

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA -UNAB-
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS
TRABAJADORES DE SISTEMAS INTERACTIVOS

Trabajo para obtener el título Especialista en Psicología
Clínica y de la Salud:

OMAIRA CASTRO PÉREZ Ps.

NHORA ISABEL PÉREZ CORTÉS Ps.

ALBERTO LÓPEZ GARRIDO Ps.

Bucaramanga, Mayo de 2011

Evaluación e Intervención de la ansiedad y depresión II

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA -UNAB-
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS
TRABAJADORES DE SISTEMAS INTERACTIVOS

Trabajo para obtener el título Especialista en Psicología
Clínica y de la Salud:

OMAIRA CASTRO PÉREZ Ps.

NHORA ISABEL PÉREZ CORTÉS Ps.

ALBERTO LÓPEZ GARRIDO Ps.

ASESOR DE PROYECTO: JORGE SERRANO Ps.

Bucaramanga, Mayo de 2011

Tabla de contenido

Introducción	
Planteamiento del Problema	10
Planteamiento de hipótesis	13
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos	15
Antecedentes	15
Internacionales:	15
Nacionales:	19
Regionales:	21
Marco Teórico	22
Operacionalización de variables dependientes	65
Método	67
Tipo de Investigación	67
Sujetos	69
Instrumentos	69
Procedimiento	70
Resultados	73
Discusión	82
Conclusiones	86
Recomendaciones	88
Referencias Bibliográficas	89

Lista de Tablas

Tabla 1. Cronograma de Actividades	102
Tabla 2. Seguimiento a trabajadores de SI Aguachica	106
Tabla 3. Seguimiento a trabajadores de SI Bucaramanga	109
Tabla 4. Seguimiento a trabajadores de SI Barrancabermeja	111
Tabla 5. Presupuesto	112

Lista de Figuras

Figura 1. Diapositivas "Ansiedad y Depresión"	114
Figura 2. Cuadernillo "Taller Teórico Práctico para reducir niveles de Ansiedad y Depresión".	125

Lista de Anexos

Anexo 1. Carta dirigida a Gerentes de SI	126
Anexo 2. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI	128
Anexo 3. Escala de Depresión de Zung	129
Anexo 4. Cronograma del Taller Teórico Práctico	130

EVALUACION E INTERVENCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS TRABAJADORES DE SISTEMAS INTERACTIVOS

Es bien sabido que en el pasado existió un amplio dominio del modelo biomédico respecto al concepto de salud y su enfoque del dualismo cuerpo-mente, en donde había una fuerte tendencia centrada en la enfermedad; esta última se entendía en términos exclusivamente biológicos que, a su vez, podían tener consecuencias psicológicas, pero lo psicológico no podía derivar en un problema de salud físico. Desde esta perspectiva, la salud se definía como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales; asimismo, las quejas o síntomas subjetivos del individuo se consideraban la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente (León 2003).

Sin embargo, ante el surgimiento de alteraciones funcionales de tipo esencial, es decir, aquellos trastornos que no podían ser explicados en términos orgánicos, surge la necesidad de dar espacio al análisis de la enfermedad desde el enfoque mental o psicológico.

De esta forma, aunque con estructuras teóricas poco aceptadas y ciertas resistencias, nace el concepto de lo "psicosomático" para dar cabida a la influencia de lo mental (psico) en lo físico (soma=cuerpo). Junto con éste y muchos otros fenómenos científicos y sociales, fue creciendo el enfoque que considera que la salud está determinada no sólo por aspectos biológicos, sino también por aspectos psicológicos y sociales que conforman interacciones dinámicas y complejas que determinan el estatus de salud de los individuos. (Juárez, 2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Cook 1993). De esta forma, además de la concepción integral de las diferentes áreas que conforman la salud, se propone no sólo un ataque frontal a las enfermedades, sino un trabajo permanente de promoción a la salud, lo que mejora el paradigma biomédico tradicional y se conforma en un modelo biopsicosocial.

De acuerdo con Noack y Kaznachev (citados por Almirall 1996), es necesario retomar el enfoque sistémico para conceptualizar al fenómeno de la salud y proponen que ésta es un estado donde hay un balance o equilibrio productivo entre este estado y otros sistemas o subsistemas. El ser humano, eminentemente social, posee diversos sistemas o esferas de su actividad social cotidiana que determinan su modo de vivir y su salud, tales como la familia, el grupo religioso, los amigos y el trabajo. Es este último el que ha jugado un papel primordial respecto al proceso salud-enfermedad.

El concepto de salud, y particularmente la salud mental, incluye necesariamente, como se ha tratado de enunciar, la realización de las potencialidades humanas, donde la productividad resulta un reflejo y de ahí que, a pesar de que el trabajo puede representar un elemento morbídico por su tipo y condiciones, por el área donde se realiza, por las condiciones ambientales o peligros que entraña, por las características propias del contrato laboral, por los métodos, medios y sitios donde hay que realizarlo, o por las repercusiones en la salud o en la familia que de él puedan derivar, el trabajo representa, en todos los sentidos, la

alternativa a la productividad y a la salud mental tanto individual como colectiva (Souza y Machorro 1988).

En Colombia, infortunadamente, son pocos los estudios de salud mental ocupacional; sin embargo, aunque escasos y un tanto antiguos, se encuentran difundidos algunos estudios de gran importancia como el realizado por la Defensoría del Pueblo de Colombia (Gualtero y cols, 2008) en el cual se señala a la depresión como uno de los problemas con mayor prevalencia (19,6%) seguido por los trastornos de sueño (15%), y la dependencia de sustancias psicoactivas (12%), entre otros; siendo la ansiedad una causa o componente importante de varias de estas problemáticas.

Otro estudio Colombiano reportado en el año 2004, mostró que los trastornos más frecuentes en las personas fueron la ansiedad (19,3%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (15,0%) y por el uso de sustancias psicoactivas (10,6%).

En el mundo, y en Colombia en particular, la incidencia de la depresión es mayor en el ámbito laboral, en el que existen registros del III Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en el 2003 por el Ministerio de Protección Social, en el que estadísticamente la prevalencia de depresión y ansiedad fueron del 33% en los trabajadores (Yepes y cols, 2004).

Desde esta perspectiva se propone realizar un estudio orientado a la identificación de los factores de riesgo psicosocial, como son los niveles de ansiedad y depresión. Asimismo, surgió la necesidad de evaluar e intervenir estos dos factores de riesgo, en los trabajadores de Sistemas Interactivos de Colombia.

Por lo tanto, la hipótesis formulada fue, si posterior a una intervención psicológica, con base a las técnicas Cognitivo-Conductuales, se logra reducir los niveles de ansiedad y depresión en los trabajadores.

Para medir la ansiedad y depresión en los trabajadores inicial y posteriormente del estudio, se auto administraron las escalas de Ansiedad Estado y Rasgo STAI de Spielberger, C; Gorssuch, R; Lushene, R y para Depresión el cuestionario de Zung.

Planteamiento del Problema

Según la revisión bibliográfica realizada, la mayoría de los estudios en Colombia muestran los efectos en la salud mental que se propician en diferentes actividades laborales, como es el caso de trabajadores operativos o manuales (obreros), los empleados técnicos y administrativos; y, en especial, las actividades en Organizaciones de Servicio Humano.

Las Organizaciones de Servicio Humano (OSH) pueden ser definidas de acuerdo a su función social o diseño oficial, o simplemente lugares de trabajo de profesionales que ofrecen servicio humano. Este tipo de organizaciones tiene como función principal proteger, mantener e incrementar el bienestar personal de los individuos mediante la definición, moldeado o alteración de sus atributos personales (Soderfeldt et al 1996). Además, hay dos propiedades principales que distinguen a las OSH de otras organizaciones:

Primero, se trabaja directamente con la gente (cara a cara) y segundo se debe proteger y promover el bienestar de esa gente. De esta forma:

1. La materia prima, así como los productos del trabajo, consiste en personas, lo que tiene implicaciones en la toma de decisiones, pues una decisión que es de rutina en cualquier otra organización, en una OSH se puede convertir en caso de vida o muerte.

2. Los objetivos en las OSH son vagos y ambiguos debido a la naturaleza del trabajo. Es imposible pensar en la analogía de objetivos clásicos de "productividad = número de piezas" (tradicional en organizaciones productivas). Es difícil medir los resultados de este tipo de trabajo, ya que se basan en muchas nociones de carácter cualitativo (e. g. calidad de atención).

3. La parte medular de este tipo de trabajo es la relación entre el trabajador y el usuario y la calidad de esa relación es esencial para el resultado de ese trabajo. Sin embargo, hay complicaciones debido a que en ocasiones el rol del usuario es involuntario y, por tanto, los intereses del usuario y las OSH pueden ser incompatibles.

4. Variables humanas como los intereses, necesidades, actitudes, sentimientos, estrés, depresión, dolor e incluso la muerte de usuarios de los servicios representan una carga emocional adicional para los profesionales de las OSH, además de su carga cuantitativa.

Esta concepción de las OSH se aplica a diversas organizaciones, tales como escuelas, agencias de policía, hospitales e institutos varios, entre otros. Entre las profesiones que laboran en estas organizaciones se encuentran los trabajadores sociales, maestros, policías, enfermeras, médicos, psicoterapeutas, psiquiatras, psicólogos, encargados de prisiones, abogados, entre otras. Todas estas profesiones están caracterizadas por las altas exigencias emocionales y sus consecuencias al desempeño, la salud y la calidad de vida de estos trabajadores.

Existen numerosas investigaciones realizadas en estos profesionales en distintos países en donde se demuestra que el contacto continuo con otras personas y la alta carga afectiva propician una gran afectación en la salud mental de estos trabajadores (Juárez, 2004).

Dado lo anterior, es imprescindible prevenir de manera adecuada los daños a la salud mental en estos profesionales mediante diversas estrategias, siendo primordial la identificación de aquellos factores que influyen de manera negativa en el estatus de salud mental de estos trabajadores.

Es por esto que surge la inquietud investigativa actual, de identificar los niveles de factores como la ansiedad y la depresión que pueden influir de manera negativa en la salud mental de los trabajadores de Sistemas Interactivos (SI) considerando a SI como una OSH, caracterizada por el contacto cara a cara con el cliente y la promoción de bienestar humano de sus estudiantes mediante la potenciación de la empleabilidad y la formación integral de los mismos.

Las preguntas que surgieron en consecuencia fueron:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión que presentan los trabajadores de Sistemas Interactivos?

¿Podrían reducirse, de presentarse, los niveles altos de ansiedad y depresión con la implementación de técnicas cognitivo-conductuales?

Planteamiento de hipótesis

Las hipótesis que pretenden probarse se definen así:

H1: Los niveles de ansiedad y depresión altos estarán presentes en el 20% de los colaboradores de Sistemas Interactivos.

H2: Después de una intervención psicológica, basada en técnicas Cognitivo-Conductuales, se logrará reducir significativamente los niveles de ansiedad y depresión altos en los trabajadores de Sistemas Interactivos de Colombia.

Justificación

La investigación se justifica desde diferentes criterios:

Valor teórico; este trabajo pretende al integrar la ansiedad y la depresión como variables que influyen en la salud mental de los trabajadores de SI, aportar a la

comprensión de la compleja trama de los factores psicosociales que afectan la salud, el rendimiento, las relaciones laborales y familiares, etc; de los trabajadores en Colombia.

Implicaciones prácticas; el estudio planteado cumple con el propósito delimitado en la resolución 2646 de 2008, la cual solicita a la empresas tanto públicas como privadas implementar un Sistema de Vigilancia Epidemiológico para el seguimiento y control de los factores de riesgos psicosociales presentes en sus trabajadores.

Relevancia social; después de la intervención cognitiva-conductual, se podrán beneficiar aquellos trabajadores que presenten niveles altos de ansiedad o depresión al lograrse la reducción de los mismos.

Utilidad metodológica; la investigación contribuirá a contrastar con datos de Colombia, los resultados encontrados en investigaciones similares realizadas en otras países.

Objetivos

Objetivo General

Reducir los niveles de ansiedad y depresión altos presentes en los trabajadores de Sistemas Interactivos, mediante la aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales.

Objetivos Específicos

Diseñar un programa de intervención en base a técnicas Cognitivo-Conductuales.

Determinar los niveles de ansiedad presentes en los trabajadores de Sistemas Interactivos mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, C; Gorssuch, R; Lushene, R.

Estimar los niveles de depresión presentes en los trabajadores de Sistemas Interactivos mediante la Escala Auto-aplicada de Depresión de Zung.

Determinar si existen diferencias en las puntuaciones de los cuestionarios aplicados según genero, edad, área o actividad laboral de los participantes.

Antecedentes

Internacionales:

La investigación realizada por Vera Villaroel y col (2005) en la cual se diseñó una intervención grupal en formato intensivo y breve de cinco sesiones de cuatro horas de duración con las técnicas conductuales de Psicoeducación, Relajación Muscular Progresiva, Reestructuración Cognitiva, Resolución de Problemas, Planificación de actividades y Ensayo Conductual. Fue aplicada a un grupo de 10 profesores sin trastorno psicológico con una edad promedio de 30 años para el manejo de estados emocionales. Los resultados

indicaron un cambio estadísticamente significativo en las variables de depresión ($t=3,527$; $p<0.01$), ansiedad-estado ($t=4,256$; $p<0.001$) y asertividad ($t=2,280$; $p<0.05$), no se encontraron cambios en ansiedad rasgo y optimismo.

Un estudio realizado por Pérez Nieto y col (2000) en personal hospitalario, cuyo objetivo general fue explorar las reacciones emocionales asociadas a procesos de estrés y burnout en el personal hospitalario y desarrollar un programa de intervención eficaz sobre las mismas. La metodología utilizada consistió en evaluar la ansiedad y la ira en personal de enfermería y administrativo de distintas unidades hospitalarias ($n=33$). El programa de intervención consta de una fase de evaluación, pre y post, y de la fase de tratamiento, en la que se desarrollan técnicas cognitivas, técnicas de relajación y técnicas conductuales, centradas en la reducción de la ansiedad y en el control de la ira. La ansiedad es medida por el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- de Miguel Tobal y Cano Vindel (1986, 1988, 1994). La ira es evaluada por el Inventario de Expresión de Ira Estado/Rasgo -STAXI- de Spielberger (1988, 1991). El burnout es medido por el Inventario de Burnout de Maslach -MBI- (Maslach y Jackson, 1986, 1997). Los resultados mostraron relaciones positivas y significativas, en la evaluación pre, entre burnout, ansiedad e ira. La implantación del programa reduce la respuesta de ansiedad, en las ocho variables evaluadas, así como la expresión externa de la ira. No se encontraron diferencias pre-post en el nivel de burnout.

Se realizó, un estudio de carácter descriptivo a supervisores de taladro de una locución petrolera en Venezuela (Sánchez y cols, 2008), en la que participaron 14 trabajadores (supervisores) con el fin de analizar aspectos relacionados con la presencia de ansiedad, fatiga y depresión, en donde se evaluaron a los trabajadores utilizando el cuestionario de salud Goldberg (1979), inventario de ansiedad IDARE: Rasgo-Estado (2005), prueba de Yoshitake y la escala de Zung (1965); y en la que se establecieron como criterios de inclusión a los supervisores que tuvieran por lo menos un año desempeñándose en el cargo. Los resultados indicaron que un 29% de los trabajadores en estudio (n=4) al inicio de la jornada manifestaron síntomas de depresión moderado, al final de la jornada un 42.8% de los casos (n=6) evidenciaron síntomas de depresión; asimismo en el inventario de ansiedad estado-rasgo, en el rango de A-Rasgo se reveló que en un 43% de los casos existía una alta disposición conductual a responder a situaciones percibidas como amenazantes o de tensión, por otra parte, en la A-Estado, al final de la jornada, un 50% de la población mostraron niveles altos de ansiedad y el grupo restante presentó niveles medios de ansiedad; con éstos resultados se concluyó que los trabajadores que tienen una tendencia alta a responder ante situaciones de tensión finalizan su jornada laboral con valores del A-Estado también elevados, lo cual es indicativo que el trabajo realizado les genera tensión entre este grupo de trabajadores.

De acuerdo, con un estudio cuasi-experimental realizado por Vera y cols (Santiago de Chile, 2005), en el que participaron 10 profesores de secundaria, en un taller de manejo de las emociones (cinco sesiones de cuatro horas) en

una semana, siendo evaluados antes y después del taller mediante los instrumentos Inventario de depresión de Beck (1979), Escala de Ansiedad Estado/Rasgo STAI de Spielberger (1988), el test de orientación vital LOT de Scheier, 1994) y el inventario de asertividad de Rathus RAS (Rathus, 1973). Los resultados obtenidos mostraron que los niveles de depresión ($t=3.87$ $p>0.06$), ansiedad estado ($t=4.256$ $p<0.002$) disminuyeron después del taller; la variable asertividad se encontró alterada ($t=2.280$ $p<0.049$) significativamente después de la intervención; mientras que no se encontraron cambios en las variables ansiedad rasgo ($t=2.019$ $p<0.074$) y optimismo ($t=0.857$ $p<0.414$), las cuales mantuvieron sus indicaciones relativamente estables.

Otro estudio de corte cuasi-experimental realizado en Almería (España) por Franco y cols (2009), donde participaron un total de 36 docentes de Educación Especial con el propósito de enseñar una técnica de meditación Mindfulness (Franco, 2007), lo que respectivamente fueron evaluados antes y después de la Intervención con la Escala de Estrés Docente (ED-6) de Gutiérrez, Morán y Sanz (2005) con el fin de determinar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en cada uno de los participantes. En los resultados se observaron que en el grupo control apenas supera el 2% de cambios muy bajos entre las medidas posttest y pretest, sin embargo en el grupo experimental se lograron reducciones del 16% en las variables ansiedad y depresión y un 13% en la variable de estrés. Se concluye que la práctica regular de la meditación proporciona al docente un marco de estabilidad para poder observar los pensamientos estresantes, se aprende a calmar la mente y a concentrarla en el momento presente, el aquí y el ahora.

Nacionales:

Tal vez uno de los estudios más importantes realizados en Colombia, fue el llevado a cabo en el año 2003, por el Ministerio de la Protección Social, el cual tuvo como objetivo primordial establecer qué tan extendida está la enfermedad mental en el país y cuáles son los trastornos más importantes. En cuanto a los trastornos con mayor prevalencia se encontró que los trastornos de ansiedad los ha padecido el 19.3% de la población alguna vez en su vida; seguido por los trastornos afectivos 15% y el uso de sustancias un 10.6% de la población. En cuanto al género se encontró que las mujeres han presentado un trastorno afectivo a lo largo de su vida un 17.5% de la población total, a diferencia de los hombres que lo han presentado un 11.7%. El trastorno afectivo más común, tanto en hombres como mujeres, es el Trastorno Depresivo Mayor (mujeres 14.9%; hombres 8.6%). En cuanto a la ansiedad, las mujeres colombianas han presentado algún trastorno a lo largo de su vida en un 21.8% y los hombres en un 16%. El trastorno más común fue la fobia específica (mujeres 13.9% y hombres 10.9%). Dentro de las conclusiones más importantes arrojadas por el estudio se encontró que dos de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida y que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes.

En cuanto a las regiones se encontró que Bogotá con un 46.7% de presencia de algún trastorno mental "alguna vez en la vida" es la más alta, seguida por la Región Pacífica con un 41.6%, cabe destacar que en la Región Oriental la prevalencia fue del 37.6%.

Otro estudio realizado por Adriana Duque Franco (2005), en la ciudad de Pereira, su objetivo fue establecer la asociación entre los factores de riesgo psicosocial inherentes al trabajo con depresión y ansiedad, en la que se tuvo en cuenta a un personal en el área administrativa de una Institución de Educación Superior con el fin de recomendar estrategias de intervención de los riesgos psicosociales para mejorar la salud mental de los trabajadores a través del Área de Salud Ocupacional de la Institución. Se tomó a una muestra de 74 personas con edades entre 17 y 61 años con un nivel de escolaridad medio-alto. Se empleó una metodología de tipo descriptivo y los instrumentos utilizados fueron la encuesta para la identificación de riesgo psicosociales de Zuluaga y la escala aplicada de Zung para depresión y ansiedad. De los 74 trabajadores que participaron en la investigación, el 10.7% reportaron algún nivel de depresión y el 20.3% algún nivel de ansiedad; la mediana de edad para los que tuvieron algún grado de depresión fue de 28 años y el 50% de los que presentaron depresión estaban entre 34 a 61 años. Se consideró que el personal que realizaba gran número y variedad de funciones, tareas difíciles como intelectuales y físicas, pueden llegar a representar un mayor riesgo de ansiedad y depresión.

En otro estudio realizado en Medellín en el año 2006, a 100 personas jubiladas de la Universidad de Antioquia desde un estudio descriptivo transversal; su objetivo fue el de describir la frecuencia de depresión y la relación con la misma. Para la evaluación de la depresión se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (1983), además de la indagación de algunos aspectos demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares y de utilización del tiempo.

En los resultados arrojados en la evaluación de la depresión, se halló que los niveles de depresión fueron de un 94% normal, un 4% moderado y un 2% severo, determinándose una depresión del 6% para el grupo de jubilados estudiados. La depresión se presentó más en las mujeres que en los hombres con una diferencia del 5 al 1, principalmente en los jubilados más jóvenes, coincidiendo con los primeros años de jubilación; el total de los retirados que presentaron depresión no se encontraban ejerciendo actividad laboral. Con este estudio fue posible establecer algunas estrategias de intervención para la prevención del trastorno en la población de jubilados y además pudo convertirse en el punto de partida de futuras investigaciones de mayor envergadura, con la población tanto prejubilada como jubilada de la comunidad universitaria (Patiño, 2006).

