



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA
EN USUARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE ICESA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

COTONIETO MARTÍNEZ ERNESTO

CRESPO JIMÉNEZ KAREN FRINÉ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
Área Académica de Psicología
Department of Psychology

30 de mayo de 2016
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychology area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de los pasantes **ERNESTO COTONIETO MARTÍNEZ Y KAREN FRINÉ CRESPO JIMÉNEZ**, bajo la modalidad de Tesis colectiva cuyo título es: **"CALIDAD DE VIDA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA EN USUARIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE ICESA"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Rubén García Cruz	Presidente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Segundo Vocal	
Dr. José Esael Pineda Sánchez	Tercer Vocal	
Mtra. Mónica Escamilla Sandoval	Secretario	
Mtra. Marianomeli Velázquez García	Suplente	
Mtra. Leticia Trejo Espindola	Suplente	

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá Imelda, mi papá Edelberto y mi hermana Janet por su inmenso amor y apoyo incondicional durante toda mi vida, quienes han velado por mi crecimiento personal y académico día con día, siendo el pilar de mi motivación y la fuente de admiración e inspiración; las personas que me instruyeron sobre la honestidad, respeto y responsabilidad. Muchas gracias por haberme dado tanta felicidad hasta el día de hoy, no me pudo haber tocado una mejor familia. **Los amo inmensamente !!.**

A mis familiares Cotonieto y Martínez quienes han contribuido en mayor o menor medida con mis logros personales y académicos, especialmente a aquellos que me vieron crecer de forma muy cercana: mis abuelitas Guadalupe y Antonieta, abuelitos Carlos y Luis, así como a mis tías y tíos Lupita, Juanita, Viole, Gris, Vico y César. Muchas gracias por el tiempo y aprendizaje que a lo largo de tantos años me han dado, están en mi corazón.

A mi amiga Mitzi por caminar a mi lado durante tantos años y demostrarme con miles de acciones su cariño sincero, una persona a quien admiro y respeto profundamente gracias a su perseverancia e integridad. Amiga hermosa “Siempre juntos de la mano”.

COTONIETO MARTÍNEZ ERNESTO

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Felipe y Carmen, agradezco la confianza y el apoyo brindado durante el transcurso de mi vida; su sabiduría y ejemplos de perseverancia me incitaron a superar los retos y a perfeccionarme constantemente. Sin su dedicación no hubiera sido posible culminar mi profesión, gracias por su amor incondicional.

A mis familiares, principal cimiento para la construcción de mi vida personal y profesional, generaron en mí bases de responsabilidad y deseos de superación ofreciéndome su amor; primordialmente agradezco a mis abuelitos, Juan y Cristina, por ser excepcionales en mi vida y ayudar en mi crianza.

A mi pareja, Dario Martínez, por creer en mí y mi capacidad, por brindarme su comprensión, cariño, amor y apoyo incondicional, gracias por la motivación e inspiración para luchar un mejor futuro; él como su familia han sido fuente constante de apoyo.

A mis amigos, claves en mi vida personal y profesional, quienes estuvieron siempre presentes apoyándome y sin esperar nada a cambio compartieron su tiempo, conocimiento y alegrías, logrando que este sueño se realice.

CRESPO JIMÉNEZKAREN FRINÉ

ÍNDICE

Resumen.....	11
Abstract.....	13
Capítulo 1. Calidad de Vida.....	15
Definición.....	15
Estadísticas.....	21
Indicadores de Calidad de vida.....	22
Importancia del cuidado de Calidad de vida.....	28
Intervenciones para el mejoramiento de Calidad de vida.....	33
Capítulo 2. Ansiedad y Depresión.....	38
Ansiedad.....	38
Definición.....	38
Epidemiología.....	39
Tipos de trastornos de ansiedad.....	40
Sintomatología ansiosa.....	47
Factores de Riesgo.....	49
Consecuencias.....	51
Modelos explicativos.....	51
Tratamiento basado en evidencia para el manejo de ansiedad.....	52
Depresión.....	59

Definición.....	59
Epidemiología.....	60
Sintomatología depresiva.....	62
Tipos de depresión.....	63
Factores de riesgo para trastornos depresivos.....	68
Consecuencias.....	71
Modelos explicativos.....	72
Tratamientos basados en evidencias para el manejo de depresión.....	73
Capítulo 3. Conducta y riesgo suicida.....	79
Definición.....	79
Epidemiología.....	80
Factores de riesgo.....	81
Valoración del riesgo suicida.....	87
Factores protectores.....	88
Consecuencias.....	88
Consideraciones generales para la prevención.....	89
Modelos explicativos.....	91
Tratamiento para el manejo de riesgo e ideación suicida.....	92

Método.....	98
Justificación.....	98
Pregunta de investigación.....	99
Objetivo general.....	99
Objetivos específicos.....	99
Hipótesis estadísticas.....	100
Variables.....	100
Participantes.....	102
Tipo y diseño de estudio	103
Instrumentos.....	103
Procedimiento.....	105
Resultados.....	106
Discusión y Conclusiones.....	115
Referencias.....	122
Anexos.....	148

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de Calidad de Vida.....	24
Tabla 2. Definiciones y dimensiones del Modelo de Bienestar Psicológico (BP)..	28
Tabla 3. Calidad de vida y su importancia.....	29
Tabla 4. Tipos de trastornos de ansiedad.....	45
Tabla 5. Tipos de trastornos depresivos.....	57
Tabla 6. Definición conceptual y operacional de las variables de estudio.....	100
Tabla 7. Media de calidad de vida.....	108
Tabla 8. Ansiedad, Depresión y Calidad de vida.....	110
Tabla 9. Medias de usuarios con y sin riesgo suicida.....	112
Tabla 10. Medias de usuarios hombres y mujeres.....	114

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Influencia directa del afecto positivo en la salud.....	19
Figura 2. Influencia indirecta del afecto positivo en la salud.....	19
Figura 3. Niveles de Felicidad.....	21
Figura 4. Terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer de mama.....	34
Figura 5. Distribución por sexo.....	106
Figura 6. Niveles de ansiedad.....	107
Figura 7. Niveles de depresión.....	107
Figura 8. Distribución de usuarios con riesgo y sin riesgo suicida.....	108
Figura 9. Ansiedad y Depresión.....	109
Figura 10. Ansiedad y Factor físico.....	109
Figura 11. Depresión y Factor físico.....	110
Figura 12. Medias de Ansiedad.....	111
Figura 13. Medias de Depresión.....	112
Figura 14. Medias de Factor físico.....	113

RESUMEN

Actualmente, la calidad de vida se usa cada vez más en el campo de la salud como medida del bienestar (Martínez & Calvo, 2014). En México el 47.3% de las personas están satisfechas con su vida, 36.1% están moderadamente satisfechas, 11.8% están poco satisfechas y el 4.8% están insatisfechas (Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género [CEAMEG], 2014). La calidad de vida incluye valoraciones de salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relación con el entorno (Martínez & Calvo, 2014).

Los trastornos de ansiedad y depresión, son los desórdenes mentales más frecuentes en la población en general y su prevalencia es considerablemente mayor en pacientes de atención médica primaria (Beutel, Bleichner, Heymann, Tritt & Hardt, 2011). Comer (2015) define la ansiedad como una serie de reacciones del Sistema Nervioso Central (SNC) frente a la sensación de peligro, las cuales se caracterizan por las reacciones emocionales y fisiológicas. En tanto que los trastornos depresivos se caracterizan por una pérdida de interés o placer, sentimientos de tristeza, agotamiento, dificultades de concentración, trastornos del sueño y del apetito (World Health Organization [WHO], 2012).

