me tiene ahí, para poder empezar a hacer algo, no tengo claridad sobre esto.

### Acciones

Empezar a poner especial atención a esto y todo lo que tenga que ver con el tema en cuestión y así poco a poco ir teniendo más claridad.

### Práctica 3.

P1. ¿Qué rasgos de personalidad tengo que pueden ayudar a mi estado de ánimo actual?

R1. Podría ser que tiendo a ser demasiado sensitiva en ocasiones.

P2. ¿Con que, en donde, o con quienes tiendo a serlo más?

R2. En las relaciones afectivas y familiares sobre todo.

- P3. ¿A parte de eso que otro rasgo considero importante mencionar?  
R3. Puedo llegar a ser muy agresiva.
- P4. ¿Agresiva verbalmente o en cuanto a las acciones?  
R4. Verbal, aunque en ocasiones he sentido demasiadas ganas de golpear a alguien.
- P5. ¿Qué hago cuando siento esos deseos?  
R5. Me voy del lugar y me alejo de la persona en cuestión.
- P6. ¿Los demás han percibido esa característica en mí?  
R6. Si.
- P7. ¿Por qué sé que si?  
R7. Porque me lo han manifestado.
- P8. ¿Cómo es la reacción de ellos ante mi agresividad?  
R8. En este momento de comprensión.
- P9. ¿Por qué de comprensión?  
R9. Porque saben el mal momento que actualmente estoy atravesando.
- P10. ¿Es justo con ellos?  
R10. No.
- P11. ¿Entonces porque continúo haciéndolo?  
R11. Porque es algo que en el momento no controlo, pero que después de la reacción me hace sentir mal.

#### Conclusiones

Principalmente debo pensar más sobre estas características o rasgos que me pueden afectar y no solo a mi sino a mi externo y ver qué puedo hacer con eso. Si soy consciente de lo perjudicial que para mí y mis amigos mis reacciones ¿Por qué continúo con ese patrón de comportamiento? Debo cuestionarme mucho más acerca del tema.

#### Acciones

Seguir indagando y profundizando más en mi autoconocimiento e ir identificando esas características que no son tan favorables para mis relaciones en general, mi interacción con los demás.

#### **Práctica 4.**

- P1. ¿Qué pretendo con este diálogo socrático?  
R1. Reconocer los factores de riesgo que pueden ayudar a mi estado de ánimo actual.
- P2. ¿Cuál considero que es mi mayor factor de riesgo para la depresión?  
R2. Pienso que actualmente mi familia.
- P3. ¿Por qué?  
R3. Porque aún no logro adaptarme al hogar en el cual me encuentro viviendo.
- P4. ¿Por qué no he sido capaz de adaptarme?  
R4. Porque no estoy de acuerdo con normas y ciertas pautas de crianza.
- P5. ¿Además de eso hay algo más?  
R5. Si.
- P6. ¿Qué?  
R6. No me siento parte de esa familia.
- P7. ¿Qué otro factor de riesgo sería importante mencionar?  
R7. Mi situación sentimental sin definir.
- P8. ¿Por qué?  
R8. Porque esta situación me genera muchos altibajos y que de pronto este más sensible al resto de situaciones que se me presenten.

P9. ¿Qué otro factor de riesgo podría haber?

R9. No sé por el momento quiero enfocarme en estos dos

P10. ¿Por qué en estos dos solamente?

R10. Porque pienso que son los que más influyen y me afectan actualmente.

Conclusiones

He podido tener un poco más de claridad acerca de las cosas realmente importantes que en este momento me afectan. Tengo más luces acerca de donde debo concentrar mi energía y mi atención, para poder ser más asertiva a la hora de tomar decisiones.

Acciones

Lo único que pienso hacer por el momento es seguir indagando más acerca de todo eso que me afecta y cuando tenga claro esto ahí si empezar a tomar decisiones.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y postest, sin indicadores de ansiedad.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, conclusiones, supuestos, implicaciones. No se presentaron conceptos ni puntos de vista.

El nivel de preguntas promediada por prácticas: medio, 8.5 preguntas en promedio.

Estándares de calidad:

Claridad: alta. Se describen diferentes elementos y detalles.

Exactitud: medio. Se presentaron intentos en su cuestionamiento pero no cuestionó.

Profundidad: medio. Se analizaron dificultades pero los factores causales se atribuyeron externamente.

Amplitud: media. Si bien hay buena producción de preguntas muchas no se contestan, no se retoman otros puntos de vista.

Lógica: media. Se cambiaba el foco de interés sin ser guiado por la pregunta.

Caso #26 Mujer, 24 años de edad

Pensamiento Crítico	Estándares universales de calidad					
	0=bajo; 1= medio; 2= alto					
#Preguntas/ Prácticas	Claridad	Exactitud	Profundidad	Amplitud	Lógica	Puntaje Total
29/3=9.7	2	2	2	2	2	10

Criterio clínico\*

Depresión pretest	Depresión postest	Ansiedad generalizada pretest	Ansiedad generalizada postest	Ansiedad fóbica pretest	Ansiedad fóbica postest
1	1	0	0	0	0

#### **Practica 1.**

P1. ¿Qué problema importante tengo?

R1. Lo más importante es porque es tan importante para mí, y por qué me hace tanto daño las cosas que ella me dice.

P2. ¿Porque es muy importante?