Regionales:

La investigación de tipo descriptivo, transversal realizada en Bucaramanga en la Universidad Pontificia Bolivariana, Agudelo y Cols (2008), consideraron que la ansiedad y la depresión son desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de salud en población general. De esta manera el objetivo del estudio era evaluar los dos factores en estudiantes universitarios para identificar las características ansiosas y depresivas. Esta evaluación fue realizada a través de los instrumentos: Inventario de la depresión de Beck (BDI), cuestionario de la depresión de Estado/Rasgo (ST/DEP) de Agudelo et al (2005), cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1999). Los resultados analizados de acuerdo a sexo, indicaron que en el cuestionario STAI, para la escala de rasgo se presentó una media de 19.34 y para la escala de

estado de un 17.26; mientras que en depresión se obtuvo una media de 8.77 con una desviación típica de 6.88; lo que indicó que los hombres tendieron a puntuar más altos que las mujeres en el BDI y en la escala estado de depresión (S/DEP); mientras que en las puntuaciones de rasgo de depresión (S/DEP) las mujeres puntuaron alto. Asimismo, para las escalas de rasgo y estado de ansiedad (STAI), las mujeres también puntuaron más alto que los hombres.

Marco Teórico

Para conceptualizar en el estudio abordado en la investigación de los niveles de ansiedad y depresión en la población mencionada en párrafos anteriores, se hace pertinente hacer un recorrido a los postulados teóricos que describen tanto los conceptos referidos a la problemática como los diversos métodos de evaluación e intervención que se han aplicado para su estudio.

Ansiedad:

El término *ansiedad*, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza (Virues, 2005).

Autores como Lang (2002), definen la ansiedad como una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros; Beck (1985), como la percepción del individuo a nivel incorrecto, basada en falsas premisas; para Kiriacoú y Sutcliffe (1987), es una respuesta del individuo con efectos negativos acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos y para Lazarus (1976), es un fenómeno que se da en todas las personas y que bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico; además tiene la función de movilizar al individuo frente a situaciones amenazantes o preocupantes de forma en que se haga lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente (Virues, 2005).

Por otra parte, la ansiedad es definida como Estado y como Rasgo. La ansiedad estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo; puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente, su ansiedad estado. Como un concepto psicológico, la A/R posee características similares a los constructos que Atkinson (citado por Spielberger, 2002) llama "motivos" y que Campbell (citado por Spielberger, 2002) alude como "disposiciones comportamentales adquiridas" (residuos de experiencias pasadas que predisponen tanto a ver el mundo de una determinada manera como a manifestar unas

tendencias de respuesta vinculada al objeto) (Spielberger y cols, 2002).

De igual manera, Echeberúa (1998), enfatiza que la ansiedad patológica puede manifestarse de tres formas diferentes: 1. De una forma brusca y episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico); 2. De una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada) y 3. Tras un estrés identificable (trastorno de estrés postraumático); en otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (trastornos obsesivos-compulsivos).

Por otra parte, la ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de conducta; sin embargo, el área de la ansiedad y de sus alteraciones nucleares no está bien delimitada todavía. Se trata de un conjunto de trastornos con gran prevalencia y notable repercusión clínica en diversas áreas de la salud, pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuada. Es uno de los campos de la clasificación psicopatológica donde se constatan fiabilidades más bajas de diagnóstico (Echeburúa, 1998).

Para Cano, (2004) la ansiedad es una reacción emocional que surge ante situaciones de alarma o situaciones ambiguas, o de resultados inciertos, y prepara al individuo para actuar, ésta reacción comprende un número de respuestas que pueden clasificarse en tres tipos diferentes:

A nivel cognitivo-subjetivo, la ansiedad se experimenta como: preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, dificultades para tomar decisiones, para pensar

o para concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardiacos, respiratorios y otros), sensación de pérdida de control, sentimientos de malestar, pensamientos negativos sobre ellos mismos, sobre la manera de actuar, entre otros.

A nivel fisiológico, por la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y Motor, aunque también se activan otros como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino o el Sistema Inmune. De todos los cambios corporales que se producen, sólo se perciben algunos, en respuesta tales como: algunos cambios de la tasa cardiaca (palpitaciones, taquicardia) o de la tasa respiratoria (incremento del ritmo respiratorio, dificultades respiratorias), aumento de la sudoración, cambios en la temperatura periférica (manos, pies, o cara), incremento de la tensión muscular, temblores musculares, sensaciones gástricas, sequedad de boca, dificultades para tragar, sensaciones de mareo, náuseas, etc. Hay otros cambios fisiológicos que también se producen bajo una reacción de ansiedad, como cambios en la presión arterial, cambios en la respuesta electrodérmica; estos cambios que no se pueden percibir sólo se pueden medir con aparatos de registro fisiológico.

A nivel motor, la ansiedad se manifiesta en forma de inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudéz), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc), llanto, tensión en la expresión facial, etc. En este nivel expresivo de las reacciones de ansiedad se encuentran aquellas conductas observables que se caracterizan por ser indicios de un estado de alerta o conductas pocos

ajustables o escasamente adaptativas, así como las que indican malestar subjetivo o alta activación fisiológica. Todas estas manifestaciones conductuales de la ansiedad se clasifican de la siguiente forma:

- Conductas que indican inquietud motora.
- Conductas que manifiestan un exceso de tensión muscular.
- Conductas que muestran malestar o distrés.
- Conductas consumatorias que pueden reducir la sensación subjetiva de ansiedad o reducir la activación fisiológica.

También la ansiedad puede considerarse como una respuesta normal ante situaciones de peligro real, en las que constituye una señal de alarma y por lo tanto, un mecanismo esencial para la defensa y la supervivencia del individuo y de la propia especie; suele ocurrir además en situaciones de fracaso, pérdida de posición social, pérdida de seres queridos o en situaciones que generan expectativas de desamparo, abandono o castigo o que poseen ese significado para el individuo (Caballo, 2008).

Teniendo en cuenta que la ansiedad además de presentar una sintomatología donde el organismo prepara al individuo para su defensa, es importante saber que estas señales tienen un soporte etiológico que puede dar respuesta a la consecución de este trastorno.

Perspectiva Psicofisiológica: La ansiedad es manifestada por la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se

traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, una excesiva estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral se traducirá en síntomas psicológicos de ansiedad (Virues, 2005).

Teorías Conductistas: Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza (Virues, 2005).

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977): Dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno (Galletero y Cols, 2005).

Teorías Cognitivas: Considera la ansiedad como el resultado de "cogniciones" patológicas, es decir, el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinada. No obstante, existen personas que lo interpretan como una señal de alarma y una amenaza para la salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad (Virues, 2005).

Factores Biológicos: Hay un vínculo entre trastornos de ansiedad y áreas específicas del cerebro, y que un

desequilibrio en determinados neurotransmisores cerebrales que regulan la ansiedad como la noradrenalina, la serotonina y el ácido gamma aminobutírico (GABA), pueden contribuir a los síntomas del trastorno. El prosencéfalo es la zona más afectada en las personas con trastornos de ansiedad; además se cree que el sistema límbico, implicado en el almacenamiento de los recuerdos y la creación de las emociones, juega un papel central en el procesamiento de toda información relacionada con la ansiedad. Aunque se ha investigado sobre el papel de la serotonina en el cerebro, especialmente su función e influencia en la hendidura sináptica, aún no se ha descubierto completamente su función, sobre todo en las enfermedades (Fuller y Wong, 1997). Sin embargo el descubrimiento de que los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), que estimulan la neurotransmisión mediada por serotonina, son beneficiosos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del estado anímico conduce a la hipótesis de que una disfunción de la serotonina es importante en la etiología de estas enfermedades (Lundbeck Institute, sf).

También se ha estudiado que el prosencéfalo es la zona más afectada en las personas con ansiedad, se cree que el sistema límbico que está implicado en el almacenamiento de los recuerdos y la creación de las emociones juega un papel fundamental en el procesamiento de la información relacionada con la ansiedad. Por otro lado, otras estructuras cerebrales implicadas en el control de las emociones como el hipocampo, pueden estar implicadas en la patogenia de los trastornos de ansiedad.

Existen diversas teorías explicativas acerca del desarrollo de los trastornos de ansiedad. Todas ellas conceptualizan y comprenden la respuesta de ansiedad desde un punto de vista multifactorial y haciendo propuestas terapéuticas multidimensionales. La relevancia que estos modelos conceden a los factores implicados es diferente, sin embargo, aunque cada modelo incide y da mayor importancia o peso a un aspecto concreto a la hora de explicar el origen o el mantenimiento de la ansiedad, ninguno de ellos desatiende la intervención de aquellos elementos que las ciencias del comportamiento han demostrado que es probable que se encuentren implicados en los desórdenes de ansiedad.

Teoría bifactorial: Mowrer, (1939) consideró que el miedo o la ansiedad era una respuesta innata del organismo que podía ser aprendida por medio de condicionamiento clásico; para después añadir un segundo componente a la misma (condicionamiento instrumental), al señalar la existencia de dos procesos en el desarrollo y reducción de la ansiedad. Además sugirió que las respuestas de ansiedad son aprendidas por continuidad (Valdés, 1995)

Teoría de la preparación: Selligman, (1971), sugiere que como resultado de procesos evolutivos, el hombre está biológicamente predispuesto a desarrollar fácilmente miedos condicionados a ciertos estímulos, miedos que ocurrieron como respuesta natural en hombres primitivos. Tales miedos aún son comunes puesto que Selligman cree que éste gen de preparación puede ser pasado de generación en generación (López, 1999).

Teoría de la incubación: Desde esta perspectiva se explica el mantenimiento de la ansiedad a partir del fenómeno de incubación. Este fenómeno se refiere a que las

exposiciones breves al estímulo ansiógeno acompañada de un miedo intenso provocan un proceso de sensibilización a la ansiedad que sería responsable de su mantenimiento. Estos breves contactos son muy probables, pues dado que la ansiedad produce malestar, el individuo no suele soportar períodos de tiempo prolongados, escapando de la situación ansiógena a la mayor brevedad posible y perpetuando así esta respuesta (Vallejo y Gastó, 2000).

Perspectiva experimental: Este enfoque parte del supuesto de que la ansiedad es un estado del organismo clásicamente condicionado (Mowrer, 1939; Pavlov, 1927) o un estado específico del organismo que lo motiva y le impulsa a emitir unas conductas. (Vallejo y Gastó, 2000).

Teoría Biológica: Parece que hay en las familias algún componente de ansiedad, pero la vulnerabilidad exacta no se conoce hasta el momento. Algunos creen que los individuos ansiosos tienen un sistema nervioso autónomo fundamentalmente de respuesta relacionada con una disfunción de la neurotransmisión de la serotonina y norepinefrina. Un sistema nervioso autónomo principalmente activo puede ser responsable de las características de niveles de ansiedad severa y pánico. Se cree que se presenta alguna vulnerabilidad biológica, la cual combinada con ciertos sucesos psicológicos, sociales y ambientales, conducen al desarrollo de trastornos de ansiedad (Barlow y Cerny, 1988).

Teoría Conductista: Entiende la ansiedad como aquella pauta o pautas de respuestas automáticas que constituyen una parte característica de respuestas de los organismos a los estímulos nocivos (Wolpe, 1958). Para Skinner (1979), la ansiedad es "el miedo a un evento inminente, es más que

expectativa...”, “la ansiedad implica respuestas emocionales ante un estímulo aversivo condicionado”. Clasifica la ansiedad simplemente con conducta que solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo, con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta (Carrillo, 2008).

Modelo de Lang: Según Lang (1968), las manifestaciones de ansiedad, miedo o de cualquier otra emoción se puede observar a tres niveles diferentes (experiencia, cambios somáticos y conducta), pudiendo darse el caso de la falta de concordancia entre las manifestaciones observadas en los tres canales de respuesta (cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor), en el que cada canal obedece a un sistema conductual diferente (Arcas, 1999).

Modelo cognitivo: Postula que la vulnerabilidad psicológica es una característica de quienes experimentan ansiedad: se sobrevalora el peligro y se subestiman los propios recursos. Existen formas de pensar y percibir disfuncionales a nivel cognitivo. La percepción está alterada por los procesos atencionales que “ayudan” a decodificar la información del ambiente de forma catastrófica. Se atiende más a la información que pueda ser amenazante que a la neutral, y casi cualquier dato o estímulo se interpreta en la misma dirección de peligro y riesgo. El modelo cognitivo propone que es la interpretación negativa o catastrofista de los hechos la que explica el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad, dando cuenta de la activación de creencias disfuncionales a partir de un suceso real (Beck y Cols, 1985).

La evaluación conductual detallada del problema del paciente es la base para el diseño del programa de tratamiento más adecuado y además la viabilidad de la intervención a partir de la aceptación de la misma por parte de los pacientes, probabilidad del cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales y eficacia o relación coste-beneficio tanto para el paciente como para la sociedad.

Psicoeducación: El uso de técnicas y métodos de enseñanza dirigida al aprendizaje acerca de un trastorno mental son el primer paso para el tratamiento desde la esquizofrenia hasta los de ansiedad (Barlow, 2002) y que es generalizada a los familiares en función de ser beneficioso para el mismo paciente. Según Robledo y cols (1990), los objetivos de la intervención psicoeducativa son: proporcionar a los participantes información actualizada acerca del trastorno, enfatizar la relación entre vulnerabilidad biológica y factores psicosociales; enseñar a los pacientes a discriminar los síntomas; incrementar el reconocimiento, comprensión y habilidades de afrontamiento de los factores de riesgo; involucrar a la familia en el programa de intervención; proporcionar a los pacientes y familiares un ambiente de enseñanza y apoyo social-afectivo (Hernández, 2007)

Entrenamiento en respiración profunda: Las técnicas de respiración son útiles para cualquier trastorno de ansiedad, esto se debe a que los ataques de pánico se encuentran íntimamente relacionados con la hiperventilación y que puede ser controlada con técnicas de respiración (Lurn, 1983) como la respiración profunda. El procedimiento es explicar al paciente los beneficios de respiración para controlar la ansiedad, el terapeuta expone el razonamiento de la técnica y

se instruye al paciente para llevar a cabo la técnica (Hernández, 2007).

Entrenamiento en relajación: Enfatiza el desarrollo de una respuesta de relajación para contrarrestar la respuesta de estrés por ansiedad; dentro de este entrenamiento en relajación se conocen varios tipos de relajación: La relajación progresiva de Jacobson (1938), el entrenamiento autógeno de Shutz (1972), la relajación de Bernstein y Borkoveck (1973) y la relajación aplicada de Ost (1987, 1988) (Lizeretti, 2009).

Desensibilización Sistemática: Esta intervención de probada efectividad para el tratamiento de muchos problemas de ansiedad y relacionados, donde sus componentes son enseñar al paciente una respuesta contraria a la ansiedad, como la relajación progresiva teniendo como principio subyacente la inhibición recíproca (Wolpe, 1958) y exponerlo de forma gradual al estímulo temido sea por imaginación o en vivo. Conforme el paciente pueda tolerar la exposición al estímulo de menor jerarquía sin temor, se procede a la exposición del siguiente estímulo de manera incidental o voluntaria hasta llegar a provocar el máximo temor (Hernández, 2007).

Técnica de Exposición: La exposición en vivo a los estímulos fóbicos sin la conducta de escape hasta que la ansiedad remita de forma significativa, es el tratamiento conductual eficaz disponible para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos (Morks, 1990). La clave de la técnica es impedir que la evitación, o el escape se conviertan en una señal de seguridad, en el sentido de asociarse al comienzo de un período libre de

ansiedad, más que impedir el escape por sí mismo (Echeberúa, 1998).

Reestructuración cognitiva: La terapia cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Ellis, son dos intervenciones utilizadas y efectivas para el tratamiento de los trastornos mentales en general y los de ansiedad en particular. Con el modelo ABC de Ellis (1997), se trabaja para que el paciente comprenda la relación entre pensamiento, emociones y conductas, lo que se recomienda es que se dé primero un ejemplo para motivar al paciente a que mencione uno propio relacionado con su ansiedad. (Robles, 2003), después se hace énfasis en la identificación de pensamientos irracionales que le produce la ansiedad y finalmente se dirige a la modificación de los pensamientos con base a la discusión de la evidencia concreta que apoyan y rechazan tales pensamientos. Esto se puede llevar a cabo a partir de ensayos conductuales, debate racional y auto-registros (Hernández, 2007).

Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: La gama de conductas asertivas que incluye toda la variedad de situaciones que de forma diferencial pueden requerir expresar una opinión, rechazar una propuesta o expresar enojo, amor, afecto se adquieren vía reforzamiento. Los déficits de conducta se han relacionado con una variedad de problemas clínicamente relevantes (Hersen, 1973), incluidos los de la ansiedad; lo que demuestra que esta técnica es efectiva para disminuir sintomatología ansiosa en el que se combina diversos elementos terapéuticos como ensayo de conducta, modelamiento, retroalimentación, reforzamiento, tareas para la casa y modificación de conducta (Hernández, 2007).

Las técnicas psicológicas centradas en la modificación de conducta pueden ayudar a manejar la ansiedad en situaciones sociales o en otras situaciones que producen ansiedad. Estas técnicas incluyen la utilización del ensayo o refuerzo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en respuesta asertiva, exposición a situaciones temidas, entre otras (Cano, 2004).

Para el diagnóstico de la ansiedad se han diseñado una serie de instrumentos de evaluación que permiten determinar los niveles de éste trastorno en las personas, partiendo de la validación de las mismas mediante investigaciones realizadas en diferentes escenarios en el que se desarrolla el individuo. Algunas de ellas son:

Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad (HRSA): Explora el área del estado de ansiedad (interrupción del continuum emocional que se expresa por medio de una sensación subjetiva de tensión, nerviosismo e inquietud y está asociado a la activación del sistema nervioso autónomo). La HRSA representa el prototipo de escala constituida por categorías de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y los somáticos y se usa con mayor frecuencia para la evaluación de la ansiedad generalizada. Consta de 14 ítems cada uno con puntuación de 0 a 4 (Hamilton, 1959).

Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger (STAI): esta escala evalúa dos elementos de la respuesta de ansiedad: estado y rasgo. Como estado, la ansiedad se considera como una condición emocional transitoria del ser humano, caracterizada por sentimientos conscientemente percibidos de tensión; como rasgo, se señala una propensión

relativamente estable de ansiedad, con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, elevando así su ansiedad-estado (Spielberger y Cols, 2005).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Es un inventario auto-aplicado, compuesto por 21 items, que describen diversos síntomas de ansiedad. Es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario ha sido traducido directamente de su fuente original (Beck y cols, 1988).

Inventario de situaciones y respuestas de Ansiedad (ISRA): Es un instrumento elaborado por Miguel Tobal y Cano Vindel, presenta un formato S-R y consta de 224 items, formados por la interacción de 22 situaciones y 24 respuestas representativas de los tres sistemas de respuesta, además incluye una situación abierta que puede ser descrita por el paciente. Su objetivo es posibilitar mediante la valoración de las respuestas una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico, motor) así como una medida de cuatro áreas de situaciones ligadas a diferencias individuales como son: FI, ansiedad ante la evaluación; FII, ansiedad interpersonal; FIII, ansiedad fóbica; FIV, ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana (Cano y Miguel, 1999).

Ansiedad Laboral:

La ansiedad laboral es uno de los trastornos de mayor repercusión en los últimos años, en la que se estima que más del 14% de la población sufre episodios de ansiedad laboral o estrés producido por el exceso de trabajo, realizar tareas en ambientes propicios. La ansiedad laboral llamada también

burnout es una patología un tanto novedosa y propia de los nuevos tiempos; que está relacionada con el ámbito laboral y el estilo de vida que se lleva tanto dentro como fuera de él. Es de anotar que este trastorno emocional provocado por el trabajo conlleva a graves consecuencias físicas y psicológicas cuando es somatizado; entre los principales síntomas se pueden llegar a experimentar sensaciones de astenia y agitación al mismo tiempo (tic nervioso, temblor en las manos), palpitaciones, taquicardia y pinchazos en el pecho, aumento de la tensión arterial, dolores musculares sobre todo en la zona lumbar, cefaleas, problemas digestivos, trastornos del sueño e inapetencia sexual. Las personas que padecen ansiedad laboral ocupan la mayor parte del tiempo pensando en situaciones desencadenantes en el trabajo, contando como causan un nivel de tensión crónico que puede llegar a convertirse en un problema de salud grave que terminan invadiendo la vida social y familiar (En red, sf).

De esta manera, en los tiempos en los que vivimos, las situaciones de prueba son cada vez más frecuentes en la vida de los individuos; desde que comenzamos la escolarización hasta que llegamos a la universidad el número de pruebas a las que tenemos que enfrentarnos son diversos. Lo mismo sucede en el ámbito laboral, la realización de pruebas está siempre presente para lograr acceder a la mayoría de los puestos de trabajo; desde esta concepción Mandler y Sarason (1952) introducen el término ansiedad de prueba o ansiedad de evaluación, que hace referencia a la tendencia o disposición a emitir respuestas interfirientes y autocentradas cuando el individuo es expuesto a condiciones evaluativas; estado emocional considerado como una reacción específica y transitoria caracterizado por preocupación por el fracaso,

bajo rendimiento en la tarea, incapacidad para tomar decisiones problemas de autoestima, percepción negativa de la propia capacidad, tensión, nerviosismo, fracaso académico, absentismo laboral y cambio de trabajo.