Por su parte, el suicidio está asociado con la salud mental, ya que es una situación de crisis que pone en riesgo la vida (Granados & Reyes, 2014), es un acto que está influenciado por el conjunto de múltiples factores, por lo que es muy difícil atribuir responsabilidad a un factor específico (Martínez & González, 2007; Mosquera, 2016), sin embargo, algunos de los posibles factores de riesgo son los trastornos depresivos y ansiosos (Baca & Aroca, 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

El objetivo del presente estudio fue conocer la relación que existe entre la calidad de vida, ansiedad, depresión y riesgo suicida en usuarios de atención psicológica. Se realizó un muestreo no probabilístico por sujeto, en el que participaron 145 personas provenientes de la Clínica de Atención Psicológica, con un rango de edad de 17-26 años, se utilizó una batería de pruebas psicométricas integrada por el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), y el Instrumento de Calidad de Vida Breve realizado por la OMS (WHOQOL-BREF).

Los resultados muestran que un porcentaje elevado de usuarios presenta elevada sintomatología ansiosa-depresiva y, en general, una pobre calidad de vida; situación congruente con una muestra clínica. De igual forma se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre las variables del estudio. Existe mayor deterioro clínico en los usuarios que presentan algún grado de riesgo suicida.

Palabras Clave: Calidad de vida, Ansiedad, Depresión, Riesgo suicida, Usuarios.

ABSTRACT

Currently, the quality of life is increasingly used in the field of health and welfare measure (Martinez & Calvo, 2014). In Mexico 47.3% of people are satisfied with their lives, 36.1% are moderately satisfied, 11.8% are little satisfied and 4.8% are dissatisfied (Advancement of Women and Equity Gener, 2014). Quality of life includes assessments of physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship with the environment (Martinez & Calvo, 2014).

Anxiety disorders and depression are the most common mental disorders in the general population and its prevalence is considerably higher in primary care patients (Beutel, Bleichner, Heymann, Tritt & Hardt, 2011). Comer (2015) defines anxiety as a series of reactions of Central Nervous System (CNS) against the sense of danger, which are characterized by emotional and physiological reactions. While depressive disorders are characterized by a loss of interest or pleasure, feelings of sadness, exhaustion, concentration difficulties and sleep and appetite disorders (World Health Organization [WHO], 2012).

Meanwhile, suicide is associated with mental health, as it is a crisis that threatens life (Granados & Reyes, 2014), is an act that is influenced by the set of multiple factors, so is very difficult to attribute responsibility to a specific factor (Martinez & Gonzalez, 2007; Mosquera, 2016), however, some of the possible risk factors are depression and anxiety disorders (Baca & Aroca, 2014; WHO, 2003).

The aim of this study was to investigate the relationship between quality of life, anxiety, depression and suicidal risk in users of psychological care. A non-probability sampling was conducted by subject, in which 145 people from Psychological Care Clinic participated, aged 17 to 26 years, a battery of psychometric tests was used, integrated by the Beck Depression Inventory (BDI), the Anxiety Inventory Beck (BAI), and the Brief Instrument of Quality of Life by WHO (WHOQOL-BREF).

The results show that a high percentage of users has high anxious-depressive symptoms and, in general, poor quality of life; consistent with a clinical sample situation. Similarly statistically significant correlations between the study variables were identified. There is more clinical impairment in users who have some degree of suicidal risk.

Keywords: Quality of life, Anxiety, Depression, Suicidal risk, Users.

Capítulo 1. Calidad de Vida

Definición

Calidad de Vida se trata de un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno (Martínez & Calvo, 2014). El sentido del término «calidad de vida» es indeterminado, y aunque tenga un ajuste adecuado en ciertas circunstancias no deja de tener un riesgo ideológico (Fernández-López, Fernández-Fidalgo & Cieza, 2010).

De modo que es un concepto multidimensional y multidisciplinario valorado desde la presencia de las condiciones materiales y subjetivas-espirituales que permitan el desarrollo psicobiológico y social-histórico del ser humano y la satisfacción personal con las condiciones de vida que cada persona ha logrado alcanzar (Baldi, 2011).

Tonon (2008) especifica que la calidad de vida se define ampliamente incluyendo la descripción de circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, las cuales son reacciones ante dichas circunstancias (condición subjetiva); donde las condiciones objetivas facilitan/entorpecen el desarrollo de la personalidad del hombre y las subjetivas son determinadas por la valoración del sujeto sobre su propia vida, en función del nivel de satisfacción que alcanza (García-Viniegras & González, 2000; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). No obstante, la calidad de vida, ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar (Martínez & Calvo, 2014).

De acuerdo a Schwartzmann (2003) la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo a sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción, con una situación personal a nivel: 1. Fisiológico, con sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica,

sueño y respuesta sexual. 2. Emocional, sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración. 3. Social, situación laboral y académica, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio.

El modo de vida está también determinado por las cualidades biológicas, psicológicas y sociales de cada persona en particular, las que determinan un estilo de vida específico para cada individuo (García-Viniegras & González, 2000). Las relaciones sociales se encuentran entre los principales factores de la calidad de vida, juntamente con la participación y las condiciones de salud, entre otras (Molina, 2010).

Las redes sociales interactúan a través de relaciones basadas en el intercambio emocional y material por medio del cual se ofrece apoyo social, los individuos tienden a buscar el apoyo por medio de ellas para la satisfacción de las necesidades básicas con la finalidad de lograr mejoras sobre la calidad de vida de sus integrantes (Ávila-Toscano, 2009); siendo los estilos de vida productos de los habitus (principio unificador y generador de las prácticas), al tener en cuenta no solo las mismas prácticas sino la percepción de las mismas (Molina, 2010).

Tobón, et. al. (2007) manifiestan que las variables de personalidad pueden modular e influir en las estrategias de afrontamiento, en los estados emocionales negativos, en la percepción de los sucesos estresantes y en el apoyo social, y por tanto la personalidad tiene una significativa participación en el proceso de salud y en la calidad de vida percibida.

Un estilo de vida saludable se concibe como un recurso valioso para reducir la incidencia y el impacto de problemas de salud, su recuperación, para hacer frente a factores estresantes en la vida y para mejorar la calidad de vida (Martínez & Calvo, 2014). Aunque desde una perspectiva subjetiva es relativamente sencillo identificar el propio nivel de bienestar o la felicidad, llegar a conclusiones más generales desde

una perspectiva rigurosa se ha demostrado como una tarea mucho más compleja (Ryan & Deci, 2001 en Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009).

Urzúa & Caqueo-Urizar (2012) manifiestan que el producto final de cualquier modelo de calidad de vida sería un estado global de bienestar ligado a determinados puntos de vista, partiendo de los supuestos que todos los individuos tendrían derecho a un estado de bienestar

Bienestar

El bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro, pues se produce justamente por el logro de bienes (García-Viniegras & González, 2000); parece tener relación directa con determinados parámetros físicos protectores como los relacionados con la capacidad inmunitaria del individuo, igual que afectar por otras vías, como son el aumento de las conductas saludables o buen afrontamiento de los problemas de salud (Vázquez, et. al., 2009).

Muchos investigadores han desarrollado sus líneas de investigación usando como base dos conceptos básicos: bienestar subjetivo y bienestar psicológico (Rosa & Quiñones, 2012). El bienestar subjetivo es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana (García-Viniegras & González, 2000), en donde se incluyen los aspectos afectivos y emocionales de las personas y los grupos, así como los cognitivos (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002).

La categoría psicológica incluye los factores cognitivos, emocionales, conductuales y perceptuales, sistemáticamente relacionados, que corresponden con los sucesos vitales significativos, el optimismo, el afecto y las estrategias de afrontamiento de la vida cotidiana (Nuñez, et. al., 2010), aquello relacionado al funcionamiento positivo del individuo (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). Sin embargo, esta perspectiva se ha previsto desde dos antiguas orientaciones filosóficas: el hedonismo, relacionado fundamentalmente con la felicidad, y la eudaimonia, ligada

al potencial del desarrollo humano (Ryan & Deci, 2001 como se citó en Díaz, et. al., 2006; Vázquez, et. al., 2009).

El hedonismo (Kahneman, et. al., 1999 como se citó en Vázquez, et. al., 2009) es la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, siendo la idea primordial que el objetivo de la vida es experimentar la mayor cantidad posible de placer y la felicidad es la suma de todos esos momentos placenteros, siendo el bienestar subjetivo el concepto predominante entre los psicólogos hedónicos. La perspectiva eudaimónica propone que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial, siendo su principal representante el bienestar psicológico (Vázquez, et. al., 2009).