R2. Quizás, porque dentro del dolor de ella me necesita, y por esto soy muy importante para alguien.

P3. ¿El dolor entonces, dolor de la otra persona es lo que te permite ser importante?

R3. Pues sí, pero no que yo lo haga, sino que el sufrimiento permite tener un lugar importante en la persona y eso implica que me quiera.

P4. ¿Por qué en el dolor?

P4. Quizás, porque es ahí donde es más débil, donde puede estar sola, esta sin escape y así es más fácil entrar, a poder cuidar y ser muy importante; la única persona importante en ese momento.

Conclusiones

El dolor, el sufrimiento de la otra persona hace que yo me sienta importante y tener un lugar en la vida de ella. Necesito proteger a las personas. Tengo miedo de no ser importante afectivamente para las personas. Creo que no ocupo un lugar dentro de las personas significativas para mí, por eso hago cosas para que me quieran.

Acciones

Profundizar más sobre este tema.

### **Práctica 2.**

Propósito: Indagar sobre personalidad

P1. ¿Puedo considerar que mi personalidad es sana?

R1. No.

P2. ¿Por qué?

R2. Porque no tengo un equilibrio entre lo que quiero y entre lo que quieren los demás.

P3. ¿Puedes explicarlo mejor?

R3. Desde la teoría nos dice que para tener una personalidad sana, debemos tener la capacidad para relacionarme con mi entorno de una manera flexible y adaptativa, esto no lo cumplo pues soy muy inflexible conmigo misma, siempre tendiendo a necesitar la aprobación del otro.

Otra característica es las percepciones características del individuo y de sí mismo, son constructivas, general yo tengo un bajo concepto de mi misma.

P4. ¿Con lo que antes me digo, que posible tipo de personalidad puedes tener?

R4. Puede ser evitativo, pasivo-agresivo o dependiente.

P5. ¿Por qué entre los tres?

R5. Porque tengo rasgos de cada uno

P6. ¿Puedes explicármelos?

R6. Sí, pero no muy detallado.

P7. ¿Por qué no?

R7. Porque de pronto estoy equivocada

P8. ¿Qué pasa si estas equivocada?

R8. No pasa nada, solo que no me gusta equivocarme.

P9. ¿Por qué?

R9. Porque me parece muy vergonzoso.

P10. ¿Qué hacer cuando te equivocas?

R10. Mejor me quedo callada y me aisló para que las personas no me digan nada o no se burlen.

P11. ¿Entonces qué tipo de personalidad puedes tener?

R11. Son rasgos muy evitativos.

P12: ¿Por qué no conteste las otras preguntas?

R12: Porque no quiero.

Conclusiones

Rasgos evitativos y de dependiente.

Acciones

Trabajar sobre estos rasgos, que me causan malestar.

### **Práctica 3.**

P1. ¿Qué factores de riesgo crees que tienes para presentar un cuadro depresivo?

R1. Si tengo.

P2. ¿Cuál crees que es el más importante?

R2. Mi poca autoestima.

P3. ¿Cómo te percibes?

R3. Creo que soy una persona indeseable, mala que tengo bastantes defectos.

P4. ¿Porque crees eso?

R4. No tengo una respuesta, solo sé que en estos momentos me siento así.

P5. ¿Qué más puedes decir sobre esos riesgos?

R5. Otro riesgo, puede ser el temor a la crítica.

P6. ¿Por qué te da miedo la crítica?

R6. Quizás, porque me da vergüenza demostrarles a los otros por lo que estoy pasando, percibiendo, sintiendo.

P7. ¿Entonces lo que acabo de decir también se convierte en un factor de riesgo?

R7. Claro, pues no me gusta, ni pedir ayuda, ni que vean que estoy pasando por momentos malos.

P8. ¿Por qué?

R8. Porque creo que sería muy maluco, para las personas.

P9. ¿Qué lo hace maluco?

R9. Que de pronto tienen otras cosas que hacer, y los molesto.

P10. ¿Qué más piensas?

R10. Que tengo muchas ideas irracionales.

P11. ¿Crees que estás pasando por un cuadro depresivo?

R11. Sí, creo que en estos momentos estoy pasando por algo muy difícil, y no me siento nada bien.

P12. ¿Tienes ayuda?

R12. Si.

P13. ¿Tienes otra cosa que decir?

R13. Igual hay factores biológicos y el rasgo de personalidad.

Conclusiones

Puedo tener un cuadro depresivo.

Acciones

Seguir mi proceso terapéutico.

### **ANÁLISIS CLÍNICO Y CON CRITERIOS DEL PENSAMIENTO CRÍTICO DEL INVESTIGADOR**

Criterios clínicos: con indicador clínico de depresión pretest y posttest, sin indicadores de ansiedad.

Elementos: se presentaron: propósito, preguntas, conclusiones, supuestos, implicaciones, conceptos y puntos de vista.



El nivel de preguntas promediada por prácticas: alto, 9.7 preguntas en promedio.  
Estándares de calidad:  
Claridad: alto. Se describen diferentes elementos y detalles.  
Exactitud: alto. Se cuestionan las ideas y se llega a conclusiones más acertadas  
Profundidad: alta. Se analizan factores causales de diferentes índoles  
Amplitud: alto. Se retoman puntos de vista y se consideran de importancia los profesionales  
Lógica: alto. Se presenta una secuencia en general en la estructura de los diálogos.