La teoría de la interferencia cognitivo-Atencional (Wine, Sarason, Pierce, 1990), ofrecen una explicación cognitiva de carácter atencional del deterioro que produce la ansiedad en el rendimiento; debido a que el sujeto focaliza la atención en aspectos internos como pensamientos autoevaluativos y depreciativos y no en la propia tarea. De esta forma el deterioro en el rendimiento laboral, intelectual o académico se debe a un déficit atencional, lo que produce una interferencia en la recuperación del material aprendido o la información almacenada en memoria. El descenso en el rendimiento será mayor cuanto mayor sean los recursos atencionales que precise la tarea para su ejecución, es decir, en tareas o trabajos complejos.

Depresión:

Según el diccionario de la lengua española (2005), la depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

También es definida como un problema psicológico complejo cuyas características principales son por un lado, el estado de ánimo irritable y/o disfórico y por otro lado, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Se caracteriza también por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, pobre

concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio o intentos de suicidio (Caballo, 1997).

Para Beck (1983), la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de sesgos en el procesamiento que se manifiesta en la codificación, la comprensión y la recuperación de la información emocional. Según este autor, el sujeto deprimido siente de manera en lo que hace porque su pensamiento está basado en interpretaciones negativas.

Autores como Moreno y Blanco (2004), describen la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el cual éste se desplaza hacia la tristeza y la persona nota considerablemente la disminución de energía e interés en la mayoría de actividades de la vida diaria, que la limitan para desarrollarlas como lo hacía hasta ese momento, acompañado de un notable pesimismo que no se corresponde con el carácter habitual del paciente.

Adicionalmente cabe resaltar que no son iguales los síntomas que se experimentan en el niño, adulto o anciano; tampoco se manifiestan igual en el hombre que en la mujer; por lo que variarán las estrategias que las diferentes personas utilizan para hacer frente a este trastorno. Dentro de los síntomas que se pueden manifestar en este trastorno (Moreno y Blanco, 2004) son:

Síntomas psíquicos:

Alteraciones de la afectividad, llanto, tristeza, pesimismo, desesperanza, pérdida de interés, incapacidad

para imaginarse situaciones placenteras y realizarlas, sin iniciativas y le parece que no va a poder enfrentarse a los problemas cotidianos.

Alteraciones del pensamiento y del lenguaje, disminución de autoestima, egocentrismo, pensamientos negativos, fallos en la atención y de la memoria.

Alteraciones del comportamiento, aislamiento, inhibición.

Síntomas somáticos:

Alteraciones del sueño, se despierta más temprano de lo habitual o no consigue conciliar el sueño.

Alteraciones de la energía, el paciente se encuentra como si en unos días su organismo se hubiera oxidado. Además muchas depresiones pasan enmascaradas porque la persona sabe ocultar los síntomas a la gente que lo rodea.

Alteraciones de apetito, tiene menos apetito, puede aparecer estreñimiento y disminución de peso, en algunos casos se produce un aumento del apetito.

Alteraciones en la sexualidad, disminución o pérdida del deseo sexual, puede dar lugar a problemas de pareja.

Somatizaciones, las cefaleas, los dolores generalizados y los mareos, en ocasiones la persona que padece depresión se avergüenza puesto que desconoce que es una enfermedad similar a cualquier otra.

Asimismo, la depresión es causada por un desequilibrio de las sustancias químicas del sistema nervioso central, las

hormonas más concretamente afectadas son las que se utilizan en la función cerebral; se producen muchas más o muchas menos de las hormonas necesarias. Los síntomas más evidentes de este desequilibrio se manifiestan en el sector del pensamiento y la conducta, por lo que se presta escasa atención a los síntomas físicos de la presión (Sturgeon, 1981).

Son varias las dimensiones en las que se abarcan la causación de la depresión teniendo en cuenta que esta es manifestada en las personas de diferentes maneras y por lo tanto el origen variará; pero se señalan algunos factores que pueden influir en la causa del trastorno (Moreno y Blanco, 2004).

Factores Sociodemográficos: El trastorno depresivo es más común en las mujeres que en los hombres, con independencia del país donde se realice la observación. Se considera que la mujer tiene una probabilidad dos veces mayor de padecerla; por ejemplo parece ser que el matrimonio no protege a la mujer de este trastorno; de igual modo, los partos, la crianza de los hijos, la falta de trabajo fuera de su hogar y la actitud de indefensión aprendida a lo largo de la evolución predisponen a la mujer para sufrir depresión; de igual manera el trastorno depresivo puede presentarse a cualquier edad, pero es usual que el diagnóstico se presente en personas de 40 a 50 años.

La clase social también es un determinante debido a la inequidad de muchos sistemas estatales, la población económicamente débil no puede o tiene poca facilidad de acceder a los sistemas sanitarios, pero cuando logran acceder a estos servicios se da más relevancia a problemas

eminentemente físicos, dejando de lado los problemas de salud mental; lo que al final se traduce falsamente un número epidemiológico menor de personas con trastornos depresivos. De igual manera, la sociedad, por ser consumista, hostil y competitiva, que presta más atención al dinero que a las personas, es un factor que propicia la aparición de algunos trastornos depresivos. La progresiva reducción del apoyo social, de las costumbres morales y de los principios a los que las personas se acoge, provocan una sensación de indecisión y de no saber para donde van, facilita en la caída de la depresión (Moreno y Blanco, 2004).

Factores Biológicos: Herencia, salud general, neurotransmisores: Las personas cuyos familiares de primer grado de consanguinidad sufran trastornos de depresión, tiene una probabilidad del 15% de padecer el trastorno, frente al 1-2% de posibilidades en personas sin familiares con esta condición. Es por este motivo que la herencia desempeña un papel fundamental en la predisposición a sufrir trastornos depresivos. También los problemas de salud física influyen en el desarrollo del trastorno; enfermedades malignas, algunas enfermedades con condiciones neurológicas, diabetes, y los efectos provocados por medicamentos crónicos son factores que favorecen a la aparición de depresiones. Por otro lado, se ha comprobado que las células cerebrales se comunican unas con otras a través de sustancias denominadas neurotransmisores y que se obtienen entre otras fuentes, de los alimentos ingeridos; en el caso de la depresión se han hallado alteraciones en estas sustancias, como por ejemplo, las catecolaminas (serotonina y noradrenalina), las cuales pertenecen al tipo de depresión endógena. Desde la década de los 50, se presentó una variada evidencia que demostraba la

hipótesis de que los antidepresivos tricíclicos actuaban sobre las catecolaminas incrementándolas o potencializándolas a nivel cerebral y permitiendo la estimulación del comportamiento y un efecto antidepresivo (Moreno y Blanco, 2004).

Factores psicológicos: Las personas con un perfil de riesgo para desarrollar el trastorno, son aquellas que manifiestan baja autoestima, inseguridad, dificultades para expresar sus molestias y con expectativas muy altas hacia ellos o los demás. Según Lewinsohn (1974), la depresión se debe a que la persona depresiva pierde la mayor parte de las cosas que antes le gustaba, o bien porque existen pocos estimulantes reforzadores en el ambiente del paciente y que no suele recibir respuestas gratificantes; según este autor, los síntomas cognitivos y verbales de la depresión son consecuencia de la falta de respuesta que crea esta pérdida de estímulos, es decir, que el individuo deja de hacer esfuerzos para obtener los resultados deseados porque los intentos anteriores han fracasado. En este mismo sentido, Seligman (1981), como defensor de la teoría de la indefensión aprendida, sugiere que una persona se deprime cuando cree que su conducta ejerce poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no posee ningún control sobre lo que suceda después.

Factores ambientales: La pérdida de actividad laboral, económicamente remunerativa, se asocia a un incremento de los problemas depresivos; se ha observado que las personas que pierden el empleo, pero tienen una red de apoyo psicológico, presenta menos probabilidad de sufrir depresión. De un modo similar, quienes han vivido una experiencia traumática en la infancia, han estado expuestos a situaciones indeseables como

secuestro, pérdida de familiares o problemas económicos graves corren riesgo de precipitar la aparición de la depresión. Otro factor importante son las alteraciones socioculturales, en el que la sociedad exige cada vez más a los individuos y los ideales sociales están centrados más en el rendimiento y en el egocentrismo, donde se prima el culto a los valores superficiales y externos, como pueden ser los atributos físicos; cuando se trasmite un modelo de perfección que genera en el individuo un sentimiento de insatisfacción permanente por no lograr alcanzar tal perfección y se tiende a valorar la vida en términos dicotómicos (bueno o malo, éxito o fracaso, etc); todo lo anterior hace que se tenga en cuenta la sociedad como un fenómeno activador o generador del trastorno (Moreno y Blanco, 2004).

Por ser la depresión uno de los problemas psicológicos más frecuentes en la historia de la humanidad, es de vital importancia dar una mirada a los referentes teóricos cognitivos conductuales que explican la depresión.

La teoría conductual socioambiental: El modelo supone que la persona deprimida actúa influenciada por su entorno estimular, entendiéndose que las manifestaciones cognitivas son producto de conductas mal adaptadas y que varían en la medida que se modifique la conducta. Los representantes de esta teoría son Lewinsohn y Ferster (1982), quienes deducen que la conducta depresiva es surgida de una pérdida de refuerzo positivo. Según este modelo, varios factores pueden contribuir a la depresión: La tasa de conducta no depresiva disminuirá a consecuencia de su no reforzamiento y/o por sus cambios en su ambiente; cuando exista un empobrecido repertorio de habilidades sociales que no permite que la persona tenga alternativas para obtener fuentes de refuerzo;

pérdida de efectividad de los reforzadores disponibles; falta de acontecimientos reforzantes y/o ausencia de condiciones sociales necesarias para conseguir refuerzo. La diferencia en aptitudes sociales hace que unas personas se depriman más que otras, ante la pérdida de reforzamiento y la conducta depresiva se mantiene y una vez instaurada por su nocividad para los integrantes de su entorno, quienes evitan la interacción con la persona afectada (Lewinsohn, 1997).

Modelo Cognitivo: Básicamente el modelo formulado por Beck (1979) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable determinados acontecimientos. Los significados personales suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales; estos significados se activan en determinadas circunstancias, haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante y las conductas relacionadas, siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo" (Ruiz y Cano, 1992).

Modelo de Autocontrol: Rhem (1981), sugiere que el depresivo presenta déficits de autocontrol que están asociados a los elementos básicos de la autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo. La persona deprimida pone

más atención a sucesos negativos y presenta criterios rigurosos de autoevaluación y se dispensa a si mismo bajas tasas de reforzamiento positivo, en tanto que alcanza altas en autocastigo. El modelo no acepta la importancia de las cogniciones para contribuir a la depresión y observa como el movimiento socioambiental, el refuerzo positivo es esencial para el mantenimiento de la conducta no depresiva. La depresión estaría en función del grado de estrés y de la habilidad de autocontrol que el sujeto posea para combatirlo.

Modelo de indefensión aprendida: El modelo "indefensión aprendida" de Seligman (1981), surge de la experimentación con animales, donde observó que unos perros habían sido expuestos a varios ensayos de conmoción eléctrica sin posibilidad de escape, al estar sujetos por arneses, no aprendían a huir cuando la respuesta era posible. Seligman refiere que las personas se deprimen cuando creen que su conducta ejerce poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no posee ningún control sobre lo que pueda suceder después.

Reformulación de la desesperanza aprendida: Abramson, Seligman y Teasdale. (1978), sugirieron que la percepción de desesperanza y por ende de la depresión, incrementa la probabilidad cuando los eventos negativos son atribuidos a causas internas y globales. Los autores especulan sobre la existencia de "estilos atribucionales depresivos", es decir, una tendencia generalizada a realizar explicaciones causales internas, estables y globales para resultados incontrolables negativos y viceversa, para dar resultados positivos. Determinados estilos atribucionales, aumentarían la probabilidad de hacer inferencias causales facilitadoras de depresión.

Teoría de la predisposición cognitiva al estrés (Diathesis-Stréss): Ha sido sustentada por una serie de publicaciones (Alloy, Clements y Kolden, 1985; Abramson, Alloy y Metalsky, 1988; Alloy, Hartlage y Abramson, 1988). Este modelo no solo permite articular las dos teorías más reconocidas y dominantes en depresión (Teoría de Beck y Teoría Atribucional de Abramson), sino que lo hace desde una perspectiva del procesamiento de la información. La PCE predice que determinadas personas poseen estilos cognitivos particulares en la manera de procesar la información (diathesis) que los convierte en personas vulnerables a la depresión cuando se confrontan con experiencias negativas. De esta manera la predisposición cognitiva es vista como un factor de riesgo a la depresión, la cual se activa en determinadas situaciones donde la información esquemática coincide, es similar o congruente con el evento negativo en cuestión.

Teoría biológica: La teoría clásica de aminas biógenas de la depresión sugiere que la escasez de noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT) en las hendiduras sinápticas es la base neurobiológica de la depresión (Schildkraut, 1965; Bunney & Davis, 1965; Coppen 1967). Aunque el sistema de serotonina está siendo el sistema más ampliamente estudiado, no hay evidencia que sugiere que otros sistemas de neurotransmisores también juegan un papel importante (Barros *et al.* 2002) pero se sugiere que en vez de ser consecuencia de una disminución simple en algún transmisor cerebral, las concentraciones de la depresión puede ser el resultado de un desequilibrio entre los diferentes sistemas de regulación y la hiperactividad del transmisor en algunas regiones del cerebro (Syvälahti, 1994). Según una hipótesis el punto de partida neurobiológicos de la

depresión se encuentra en el mal funcionamiento de la inervación noradrenérgica del locus coeruleus, lo que, a su vez, conduce a la alteración de la regulación de la neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica (Harro y Oreland, 1996)

Los modelos previamente mencionados pueden estar en la génesis de la depresión o en su defecto aumentar el riesgo de padecerla y colaborar en su mantenimiento, pero sin duda son indispensables para comprender las estrategias de intervención. Antes de especificar cada una de las técnicas o estrategias de intervención, se hará un breve recorrido histórico de los primeros aportes que se hicieron a las terapias cognitivas conductuales.

Las primeras contribuciones se sitúan en década de los 60 y 70 y proceden de dos campos diferentes: De las aportaciones realizadas por psicólogos clásicos de origen psicoanalítico y de psicólogos considerados como Terapeutas de Conducta. Psicólogos de formación y experiencia dinámica (Beck y Ellis), a comienzos de los años 60 empezaron a elaborar teorías y procedimientos donde se resaltaba la influencia de la filosofía de vida, creencias irracionales y pensamientos negativos en el desarrollo y mantenimiento de trastornos emocionales. Para las formulaciones iniciales se apoyaron ambos autores en asunciones procedentes de la psicología dinámica, humanista y fenomenológica y en el pensamiento de diversos filósofos (estoicos, griegos, romanos). En la segunda mitad de los años 70, psicólogos procedentes del ámbito de la Modificación de la Conducta desarrollan distintos procedimientos de intervención cognitiva; parten del supuesto de que la conducta encubierta, "Imágenes y pensamientos", se rige por las mismas leyes de

aprendizaje que la conducta manifiesta; suponen que la actividad cognitiva es una respuesta más del triple sistema de respuesta (cognitiva, motora, fisiológica).

Partiendo de estos supuestos, Cautela (1966), diseña un grupo de técnicas denominadas *Técnicas de condicionamiento encubierto*, de donde se enmarcan procedimientos tales como: *La sensibilización encubierta, el reforzamiento positivo encubierto, el reforzamiento negativo encubierto, o la extinción encubierta*. Wolpe (1969), desarrolla la técnica denominada "*parada de pensamiento*"; que pretende parar o interrumpir un pensamiento recurrente que está acompañando una determinada respuesta emocional o motora mediante la orden del STOP que el individuo se da a sí mismo. Bandura (1977), desarrolla la teoría del Aprendizaje, permitió legitimar fenómenos tales como "*aprendizaje por experiencia vicaria*" y "*expectativas*" por el papel de la actividad cognitiva dentro de la Modificación de Conducta. Conceptos como "*las expectativas*" y "*determinismo recíproco*" significó un salto de cualitativo con respecto a los supuestos tradicionales basados en el refuerzo directo y las explicaciones de la conducta basadas únicamente en el control ambiental. Avia (1984). Recoge los dos grandes grupos de estrategias de autocontrol: los dirigidos a modificar los antecedentes de las conductas (técnicas de planificación ambiental) y las dirigidas a reestructurar las consecuencias de la conducta (técnicas de programación conductual). Además se resaltan aquellas técnicas que se utilizan en las primeras fases de la terapia y que sirven para facilitar el cambio: Auto-observación, contratos de contingencias y tareas para la casa.

A finales de los años 70, son numerosas las terapias cognitivas existentes que hace necesario la agrupación de los distintos procedimientos en función de objetivos terapéuticos y de principios teóricos básicos en que se apoyan. Mahoney y Arkhoff (1978), dividen las distintas técnicas en tres bloques: 1. Técnicas racionales o de reestructuración cognitiva (*Terapia Racional Emotiva de Ellis, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y el entrenamiento de Autoinstrucciones de Meichenbaum*); 2. Técnicas destinadas al manejo de situaciones evocadoras de estrés, ansiedad, ira, dolor, etc. (*desensibilización sistemática como la Técnica de control de Goldfried, el modelado encubierto o la inoculación de Estrés de Meichenbaum*). 3. Procedimientos encaminados a entrenar a los pacientes a analizar y elaborar los problemas de manera sistemática (*Técnicas de resolución de problemas de D´Zurilla y Goldfried. 1971*).

Durante la década de los 80, se incrementa de forma exponencial el interés por la Terapia Cognitiva, se incrementó el número de explicaciones teóricas basadas en la psicología cognitiva y otras ramas de la psicología. Se hicieron diversos intentos de integración de los conceptos fundamentales procedentes de las distintas psicoterapias y se han generado nuevas terapias cognitivas que son procedimientos de intervención globales que incluyen: explicaciones teóricas sobre los trastornos emocionales, técnicas específicas de tratamiento, relaciones que deben establecerse entre terapeuta y paciente y estrategia que debe utilizarse cuando se producen problemas de resistencia en el transcurso de la terapia (Vallejo, 1998).

Tratamiento Cognitivo Conductual: Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.

Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.

Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones.

Poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionan oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

Entre las técnicas conductuales se pueden resaltar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas se destacan el entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, entre otros.

Psicoterapia Interpersonal para la depresión: Trata la depresión como una enfermedad asociada a una disfunción en las relaciones personales. Las disfunciones que tiene en cuenta son: Duelo, disputas de papeles, transición en el rol social y déficit interpersonal.

Técnicas para evitar las recaídas: Esquemas disfuncionales de la infancia: En la infancia se aprenden esquemas de funcionamiento que se automatizan para economía del comportamiento. Igualmente se aprende a enfrentarse a situaciones que son cotidianas y a reaccionar a determinados sucesos, como enfrentamientos, abandonos, etc. y se automatizan.

Técnicas conductuales asociadas al modelo socioambiental: La técnica más utilizada, basada en la hipótesis de pérdida de reforzamiento positivo en el paciente depresivo, es la realización de actividades/tareas que produzcan satisfacción e incrementen el grado de refuerzo alcanzado. Las actividades serían escogidas entre aquellas que mas satisfacción causan o han causado al paciente y se registran diariamente, junto al grado de satisfacción alcanzado al realizarlas. Podemos añadir la técnica de maestría o agrado, valorando según una escala la sensación de ejecución o logro y la de agrado. Las tareas, en función del grado de dificultad, deben ser graduadas, descomponiendo objetivos a largo plazo en subactividades que puedan hacerse a corto plazo. Las primeras actividades deberán ser tan sencillas que garanticen el éxito, con muy bajo nivel de dificultad. Como refiere (Lieberman, 1977), tras los primeros contactos se suelen ignorar las quejas depresivas, prestando atención a informes de enfrentamiento a las tareas o modos de afrontamiento. En ocasiones, se ayuda con técnicas de resolución de problemas, ofreciendo alternativas a la conducta depresiva, con la que el sujeto aborda la situación. Autores como Lewinsohn (1997), tratan de incrementar la motivación del paciente mediante la contingencia entre el número de sesiones o el tiempo de terapia y la realización de

actividades. Por otro lado, existen otros procedimientos que colaboran en la mejoría del estado de ánimo y pueden facilitar la realización de actividades placenteras mejorando la depresión: Entrenamiento en anticipaciones positivas (Krumboltz, 1981), proyección en el tiempo con refuerzo positivo (Lazarus, 1973), deprivación estimular, desensibilización sistemática (Wolpe, 1958). En síntesis, estas técnicas mencionadas acompañan frecuentemente a las cognitivas, en un contexto de terapia familiar, individual y/o grupo (López y Cols, 1994).