En cuanto a la influencia del afecto positivo en la salud, ésta puede explicarse mediante dos modelos; el primer modelo hace hincapié en el efecto directo que el afecto positivo tiene sobre el sistema fisiológico, debido a que favorece prácticas saludables, actúa sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) e influye sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (Figura 1), el segundo modelo expone que el afecto positivo tiene influencia en varios niveles de la respuesta ante el estrés como se observa en la Figura 2 (Pressman & Cohen, 2005).

Influencia directa del afecto positivo en la salud

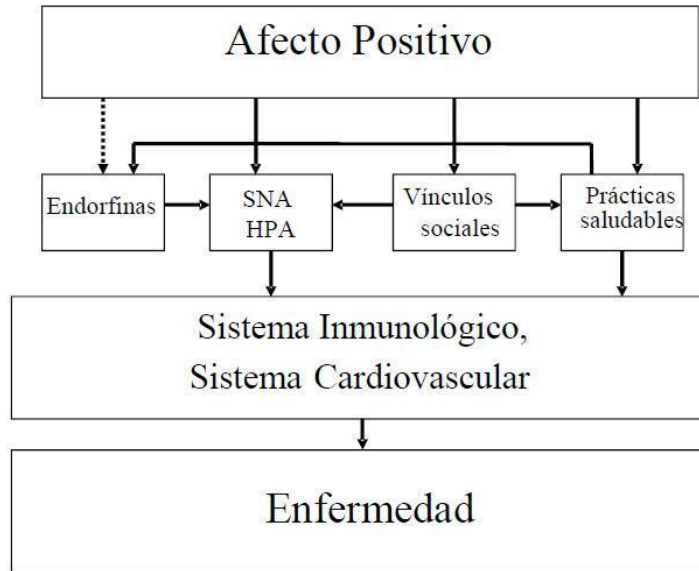


Figura 1. Modelo de influencia directa del afecto positivo en la salud (SNA: Sistema Nervioso Autónomo; HPA: Eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal). Fuente: Pressman y Cohen, 2005.

Influencia indirecta del afecto positivo en la salud

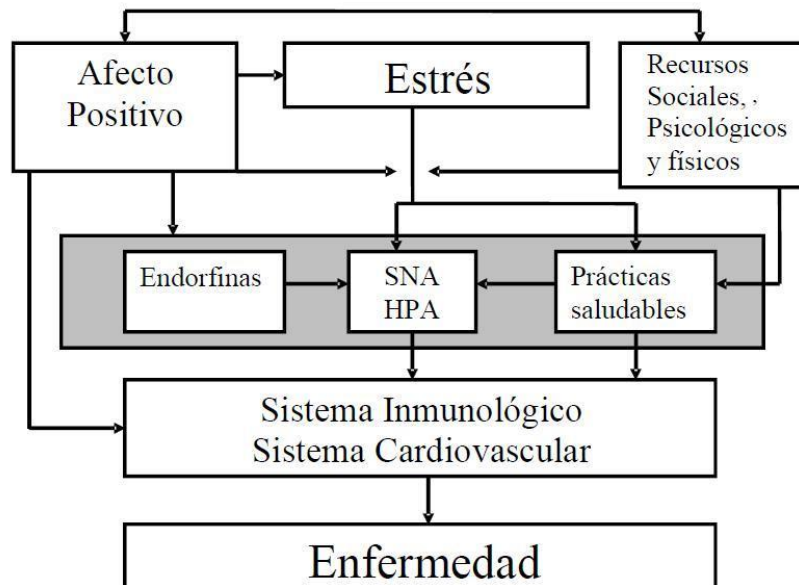


Figura 2. Modelo de influencia indirecta del afecto positivo en la salud. SNA: Sistema Nervioso Autónomo; HPA: Eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal. Fuente: Pressman y Cohen, 2005.

Uno de los componentes fundamentales del bienestar es la satisfacción personal con la vida, que surge por una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, donde se incluyen condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan determinadas oportunidades para la realización personal (García-Viniegras & González, 2000).

Felicidad como componente del bienestar y la calidad de vida

La felicidad es definida como el grado con el cual una persona aprecia la totalidad de su vida presente de forma positiva y experimenta afectos de tipo placentero (Layard, 2005; Veenhoven, 2008 como se citó en Beytía & Calvo, 2011) consiguiendo este estado cuando existe aceptación de uno mismo y del entorno (Mercado, 2014).

Se trata de un concepto complejo que ha sido abordado desde muchas perspectivas, tales como la filosófica y la artística (Beytía & Calvo, 2011). La noción de la felicidad es una variable constituida por un conjunto de elementos como satisfacción por la vida, estrategias de afrontamiento y emociones positivas que predicen resultados positivos en diferentes escenarios de la vida (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009).

La idea de que la satisfacción percibida está en función entre lo que uno tiene y lo que uno quiere tener ha generado varias investigaciones (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). Diversos estudios reportan que las relaciones fuertes y armónicas con familiares y amigos son un factor suficiente para aumentar los niveles de felicidad (Biswas-Diener & Diener, 2006). En definitiva, circunstancias externas al sujeto y él mismo, determinarán el grado de bienestar, satisfacción o felicidad (Baldi, 2011).

De acuerdo a un estudio realizado por Mercado (2014) la felicidad es un estado dividido en cuatro niveles no consecuentes, el primero se consigue cuando se satisfacen las necesidades básicas y que dan placer, el segundo cuando se

consiguen objetivos propuestos con circunstancias favorables, y el tercero y cuarto por la decisión de la persona (Figura 3).



Figura 3. Niveles de Felicidad. Concepto de Felicidad en jóvenes. Fuente: Mercado, 2014.

Estadísticas

El *World Happiness Report* (2016) señala que los países con los puntajes más altos en términos de felicidad son países como Dinamarca, Islandia, Noruega, Finlandia y Canadá, de igual forma es posible observar que los países con menores puntajes son Burundi, Siria, Afganistán, Ruanda y Benin.

Países como Finlandia y España presentan el promedio global de felicidad más alto con 69 y 68% respectivamente, mientras que los países con promedios más altos de infelicidad son Iraq (27%), Portugal (23%) y China (20%) (CEAMEG, 2014).

México se ubica en el lugar número 21 de una lista de 106 países, en términos de felicidad. En dicho reporte es posible observar que las áreas con mayores dificultades que debe atender México están relacionadas con: generosidad, libertad para tomar decisiones sobre su vida, y la expectativa de vida saludable, siendo los ingresos per cápita un área en la que no se observan menos dificultades a nivel interno, sin embargo, en comparación con otros países de primer mundo como Canadá o Alemania se encuentra por debajo de ellos (*World Happiness Report*, 2016).

El Módulo de Bienestar Autorreportado (BIARE), a partir de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares correspondiente al primer trimestre del 2012 nos indica que del total de personas entre 18 y 70 años de edad que viven en México, 47.3% están satisfechos con su vida, 36.1% están moderadamente satisfechos, 11.8% están poco satisfechos y 4.8% están insatisfechos (CEAMEG, 2014).

Indicadores de Calidad de Vida

De acuerdo con Eurostat (2015), la valoración de calidad de vida es posible realizarse por medio de un conjunto de indicadores denominado como “8+1”, cada aspecto se evalúa considerando condiciones y situaciones específicas, y están organizados de la siguiente manera:

- a) Condiciones materiales de vida (ingresos, consumo y condiciones materiales), se considera el producto interno bruto, ingreso disponible al interior de la familia, consumo per cápita total y por hogar, así como condiciones de vivienda.
- b) Actividad principal/productiva. Toma en cuenta las horas de trabajo, seguridad, cantidad y calidad de puesto disponibles, e incluso la ética laboral.