Terapia Cognitiva: La meta es ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional, lo comprueben en la realidad y construyan técnicas más adaptativas de respuesta (Bredosian y Beck citado por Caro, 1991). Es un modelo activo, directivo y estructurado, donde paciente y terapeuta trabajan de forma conjunta y se encuentra dividida varias fases expuestas de la siguiente manera:

La primera fase del procedimiento terapéutico es *Educativa* (Beck, Ellis, Golfried, 1980) y explicita la interacción entre cognición, estado de ánimo y conducta, relatando como el pensamiento determina el estado de ánimo y la conducta. La segunda fase está asociada a *detectar los pensamientos automáticos* (Beck, 1979), denominados irracionales por Ellis y Golfried. Estos pensamientos producidos en el dialogo interno del paciente son discretos, breves, asumidos sin crítica, espontáneos, idiosincrásicos, difíciles de desviar, disfuncionales, repetitivos y aprendidos. (M.McKay.1985). La tercera fase, terapéutica es la de *dar respuestas racionales a las creencias distorsionadas*, procurando que sea el mismo paciente depresivo quien lo haga. (Golfried, 1980). El grupo de

técnicas que acompañan a este modelo de terapia cognitiva son: las de *reatribución* (cuando el paciente deprimido atribuye a defectos personales, sucesos causados por factores externos), *búsqueda de alternativas* (se trabaja con el paciente formas distintas de ver las cosas por medio de un registro de cuatro columnas: suceso-sentimiento-pensamiento-otras formas de pensar), *confrontación con la realidad* (pensamientos como hipótesis sobre la realidad y no como evidencia de la misma), *cambio de rol* (intercambio de papeles entre paciente y terapeuta), *solución de problemas* (reconocer los problemas como parte de la vida, definir correctamente el problema y generar alternativas para la toma de decisiones), *distanciamiento de las creencias* (profundizar en el hecho de cuando se cree en algo, no significa necesariamente que sea cierto).

Terapia de Autocontrol: Rhem, principal autor de este modo de intervención que se dirige a reducir déficits de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo del paciente depresivo. En la autoobservación se pretende focalizar lo positivo por medio de actividades, tareas positivas y estados de ánimo; en la autoevaluación se enseña a concretar las metas del paciente, dividiéndolas en subtemas que dependen de capacidades reales y no factores externos; en el autorrefuerzo que se basa en el principio de Premack a través de una lista de autoaserciones positivas, asociadas a una conducta de alta frecuencia.

Terapia familiar: Gran parte de la intervención se basa en la psicología conductual (Talbot, 1989), y autores de reconocido prestigio como Navarro Góngora (1992) divide las técnicas de este modelo en conductuales, cognitivas, metafóricas y de utilización del equipo en las

intervenciones. El trastorno depresivo suele considerarse como producto de una interacción y no como condición del individuo. Lo que se pretende es cambiar la forma en que el paciente ve sus síntomas y crear una autoimagen de persona con recursos. Las intervenciones conductuales son divididas en tareas directas (Góngora, 1992), intervención paradójica y prescripción ritualizada.

Terapia de Pareja: Cuando el terapeuta entiende que la depresión está asociada a la relación de pareja y las intervenciones más frecuentes son el entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas, control estimular y reestructuración cognitiva (López y Cols, 1994).

Terapia de Grupo: Han sido utilizadas durante años (Lewinsohn, 1969; Fuchs y Rhem, 1977). Una intervención grupal en pacientes depresivos puede estructurarse de distintas formas y con componentes diversos; entre ellas se destacan el *entrenamiento en habilidades sociales* (ensayo de conducta, modelado, aleccionamiento, retroalimentación, refuerzo verbal) y *unidades de aprendizaje estructurado* (habilidades de enfrentamiento al estrés, en competencia social, solución de problemas).

Mindfulness: El mindfulness parece haber surgido en torno al interés occidental por la tradición oriental y concretamente por el budismo Zen. El impulso, desde esta perspectiva, dado por Jon Kabat-Zinn (1982) ha venido en gran medida a insistir en este aspecto. La meditación, o el uso de procedimientos cognitivos o fisiológicos (relajación) configuran diversas técnicas o procedimientos para conseguir los efectos perseguidos.

Fijándose más en aspectos básicos y conceptuales el entronque de mindfulness como procedimiento terapéutico se encuentra en el desarrollo de las denominadas nuevas terapias conductuales. Este tipo de terapias surgen al considerar el contexto como elemento principal en la explicación e intervención. Hayes (2004) y Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, J. (2006) han venido a denominar como terapias de tercera generación aquellas que incluyen en sus componentes procesos de mindfulness y aceptación así como procesos de compromiso y cambio directo de conductas. Es aquí donde el mindfulness enlaza con otros procedimientos terapéuticos como, por ejemplo, la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) o la terapia cognitiva centrada en su origen en modelos de procesamiento de la información en relación con la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

La característica esencial de esta denominada tercera generación de la terapia de conducta (la primera se caracterizaría por su carácter empírico, experimental y centrado en el cambio directo de la conducta, y la segunda por la aportación de los modelos cognitivos), es entre otras, la que adopta una perspectiva más experiencial y opta por estrategias de cambio de carácter indirecto, más que las más habituales de carácter directo de la primera y segunda generación. Esto supone la consideración de un ámbito más amplio del cambio, no ceñido a elementos y aspectos concretos. La explicación de este cambio de proceder está en la relevancia conferida al contexto y a las funciones de las conductas más que a su forma (topografía en el análisis funcional clásico). El objetivo es estar abierto a la propia

actividad, exploración que permita obtener datos para su posterior evaluación. No es incompatible, en absoluto, elegir experiencias, actividades, etc., y al mismo tiempo estar disponibles para experimentar y sentir tal cual las cosas sucedan (Robins y Cols, 2004).

Jon Kabat-Zinn es, no obstante, quien popularizó e impulsó el uso de la meditación mindfulness como procedimiento para tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos. En 1979 creó el Centro Mindfulness en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets para tratar aquellos casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional. Desde entonces el Centro viene aplicando el Mindfulness-based stress reduction (MBSR) programa un amplio número de personas. Más de 15.000 pacientes han seguido el programa en ese Centro, además de otros muchos que se han aplicado en otros países.

Más allá del uso de la meditación mindfulness como procedimiento de reducción del estrés, el mindfulness ha sido integrado en tres procedimientos clínicos de gran interés y que, además, han aportado evidencia empírica de su utilidad. El primero es la terapia de conducta dialéctica. Marsha Linehan (Linehan, 1993) desarrolla un tratamiento basándose en el mindfulness y la aceptación para el abordaje de los trastornos de personalidad límite. El segundo es la terapia cognitiva de la depresión, más concretamente la terapia cognitiva basada en mindfulness de la depresión (Scherer-Dickson, 2004). Esta fue desarrollada al considerar los elementos implicados en las recaídas en pacientes tratados por depresión (Teasdale et al., 2000; Teasdale, Segal y Williams, 1995) y ha mostrado la utilidad de este

acercamiento (Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, 2004; Teasdale et al., 2002). Por lo anterior, se describen algunos elementos esenciales de esta técnica:

No conceptual, esto es prestar atención y conciencia sin centrarse en los procesos de pensamiento implicados.

Centrado en el presente, el mindfulness siempre se da en y sobre el momento presente.

No valorativo, no puede experimentarse plenamente algo que se desea que sea otro.

Intencional, siempre hay una intención directa de centrarse en algo, y de volver a ello si por algún motivo se ha alejado.

Observación participativa, no es una observación distanciada o ajena, debe implicar lo más profundamente la mente y el cuerpo.

No verbal, la experiencia mindfulness no tiene un referente verbal sino emocional y sensorial.

Exploratorio, abierto a la experimentación sensorial y perceptiva.

Liberador, cada momento de experiencia vivida plenamente es una experiencia de libertad.

En la actualidad se cuenta con una gran diversidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión que han sido válidos y utilizados extensamente en poblaciones diversas. Algunos de estos instrumentos son:

Escala autoaplicada de Zung: Desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Está formada por 20 frases relacionadas con la depresión, teniendo

gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores (Zung, 1965).

Inventario de depresión de Beck (BDI): Es un instrumento de auto informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas. En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos (Beck, 1988).

La escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológico (CES-D): Se creó con base tanto en los análisis reactivos de otras escalas, como en las experiencias clínicas; con el propósito de poder identificar los factores de riesgo asociados con la depresión. Se debe aclarar que esta escala no es un instrumento de diagnóstico clínico para evaluar depresión, sino que es una escala que proporciona indicadores de riesgo de esa enfermedad, a través de la expresión de sintomatología depresiva. De acuerdo con el análisis factorial de la escala, los reactivos quedan agrupados en cuatro apartados: I. Afecto negativo, II. Afecto positivo, III. Relaciones interpersonales, IV. Actividad retardada y somatización (Reyes y Cols, 2003).

Escala de Hamilton para la valoración de la depresión: Fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor en 1967, reduciéndola a 21 ítems, que corresponde a los 17 primeros de la versión publicada en 1967. La versión de 21 ítems fue adaptada al

castellano por Conde y Cols en 1984 quien introdujo un ítem final para la valoración de otros síntomas por que consta de 22 ítems. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala; se han identificado distintos factores o índices donde los más usados son: Índice de melancolía, ansiedad y alteraciones del sueño (Conde, 1984).

Depresión laboral:

La depresión por ser una patología que hoy es más frecuente de lo que se cree; en múltiples estudios, especialmente la investigación de la Organización Mundial de la Salud (1974), demuestra que los trabajadores experimentan en su empleo algún problema de salud mental que le generan malestar físico y sufrimiento emocional.

En ese escenario, la depresión se vincula al bajo rendimiento laboral, el incremento en el número de accidentes de trabajo y las frecuentes sustituciones de empleados. El impacto que puede generar en las organizaciones en relación a la sintomatología como la apatía, debilidad, cansancio, la capacidad máxima de la persona se transforma en resultados mínimos; adicionalmente, conduce a situaciones de baja motivación y repercusiones sobre el clima laboral debido a que los grados de tolerancia entre los trabajadores se va restringiendo. Dentro de las manifestaciones más notorias del problema se pueden ver reflejadas en desinterés, falta de sentido por la vida y el trabajo, baja autoestima y reducción de la capacidad productiva. Se empiezan a presentar patrones de conducta como lentitud, errores frecuentes, dificultades

de concentración, incumplimiento de horarios y ausencias reiteradas por enfermedad hasta presentar cambios en la cotidianidad, tanto en la casa como en el trabajo. (En red, 2004).

Según Peterson (2009), los hechos ocurridos debido a la depresión en el trabajo se debe a que se clasifica entre los tres principales problemas en el trabajo vistos por profesionales de asistencia para empleados (después de la crisis familiar y estrés), que es la responsable de los días de incapacidad a corto plazo, que los trastornos depresivos representan más de la mitad de todos los costos de los planes médicos que se pagan para los problemas de salud mental, que un pequeño porcentaje de los trabajadores que sufren de depresión se suicidarán en algún momento de su vida, que con frecuencia un empleado deprimido no busca tratamiento debido a que teme que afecte su trabajo y porque está preocupado por la confidencialidad y finalmente muchos empleados con depresión no están conscientes de que la padecen o temen que su seguro sea insuficiente para cubrir los costos del tratamiento.

Hasta hace algunos años la depresión no tenía más razón de manifestarse que en la pérdida de un ser amado, nadie se imaginaba que ésta era una enfermedad y mucho menos que obliga a quien la padece a dejar de ser quien es, a perder la voluntad y el ánimo por vivir y actuar. A raíz del alto índice de personas que padecen la enfermedad, a menudo se confunde la depresión con síntomas aislados de tristeza, cansancio o desánimo, lo cual no significa que se tenga; sin embargo, el padecimiento que persiste es grave, empieza a dominar todos los aspectos de la vida diaria, pues es una

enfermedad, y aquellas personas afectadas por la misma pueden beneficiarse de la ayuda de profesionales capacitados.

La depresión se coloca entre los tres principales problemas en el trabajo vistos por profesionales en asistencia a empleados; aquellas personas que la sufren se comportan de una forma no habitual en muchos aspectos de su vida, tanto en casa como en el trabajo. Algunos cambios que pueden llegar a ser particularmente evidentes pueden ser: Productividad reducida, problemas con el estado de ánimo, falta de cooperación, riesgos de seguridad, accidentes, ausentismo, declaraciones frecuentes sobre estar cansado todo el tiempo, problemas con la concentración, quejas de malestares y dolores sin explicación, abuso de alcohol y drogas.

Así mismo, la depresión puede por tanto tener importantes consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar su actividad laboral de forma efectiva. El empresario o el jefe que es consciente de que un empleado tiene dificultades, puede ayudar permitiendo que el paciente se ausente del trabajo o facilitando la baja laboral si la depresión es grave, así como animándolo a reincorporarse una vez que la situación haya mejorado (En red, sf).

Durante el abordaje propuesto por los diversos autores que conceptualizan la ansiedad y la depresión, se hace necesario establecer la relación que pueda existir entre ambos, lo que se ha convertido en una gran preocupación para la psicopatología, dada las implicaciones para su diagnóstico e intervención durante el desarrollo de la psicología.

La ansiedad y la depresión son dos cuadros clínicos próximos. El grado de relación entre ambos es objeto de polémica, que se ha reavivado recientemente tras el descubrimiento de la respuesta terapéutica a los antidepresivos por parte de los pacientes con trastorno de pánico. Los límites entre la ansiedad y la depresión se han estudiado mediante técnicas estadísticas multivariadas por Roth y Mountjoy (1982), por medio de estudios familiares de Crowe, Noyes, Pauls y Slymen (1983) y a través de controles de seguimiento de los pacientes ansiosos de Kerr, Roth y Shapira (1974). Todos estos trabajos son coincidentes en que la ansiedad y la depresión no constituyen un continuum, sino que son cuadros clínicos diferenciados y en que el entrecruzamiento de estos grupos diagnósticos durante el seguimiento es escaso.

Por otro lado, la controversia en cuanto a la relación no va unida a comorbilidad donde los resultados no permiten duda, puesto que la prevalencia entre ambos está muy asociada siendo la con sintomatología habitual. No parece extraño que ambos trastornos coexistan en el caso del juego patológico, ocurriendo lo mismo en la mayoría de trastornos de control de impulsos e igualmente en las adicciones; pero independientemente de la concepción que se tenga del juego patológico, a nivel nosológico, todos los estudios coinciden en resultados en cuanto a la relación de ansiedad y depresión (Ayuso, 1997).

La clínica de la Ansiedad española, a través de sus escritos sobre estos tópicos, advierte que ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales *complejos*, que implican también problemas en pensamientos y conductas; aunque son distintos, presentan ciertas similitudes que

pueden ocasionar confusión al intentar distinguirlos. Tanto la ansiedad como la depresión son formas de reaccionar ante eventos externos o internos, por lo que son importantes las atribuciones, es decir, si un evento es visto como una amenaza se disparará el sistema de alerta (ansiedad), pero si se interpreta como una pérdida o un fallo, se activará el sistema conservatorio de energía (depresión). Además se cree que puede existir una relación genética entre algunos trastornos de ansiedad y depresión; por otra parte, considerar que en algún momento de la vida las personas han afrontado la ansiedad y a la depresión, se evidenciaría las causas y los efectos que en ellos se han generado, de ahí que no es de extrañar que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Se concluye, que la relación entre ansiedad y depresión no es fija e inmóvil, al contrario, se pueden presentar oscilaciones a lo largo de su curso; de manera que en un cierto momento es posible que predomine una u otra sintomatología. Si se presentan ambos en un mismo paciente es importante esclarecer cuál es secundario y cuál es primario, pero el criterio que determinará cuál va a ser tratado primero será el malestar que cause el paciente y el grado de incapacitación (Mora, 2005).

Otro de los problemas en la relación de la ansiedad y depresión, es la diferenciación de los síntomas que se constituye en una de las preocupaciones en la psicopatología debido a las profundas implicaciones para su diagnóstico e intervención. Los trastornos de ansiedad y depresión a pesar de tener definiciones claras desde manuales, la diferenciación clínica no es tan reflejada, lo que dificulta

distinguir entre ambos tipos de cuadros y saber cuál antecede al otro. De acuerdo a datos epidemiológicos que corroboran la alta comorbilidad entre ambos trastornos, demuestran que 92% de los encuestados había experimentado síntomas de depresión en igual proporción al porcentaje que también había experimentado ansiedad; lo que obliga a pensar en una relación fundamental de que la comorbilidad pueda explicarse a través de instrumentos de evaluación para depresión y ansiedad. De igual forma, Van Lang (2005), encontró la asociación entre escalas de ansiedad y depresión y denota la dificultad para establecer características específicas en ambos trastornos. A su vez, Clark y Watson (1991), indican que entre los significados de ansiedad y depresión se encuentran los estados de ánimo, como los síndromes por un lado y las entidades diagnósticas específicas, por otro. Se plantea que ambos trastornos se han considerado desde perspectivas distintas: Como diferentes puntos dentro del mismo continuo, como manifestaciones alternativas de una vulnerabilidad subyacente, como síndromes heterogéneos, como fenómenos separados que pueden desarrollarse dentro del otro. En esa misma línea, Karagozoglu, asegura que la ansiedad y la depresión pueden diferenciarse como constructos, aunque la distinción clínica no sea completamente clara y por tanto se habla de un factor general de distrés y común en ambas entidades.

Operacionalización de variables dependientes

Definición Conceptual:

Ansiedad: Respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros

(Lang, 2002) o como la percepción del individuo a nivel incorrecto, basada en falsas premisas (Beck, 1985).

Además es definida como Estado y Rasgo (A E/R); la A/E es un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo; puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. En el caso de A/R muestra una relativa propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente, su ansiedad estado. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2002).

Depresión: Según el diccionario de la lengua española (2005), la depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. Además se caracteriza por la presencia de sesgos en el procesamiento que se manifiesta en la codificación, la comprensión y la recuperación de la información emocional; el sujeto deprimido siente de manera en lo que hace porque su pensamiento está basado en interpretaciones negativas. (Beck, 1983).

Definición Operacional:

Ansiedad: Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI de Spielberger, Gorsuh y Lushene (1999) y consta de 40 preguntas, 20 para evaluar Ansiedad Estado y 20 para evaluar Ansiedad Rasgo. En A/E se evalúa el estado emocional transitorio y en A/R la propensión ansiosa, que es la tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Depresión: Escala de Depresión de Zung (1965) que consta de 20 preguntas y cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces). Esta prueba evalúa los síntomas relacionados con episodios depresivos (estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos).

Método

Tipo de Investigación

El proyecto de investigación se asume desde un enfoque cuantitativo, que se caracteriza en la recolección de información con base en la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de rechazar la hipótesis nula.

El abordaje investigativo dentro de este enfoque permite al grupo investigador plantear un problema de estudio delimitado y concreto, obtener resultados desde los datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes que permiten el análisis mediante procesos estadísticos. Adicionalmente, estos estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado del proceso que deben tenerse en cuenta en las decisiones críticas efectuadas antes de recolectar los datos. Por lo general, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados buscando regularidades y relaciones causales entre elementos (Grinell, 1997. Citado por Hernández, 2006).

Diseño

A partir del enfoque cuantitativo, es importante la elección de un método que permita el abordaje de la problemática, en el que se comprobará la efectividad de intervención con técnicas Cognitivo-Conductuales para reducir los niveles altos de ansiedad y depresión en la población elegida, en la que se aplican los instrumentos de evaluación en los momentos pretest y posttest a la intervención.

Para este estudio se elige el diseño de investigación cuasi-experimental que se caracteriza por el hecho de que los grupos de estudio no se han conformado al azar y en algunos casos, no se utiliza un grupo de control. Sin embargo, Campbell y Stanley (1968) dicen que estas investigaciones pueden tener en diversos grados, validez interna como externa. La lógica de éste diseño está dirigida a descartar posibles hipótesis alternativas, por otra parte intentan preservar la validez que les permite aproximarse a la posibilidad de demostrar relaciones causales llevando a cabo múltiples observaciones tanto antes como después de la aplicación del tratamiento, observando a otros grupos que no lo reciben o prestando atención a otras variables distintas a la de interés (Pedhazur, 1991. Citado por Ruiz, 1997).

De esta manera, para el proceso investigativo, se determinan los niveles altos de ansiedad y depresión con el fin de comprobar la efectividad del tratamiento mediante técnicas Cognitivo-Conductuales donde se evalúan a los trabajadores en los períodos pre y post a la intervención aplicada.

Sujetos

Los participantes del presente estudio de investigación, está conformado por 66 trabajadores de Sistemas Interactivos (43 mujeres y 23 hombres), distribuidos en diferentes cargos (Gerente, Administradora, Secretaria Comercial, promotora comercial, Instructores y Servicios Generales) quienes aceptaron voluntariamente la evaluación para determinar los niveles de ansiedad y depresión e intervenir a los que manifiesten altos puntajes en las pruebas aplicadas.

Criterio de Inclusión para la evaluación:

Trabajadores activos a diciembre de 2010, que no estén diagnosticados con alguna problemática mental.

Criterio de Inclusión para la intervención:

Trabajadores cuyo resultado de evaluación haya dado nivel alto de ansiedad o depresión.

Instrumentos

Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI de Spielberger, Gorsuh y Lushene (1999). Se usó la versión española, sexta edición (2002). La prueba consta de dos partes, con 20 preguntas cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión

ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. El tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente.

Escala de Depresión de Zung (1965), que consta de 20 preguntas que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas (estado de ánimo y síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces).

Procedimiento

El procedimiento se ha estructurado en diferentes fases:

Carta dirigida a los Gerentes de Sistemas Interactivos solicitando la aplicabilidad de las pruebas de ansiedad y depresión y la intervención a los trabajadores según los resultados obtenidos en cada una de los cuestionarios. (anexo 1).

1. Evaluación Pre-Tratamiento

Evaluación al total de los trabajadores de Sistemas Interactivos (66) con el cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo STAI (anexo 2) y la escala de Depresión de Zung. (anexo 3).

Se informó a cada trabajador el resultado de las pruebas aplicadas y se les invitó a un taller Teórico-Práctico a los

que habían obtenidos altos puntajes en alguno de los dos cuestionarios.

2. Inicio de la Intervención

Debido a que la población a intervenir se encontraba distribuida en diferentes regiones del nor-oriente colombiano y por la dificultad de reunir a los 19 trabajadores en un solo grupo, se aplicó el "Taller Teórico-Práctico para reducir los niveles de ansiedad y depresión" organizando grupos por ciudades de la siguiente manera:

A los 10 trabajadores de las ciudades de Bucaramanga, Cañaveral, Piedecuesta y Barbosa, se les dictó el taller en Bucaramanga los días 2-3-4 de Octubre de 2010.

A los 3 trabajadores de Barrancabermeja, se les dictó el taller en la misma ciudad los días 9-10-11 de Octubre de 2010.

A los 3 trabajadores de Aguachica, se les dictó el taller en la misma ciudad los días 16-17-18 de Octubre de 2010.

A los 3 trabajadores de Cúcuta, se les dictó el taller en la misma ciudad los días 23-24-25 de Octubre de 2010.

Cronograma del taller. (anexo 4).

El taller Teórico-Práctico se estructuró de la siguiente manera:

1. En Psicoeducación se dio una explicación general sobre ansiedad y depresión (definición, sintomatología, causas) a partir del diseño de unas diapositivas (figura 1) como material de apoyo, entrega de un cuadernillo

denominado "Taller Teórico-Práctico para reducir niveles de ansiedad y depresión". (figura 2).

Se realizaron algunos ejercicios prácticos con los participantes.

2. Entrenamiento en Técnicas Cognitivo-Conductuales:

- A. El entrenamiento en Técnica de Relajación Pasiva (Schwartz y Haynes, 1974) estuvo orientada para que los trabajadores aprendieran a identificar y a relajar los grupos musculares. Para lograr incorporar la técnica de relajación, se les hizo entrega de la técnica en formato audio para que realizaran los ejercicios en casa.
- B. El entrenamiento en Técnica de Reestructuración Cognitiva de Beck, permitió que se lograra la identificación y modificación de pensamientos automáticos a través de ejercicios prácticos y con asignación de tarea para la casa.
- C. El entrenamiento en Técnica de Solución de Problemas, tuvo como objetivo identificar anteriores y actuales situaciones estresantes de la vida con el fin de minimizar esas respuestas mediante la eficacia de intentos de solución de problemas. Para lograr este ejercicio se realizaron varios ejercicios prácticos y se asignaron tareas para la casa.

Finalizado el taller, se hizo un seguimiento a cada uno de los trabajadores durante 20 días asignando dos días a la semana (desde octubre 5 hasta noviembre 16) con el fin de poner en práctica las técnicas aprendidas. (tablas 2, 3, 4).

3. Evaluación Pos-Intervención

Al finalizar los seguimientos a cada uno de los trabajadores, se les aplicó nuevamente los cuestionarios correspondientes, para verificar la reducción en ansiedad o depresión. Esta evaluación se realizó desde octubre 26 hasta noviembre 17 y fueron enviadas por correo electrónico.

4. Análisis de Datos

Mediante el programa PASW 18 (antes SPSS), se realizó el análisis de conglomerados que busca dividir una distribución de datos en N cantidad de grupos, en este caso dos (alto y bajo), de tal forma que se maximice la diferencia en ambos grupos por lo cual es un procedimiento de gran utilidad para la calificación del instrumento cuando se carece de normas en una investigación. Una vez se establecen los conglomerados, se realizan los análisis descriptivos por medio de tablas de frecuencia y contingencia. En segunda instancia se realizan pruebas t para muestras relacionadas que permitan identificar cambios significativos en las variables medidas.

Resultados

Los participantes del estudio investigativo, son trabajadores de Sistemas Interactivos, Instituto de Capacitación en Sistemas, lo cual se encuentran distribuidos en diferentes regiones del nor-oriente colombiano, en las ciudades de Bucaramanga, Floridablanca, Piedecuesta, Barrancabermeja, Cúcuta, Pamplona, Valledupar, Aguachica, Ocaña y Barbosa; y desempeñan diferentes cargos, describiéndolos de la siguiente manera:

Gerentes: En su mayoría mujeres, en edades aproximadas entre los 30 a 50 años, con estudios superiores, en su generalidad profesionales, provenientes de estratos sociales 2 y 3, quienes a partir de su actual rol han mejorado sus condiciones socioeconómicas.

Secretarías Administrativas y Comerciales: Se encuentran distribuidas en edades entre 27 y 67 años.

Instructores: Este rango poblacional está compuesto por 19 hombres, 18 mujeres en edades aproximadas entre los 21 y 43 años.

Pre-Intervención:

En cuanto al segundo objetivo, en la evaluación realizada a los 66 trabajadores en la etapa inicial, las puntuaciones en ansiedad obtenidas por el test STAI, para la escala de estado, se observó una frecuencia de bajo nivel del 77.3% (n=51) y un alto nivel fue 22.7% (n=15). (Tabla y gráfico 1).

Tabla 1: Frecuencia y porcentaje para STAI (Ansiedad Estado) con una población trabajadora (n=66)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	51	77,3	77,3	77,3
	Alto	15	22,7	22,7	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

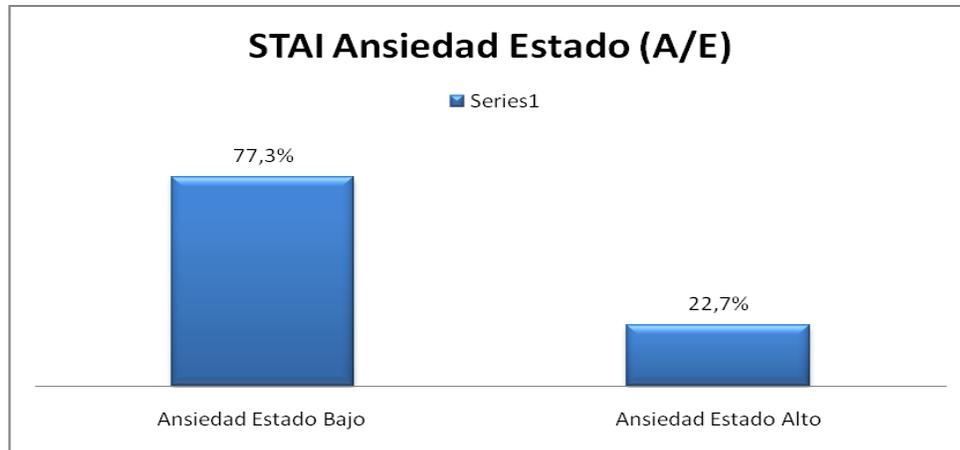


Grafico 1. Relación porcentual de Ansiedad Estado en la población trabajadora.

Para la escala de rasgo, se presentó una frecuencia de bajo nivel en 54 personas equivalente al 81.8% y un alto nivel en 12 trabajadores equivalente al 18.2%. (Tabla y grafico 2).

Tabla 2: Frecuencia y porcentaje para STAI (Ansiedad Rasgo) con una población trabajadora (n=66)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	54	81,8	81,8	81,8
	Alto	12	18,2	18,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

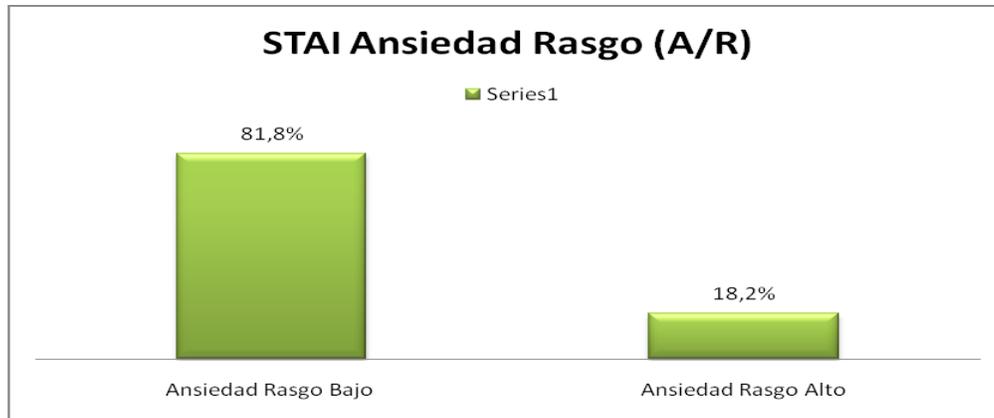


Grafico 2. Relación porcentual de Ansiedad Rasgo en la población trabajadora.

En cuanto al tercer objetivo, en la evaluación realizada a los 66 participantes en la etapa pretest, las puntuaciones en depresión (Zung), se presentó una frecuencia de bajo nivel en 60 trabajadores equivalente al 90.9% y un alto nivel en 6 trabajadores equivalente al 9.1%. (Tabla y grafico 3).

Tabla 3: Frecuencia y porcentaje para Depresión (Zung) con una población trabajadora (n=66)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	60	90,9	90,9	90,9
	Alto	6	9,1	9,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

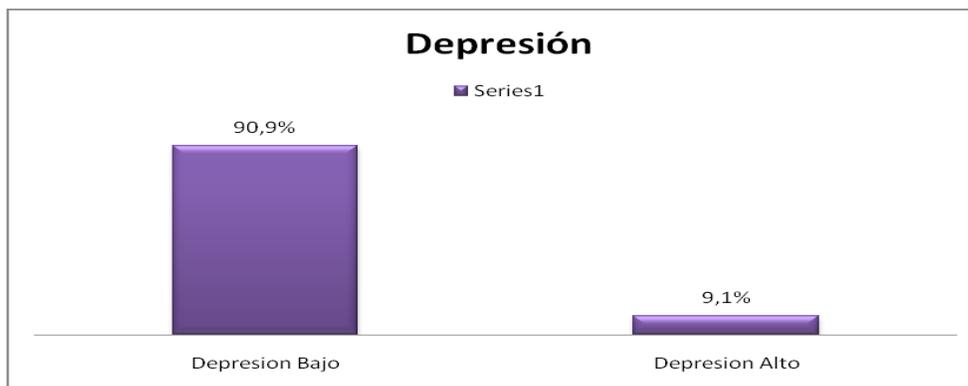


Grafico 3. Relación porcentual de Depresión en la población trabajadora.

De igual manera, los resultados arrojados en las diferentes ciudades muestran un alto índice para el caso de A/E en las ciudades de Aguachica (37.5%), Barbosa (16.7%), Barrancabermeja (12.5%), Bucaramanga (27.3%), Floridablanca (57.1%) y Cúcuta (60.0%). En A/R, Aguachica (37.5%), Barrancabermeja (37.5%), Bucaramanga (18.2%), Floridablanca (14.3%), Cúcuta (20.0%) y Piedecuesta (40%). Los resultados en la escala de de Zung muestran un alto nivel de depresión en Aguachica (25.0%), Barbosa (16.7%), Barrancabermeja (12.5%), Bucaramanga (18.2%) y un bajo nivel en las otras ciudades. (Tabla 4 y gráficos 4 y 5)

Tabla 4: *Porcentaje para Ansiedad E/R y Depresión con una población trabajadora (n=66)*

Ciudad	A/Estado		A/Rasgo		Zung	
	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Aguachica	62,5%	37,5%	62,5%	37,5%	75,0%	25,0%
Barbosa	83,3%	16,7%	100,0%	,0%	83,3%	16,7%
Barrancabermeja	87,5%	12,5%	62,5%	37,5%	87,5%	12,5%
Bucaramanga	72,7%	27,3%	81,8%	18,2%	81,8%	18,2%
Floridablanca	42,9%	57,1%	85,7%	14,3%	100,0%	,0%
Cucuta	40,0%	60,0%	80,0%	20,0%	100,0%	,0%
Ocaña	100,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	,0%
Pamplona	100,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	,0%
Piedecuesta	100,0%	,0%	60,0%	40,0%	100,0%	,0%
Valledupar	100,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%	,0%

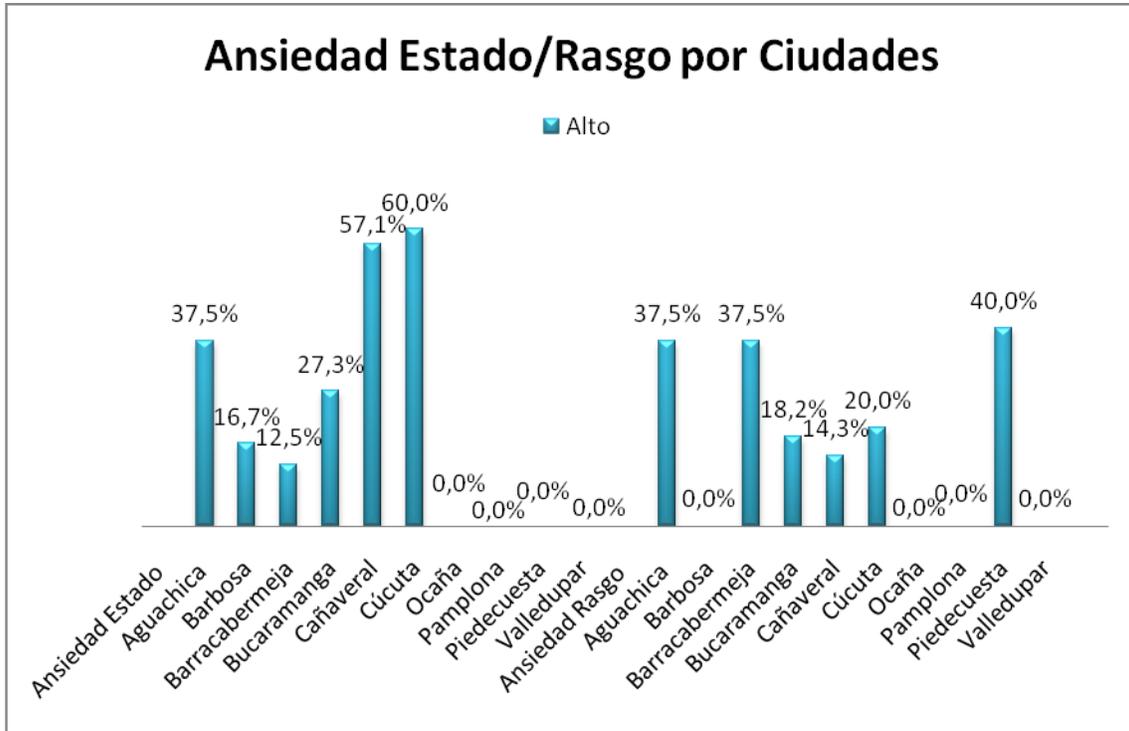


Grafico 4. Relación porcentual de Ansiedad Estado y Rasgo por Ciudades.

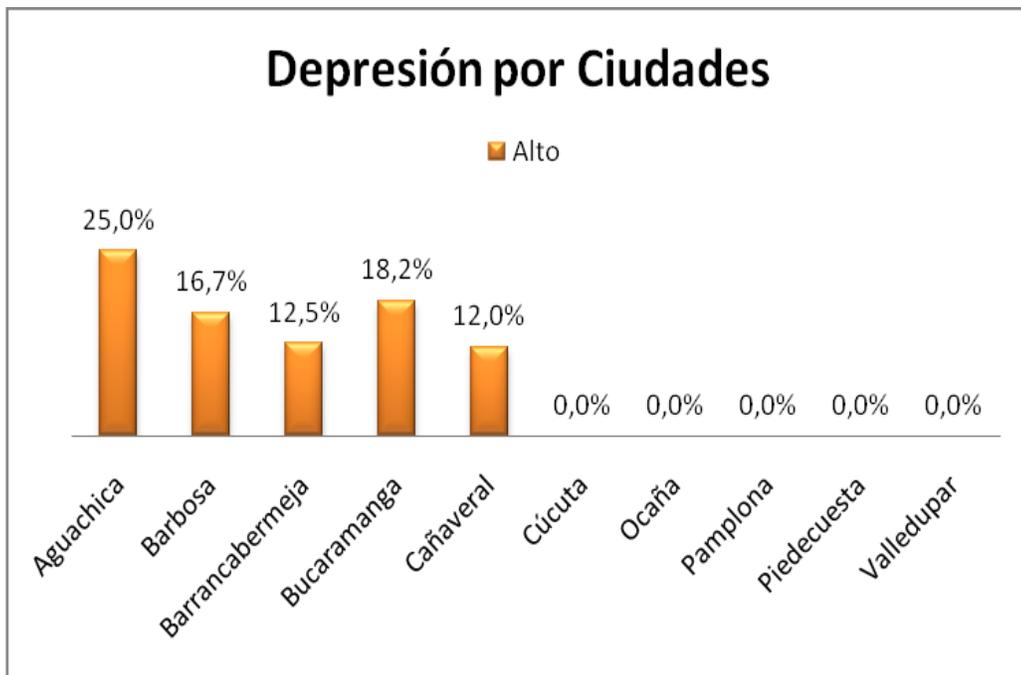


Grafico 5. Relación porcentual de Depresión por Ciudades.

En relación a los resultados por género, se evidencia en las mujeres un alto índice de nivel de ansiedad y depresión, más que en los hombres, describiéndose de la siguiente manera: A/E mujeres con un alto nivel (26.2%) y los hombres (16.7%); en A/R varía el porcentaje del alto nivel de ansiedad, las mujeres con un alto nivel de 16.3% y los hombres con un 20.8% puntuando más altos los hombres en Ansiedad Rasgo que las mujeres. En el caso de la depresión, las mujeres (9.5%) y los hombres (8.3%), arrojando un nivel de depresión más alto en las mujeres que en los hombres, (Tabla 5 y grafico 6).

Tabla 5: *Porcentaje para Ansiedad Estado/Rasgo y Depresión con una población trabajadora (n=66)*

		A/Estado		A/Rasgo		Zung	
		Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Genero	Femenino	73,8%	26,2%	83,3%	16,7%	90,5%	9,5%
	Masculino	83,3%	16,7%	79,2%	20,8%	91,7%	8,3%

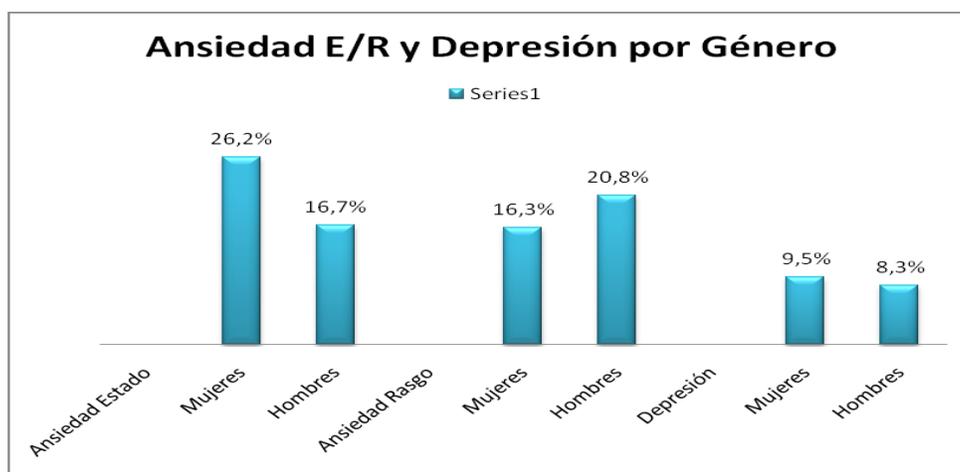


Grafico 6. Relación porcentual de Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Depresión por Género.

En cuanto a la validez de los instrumentos aplicados a los trabajadores de Sistemas Interactivos, las garantías psicométricas del cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) poseen una buena consistencia interna. Para ansiedad estado, con el coeficiente alfa de Cronbach de ,909 y para ansiedad rasgo, con un coeficiente alfa de Cronbach de ,826. El cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, es un instrumento de alto valor de consistencia (su confiabilidad no es lineal sino exponencial). Los valores fueron altos porque el grupo seleccionado era homogéneo en sus variables demográficas. (Tabla 6).

Tabla 6: Estadística de fiabilidad Alfa de Gronbach para el Cuestionario Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

Ansiedad Estado	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,909	20
Ansiedad Rasgo	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,826	20

La Escala de Depresión de Zung, posee una consistencia interna, con el coeficiente alfa de Cronbach de ,693 lo que indicó la fiabilidad de la prueba. (Tabla 7).

Tabla 7: Estadística de fiabilidad Alfa de Gronbach para la Escala de Depresión (Zung)

Alfa de Cronbach	N de elementos
,693	20

Post-Intervención:

Para analizar la existencia de diferencias estadísticamente significativas y el grado de incidencia de la intervención en cada una de las variables, se compararon las medidas posttest con las pretest utilizando la prueba T de muestras relacionadas. (Tabla 8).

Los resultados obtenidos mostraron que en los niveles de Ansiedad Estado hubo una disminución significativa (0,003); mientras que en Ansiedad Rasgo (0,084) y depresión (0,46) no se logró una reducción estadísticamente significativa después de la intervención.