- c) Salud. Se incluyen aspectos físicos y psicológicos, por medio de información relacionada con la mortalidad infantil, expectativa de vida, años de vida saludable, acceso a servicios sanitarios y autoevaluaciones de salud.
- d) Educación. Nivel de deserción escolar, índice de participación en el aprendizaje permanente, y el nivel educativo de la población en general.
- e) Interacción social y ocio. Se contabiliza el tiempo invertido en situaciones sociales, por ejemplo actividades deportivas y culturales, o el nivel de voluntariado en diversas organizaciones ciudadanas.
- f) Seguridad económica y física. Aspectos de seguridad física, como el número de homicidios por país, o su estabilidad económica (por ejemplo la capacidad de hacerle frente a un imprevisto) son incluidos en éste rubro.
- g) Gobierno y derechos básicos. Se consideran las políticas públicas generadas por los gobiernos así como sus legislaciones, y el involucramiento al debate público, lo que permite estimar el nivel democrático de la población.
- h) Medio ambiental y natural. Se incluyen aspectos tanto objetivos (estadísticas) como subjetivos (evaluaciones de percepción) relacionados al propio medio ambiente o niveles de contaminación del aire, agua y acústica.
- i) Experiencia de vida en general. Se evalúan aspectos relacionados a la apreciación cognitiva y el estado emocional de las personas (o su funcionamiento psicológico), así como la sensación del sentido y satisfacción en la vida.

Los indicadores del “8+1” son incluidos y justificados debido al impacto potencial que ejercen sobre la calidad de vida de las personas, es necesario considerarlos al momento de evaluar dicho constructo debido a que define el grado de bienestar, desarrollo y estabilidad de las personas (Eurostat, 2015).

Barranco (2009) plantea que los indicadores que permiten la evaluación del constructo “calidad de vida” giran en torno a diversos contextos como el familiar, personal, comunitario e institucional (retomando la estructura del modelo ecológico

de Bronfrenbrenner), en los que se incluyen aspectos tanto objetivos como subjetivos tal como lo muestra la tabla 1.

El modelo de Brofrenbrenner permite hacer evaluaciones, desarrollar planes de acción y llevar a cabo intervenciones directas e indirectas sobre las personas mediante una jerarquización de los diversos componentes y áreas que conforman a un individuo, de tal forma que es posible conocer las interacciones existentes entre ellas (Torrico, Santín, Villas, Menéndez & López, 2002).

Tabla 1. Indicadores de calidad de vida

Dimensiones	Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Bienestar emocional	Autoconcepto	Ausencia de estrés	Libertad religiosa
	Satisfacción	Apoyos.	Vida familiar
Relaciones interpersonales	Amistad	Estado civil	Seguridad pública
	Intimidad	Interacciones	
Bienestar material	Ingresos.	Propiedades.	Seguridad social.
	Ahorros.		Oportunidades de empleo
Desarrollo personal	Nivel educativo.	Oportunidades de desarrollo y de mejora.	Legislación sobre igualdad de oportunidades.
	Competencia.		
Bienestar físico	Estado de salud.	Atención sanitaria.	Seguro de salud.
	Movilidad.	Alimentación.	

Dimensiones	Microsistema	Mesosistema	Macrosistema
Autodeterminación	Elecciones. Preferencias.	Toma de decisiones. Control personal.	Leyes sobre tutores legales.
Inclusión social	Círculo de amigos. Participación.	Acceso a la comunidad. Roles.	Leyes sobre los espacios reservados a personas con discapacidad.
Derechos	Voto. Privacidad. Valores personales.	Políticas de protección y defensa.	Legislación sobre derechos humanos.

Nota: Indicadores de Calidad de vida según los sistemas. Fuente: Barranco, 2009.

Stiglitz, Sen, y Fitoussi (2009) señalan que deben considerarse tres enfoques para valorar la calidad de vida: a) estado de bienestar, que incluye la visión y juicio sobre sus propias condiciones, su nivel de satisfacción y felicidad, b) capacidades y potencialidades, relacionadas al funcionamiento de la persona, y c) aproximación al recubrimiento de necesidades particulares relacionadas a bienes y servicios pero que van más allá de simples términos monetarios.

Conocer la calidad de vida implica evaluar condiciones concretas de la vida, así como el nivel de satisfacción en distintos aspectos de la misma, para ello se utilizan indicadores objetivos y subjetivos sobre el bienestar social, psicológico, y condiciones de vida en general (Tonon, 2010). Un estudio realizado por González, Cárcaba y Ventura (2011) en el que se evaluó la calidad de vida en Municipios de España se utilizaron indicadores como: Servicios sociales, alojamiento, consumo, transportación, medio ambiente, salud, educación, seguridad, mercado laboral y tiempo de ocio.

Para determinar la calidad de vida de las personas, se deben tomar en cuenta los siguientes indicadores y sus especificaciones (Stiglitz, et. al., 2009):

1. Salud. Considerando la mortalidad, morbilidad, discapacidad y expectativa de vida.
2. Educación. Incluye aspectos como los recursos económicos destinados o la tasa de graduación en los diferentes niveles educativos.
3. Actividades personales. Englobando el trabajo con remuneración económica, trabajo sin remuneración económica (como el doméstico), tiempo de traslado al trabajo y el tiempo de ocio.
4. Vivienda. Se debe tomar en cuenta cuestiones como la vivienda digna, o existencia de refugios para personas sin hogar.
5. Gobernabilidad y voz política. Democracia parlamentaria, sufragio universal, libertad de organización civil, legislaciones (sobre discriminación, alimentación, educación, salud, justicia, seguridad e información), y leyes relacionadas a derecho.
6. Relaciones Sociales. Considerando aspectos como el aislamiento social, apoyo informal, confianza social, compromiso en el lugar de trabajo, y el compromiso religioso.
7. Condiciones ambientales. Se evalúa mediante el abordaje de situaciones como cambio climático (en especial sobre contaminación) y su impacto

económico, el acceso a información ambiental, y la existencia de políticas públicas ambientales.

8. Seguridad. Incluye las condiciones de seguridad personal y económica, el primero se relaciona a los factores que ponen en riesgo la integridad física (crímenes y accidentes por ejemplo) y el segundo tiene que ver con los factores que pueden poner en riesgo las condiciones materiales actuales y su mantenimiento a largo plazo.

Los indicadores anteriores mantienen un estrecho vínculo, la relación que existe entre ellos se hace evidente cuando se realiza una valoración sobre la calidad de vida de las personas (Stiglitz, et. al., 2009).

De acuerdo a la WHO (1997) existen una serie de indicadores que permiten evaluar la calidad de vida de una persona y su salud en general, considerando las siguientes dimensiones:

- a) Salud física. Energía, fatiga, dolor, sueño, inconformidad.
- b) Psicológica. Sentimientos negativos y positivos, creencias, pensamientos, aprendizaje, memoria y autoestima.
- c) Nivel de independencia. Actividades de la vida diaria, movilidad, capacidad para trabajar, nivel de dependencia a sustancias o ayudas médicas.
- d) Relaciones sociales. Actividad sexual, apoyo social y relaciones interpersonales.
- e) Medio ambiente. Contaminación, tráfico, oportunidades para adquirir nueva información y capacidades, libertad, seguridad física, recreación y ocio, recursos financieros, y transporte.
- f) Creencias personales/religión/espiritualidad.

Indicadores de bienestar

Dentro de la integración teórica de Ryff (1989) se definieron seis dimensiones por las cuales se puede evaluar el continuo positivo negativo del Bienestar Psicológico de una persona (Tabla 2).

Tabla 2. Definiciones y dimensiones Modelo de Bienestar Psicológico (BP)

Dimensión	Definición
1. Autoaceptación	Evaluación positiva presente y pasada
2. Autonomía	Sentido de autodeterminación
3. Crecimiento personal	Sentido de crecimiento y desarrollo como persona
4. Propósito en la vida	Creer que la vida tiene significado y propósito
5. Relaciones positivas con otros	Poseer o desarrollar relaciones de calidad con otros
6. Dominio del entorno	Capacidad de manejarse efectivamente en el ambiente que le rodea.

Nota: Modelo de Bienestar psicológico. Fuente: Ryff y Keyes, 1989.