Tabla 8: Prueba T muestras relacionadas

		Media	Desviación típ.	N	T	Sig (bilateral)
Par 1	A/E	28,67	6,893	12	3,721	0,003
	A/E Pos	20,67	3,939			
Par 2	A/R	28,56	8,502	9	1,976	0,084
	A/R Pos	22,44	1,74			
Par 3	Zung	49	6,928	3	0,908	0,46
	Zung Pos	44	2,646			

Discusión

Como se recordará, el objetivo general de este estudio estuvo dirigido a disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los trabajadores de Sistemas Interactivos que presentaron niveles altos a la hora de la evaluación. Los resultados mostraron una disminución significativa después de la intervención en Ansiedad Estado (0,003), mientras que en las variables Ansiedad Rasgo (0,084) y Depresión (0,46), no se lograron disminuciones estadísticamente significativas. Es interesante notar que las variables que por definición se consideran más estables y que para algunos autores constituyen variables de personalidad (ansiedad rasgo y depresión) no se modificaron. Así, la ansiedad estado que se considera una variable más inestable y sensible a los cambios del momento, se observó disminuida. En este sentido, la presente intervención parece haber afectado las variables menos estables en los sujetos y justamente aquellas más estables no fueron sensibles a la intervención. Esto parece coincidir con la intensidad de la intervención en tan poco tiempo.

En otro aspecto, la mayoría de la evidencia con que se cuenta en la actualidad muestra efectividad en determinadas terapias, especialmente las cognitivas conductuales, en sujetos que presentan algún tipo de trastorno emocional. Sin embargo, existe menos evidencia del estudio de variables y procedimientos que no necesariamente están relacionados con aspectos negativos o psicopatológicos, y menos aun, de intervenciones efectivas para la prevención y promoción de la Salud.

Esto se entiende en lo que en los últimos años se ha denominado Psicología Positiva (Ortiz, Ramos & Vera-Villarroel, 2002; Vera-Villarroel & Guerrero, 2003) que justamente plantea una crítica al foco en el cual ha destinado los esfuerzos la psicología dejando de lado aspectos positivos o de protección. En este sentido, esta intervención se enmarca dentro de una línea de promoción de salud en la que se buscó evaluar el posible efecto de una intervención cognitivo-conductual en una población de alto riesgo pero que no se consideraban pacientes psiquiátricos ni que presentaban una psicopatología al momento de la intervención.

Adicionalmente, se aplicó en formato intenso ya que se conoce desde otras perspectivas teóricas de aplicaciones y de intervenciones o talleres intensos comúnmente denominados de «desarrollo personal» en sujetos normales. Aunque no se cuentan con evidencia que demuestren algún grado de efectividad, parece ser que al menos algunos sujetos reportan algún grado de beneficio.

Parece lógico entonces, que si las técnicas cognitivo-conductuales son las que en mayor medida cuentan con evidencia empírica sobre su afectividad en sujetos con trastornos emocionales, también lo pudiera ser en sujetos sin trastornos diagnosticados y más aun en formato intenso. El presente estudio buscó entonces, evaluar un preliminar intento en este sentido.

Por otra parte, este trabajo se enmarca dentro de una línea de investigación desarrollada desde algunos años en el diseño y evaluación de intervenciones psicológicas eficaces (Vera-Villarroel, 2005). En este sentido, se cuentan con

intervenciones diseñadas y probadas satisfactoriamente en sujetos con sintomatología depresiva (Valdenoit et al. 1999), sujetos con trastornos mixto ansiosa-depresiva (Vera-Villarroel, Cáceres, Castillo, Morales, & Pérez, 2001), trastornos emocionales (Vera-Villarroel & Herrerra, 2004), fobia social (Olivares, Alcázar. & Vera-Villarroel, 2003), adultos mayores (Moreno, Contreras, Araya, Martínez, Livacic-Rojas & Vera-Villarroel, 2004) entre otros. Todas las anteriores intervenciones mencionadas han buscado el diseño de intervenciones eficaces en formato grupal y de corta duración considerando el contexto de la salud pública y el de nuestros países latinoamericanos. Sin embargo, todas éstas intervenciones trabajaron con sujetos diagnosticados y con una frecuencia de una a dos sesiones por semana y con al menos una duración de seis sesiones. La presente intervención entonces fue un preliminar intento para comenzar a diseñar y perfeccionar tratamientos de corta duración, intensos y con sujetos sin trastornos. Esto puede servir en el futuro para contar con evidencia para aplicar intervenciones breves con sujetos que tienen un alto potencial de desarrollar patologías.

Las limitaciones de este estudio son varias; no se consideró un grupo control, o placebo (Abarca et al, 2005), el n de la muestra es muy pequeño como para establecer generalidades y no se contemplaron mediciones durante la intervención o de seguimiento.

Otro factor importante a tener en cuenta es el destacado por Orgilés Amorós y col (2003), en su investigación relacionada con la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en problemas de ansiedad generalizada, respecto a las variables moderadoras que puedan afectar a los

resultados, destacan las siguientes: La adaptación del tratamiento a cada sujeto influye en la eficacia de la intervención, de modo que cuando la terapia no es homogénea, es decir, cuando la duración, distribución y cantidad de la misma están adaptadas a cada sujeto, el tamaño del efecto es mayor. En consonancia con el resultado anterior, la modalidad de entrenamiento individual alcanza mayores resultados frente a la grupal, lo que resalta la importancia de adaptar la intervención a las características y particularidades de cada sujeto. Atendiendo a la duración del tratamiento (número de semanas) se observó que a mayor duración, mejores resultados se alcanzan.

Teniendo esto presente, los resultados de esta intervención tienen que considerarse como datos preliminares y de exploración. De seguro corrigiendo las deficiencias se podrá contar con mayor evidencia de que este tipo de intervenciones altamente efectiva y por lo tanto contar con mayor apoyo para afirmar lo que este estudio insinúa. Futuros estudios deberán confirmar la real efectividad en esta línea de trabajo.

Cabe señalar que los resultados arrojados en esta investigación concuerdan con los hallados por Vera Villaroel y col (2005) en Chile, en la cual también se logró, mediante técnicas cognitivo conductuales, reducir de manera significativa la ansiedad estado, pero no la ansiedad rasgo

En cuanto a los objetivos específicos de determinar los niveles de ansiedad y depresión presentes en los trabajadores de Sistemas Interactivos, se observó que los resultados concuerdan con los obtenidos en el estudio nacional de salud, es decir hay mayor prevalencia de ansiedad, tanto estado como

rasgo (22.7%), que de depresión (9.1%). Manteniendo un porcentaje similar al de la población colombiana el cual se encuentra en un 19.3%. Sin embargo por género se notó un resultado algo contradictorio al encontrado en el estudio nacional, específicamente en lo referente a ansiedad rasgo, en donde los hombres, para este estudio, presentan niveles más altos (20.8%) que las mujeres (16.3%), puede ser debido al tipo de labor que realizan al interior de la institución.

Conclusiones

1. La mayoría de la población de trabajadores son mujeres, que fueron las que más presentaron altos niveles en ansiedad estado y depresión.

2. Algunas de las actividades que realizan los trabajadores dentro de la empresa, no son generadoras de ansiedad y depresión como factores de riesgo psicosocial, sino los pensamientos automáticos presentes en cada uno de los trabajadores, según los seguimientos realizados después del taller.

3. Según el cargo que ocupe el trabajador, puede ser un factor determinante para que se generen altos niveles de ansiedad y depresión.

4. En el caso de los gerentes, que son los que están a cargo de todas las actividades que realizan los empleados, el lograr que se cumpla con lo propuesto en cada una de las campañas de venta que se realizan en cada uno de los ciclos de matriculación de alumnos nuevos y antiguos, entre otras actividades; son factores que hacen que se den niveles altos en ansiedad o en depresión.

5. Los instructores al estar permanentemente en contacto con estudiantes, y ante los requerimientos que les puedan hacer en el aula de clase o ante la inconformidad por parte de alguno de ellos, es otro factor determinante de ansiedad o depresión.

6. Lo que se pudo resaltar de este proyecto, es que los Gerentes de cada una de las sedes aceptaron la petición solicitada, mostrando interés y colaboración en el proceso de la evaluación e intervención en cada uno de los trabajadores. Por otra parte, se realizaron las evaluaciones en las fechas programadas y se logró tener todos los cuestionarios diligenciados en el momento oportuno.

7. Durante el desarrollo del taller, los trabajadores mostraron gran interés en cada una de las técnicas dirigidas en la que participaron activamente y en la que se lograron realizar los seguimientos después de finalizado el taller teórico-práctico, mediante el intercambio realizado por internet y conversaciones por sky.

8. El taller teórico-práctico implementado en los dos días y medio, no fue suficiente para que se lograra cumplir con el objetivo propuesto en esta investigación.

9. A partir de esta investigación, se da inicio a la evaluación e intervención de nuevas programas que estén estrechamente relacionados a la empresa y al trabajador.

10. Haciendo una revisión de los antecedentes enfocados en la ansiedad y depresión como factores de riesgo psicosocial en el campo laboral, son pocos los estudios que se han realizado tanto a nivel nacional como regional.

Recomendaciones

1. Es indispensable diseñar programas de Intervención con técnicas Cognitivo-Conductuales, que sean implementadas en sesiones de dos o tres horas diarias durante 15 o 20 días y realizar seguimientos periódicamente para prevenir la manifestación de altos niveles de ansiedad y depresión en los trabajadores de Sistemas Interactivos.

2. Promover dentro de la Institución talleres o encuentros cada tres meses con todos los trabajadores con el fin de hacerle seguimiento a los factores de riesgo psicolaboral, en este caso ansiedad y depresión.

3. De acuerdo a la literatura consultada, son pocos los estudios que se han realizado en Colombia y en especial en Santander, en relación a la ansiedad y depresión como factores de riesgo psicosocial dentro del ámbito laboral, lo que se hace indispensable realizar estudios en esta área.

4. Por ser la ansiedad y la depresión, problemas de salud pública, las futuras evaluaciones e intervenciones desde el enfoque Cognitivo-Conductual, deberían estar presentes para próximos estudios.

Referencias Bibliográficas

- Abarca, O. Chacón, A. Espinosa, F & Vera- Villarroel, P.(2005). Placebo y Psicología Clínica: aspectos conceptuales, teóricos e implicancias. *Terapia Psicológica* 23, 1.
- Agudelo-Vélez, D., Casadiegos-Garzón, C., Sánchez-Ortiz, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1 (1), 34-39.
- Agudelo-Vélez, D., Lucumí-Acelas, L.M., Santamaría-Quiroga, Y.J. (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Revista Pensamiento Psicológico*, 4 (10), 59-83.
- Almirall P. 1996. Ergonomía, Trabajo y salud, La Habana: Instituto de Medicina del Trabajo.
- Anaya, L., Gamarra, M.O. (2009). Ansiedad y Depresión en pacientes prequirúrgicos: Una revisión bibliográfica.
- Ansiedad Laboral. (sf). Recuperado en mayo 25 de 2010, de www.laansiedad.com.mx/ansiedad-laboral.
- Arcas-Guijarro, S., Cano-Vindel, A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Revista electrónica de psicología*, 3 (1). Recuperado en abril 29 de 2010, de <http://www.psiquiatria.com/psicologia>.

- Ayuso, J.L. (1997). Comorbilidad depresión-ansiedad: Aspectos clínicos. *Psiquiatría.com*.
- Barlow, D.H., y Cerny, J. A. (1988): *Psychological Treatment of Panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T. Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, (1984).
- Beck, A.T.; Brown, G.; Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). Beck Anxiety Inventory.
- Beck, A.t. y Cols. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. New York.
- Beck, A.T.; Emery, G; Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (2 ed.). Barcelona: España Editores S.A.
- Caballo, V.E. (2008). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. *Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación* (2 ed.). España: Editores Siglo XXI.
- Calvete, E. (2005). Género y Vulnerabilidad Cognitiva a la depresión. El papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y estrés*.
- Cano-Vindel, A. (2004). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.

- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA. *Psicología Contemporánea*, 6, 14-21.
- Caro, I. (1991). Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión. En Manual de Psicología Clínica Aplicada. Ediciones Siglo XXI.
- Carrillo-Saucedo, I.C. (2008). *Ansiedad en estudiantes universitarios*. Coordinación de Investigación y Postgrado del Instituto de Avances Cuaderno de Trabajo. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua: México. 172, 1-22.
- Clark, L; Watson, D. (1991). Modelo Tripartito de ansiedad y depresión.
- Conde, V., Franch, J.I. 1984. Escalas de Evaluación Comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn S.A.
- Cook R. 1993. El derecho internacional y la salud en la mujer. Publicación científica. N° 542. Organización Panamericana de la Salud. México: OPS.
- Czernik, G., Almirón, L., Cuenca, E., Mazzaro, B. (2005). Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Alcmeón, 12 (2).

Depresión en el trabajo es la enfermedad del futuro. (2004). Recuperado en junio 12 de 2010, de <http://www.clickempleo.com>.

Diccionario de la lengua española. (2005). WordReference. Espasa-Galpe.

Duque Franco, A. (2003). Factores de riesgo psicosocial, asociados a ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos. *Investigaciones Andina*. 64-68.

Echeburúa, E. (1998). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.

Echeburúa, E y Del Corral, P. (1998). *Manual práctico de modificación de conducta: Técnicas de exposición en psicología clínica*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Efectos de la depresión en el empleado. (sf). Compilado por la Coordinación general de Equidad y Desarrollo Productivo de la Mujer. Recuperado en abril 20 de 2010, de www.fonaes.gob.mx/capacitación/efectos_depresion.pdf.

Fernández-Ballesteros, R. (1983). *Evaluación Conductual*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Ferster, C.B. (1973). Un análisis funcional de depresión. *American Psychologist*.

Franco, C. (2007). *Técnicas de relajación y desarrollo personal*. Granada: Cepa.

- Franco, C. (2009). *Meditación Fluir para serenar el cuerpo y la mente (Meditación Fluir for tranquilizing body and mind)*. Madrid: Bubok.
- Franco-Justo, C; Mañas-Mañas, I; Justo-Martínez, E. (2009). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Revista Educación Inclusiva* 2, (3), 11-22.
- Gallaso, L. *Ansiedad*. Recuperado en abril 29 de 2010, de www.psicoterapia-breve.com.ar/ansiedad.php.
- Galletero, J.M y Cols. (2005). Etiología de la Ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*, 1 (4), 1-11.
- García-Higuera, J.A. La Depresión: Tratamiento Cognitivo-Conductual. Recuperado en mayo 13 de 2010, de <http://www.juntospodemos.com/mod.php?t=depre&r=La> depresión: Tratamiento cognitivo conductual.
- Gualtero, M; Orjuela, A; González, L; Betancourt, J; Pardo, H. (2008). Defensoría del Pueblo de Colombia.
- Gutiérrez, P; Morán, S; Sanz, I. (2005). Estrés docente: elaboración de la escala ED-6 para su evaluación. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*.
- Hamilton, M. (1959). *The assessment of anxiety states by rating*. *Brit J Med Psychol*; 32, 50-55.
- Hernández-Lira. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Recupero en abril 30 de 2010, de

<http://books.google.com.co/books?lr=&q=teoria+cognitivo+conductual+de+la+ansiedad&sa=N&start=20>.

Hernández-Sampiori, R; Fernández-Collado, Carlos; Baptista-Lucio, Pilar. (2006). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Mc Graw Hill/Interamericana Editores S.A.

International Journal of Psychological Research. (2008). 1, (1).

Iruarrizaga. (2008). Reducción de la ansiedad a través del Entrenamiento en Habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2. Madrid: Universidad de Complutense.

Juárez A. 2004. Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. *Cienc Trab. Oct-Dic*; 6 (14):189-196

Kabat-Zinn. (1982). *An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.

Karagozoglu, C. (2005). Evidencia por la diferenciación entre ansiedad y depresión.

Kessler, R., White, L.A., Bimbaum, H., et al. (2007). *Impact and its Pathways on Work Productivity. Presented at the American Psychiatric Association. San Diego: Annual Meeting.*

- Kohn, R. (2005). Los trastornos mentales en América Latina. *Revista Panamericana de Salud*.
- Lazarus, R.S. (1976). *Discussion*. Psychopathology of human adaptation. New York: Plenum.
- Lazarus, R.S; Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez-Roca.
- León R. 2003. *Introducción a la Psicología de la salud desde un enfoque psicosocial*. Asesoramiento al personal sanitario. Sevilla: Universidad de Sevilla. p 133-157.
- Lewinsohn, P.M y Cols. (1997). Tratamiento Conductual de la Depresión. New York.
- Lizeretti-Pérez, N. (2009). *El tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad Ramón Llull, Barcelona.
- López-Hernández, A. (1999). Ansiedad. *Revista del Laboratorio en Línea de Enseñanza de Cómputo*. México.
- López-Villalobos. J.A; Sánchez-Azón, M.I; Sotelo-Martín, E; Rodríguez-Martín, M.T. (1994). *Terapia Cognitivo Conductual en la depresión: Un modelo de competencia*. Palencia: Lilly.
- Lundbeck Institute. (sf). Trastornos de la ansiedad. Etiología. Recuperado en julio 1 de 2010, de http://es.brainexplorer.org/anxiety/Anxiety_Aetiology.shtml.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (2002). DSM-IV-TR. Masson.

- Ministerio de la Protección Social (2003). Un panorama de la salud y enfermedad mental en Colombia. Informe Preliminar.
- Moller, H.J. (1999). Effectiveness and safety of benzodiazepines.
- Mora-Vanegas, C. (2005). La ansiedad y la depresión. Sapiens. La comunidad del conocimiento.
- Moreno, P., Blanco, C. (2004). Cómo superar la depresión. Claves para prevenir y afrontar los trastornos depresivos. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Moreno, M., Contreras, D., Araya, P., Martínez, N., Livacic-Rojas, P. & Vera-Villaruel, P. (2004). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos. IV Congreso Iberoamericano de Psicología FIAP. Santiago.
- Mowrer, O. H. (1991). Teorías del aprendizaje: perspectivas tradicionales y desarrollos contemporáneos. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Navarro, G. (1992). *Técnicas y Programas en Terapia Familiar*. Ediciones Paidós.
- Nettle, D. (2004). Evolutionary origins of depression; a review and reformulation. *Journal of Affective Disorders*.
- Olivares, J., Alcázar, A. R. I. & Vera-Villaruel, P. E. (2003). Efectos de la aplicación del protocolo IAFS en una muestra de adolescentes con fobia social generalizada. *Terapia Psicológica*, 21, 153-162.

- Orgilés, M; Méndez, X; Rosa, A; Inglés, C. (2003). *La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia*. Anales de Psicología. Vol 19, No 2, 193-204.
- Ortiz, J., Ramos, N. & Vera-Villarroel, P.E. (2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la psicología de la salud. *Suma Psicológica*, 10, 119-134
- Patiño-Villada, F.A. (2006). Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la universidad de Antioquia. Trabajo de grado para optar el título de Magister en la Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gómez". Colombia: Medellín.
- Peterson, E. Depresión en el trabajo: Consejos para Administradores. Recuperado en Junio 21 de 2010, de <http://healthlibrary.epnet.com>.
- Quintero-Isaza, L., Biela, R., Barrera, A y Campo-Arias, A. (2008). Factores asociados a la satisfacción laboral en empleados de un hospital psiquiátrico de Bucaramanga. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Duazary. Artículo Original*, 5 (2), 76-81.
- Ramel, W; Goldin, P; Carmona, P.E y McQuaid, J.R. (2004). *The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and effect in patients with past depression*. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández y otros. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de

- Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*.
- Rhem, L.D. (1981). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*.
- Riveros, M., Hernández, H y Rivera J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*. 10 (1).
- Robin, J.C. & Luten, A.G. (1991). *Sociotropy and Autonomy: Differential patterns of clinical presentation in unipolar depression*. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Robins, C.J., Schmidt, H & Linehan, M.M. (2004). *Dialectical Behavior Therapy: synthesizing radical acceptance with skilful means: Mindfulness and acceptance*. New York: Guilford Press.
- Ruiz, J.C. (1997). Investigación en Psicología. Área de Metodología. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Ruiz-Sánchez, J.J., Cano-Sánchez, J.J. (1992). Manual de Psicoterapia Cognitiva. *Psicología Online*. Recuperado en Junio 15 de 2010, de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual0.htm>.
- Sánchez, L., Sánchez, M y González, R. (1998). Perfiles de Salud y Diseño de Profesiogramas de Trabajadores de una Refinería Petrolera. *Salud de los Trabajadores*, 6 (1), 5-20.

Sánchez-Tovar, L., Simoes-Brasileiro, M.D y Brito, J.C. (2008). Trabajo y salud mental. Caso supervisores de una locución petrolera. *Revista Salud de los Trabajadores*, 16 (1), 39-52.

Sarason, T.G. *Cognitive Processes, anxiety and the treatment of anxiety disorders*. (1985).

Segal, Z.V., Williams, J.M.G y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.

Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Madrid: Ed. Debate.

Soderfeldt B, Soderfeldt M, Muntaner C, O'Campo P, Warg L, Ohlson C. 1996. Psychosocial Work environment in human service organizations: a conceptual analysis and development of the demand-control model. *Soc Sci Med*; 42 (9): 1217-1226.

Souza F, Machorro M. 1988. Los factores psicoambientales de la salud en el trabajo. En: Martínez C F. (comp.). *La salud en el trabajo*. México: NOVUM

Corporativo. p. 100-108.

Spielberger, C., Gorssuch, R., Lushene, R. (2002). *Manual Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones S.A. 6ª Edición.

Sturgeon, Wina. (1981). *Depresión. Cómo identificarla, cómo curarla, cómo superarla*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A. 4ª Edición.

- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández-Quero, J., Buela-Casal, Gualberto. *Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. Revista de salud mental.* 28 (5).
- Tesar, G.E., Rosenbaum, J.F. (1991). Double-blind, placebo-controlled comparison of clonazepam and alprazolam for panic disorder.
- Valdovinoitt, M., Olave, V., Quezada, M., Soto, P. & Vera-Villarroel, P. (1999). Intervención cognitivo-conductual aplicado a adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva. *Revista Chilena de Psicología*, 20 (1), 119-125.
- Valdés-Sánchez, C.A. (1995). El niño ante el hospital: Programas para reducir la ansiedad hospitalaria. Universidad de Oviedo: Ilustrada.
- Vallejo, M.A., Díaz, M.I. (1998). Manual Práctico de Modificación de Conducta. Técnicas Cognitivas y Terapias Cognitivos-Conductuales. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Vallejo-Pareja, M.A. (2006). *Mindfulness. Revista Papeles del Psicólogo. España: Uned.* 27 (2), 92-99.
- Vallejo-Ruiloba, J; Gastó-Ferrer, C (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona, España: Masson S.A.
- Van Lang, N. Concurrent validity of the DSM-IV. (2005).
- Vera-Villarroel, P. E. (2005). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. En A.H. Contreras & L.A. Oblitas. Terapia

Cognitivo Conductual; teoría y práctica. Bogotá: Picom Editores.

Vera-Villarroel, P.E. & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2, 21-26.

Vera-Villarroel, P; Valenzuela, P; Abarca, O (2005). Evaluación de una Intervención Conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: Un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*. 13, 121-131.

Vera-Villarroel, P., Cáceres, L. Castillo, C., Morales, D. y Pérez, S. (2001, abril). Intervención cognitivo conductual breve para mujeres con síntomas ansioso depresivos. 2° Encuentro Chileno de Investigación Empírica en Psicoterapia - Society for Psychoteraphy Research (SPR) - Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Virues-Elizondo, R.A. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey: México.*

Yepes et al. (2004). Riesgos psicosociales en el ISS Ministerio de Protección Social. Colombia.

Zung, W.W. (1965). *A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry*. 12, 63-70.

Lista de Tablas

ACTIVIDADES	2009			2010												2011			
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	
Encuentros con el asesor de proyecto.	X	X	X																
Elección del tema de investigación.	X	X																	
Entrega No. 1-2 anteproyecto.		X	X																
Revisión No. 1-2-3 por parte del asesor de proyecto.		X	X	X	X														
Recolección de documentos bibliográficos.		X	X	X	X														
Entrega 1. Revisión de Proyecto.					X														
Correcciones al Proyecto.					X	X													
Entrega 2. Revisión de Proyecto.						X	X												
Correcciones al Proyecto.							X	X											
Entrega 3. Revisión de Proyecto.								X											
Carta enviada a los Gerentes de las sedes de Sistemas Interactivos.								X											
Evaluación a trabajadores de Sistemas Interactivos (Pruebas STAI y Zung). Etapa Pretest									X										
Correcciones al Proyecto.									X	X									
Base de datos de las Escalas de Evaluación (STAI-ZUNG).										X									
Descripción de resultados de las Escalas de Evaluación (STAI-ZUNG). Etapa pretest.										X	X								
Entrega 4. Revisión de Proyecto.											X								
Correcciones al Proyecto												X							
Intervención a trabajadores de Sistemas Interactivos.													X						
Seguimiento a trabajadores intervenidos durante 20 días.													X	X					
Evaluación a trabajadores de Sistemas Interactivos (Pruebas STAI y Zung) Etapa Postest.													X	X					
Descripción y análisis de resultados															X				
Revisión y correcciones finales del proyecto																X	X		
Sustentación Proyecto de Grado																			X

Tabla 1. Cronograma de Actividades

1

Formato de Autorregistro

Ciudad: Aguachica Fecha: Oct 19 a Nov 8 Cargo: Gerente Edad: 33 años Estado Civil: Soltera

SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS	SENTIMIENTOS
Debo matricular 150 alumnos nuevos.	"No creo que pueda llegar a 300".	Desesperación, ira, incapacidad.	"Si me calmo podré aclarar las ideas, y encontrar nuevas estrategias de venta".	Alegría, Entusiasmo, Tranquilidad.
Los alumnos se están quejando porque los computadores están fallando.	"Mandarlos de nuevo a mantenimiento o comprar unos nuevos, pero no hay dinero para esto".	Tensión, preocupación, incapacidad.	"Hablar con los socios para que me colaboren con esta situación".	Tranquilidad, entusiasmo, seguridad.
Se enfermó mi hija.	"Otra vez se enfermó, algo debe de andar mal".	Tristeza, preocupación.	"Debe ser algo pasajero, es normal en los niños se enfermen mucho cuando están pequeños".	Seguridad, más tranquila.
Hoy un profesor no me dictó clases.	"Este quiere hacer lo que se le da la gana, le voy a cancelar el contrato".	Rabia, indignación, venganza.	"Voy a hablar con el profesor para saber en realidad lo que pasó".	Comprensión
Los alumnos están atrasados en los pagos y hay que cumplir con los gastos de este mes.	"Voy a suspenderles las clases por ser tan irresponsables".	Rabia, indignación, venganza, agresividad.	"Llamaré a uno por uno y les preguntaré, de pronto es que no han tenido como pagar".	Tolerancia, comprensión, tranquilidad.

2

Identificar y reconocer los problemas

FAMILIAR	LABORAL	ACADEMICO
"Mi hija se está enfermando mucho y no tengo el tiempo suficiente para estar pendiente de ella".	"Está finalizando el mes y aún no tengo reunido todo el dinero del presupuesto".	"Tengo muchos trabajos para entregar en la Universidad y el tiempo no me alcanza"
"Llevo varios años viviendo sola en Aguachica y mi familia poco me visita, solo nos vemos una o dos veces al año".	"No logré matricular los 150 alumnos nuevos en este ciclo de matriculación".	"No logré entregar dos trabajos por falta de tiempo".
	"Muchos alumnos están atrasados en los pagos"	

3 Atribuciones del problema

SITUACION PROBLEMA	CAUSAS
"Preocupación por no cumplir con lo propuesto en la matriculación de alumnos nuevos para este ciclo".	<ul style="list-style-type: none"> - "Las personas manifiestan que no tienen dinero para estudiar". - "Faltó diseñar una campaña de venta extensiva a pueblos cercanos de Aguachica". - "No se hizo seguimiento a la campaña de volanteo".
"Muchos alumnos están atrasados en los pagos".	<ul style="list-style-type: none"> - "Algunos solicitan que les den plazo para pagar porque no tienen dinero". - "No se hace una cobranza efectiva a los alumnos morosos".
"Es muy poco el tiempo que me queda para cuidar a mi hija y cumplir con los trabajos de la Universidad".	<ul style="list-style-type: none"> - "No he distribuido bien el tiempo". - "No he aprendido a delegar funciones y termino haciendo todo".

4 Planteamiento de Objetivos

CENTRADOS EN EL PROBLEMA Y LA EMOCION
<ul style="list-style-type: none"> - "Diseñar una campaña de venta estratégica para lograr persuadir a la población de Aguachica para que estudie sistemas". - "Hacer seguimiento permanente a la campaña de venta". - "Organizar un cronograma de actividades para distribuir mejor el tiempo". - "Delegar funciones dentro de la empresa para que las actividades se realicen de forma organizada". - "Confiar en que los otros van hacer bien las tareas que se le asignen".

4 LA TOMA DE DECISIONES

TOMA DE DECISIONES
<ul style="list-style-type: none"> - "Que la campaña de venta contenga actividades motivantes para que las personas sientan la necesidad de aprender sistemas". - "Hacer los seguimientos a las actividades de la campaña de venta para realizar ajustes o modificaciones cuando sea necesario". - "Cumplir con el cronograma de actividades establecido durante el semestre para que el tiempo se distribuya de la mejor manera". - "Al delegar las funciones dentro de la empresa, lo planeado para el semestre se cumplirá satisfactoriamente". - "No dudar de las metas que me proponga para la matriculación de alumnos nuevos en cada ciclo".

1 Formato de Autorregistro

Ciudad: Aguachica **Fecha:** Oct 19 a Nov 8 **Cargo:** Oficios Varios **Edad:** 35 años **Estado Civil:** Soltera

SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS	SENTIMIENTOS
Desorden en la casa y no me queda tiempo para nada.	"Todo lo tengo que hacer yo, no colaboran".	Rabia, desilusión, desánimo.	"Voy a organizar mejor el tiempo".	Satisfacción, animada, mas descansada.
Haciendo aseo en los salones donde trabajo.	"Es más lo que demoro haciendo el aseo en los salones, que en ensuciar".	Rabia, desinterés.	"Pero es un instituto donde viene tanta gente y es normal que se ensucie, seré más tolerante".	Agrado, interés.
Se me perdió una factura en la calle de una compra que hice de la empresa.	"Ahora me van a regañar".	Preocupación, temor.	"De pronto entiendan lo que pasó".	Tranquilidad.
Discutí con mi hermana.	"Es una floja, no hace nada".	Desilusión, rabia.	"Voy a tratar de hablar más seguido con ella y aconsejarla".	Comprensión, tolerancia.
Citación a reunión donde trabajo.	"Será que hice algo mal y me van a llamar la atención".	Temor, inseguridad, preocupación.	"Debe ser que es para explicar algo del trabajo".	Tranquilidad, seguridad.
Llegué tarde a trabajar por levantarme tarde.	"Por no madrugar, me pasan estas cosas".	Preocupación, angustia, tensión.	"Debo ser más responsable con mi trabajo".	Interés, agrado.

2 Identificar y reconocer los problemas

FAMILIAR	LABORAL	ACADEMICO
"Las discusiones con mi hermana son más frecuentes porque no quiere hacer nada ni quiere colaborar con los gastos de la casa".	"En el anterior trabajo duré un año, pero me retiré porque no eran puntuales con el pago".	"En el colegio no era muy buena estudiante".
"Nos pidieron la casa donde vivimos y no hemos encontrado donde vivir porque los arriendos están muy caros".	"Cuando tenía 30 años trabajaba en un restaurante, pero solo duré 6 meses, era muy pesado el trabajo".	"Nunca me preocupé por estudiar una carrera".
"Con la muerte de mi papá, la situación económica se complicó".	"Me cansé de trabajar en casas de familia porque el pago es malo y no lo tratan bien a uno".	"Empecé a estudiar una carrera técnica en Sistemas Interactivos, pero me ha dado un poco duro porque tenía tiempo que no estudiaba".

3 Atribuciones del problema

SITUACION PROBLEMA	CAUSAS
"Las discusiones con mi hermana son más frecuentes porque no quiere hacer nada ni quiere colaborar con los gastos de la casa".	<ul style="list-style-type: none"> - "Era la consentida de mi papá y la dejaba hacer lo que ella quisiera", - "Dice que a ella no le gusta cocinar ni hacer aseo". - "Quiere estar bien arreglada y andar en la calle con las amigas". - "Dice que no consigue trabajo".
"Nos pidieron la casa donde vivimos y no hemos encontrado donde vivir porque los arriendos están muy caros".	<ul style="list-style-type: none"> - "Mi papá no se preocupó por comprar una casa". - "Los dueños vendieron la casa".
"Nunca me preocupé por estudiar una carrera".	<ul style="list-style-type: none"> - "Pensé que con el bachillerato era suficiente". - "Me dediqué a trabajar y no mostré interés en estudiar".

4 Planteamiento de Objetivos

CENTRADOS EN EL PROBLEMA Y LA EMOCION
<ul style="list-style-type: none"> - "Reunirnos en familia y establecer un presupuesto general de gastos". - "Distribuir los gastos de la casa entre todos los que tenemos ingresos". - "Que mi hermana colabore en los quehaceres de la casa mientras consigue trabajo". - "Mejorar la relación con mi hermana". - "Ser más tolerante con los otros". - "Respetar las decisiones de los demás".

4 LA TOMA DE DECISIONES

TOMA DE DECISIONES
<ul style="list-style-type: none"> - "Hacer que todos los de la casa cumplan con lo del presupuesto de la casa". - "Voy a acercarme más a mi hermana sin hacerle ningún reclamo". - "Ayudar a mi hermana para que consiga un trabajo". - "Voy a tratar de estar más contenta y menos amargada". - "No quiero deprimirme más, eso me pone muy mal".

Tabla 2. Seguimiento a trabajadores de SI Aguachica

1 Formato de Autorregistro

Ciudad: Bucaramanga **Fecha:** Oct 5 a Oct 24 **Cargo:** Instructora **Edad:** 25 años **Estado Civil:** Soltera

SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS	SENTIMIENTOS
No preparé bien la clase.	"La clase me va a salir mal".	Angustia, temor.	"Pondré interés en dictar la clase".	Entusiasmo, agrado.
Trancón en la vía cuando iba para el trabajo.	"Como siempre estos trancones, voy a llegar tarde al trabajo".	Desesperación, ira, preocupación.	"Yo explicaré en el trabajo lo sucedido, espero que me comprendan".	Tranquilidad, tolerancia.
Estaba molesta con mi novio porque no me llamó en todo el día.	"Ya se está cansando de mí".	Inseguridad, rabia, desconfianza.	"Debe ser que estuvo muy ocupado todo el día".	Comprensiva, tolerante, confianza.
Dictando una clase de Corel Draw.	"Parece que no entendieran nada"	Intolerancia, frustración, desespero.	"Debo ser mas paciente y explicar mejor el tema"	Tranquilidad, agrado, paciencia.
El sábado llegué tarde a casa y mi mamá me reclamó.	"Es muy injusta, además no soy una niña".	"Ira, indignación"	"Mi mamá estaba preocupada por mí, a la próxima avisaré si llego tarde".	Agradecimiento, tranquilidad.
Inconformidad de un alumno.	"La gente se queja por nada".	Rabia, frustración.	"Seguro no expliqué bien el tema".	Tolerancia, agrado.

2 Identificar y reconocer los problemas

FAMILIAR	LABORAL	ACADEMICO
"Mi mamá me reclama porque no le dedico tiempo a la familia y que solo me la paso trabajando o saliendo con mi novio y mis amigos".	"En ocasiones los alumnos se quejan expresando que les dicto la clase muy rápido y que no entienden".	"Me arrepiento mucho por no haber terminado mi carrera de contaduría, solo hice 3 semestres y me retiré".
	"En diciembre se termina mi contrato de trabajo y no sé si me vuelvan a llamar a trabajar. Esto me preocupa".	

3 Atribuciones del problema

SITUACION PROBLEMA	CAUSAS
"Los alumnos se quejan porque no explico bien algunos temas".	<ul style="list-style-type: none"> - "En ocasiones no preparo bien la clase". - "Sé los procedimientos de ciertos programas, pero de pronto los explico muy rápido".
"Discusiones con mi mamá porque no le dedico tiempo a la familia".	<ul style="list-style-type: none"> - "Es muy poco el tiempo que comparto con mi familia". - "Los fines de semana estoy con mi novio o salgo a pasear con mis amigos".
"Carrera universitaria inconclusa".	<ul style="list-style-type: none"> - "No me quedaba casi tiempo para hacer los trabajos". - "Fui perdiendo interés por la carrera".

4 Planteamiento de Objetivos

CENTRADOS EN EL PROBLEMA Y LA EMOCION
<ul style="list-style-type: none">- "Preparar los temas de la clase y explicarlos de forma pausada y con tolerancia".- "Dedicarle más tiempo a la familia".- "Ser comprensiva con mi mamá".- "Retomar la carrera de contaduría y terminarla con disciplina".

4 LA TOMA DE DECISIONES

TOMA DE DECISIONES
<ul style="list-style-type: none">- "Dedicar dos horas diarias para preparar los temas de la clase de informática"- "Planear salidas con mi familia por lo menos una o dos veces al mes".- "Conversar más a menudo con mi mamá".- "Hacer las diligencias para retomar de nuevo la carrea para iniciar el próximo año".

Tabla 3. Seguimiento a trabajadores de SI Bucaramanga

1 Formato de Autorregistro

Ciudad: Barrancabermeja Fecha: Oct 12 a Nov 1 Cargo: Instructor Edad: 42 años Estado Civil: Soltero

SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS	SENTIMIENTOS
Tengo un alumno insoportable.	"Me provoca sacarlo de la clase, no hace sino molestar".	Ira, intolerancia, incapacidad	"De pronto le afana aprender los temas del programa".	Comprensión, tolerancia.
Encontré el salón de hardware desordenado.	"Como serán en la casa".	Indignación, irritación.	Tal vez se les olvido poner las cosas en su lugar o no les alcanzo el tiempo.	Paciencia, comprensión.
No me funciona el equipo en la clase demostrativa.	"Deberían votar este cacharro".	Rabia, enojo	Tal vez falta hacerle mantenimiento.	Tolerancia.
Me llaman en la administración y estoy atareado con equipos y alumnos.	"Y Ahora que fue lo que paso!"	Rabia, angustia.	Probablemente se daño el computador de la oficina.	Tranquilidad, tolerancia.
No me salen los procedimientos del tema que estoy dictando	"Me va a tomar el pelo?..Estoy haciendo el ridículo".	Ira, impotencia, desesperación.	Reconocer ante los estudiantes y considerar otra opción para poder salir de la situación.	Tranquilidad y menos vergüenza.

2 Identificar y reconocer los problemas

FAMILIAR	LABORAL	ACADEMICO
"Conflicto con uno de mis hermanos, es drogadicto".	"Dos alumnos se quejaron en administración porque no les gustó la manera como les dictaba la clase y pidieron cambio de profesor o de programa".	"No sé cómo abordar ciertos temas porque poco los entiendo y se me dificulta los procedimientos que están establecidos".
"El esposo de mi hermana está sin trabajo y a veces mis sobrinos me piden para que les compre la ropa u otras cosas que necesiten".	"Cuando algunos de mis compañeros me interrumpe la clase para que le arregle un computador".	"El área de las matemáticas ha sido un problema desde que estaba en el bachillerato, poco me gustan".
"Asumo casi que todos los gastos de la casa porque mi otro hermano es casado y es muy poco con lo que puede colaborar".	"Cuando se hacen modificaciones en los programas y hay que dictarlos, me generan mucho estrés".	

3 Atribuciones del problema

SITUACION PROBLEMA	CAUSAS
"Cuando debo dictar programas que son poco entendibles para mí".	<ul style="list-style-type: none"> - "No sé manejar el programa". - "Por no preparar bien las unidades temáticas". - "No hay profesor disponible para dictar el programa".
"Conflicto con mi hermano"	<ul style="list-style-type: none"> - "Mi hermano no trabaja, lo que da es problemas". - "Tiene malas compañías, lo invitan es a consumir drogas". - "A veces se roba las cosas de la casa para empeñarlas".
"A veces no puedo con todos los compromisos económicos de mi familia y la casa"	<ul style="list-style-type: none"> - "A veces los ingresos no me alcanzan". - "Todos se me recargan a mí". - "Los otros no asumen responsabilidades".
"Cuando me interrumpen la clase para que les arregle un computador".	<ul style="list-style-type: none"> - "Hay profesores que están dictando una clase y se les bloquea el PC". - "Porque no se verificó antes de iniciar la clase si el computador estaba en buenas condiciones o si estaba trabajando bien".

4 Planteamiento de Objetivos

CENTRADOS EN EL PROBLEMA Y LA EMOCION
<ul style="list-style-type: none"> - "Dedicar dos o tres horas diarias en profundizar en los programas que sean de mayor dificultad". - "Diseñar un presupuesto y no adquirir otros compromisos". - "Lograr que mi hermano entre a una clínica de rehabilitación". - "Hacer los mantenimientos correspondientes a cada computador".

4 LA TOMA DE DECISIONES

TOMA DE DECISIONES
<ul style="list-style-type: none"> - "No adquirir compromisos económicos que se pasen del presupuesto". - "Establecer acuerdos con los otros profesores para que no me interrumpen la clase". - "Averiguar por un centro de rehabilitación y llevar a mi hermano". - "Estar preparado para enseñar nuevos programas y capacitarme".