Importancia del cuidado de calidad de vida

Se ha demostrado que la calidad de vida tiene estrecha relación con diversas variables, incluyendo condiciones físicas, sociales o ambientales, como es posible corroborar mediante evidencia arrojada en algunos estudios, tal y como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Calidad de vida y su importancia

Autores	Año y localización del estudio	Muestra	Variables	Principales resultados
Franco-Aguirre, et. al.	2015, Colombia.	71 personas sedentarias y 29 con patrón adecuado de actividad física, mayores de 18 años, diagnosticadas con fibromialgia.	Fibromialgia, calidad de vida, actividad motora.	La Calidad de Vida Relacionada con la Salud, está afectada en las personas sedentarias con fibromialgia
Cardona-Arias, León-Mira y Cardona-Tapias.	2013, Colombia.	100 sujetos mayores de 18 años.	Fibromialgia, Calidad de vida, salud.	La fibromialgia empeora la calidad de vida relacionada con la salud en sus esferas biológica, psicológica y social.
Martínez y Calvo	2014, España	183 trabajadores del Servicio de Salud	Calidad de vida relacionada con la salud, calidad de vida laboral, actividad física.	Los trabajadores que no realizan actividad física tienen una peor percepción de su salud, mientras que los que la realizan de manera regular, tiene una percepción positiva de la calidad de vida relacionada con su salud.
Porto, et. al.	2012, Brasil	382 sujetos con edad	Calidad de vida,	La principal conclusión del

Autores	Año y localización del estudio	Muestra	Variables	Principales resultados
		entre 60 y 70 años empleados de la Universidad Estatal de Londrina.	actividad física y estilo de vida.	estudio fue que los niveles más altos de actividad física habitual se asociaron con una mayor calidad de vida de percepción subjetiva.
Baldi	2011, Argentina	450 sujetos cuyas edades oscilaban entre los 20 y 70 años, sin presencia de algún tipo de enfermedad crónica (física o mental)	Calidad de vida, satisfacción, percepción subjetiva.	El desarrollo urbano y la aceleración del ritmo de vida ciudadana suelen afectar negativamente la calidad del sueño de las personas, condicionando la salud y la calidad de vida de las mismas, asociando problemas de tipo psicológico, médico y social.
Camargo, et. al.	2009, Colombia	461 escolares (246 mujeres y 215 hombres), seleccionados de 30 instituciones educativas, entre los 11 y 17 años de edad.	Calidad de vida, salud del adolescente, dolor, actividades cotidianas	En los atributos de dolor asociados a la mala calidad de vida, es claro que la intensidad y la calidad de las esferas afectiva y temporal se asocian significativamente; en sentido opuesto, la práctica de uno o más deportes disminuye la probabilidad de tener una mala calidad de vida.

Autores	Año y localización del estudio	Muestra	Variables	Principales resultados
Franco-Aguirre, et. al.	2015, Colombia.	71 personas sedentarias y 29 con patrón adecuado de actividad física, mayores de 18 años, diagnosticadas con fibromialgia.	Fibromialgia, calidad de vida, actividad motora.	La Calidad de Vida Relacionada con la Salud, está afectada en las personas sedentarias con fibromialgia
Carbonell-Cutillas y García-Longoria	2012, España	850 residentes de Centros para personas mayores, de 70 a 85 años de edad	Relaciones interpersonales, conflictos en Centros Residenciales, calidad de vida	Conflictos de convivencia tienen su origen en limitadas relaciones interpersonales que los residentes son capaces de mantener, lo cual puede afectar a la calidad de vida de los mayores y al clima residencial, debido a que juegan un papel fundamental en la motivación de la persona, la satisfacción con la vida y el nivel de participación.
Estevam y Martins	2011, Brasil	Revisión de 38 artículos (21 de niños prematuros y 17 en edad escolar).	Niños prematuros, desarrollo infantil y calidad de vida.	Los niños nacidos extremadamente prematuros son vulnerables a la calidad de los problemas de la vida y del desarrollo.

Nota: Estudios que correlacionan calidad de vida con diversas variables (fuente propia).

VARIABLES como el Índice de Masa Corporal (IMC) y el dolor de músculo esquelético aumentan la probabilidad de presencia de una calidad de vida deficiente, en tanto que aquellas como el ejercicio físico (practicar 1 o más deportes) aumenta la probabilidad de presencia de una óptima calidad de vida en población adolescente (Camargo, Orozco & Herrera-Villabona, 2009).

Weiner y Neugehauer (2013) encontraron que la calidad de vida en pacientes obesos con diabetes es deficiente, no existiendo diferencias significativas entre aquellos con tipo I o tipo II, mostrando desigualdades más bajas en comparación con pacientes obesos no diabéticos.

Las puntuaciones de calidad de vida, específicamente sobre salud física y psicosocial, son significativamente menores en adolescentes femeninas (población Georgiana) que padecen dismenorrea primaria en comparación con aquellas adolescentes sin dicho padecimiento (Gagua, Tkesthelashvili & Gagua, 2013).

Porto, Guedes, Fernandes y Reichert (2012) encontraron una relación significativa entre la actividad física y el puntaje en la evaluación de percepción sobre calidad de vida en adultos mayores (sobre todo en factor físico), a mayor actividad mayor puntaje en general y de forma inversa. La misma relación se encontró sobre actividad física en el ambiente laboral (Franco-Aguirre, Cardona-Tapias & Cardona-Arias, 2015) y sobre pacientes diagnosticados con fibromialgia (Martínez & África, 2014).

La calidad de vida comprende un número de dominios, considerados con diferente peso por cada persona, en relación a la importancia que cada sujeto le asigna a cada uno de ellos (Tonon, 2010). Múltiples factores pueden afectar la calidad de vida de una persona, entre ellas, la experiencia dolorosa es muy importante, puesto que está íntimamente relacionada con posibles alteraciones funcionales, psicológicas y sociales, con la consecuente dificultad para la realización de las actividades cotidianas (Breivik, et. al., 2006; Merlijn, et. al., 2003).

Intervenciones para el mejoramiento de calidad de vida

Terapia Cognitivo-Conductual

Este tipo de psicoterapia ha demostrado resultados positivos en su utilización para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, impactando eficazmente en diversas poblaciones como en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (Bennebroek, et al., 2012), enfermedades oncológicas (Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa 2010; Wojtyna, Zyncłńska & Stawłarska, 2007), enfermedades cardiovasculares (Khayam, Yousefy & Manshaee, 2012), dolor crónico musculoesquelético (Castro, Daltro, Kraychete & Lopes, 2012), y trastornos de ansiedad (Agdal, Raadal, Óst & Skaret, 2012; Ghanem, et al., 2011).

Un meta-análisis realizado por Hofmann, Wu y Boettcher (2014) sobre la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductual dirigidas al tratamiento de trastornos de ansiedad en 3,336 pacientes revela que la terapia con este enfoque aumentó considerablemente su calidad de vida, en especial en las áreas físicas y psicológicas, lo que implica una irrefutable evidencia científica sobre la efectividad de la terapia.

Garduño, et. al. (2010) son un ejemplo sobre la eficacia de éste tipo de intervenciones, ellos implementaron una serie de técnicas y estrategias que derivaron en el mejoramiento de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, donde la intervención se estructuró de la siguiente forma (se muestran de forma resumida mediante la figura 4):

- a) Posterior a mediciones, recolección de datos y las acciones clínicas generales propias de la ética profesional, se procedió a llevar a cabo la técnica de Psicoeducación, con la finalidad de implementar conductas de soporte al tratamiento médico, modificar cogniciones incompatibles con el tratamiento y generadoras de sufrimiento, así como el fomento de capacidades para mitigar aquellas reacciones emocionales negativas.

- b) Establecimiento de conductas y habilidades (instrumentales) dirigidas a la resolución de problemas con efectividad, mediante el análisis de la situación conflictiva para su posterior planteamiento de soluciones posibles, culminando en su ejecución.
- c) Abordaje de estructuras cognitivas mediante técnicas de cambio de valoraciones y de psicoterapia funcional analítica, con objetivos de detección y modificación de creencias irracionales, distorsionadas, irreales y disfuncionales.
- d) Tratamiento de reacciones fisiológicas vinculadas a ansiedad mediante el entrenamiento en respiración diafragmática profunda y relajación muscular progresiva, reforzando el progreso de su correcta ejecución dentro de la sesión y prescribiendo su reproducción (ensayo conductual) en casa.

Terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer de mama



Figura 4. Técnicas implementadas en la Terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer de mama. Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. Garduño, et. al., 2010.

La intervención empleada para el aumento de calidad de vida formulada por Khayam, et. al. (2012) incluyó las siguientes estrategias: psicoeducación (sobre trastornos de ansiedad y asociados), intervención en área cognitiva y conductual (identificando pensamientos y conductas automáticas), intervención en área emocional (distinguiendo y reemplazando aquellas emociones negativas) y el entrenamiento en técnicas de relajación, asertividad y/o comunicación efectiva.

Una investigación realizada por Botero (2004) dirigida a evaluar la efectividad de una intervención con este enfoque, destinada al aumento de la calidad de vida en pacientes veteranos de guerra con estrés post-traumático, demostró resultados positivos mediante la implementación de las siguientes tres estrategias:

- 1) Terapia de resolución de problemas. Terapia enfocada en estresores personales y específicos.
- 2) Terapia de exposición. Mediante la imaginería y el entrenamiento en relajación con la finalidad de reproducir imágenes y recuerdos sobre situaciones anteriormente molestas, y que mediante el entrenamiento resulten menos angustiantes.
- 3) Terapia combinada. Sesiones que integran el entrenamiento en relajación y solución de problemas en una sola.

Labiano (2005) con la finalidad de sustituir una gama de componentes disfuncionales por unos más adaptativos tanto de corte psicológico como socio-ambiental, formuló una serie de estrategias específicas en torno a los siguientes aspectos:

- a) Dimensión física. Tomar en cuenta aspectos relacionados con la nutrición (señalar ingesta alimentaria patógena, psicoeducar y fomentar conductas alimentarias salutógenas), ejercicio físico ocasional y regular (debido a sus efectos positivos/protectores sobre la salud física y emocional), regulación respiratoria referente a los biomecanismos de *apnea* (sus implicaciones en la salud individual debido a habituaciones conductuales), así como el entrenamiento en Respiración Diafragmática/profunda (RD).
- b) Dimensión subjetiva cognitivo-emocional. Valorar la necesidad e implementar estrategias dirigidas a la reestructuración cognitiva (clarificando, definiendo el problema e incremento de la objetividad), e identificación y modificación de pensamientos automáticos e irracionales.

- c) Relajación. Entrenar en conciencia somática (percepción, interpretación y manejo de información sobre nuestro cuerpo), ejercicios de relajación pasiva breve, relajación muscular progresiva, relajación diferencial, Entrenamiento Autógeno (EA), meditación concentrativa, imaginería (visualización receptiva) y visualización guiada.
- d) Dimensión social. Entrenamiento en habilidades sociales y ensayos conductuales orientados a una adecuada interacción social.

Cada aspecto mencionado forma parte de un sistema en el que sus componentes se relacionan de tal forma que influyen uno sobre el otro, por lo que es importante considerar que la intervención y modificación de un subsistema impacta en el resto, entonces se debe aprovechar dicha situación para lograr un mejor desarrollo y equilibrio (Labiano, 2005).

Psicología Positiva y Terapia Cognitiva

La terapia de calidad se basa en cuatro principios básicos: hacer de la felicidad un hábito, ser optimista, aprender a encontrar (y cultivar) amistades sin importar su situación de vida y aprender a perdonar (Frish, 2006), en vez de centrarse en los problemas dirige su atención a enfatizar el aprendizaje, ayuda y creatividad. Se lleva a cabo una serie de intervenciones, presentadas a continuación (Frish, 2006):

- 1) Evaluación. Evaluación general de calidad de vida, evaluación de las áreas específicas (cuáles contribuyen a la felicidad y cuáles a la insatisfacción) mediante el Inventario de Calidad de Vida, identificación de aquellas áreas específicas generadoras de insatisfacción, revisar estado físico del cliente (reporte médico general), evaluación sobre presencia de algún trastorno mediante el DSM-V (si existe sintomatología), en base a lo anterior realizar y compartir con el cliente plan de tratamiento correspondiente.

- 2) Técnicas de base *CAS/O*. Cambia tus circunstancias, cambia tu actitud, cambia tus objetivos y estrategias para alcanzarlos, cambia tus prioridades, amplía tu satisfacción en áreas en las que anteriormente no existía.

Capítulo 2. Ansiedad y Depresión

Ansiedad

Definición

La *American Psychological Association* ([APA], 2010a) define la ansiedad como una emoción conformada por sintomatología somática de tensión, y por medio de procesos de aprendizaje, de tal forma que los peligros, catástrofes y desgracias inminentes son anticipados por la persona; presentándose en ocasiones, inmovilidad corporal que impide hacer frente a dicha “amenaza”. Una reacción orgánica que surge ante la posibilidad de ser amenazada la integridad del individuo que conlleva un proceso de preparación, provocando una serie de alteraciones (aumento de actividad) en su estado de alerta (Gamba-Collazos, 2014).

Clark y Beck (2011) la identifican como una serie de patrones de respuestas fisiológicas, cognitivas, afectivas y conductuales que se presentan cuando alguna situación es percibida como incontrolable, aversiva y/o amenazadora. Un estado de incomodidad mezclado con diferentes reacciones ante estímulos específicos percibidos como peligrosos (Gordillo, Arana & Mestas, 2011).

Por su parte, Comer (2015) indica que la ansiedad es una serie de reacciones del Sistema Nervioso Central (SNC) ante la sensación de que el organismo se encuentre en peligro, dichas reacciones son de corte emocional y fisiológico. En tanto que en el ámbito médico la existencia de temor o aprensión ante alguna situación de forma exacerbada, es lo que define el término ansiedad (Black & Andreasen, 2015).

La ansiedad se trata de una emoción completamente natural propia de los seres humanos que consiste en alertarnos sobre alguna situación peligrosa, es considerada como un trastorno cuando la intensidad y duración tienen efectos nocivos y de tanta magnitud que llegan a provocar incapacidad e ineficacia (*Mental Health Foundation*, 2009; Simpson, et al., 2010).

Comer (2015) define los trastornos de ansiedad como un conjunto de condiciones de preocupación, temor, ataques de pánico, que pueden ser experimentadas de diferentes maneras y ante distintas condiciones: de forma generalizada, hacia o en situaciones específicas, incluyendo lugares, objetos o personas.

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad representan uno de los desórdenes mentales más comunes, una de cada cuatro personas ha padecido algún tipo de trastorno de ansiedad en su vida; siendo aún más común en mujeres que en hombres (Rector, Bourdeau, Kitchen & Joseph-Massiah, 2008).

De acuerdo con un análisis de los últimos datos epidemiológicos obtenidos en distintas investigaciones llevadas a cabo en países del Occidente realizado por Tanja, Ulrike y Jürgen (2007), existe una prevalencia de vida de entre el 13.6 por ciento y el 28.8 por ciento en la población general.

Un estudio realizado por *New Zealand Guidelines Group* ([NZGG], 2008) revela que los trastornos de ansiedad (incluyendo todos los tipos) son el desorden mental más frecuente; representando el 21 por ciento de la prevalencia anual de desórdenes mentales.

Otro estudio realizado por Baxter, Scott, Vos y Whiteford (2013) en el que se llevó a cabo una revisión sistemática y una meta-regresión sobre la prevalencia reportada en 87 investigaciones relacionadas a la prevalencia de trastornos de ansiedad en 44 países, y que abarca del año 1980 hasta el 2009, señala que existe una prevalencia global de entre 0.9 por ciento y 28.3 por ciento de trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad y depresión son los desórdenes mentales más frecuentes en la población en general, y su prevalencia es considerablemente mayor

en pacientes de atención médica primaria (Beutel, Bleichner, Heymann, Tritt & Hardt, 2011). Estadísticas de la *World Health Organization*, (2015) revelan que los desórdenes de ansiedad afectan aproximadamente al 3.8 por ciento de la población de adultos mayores en todo el mundo.

Tipos de trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad por separación

De acuerdo al DSM-V (2014) el trastorno de ansiedad por separación es el miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, poniéndose de manifiesto al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que pueden sufrir un posible perjuicio como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor estima.

Trastorno de pánico

Se define brevemente como la experiencia de aparición brusca (súbita) de intenso miedo acompañado de síntomas fisiológicos (Colombiana de la Salud S.A., 2014). De acuerdo al DSM-V (2014) se refiere a los ataques de pánico imprevistos recurrentes, es decir, a la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Agorafobia

De acuerdo al DSM-V (2014) es el miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

El CIE-10 (como se citó en Colombiana de la Salud S.A., 2014) señala que la agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares donde escapar puede resultar difícil, o bien donde es imposible encontrar ayuda en el caso de en el que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares.

Trastorno de ansiedad generalizada

Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente, durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar), (DSM-V, 2014).

Este trastorno de ansiedad es más frecuente e importante, se caracteriza por tener una preocupaciones constantes y ansiedad excesiva, de carácter persistente (de al menos 6 meses) y difíciles de controlar, sobre un número de sucesos o actividades tales como el rendimiento escolar o laboral (CIE-10, 2014 como se citó en Colombiana de la Salud S.A., 2014).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

El DSM-V (2014) especifica que en este tipo de trastorno:

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de:
 - 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad (DSM-V, 2014). La persona que la padece desarrolla un miedo muy intenso, llegando al pánico y al terror cuando está o imagina estar ante la situación que teme (CIE-10, 2014 como se citó en Colombiana de la Salud S.A., 2014).

Otros trastornos

Mutismo selectivo. Se caracteriza por un fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones sin atribuirse a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social (DSM-V, 2014).

Fobia específica. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica, señalando una división en cinco subtipos: situacional (como el temor a los espacios cerrados, por ejemplo ascensor, avión), entorno natural (p. ej. miedo a las alturas, las tormentas, o al agua), animal (como el miedo a las serpientes, las arañas, los perros), sangre/inyecciones/daño (por ejemplo, miedo a los procedimientos dentales o médicos, inyecciones, a la visión de sangre) y otros, como situaciones que pueden derivar en ahogos o vómitos (DSM-V, 2014).

El CIE-10 (2014 como se citó en Colombiana de la Salud S.A., 2014) establece que se pueden establecer cinco grandes apartados de entre las fobias específicas más comunes:

1. **Tipo animal:** El miedo es causado por uno o más tipos de animales, siendo frecuentes los insectos, serpientes, arañas, gatos, ratones y pájaros.
2. **Tipo ambiental:** El miedo es provocado por situaciones naturales tales como tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad, etc.
3. **Tipo sangre-inyecciones-daño:** El miedo es inducido por la visión de sangre/heridas o recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasivas.
4. **Tipo situacional:** El miedo es generado por situaciones específicas como: transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches (conducir o viajar), lugares cerrados.
5. **Otros tipos:** Se incluyen circunstancias como evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas.

Trastorno de ansiedad social (fobia social). Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación o el reunirse con personas extrañas),

ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de las otras personas (p. ej., dar una conferencia), (DSM-V, 2014).

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica (DSM-V, 2014).

Trastorno de ansiedad no especificado. La categorización del Trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias), (DSM-V, 2014).

En la tabla 4 es posible observar de forma resumida los tipos de trastornos de ansiedad con una breve descripción de sus características más significativas, de acuerdo con la literatura previamente mencionada.

Tabla 4. Tipos de trastornos de ansiedad

Tipos de trastorno de Ansiedad	Características
Trastorno de Ansiedad por separación	Miedo excesivo referente a la separación del individuo de aquellas personas por las que siente apego
Mutismo selectivo	Fracaso constante del habla en situaciones sociales específicas, sin atribuir falta de conocimiento
Fobia específica	Miedo intenso específico dentro de cuatro subtipos: situacional, ambiental, animal y sangre/inyecciones/daño.

Tipos de trastorno de Ansiedad	Características
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	Miedo intenso a situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otros.
Trastorno de pánico	Ataques de pánico imprevistos recurrentes que alcanza su máxima expresión en minutos.
Agorafobia	Comportamiento evitativo a lugares donde resulta difícil escapar o encontrar ayuda al aparecer una crisis.
Trastorno de ansiedad generalizada	Se caracteriza por tener preocupaciones constantes y ansiedad excesiva sobre diversos sucesos o actividades.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos	Ataques de pánico o ansiedad debido a intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o exposición de medicamento.
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	El trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
Otro Trastorno de ansiedad especificado	Se aplica cuando predominan síntomas característicos de un trastorno de ansiedad pero que no cumplen todos de alguna categoría-
Trastorno de ansiedad no especificado	Se utiliza cuando no existe suficiente información para hacer un diagnóstico específico.

Nota: Tipos de Trastornos de ansiedad (Fuente propia).

Sintomatología Ansiosa

Cognitiva

Clark y Beck (2011) incluyen dentro del ámbito cognitivo, la siguiente sintomatología: incapacidad para hacer frente al temor de perder el control, temor a lesiones físicas o la muerte, temor a perder la cordura mental, pensamientos (incluyendo imágenes o memorias) aterradores, percepción de irrealidad, dificultades para mantenerse concentrado, disminución de atención y memoria, así como una pérdida de capacidad para pensar objetivamente.

Por su parte, Rector y colaboradores (2008) hacen referencia a pensamientos ansiosos y creencias ansiosas; los primeros se relacionan a la pérdida de control y el temor por humillarse a sí mismo al hablar; los segundos tienen que ver con creencias erróneas sobre la sintomatología o personas que padecen algún trastorno de ansiedad.

Fisiológica

Algunos de los síntomas físicos de la ansiedad que se presentan ante la ansiedad son: tensión muscular, fatiga, y problemas de sueño (*Classification Diseases International [CDI]*, 2016). Existe una manifestación fisiológica que implica la siguiente sintomatología: sensación de frío, incremento de frecuencia cardiaca, alteraciones del ritmo respiratorio y sudoración (Ortega, 2003).

Gamba-Collazos (2014) hace referencia a la sudoración, manos temblorosas y respiración agitada. Los síntomas más comunes son: dificultades o aumento en la tasa respiratoria, incremento en la tasa de palpitations cardíacas, náuseas, tensión muscular (rigidez), temblores, adormecimiento o entumecimiento en los brazos (o piernas), boca seca, debilidad o cansancio y sudoración (Clark & Beck, 2011).

De acuerdo con Tortora y Grabowski (2002, como se citó en Ybarra, Sánchez & Piña, 2011) las implicaciones fisiológicas que conlleva la ansiedad son: aumento de tasa e intensidad de contracciones cardíacas, constricción en la mayoría de las vísceras y en los vasos sanguíneos cutáneos, inhibición de actividad digestiva, dilatación en las vías respiratorias y de distintos vasos sanguíneos (en corazón, pulmones, músculos y encéfalo), aumento de actividad relacionada a conductancia de la piel, así como procesos conversivos de glucógeno en glucosa en el hígado.

Además del miedo extremo, los síntomas fisiológicos que todos los trastornos de ansiedad tienen en común son el insomnio, náuseas, temblores, dificultades para respirar, mareos y aceleración en el ritmo cardíaco (APA, 2010b).

Psicológica y Conductual

De acuerdo con el Centro de Psicología AARON BECK (2005-2016) la ansiedad conlleva toda una sintomatología que se relaciona con sensaciones de amenaza o de estar en peligro, extrañeza, incertidumbre, inseguridad, temor a la pérdida de control, dificultades en toma de decisiones y agobio. La sintomatología emocional más común está integrada por nerviosismo, tensión, temor, impaciencia y frustración (Clark & Beck, 2011).

Experimentar ansiedad conlleva una serie de síntomas conductuales que incluyen: espasmos musculares, tartamudeo, bromas, risas, nerviosismo, y respuestas de evitación (Ortega, 2003). De acuerdo a Clark y Beck (2011) son comunes las conductas evocatorias, escape, búsqueda de seguridad, dificultades al hablar, memoria disminuida, inquietud, hiperventilación, e inmovilidad corporal (“congelamiento”).