Tabla 4. Seguimiento a trabajadores de SI Barrancabermeja

Descripción	Cantidad	Tiempo	Valor Unitario	Total
Gastos de papelería	1 resma de papel	_____	\$ 10.000	\$10.000
Fotocopia libro de Metodología en la Investigación	1	2 días	\$120.000	\$120.000
Fotocopia libro DSM-IV-TR	1	2 días	\$80.000	\$80.000
Horas Investigador	2 Horas/días	270 días	\$10.000/hr	\$2.700.000
Servicio Internet	2 Horas/días	291 días	\$3.000	\$873.000
Viáticos para la Intervención a trabajadores de S.I. Bucaramanga	3 personas	2½ días	\$65.000	\$195.000
Viáticos para la Intervención a trabajadores de S.I. Aguachica	3 personas	2½ días	\$200.000	\$600.000
Viáticos para la Intervención a trabajadores de S.I. B/bermeja	3 personas	2½ días	\$150.000	\$450.000
Viáticos para la Intervención a trabajadores de S.I. Cúcuta	3 personas	2½ días	\$234.000	\$702.000
Cartillas impresas	20	3 días	\$45.000	\$900.000
Refrigerios	110	2½ días	\$3.000	\$330.000
Análisis de resultados	1	15 días	\$200.000	\$200.000
				\$7.160.000

Tabla 5. Presupuesto

Lista de Figuras

ANSIEDAD Y DEPRESION



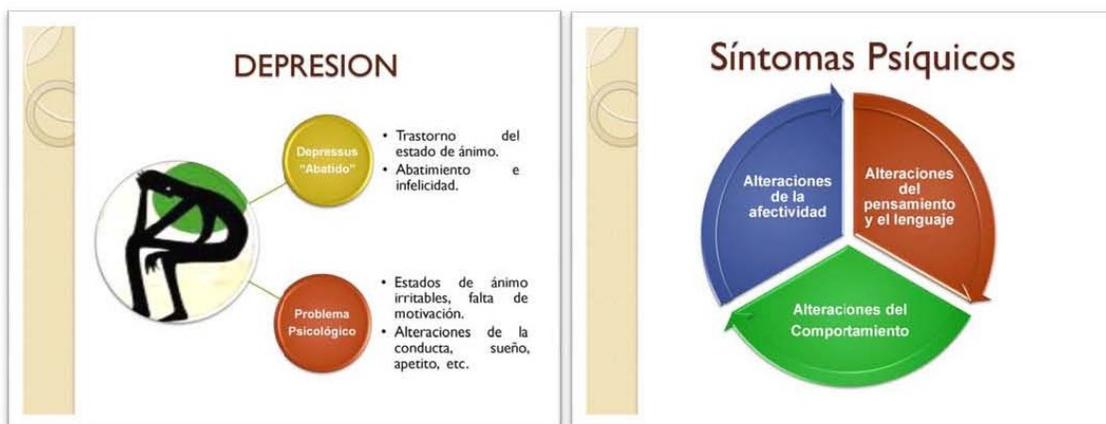
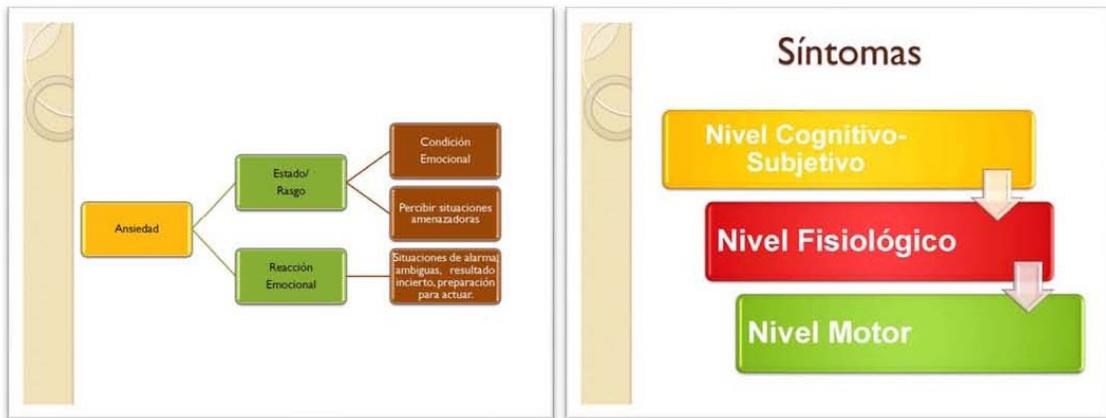
Problemas de salud pública.

OMS. 330 millones de personas depresivas le afectan: Hábitos de vida, convivencia social, el trabajo y el sistema inmunológico.

Consecuencias de la ansiedad: Área personal, relaciones familiares y sociales, a las posibilidades de desarrollo profesional.

Cerca del 25% de la población en algún momento de sus vidas experimentará algún tipo de trastorno de ansiedad. (Czemik y otros, 2005).

Datos Epidemiológicos: Ministerio de Protección Social (2003). Ansiedad y Depresión importante problema de salud, ocupa los primeros renglones (Motivos de consulta psicológica y psiquiátrica).



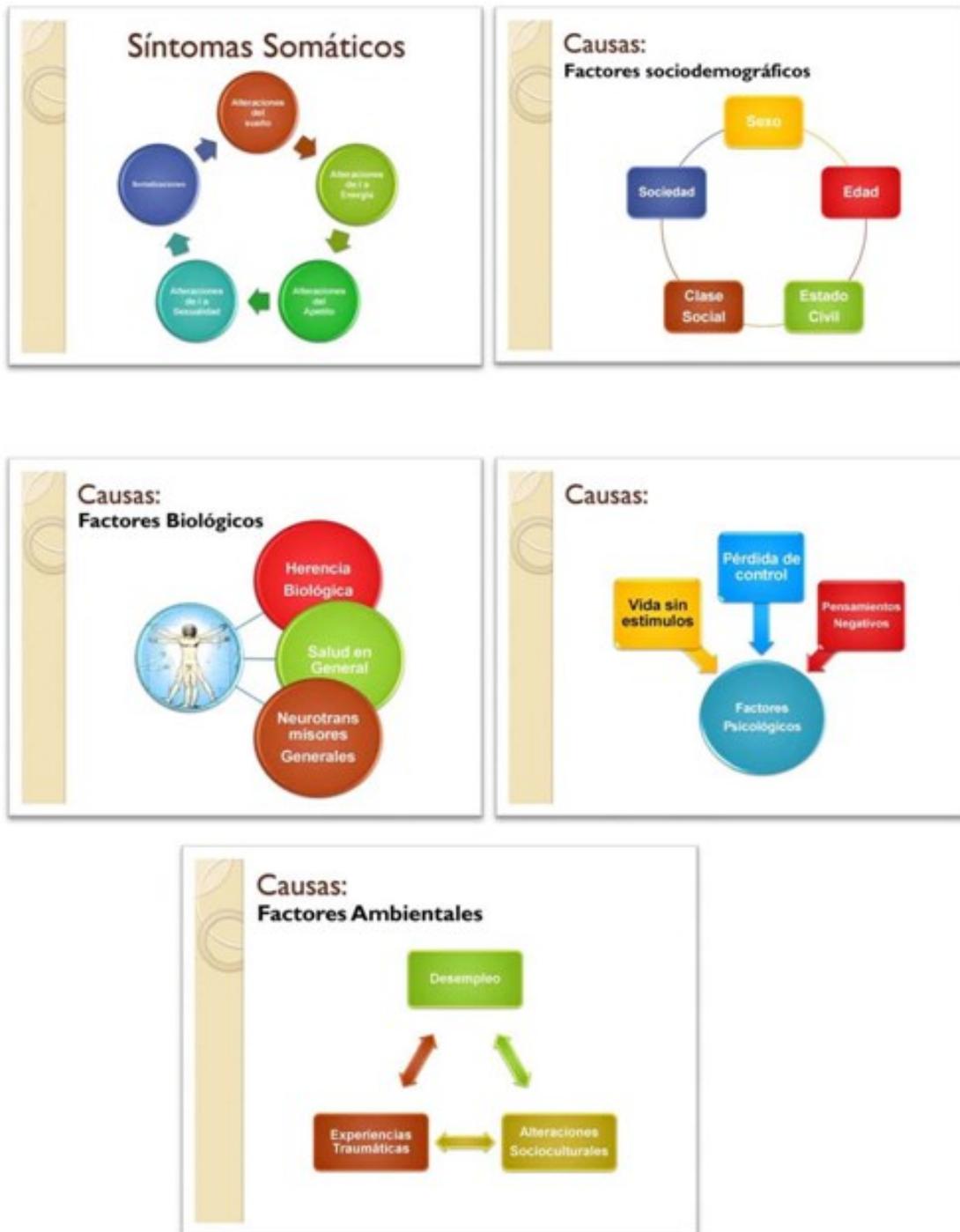


Figura 1. Diapositivas "Ansiedad y Depresión"

TALLER TEORICO-PRACTICO

Para reducir niveles de ansiedad y Depresión

Autores

Omaira Castro Pérez
Nhora Isabel Pérez Cortés
Alberto López Garrido

Octubre de 2010

LA ANSIEDAD

INTRODUCCION

En la actualidad, la depresión y la ansiedad son reconocidas como problemáticas de salud pública ya que los índices se incrementan día a día. De acuerdo a las últimas estadísticas de la OMS, en el mundo hay 330 millones de personas con depresión, un trastorno mucho más profundo y resistente que la simple tristeza: afecta los hábitos de vida, la convivencia social, el trabajo y hasta el sistema inmunológico. Asimismo, la Ansiedad Patológica es capaz de ejercer sobre quien la padece un impacto devastador. Las consecuencias del progresivo deterioro se extienden no sólo al área personal, sino que afecta a las relaciones familiares y sociales, a las posibilidades reales de desarrollo profesional. Se prevé que cerca del 25% de la población en algún momento de sus vidas experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad (Czernik y otros, 2005).

Según los datos epidemiológicos reportados por el Ministerio de Protección Social (2003), señalan que la ansiedad y la depresión constituyen en Colombia un importante problema de salud, ocupando los primeros renglones en cuanto a los motivos de consulta psicológica y psiquiátrica.



Reacción emocional

Surge ante situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto y nos prepara para actuar. (Cano, 2004).



Como Estado/Rasgo

Estado: Estado o condición emocional transitoria del organismo que se caracteriza por sentimientos subjetivos, de tensión y aprensión que puede variar con el tiempo.
Rasgo: hay una tendencia a percibir situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad estado. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2002).

Síntomas

A nivel cognitivo-subjetivo:

Preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, dificultades para tomar decisiones, para pensar o para concentrarse, percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardiacos, respiratorios y otros), sensación de pérdida de control, sentimientos de malestar, pensamientos negativos sobre ellos mismos, sobre la manera de actuar.

A nivel Fisiológico

Activación del Sistema Nervioso Autónomo y Motor, central, endocrino o inmune. Algunos cambios corporales que se perciben: Tasa cardiaca o respiratoria, aumento de la sudoración, incremento de tensión muscular, sensaciones gástricas, sequedad en la boca, dificultad para tragar, mareo, náuseas, etc.

2

A nivel motor:
 Inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudéz), evitación de situaciones temidas, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc), llanto, tensión en la expresión facial, etc.

LA DEPRESION



Síntomas



3



Factores Biológicos



Causas



4



TECNICAS PARA REDUCIR NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION

ENTRENAMIENTO EN TECNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES

A. Relajación Pasiva

Esta técnica de relajación pasiva fue diseñada por Schwartz y Haynes (1974). La técnica está conformada por frases que hacen referencia a sensaciones de peso y calor y breves indicaciones focalizadas en la respiración.

Instrucciones

Está confortablemente reclinado con los ojos cerrados, todas las partes de su cuerpo están cómodamente apoyadas en el sillón de forma que no hay ninguna necesidad de tensar ningún músculo. Déjese llevar lo máximo que pueda por el sentimiento de relajación (pausa).

Ahora focaliza la atención en su mano derecha y deje que desaparezca de ella cualquier tensión... Concéntrese en los músculos de la mano derecha...puede verlos...vaya dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deje que esos músculos se vuelvan muy, muy relajados; muy, muy calmados; muy, muy tranquilos...déjese llevar...continúe concentrándose en esos sentimientos y deje que esos músculos se suelten más y más...cuando estén relajados sus músculos, estén muy sueltos, muy largos, muy calmados...déjelos se suelten más y más (pausa).

Ahora focalice la atención más arriba, en su antebrazo derecho, puede sentirlo, concéntrese en esos músculos y deje que su atención se focalice en esos sentimientos. Deje que los músculos se relajen más y más, más y más relajados, profundamente relajados, sueltos, tranquilos...Si su atención divaga, vuélvela de nuevo a sus músculos relajados. Están muy alargados, muy tranquilos, muy relajados (pausa).

Mientras que continúe con todo su brazo, antebrazo y mano derecha profundamente relajados, concéntrese ahora en su mano izquierda...la relajación se extiende ahora por sus brazos...toda su cara...su cuello...y baja hacia los hombros. Focaliza ahora su atención en esa parte de su cuerpo, note cómo los músculos se van soltando más y más...

A menudo cuando esté muy relajado, siente una pesadez en esos músculos y un calor suave. Deje que ese sentimiento lo invada. Esa es una señal de que sus músculos se están relajando más y más...

Deje que los músculos se vuelvan más y más pesados, cálidos, relajados...

CONTINUACION...

CONTINUACION...

Concéntrese en los sentimientos de relajación. Si su atención divaga, traiga de nuevo a esos sentimientos. Deje todo su ser muy, muy relajado; muy, muy tranquilo. Deje sus pies...sus piernas...sus muslos, su estómago...su pecho...su espalda...sus hombros...sus brazos...su cuello...su cara...muy, muy relajados; sus músculos están muy, muy sueltos; muy tranquilos. Deje que su respiración lleve su propio ritmo monótono, tranquilo. Déjese llevar...déjese llevar...déjese llevar por el estado profundo de la relajación. Todas las partes de su cuerpo están muy relajadas, muy cálidas, muy pesadas. No haga nada, sólo déjese llevar. Deje que su respiración siga su propio ritmo pesado, monótono, tranquilo. Déjese llevar, déjese llevar más y más profundamente por la relajación.

B. Reestructuración Cognitiva

Objetivos:

- Identificación de pensamientos disfuncionales.
- Registro de pensamientos disfuncionales en el formato de Autorregistro.
- Modificación de pensamientos disfuncionales por otros funcionales.
- Tareas asignadas para la casa.

Procedimiento:

Esta técnica cognitiva hace referencia a todos los procedimientos que se utilizan para intentar conocer cómo una persona interpreta y organiza la realidad, con el fin de poder modificarla. (Beck, 1967)



Entrenamiento en observación y registro de cogniciones

Definiciones:

Cognición: Valoración que realiza una persona sobre sí mismo o sobre un acontecimiento dado. Las cogniciones negativas, suelen ser automáticas, es decir, aparecen de forma casi refleja, sin que tenga que mediar un proceso de razonamiento que conduzca a ellas y que son aceptadas por la persona como verdaderas.

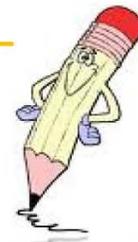
La influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta:

Por ejemplo: Una persona va por la calle y oye pasos detrás de él. Si piensa que es un delincuente ¿Cómo se sentiría?, ¿qué haría?.. Ahora imagínense la misma situación, pero la persona piensa que los pasos que oye son de un amigo o amiga, ¿se sentiría igual que si pensara que es un delincuente?, ¿probablemente como se sentiría?, ¿cómo se comportaría?.

• Ejercicios Prácticos

Registro de cogniciones asociados a sentimientos o situaciones:

Formato de autorregistro (Ver anexo 1 al final)



6

C. Solución de Problemas

Objetivos:

- Identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida (acontecimientos de la vida y los problemas actuales), que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- Minimizar el grado en que esas respuestas impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.
- Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.

DEFINICIONES:

Solución de problemas: Es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema.

Los problemas: Situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas).

Una solución: Se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D'Zurilla, 1986. Nezu, 1987).

Soluciones eficaces: Son aquellas respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas (beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (costes).

• Ejercicios Prácticos



La orientación: Es un conjunto de respuestas implicado en comprender y reaccionar ante situaciones estresantes reales o percibidas.



Ejercicios

- Identificar y reconocer correctamente los problemas cuando ocurren (Anexo 2).
- Atribuciones del problema (Anexo 3).
- Valoración del problema.
- Control personal.
- Compromiso de tiempo y esfuerzo.

7

Definición y formulación del problema: Consiste en evaluar la situación problema e identificar objetivos o metas realistas.



Ejercicios

- *Buscar información.*
- *Planteamiento de objetivos.*
- *Identificación de los obstáculos*

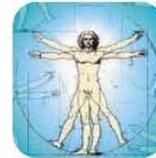
Generación de alternativas: Hacer que estén disponibles tantas soluciones alternativas al problema, de tal manera que aumente la probabilidad de identificar las más eficaces.



Ejercicios

- *Elegir uno de los problemas escritos anteriormente.*
- *Lista de alternativas en la solución del problema.*

La toma de decisiones: Identificación de consecuencias que podrán ocurrir si una alternativa particular se pone en práctica.



Ejercicios

- *Lista de posibles consecuencias después de identificar las alternativas.*

ANEXOS:

1

Formato de Autorregistro

SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS POSITIVOS	SENTIMIENTOS

2 Identificar y reconocer los problemas

FAMILIAR	LABORAL	ACADEMICO

3 Atribuciones del problema

SITUACION PROBLEMA	CAUSAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA. *Psicología Contemporánea*, 6, 14-21.

Diccionario de la lengua española. (2005). WordReference. Espasa-Galpe.

Nezú, A y Nezú, C.M. (1998). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. El entrenamiento en solución de problemas. Madrid: Siglo XXI.

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R. (2002). Manual Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA Ediciones S.A. 6ª Edición.

Vera, M.N y Vila, J. (1998). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Técnicas de Relajación. Madrid: Siglo XXI.

Figura 2. Cuadernillo "Taller Teórico Práctico para reducir niveles de Ansiedad y Depresión".

Lista de Anexos

Bucaramanga, 17 de mayo de 2010

Señores

Gerentes

SISTEMAS INTERACTIVOS

Un cordial saludo,

Nuestro Proyecto de Investigación en la Especialización de Clínica y Salud nos exige:

1. Aplicar unas pruebas
2. Hacer un plan de intervención de acuerdo a los resultados

Nuestra petición consiste en que ustedes les soliciten a sus trabajadores que contesten dos cuestionarios, uno de ellos mide ansiedad y la otra depresión; cada cuestionario se identifica con el cargo: Gerente, Secretaria Comercial, Secretaria Administrativa, Instructor; no con el nombre de la persona que lo contesta. Contestados los cuestionarios se remiten a la dirección

alberto@telebucaramanga.net.co

De ustedes muy agradecidos

Omaira, Nhora Isabel y Alberto

STAI

A/E	PD=30+	-	=
A/R	PD=21+	-	=

AUTOEVALUACION A (E/R)

Ciudad y Fecha:

Empresa: Cargo:

Estado Civil: Edad: Sexo: V M

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
2. Me siento seguro.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
3. Estoy tenso.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
4. Estoy contrariado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
6. Me siento alterado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
8. Me siento descansado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
9. Me siento angustiado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
10. Me siento confortable.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
12. Me siento nervioso.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
13. Estoy desasosegado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
15. Estoy relajado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
16. Me siento satisfecho.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
17. Estoy preocupado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
19. Me siento alegre.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○
20. En este momento me siento bien.....	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
26. Me siento descansado	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
30. Soy feliz.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
33. Me siento seguro.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
35. Me siento triste (melancólico).....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
36. Estoy satisfecho.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
39. Soy una persona estable.....	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ciudad y Fecha:

Empresa: Cargo:

Estado Civil: Edad: Sexo: V M

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

		Muy pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	Casi Siempre
1	Me siento triste y deprimido.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5	Ahora tengo tanto apetito como antes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
6	Todavía me siento atraído/a por el sexo opuesto.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
7	Creo que estoy adelgazando.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
8	Estoy estreñido/a.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
9	Tengo palpitaciones.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
10	Me canso por cualquier cosa	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
13	Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
14	Tengo esperanza y confío en el futuro	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
15	Me siento más irritable que habitualmente.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
16	Encuentro fácil tomar decisiones.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
17	Me creo útil y necesario para la gente.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

CRONOGRAMA DEL TALLER TEORICO PRACTICO**Fechas:** Según cada ciudad**Día 1**

8:00 am: Entrada

8:30 – 9:00 am Presentación general de los participantes, expositores y del contenido del taller teórico-práctico.

9:00 – 9:45 am Desarrollo del taller:
Psicoeducación

9:45 - 10:00 am: Refrigerio

10:00 - 12:30 m Entrenamiento en técnica de relajación pasiva

12:30 – 1:30 pm: Almuerzo

1:45 – 4:00 pm: Continuación con técnica de relajación pasiva

4:00 – 4:30 pm: Refrigerio

4:30 – 6:00 pm: Entrenamiento en técnica de reestructuración cognitiva

6:00 – 6:30 pm: Preguntas para despejar dudas

Día 2

8:00 am: Entrada

8:15 – 9:45 am Continuación con la técnica de reestructuración cognitiva

9:45 – 10:00 am Refrigerio

10:00 - 12:30 m Continuación en técnica de reestructuración cognitiva

12:30 – 1:30 pm: Almuerzo

1:45 – 4:00 pm: Entrenamiento en técnica de resolución de problemas

4:00 – 4:30 pm: Refrigerio

4:30 – 6:00 pm: Continuación en técnica de resolución de problemas

6:00 – 6:30 pm: Preguntas para despejar dudas

Día 3

8:00 am: Entrada

8:15 – 9:45 am Continuación con la técnica de resolución de problemas

9:45 – 10:00 am Refrigerio

10:00 - 12:30 m Continuación en técnica de resolución de problemas

12:30 – 1:30 pm: Almuerzo

1:45 – 2:15 pm: Preguntas para resolver dudas

2:15 – 2:30 pm: Acuerdo con los participantes para hacer los seguimientos en los días posteriores del taller.

2:30 pm: Finalización del taller