La ansiedad genera conductas de evitación de aquello temido o que esté provocando el aumento de niveles de ansiedad, que consistan en pedir ayuda, y que sirvan de distracción ante la ansiedad (Rector, et al., 2008).

Factores de riesgo

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos, como ambientales y psicosociales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Edad

Mientras más afectados de trastorno de ansiedad haya en una familia, la edad de inicio de aparición de síntomas en las siguientes generaciones es cada vez más temprana (Cárdenas, Feria, Palacios, & De la Peña, 2010). La incidencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en la adolescencia y la juventud que la madurez; las patologías más usuales encuentran una tasa más elevada entre los 20 y los 30 años (Serrano, Rojas & Ruggero, 2013).

Sexo

Peñate, et. al. (2014) realizaron un estudio en el cual se demostró que los trastornos de ansiedad afectan mayormente a las mujeres, quienes representan cerca del 75% de los pacientes. Se especula que pueden existir factores de vulnerabilidad (bioquímicos, hormonales, sociales) que expliquen esta preponderancia a los TA en la mujer, pero no se precisan factores específicos ni sus mecanismos de acción (Bernaldo-de-Quirós, et. al., 2012).

En un estudio realizado por Marsiglia en 2010, se encontraron 160 casos de ansiedad en una muestra de 1, 159 pacientes, en la cual la enfermedad fue mucho más frecuente en el sexo femenino (2/3 de los casos), concordando con los estudios de Peñate, et. al. (2014) quienes manifiestan que los trastornos de ansiedad afectan mayormente a las mujeres, quienes representan cerca del 75% de los pacientes (Peñate, et. al., 2014).

Arenas y Puigcever (2009) señalan que las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, y se atribuye a razones hormonales pero sin precisar el por qué.

Fisiológica y genética

Los altos niveles de duración e intensidad del dolor pueden contribuir a mayores niveles de depresión y ansiedad observadas en pacientes con dolor crónico (Vázquez-Delgado, Schmidt, Carlson, De Leeuw & Okeson, 2004).

Estudios en gemelos monocigotos han sugerido importante el componente genético para desarrollar los trastornos de ansiedad, y en hijos de padres con trastornos de ansiedad es más frecuente encontrar un diagnóstico de este espectro (Cárdenas, et. al., 2010).

Uso/Abuso de sustancias

El consumo de psicotrópicos y otros fármacos de abuso/dependencia pueden inducir ansiedad, incluidas las sustancias estimulantes y aquellas sedantes consumidas a dosis altas en lapsos breves o por tiempo prolongado y que al ser suspendidas de forma súbita, produce abstinencia (Guisa, Díaz & Souza, 2004).

Algunos fármacos utilizados en el aparato respiratorio, como el Salbutamol y la Terbutalina son fármacos que producen estimulación del Sistema Nervioso Central (SNC), lo que en ocasiones puede traducirse en ansiedad, insomnio, inquietud motora, palpitaciones, temblores y cefaleas (Durandal, 2011).

Sociales y Académicos

Los factores sociales tienen un impacto directo en el mundo psíquico de los seres humanos, se ha considerado que la presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad (Cárdenas, et. al., 2010). En cuanto al ámbito académico, la presión que sienten los alumnos por obtener un buen rendimiento escolar puede provocar en ellos un arrebató de ansiedad, al igual que la tensión o amenaza propia por la adaptación necesaria que demanda el ambiente (Jadue, 2001).

Consecuencias

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo (Secretaría de Salud, 2010) e incluso la posibilidad de presentarse sintomatología ansiosa que conlleve a conductas suicidas y/o autolesivas (OMS, 2003).

Todos los trastornos de ansiedad están relacionados con diversas reacciones fisiológicas asociadas al estrés, tales como la hipertensión, taquicardia, alteración del sueño y altos niveles de glucocorticoides, las cuales se asocian con una hiperactivación fisiológica (León-Sanabria, 2007).

Modelos explicativos

Psicodinámico

De acuerdo a Souza (2008) el enfoque psicodinámico está basado en la consideración de Freud sobre la neurosis (trastorno de la personalidad), en donde no se distingue entre ansiedad y angustia, se sostiene que la ansiedad puede ser también una reacción a impulsos reprimidos, agresivos o sexuales que amenazan con desbordar la defensa psicológica que normalmente la mantienen bajo control.

Teoría de Sullivan del análisis interpersonal

Actualmente teorías como la de Sullivan se interesan en el pasado, entendiéndolo como una serie de amplios patrones interpersonales, y no como impulsos y deseos (Valderrama, 2001). La ansiedad, de acuerdo a Sullivan (Mitchell & Black, 2004 como se citó en Hernández, 2004), es la dimensión psíquica angular de la configuración del *self* y la regulación en las interacciones sociales, así también de otros conceptos como: tendencias integradoras y desintegradoras, necesidad de satisfacción u operaciones de seguridad, que constituyen el bagaje teórico del análisis interpersonal.

Según Sullivan el hombre es un animal ansioso; aunque ésta está íntimamente asociada a los sistemas de tensión, hasta ser parte de ellos, también es algo más que un adjunto de otros sistemas; es uno de los motivadores centrales de la vida, a la vez productiva y destructiva (Valderrama, 2001).

Plantea que el infante experimenta de manera pasiva sus estados psíquicos, surgiendo la primera diferenciación entre estados ansiosos y estados no ansiosos. El niño/a agrupa en las experiencias “madre buena” todas aquellas experiencias con cuidadores (no exclusivamente los padres biológicos) capaces de dar respuesta adecuada a sus necesidades de satisfacción, y agrupa en las experiencias “madre mala” a aquellos cuidadores ansiosos que le transmiten la ansiedad a través del nexo empático (Hernández, 2004).

Teoría Cognitiva

Considera la ansiedad como una mala interpretación cognitiva catastrofista de sensaciones físicas molestas y malestar emocional. A menudo el nivel de ansiedad experimenta cambios apropiados e imperceptibles a lo largo de un espectro de estados de conciencia: del sueño a la vigilia, pasando por la ansiedad y el miedo, y así sucesivamente (Souza & Machorro, 2008).

Tratamiento basado en evidencias para el manejo de ansiedad

Consiste en una serie de técnicas y terapias bien definidas que suponen gran ayuda al tratamiento de un trastorno específico debido a su efectividad demostrada a lo largo de un número considerable de estudios y resultados concluyentes (Hofman & Barlow, 2014; Laska et. al., 2013; Weinberger, 2014, como se citó en Comer, 2015).

De acuerdo con Comer (2015) los tratamientos basados en evidencia son altamente efectivos en el tratamiento de diversos trastornos y/o patologías psicológicas. El tipo de intervenciones que han demostrado mayor eficacia en

relación a los trastornos de ansiedad son los siguientes: Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Psicodinámica Breve, Terapia basada en Tratamiento biológico.

Una revisión sistematizada sobre el impacto resultante de intervenciones psicoterapéuticas en los niveles de ansiedad (en trastornos bipolares) llevada a cabo por Stratford, Cooper, Di Simplicio, Blackwell y Holmes (2015) en el que se analizan 22 estudios, nos señala de forma concluyente que intervenciones psicoterapéuticas tienen un impacto positivo y alcanzan el objetivo de reducción de ansiedad; lo que demuestra ser una alternativa al tratamiento farmacológico, y sin los riesgos físicos y efectos secundarios que éste último implica.

Las intervenciones psicoterapéuticas individuales son efectivas como tratamiento a los trastornos de ansiedad (APA, 2010b); pueden ser complementadas por un experto en tratamiento farmacológico (en caso de ser necesario y considerando posibles efectos secundarios), sesiones psicoterapéuticas grupales (integradas por miembros diagnosticados con trastornos de ansiedad), así también con psicoterapia familiar (con la finalidad de generar comprensión sobre el trastorno e implementar nuevas pautas de interacción que no refuercen la sintomatología).

De acuerdo con Ferreira, Ramalho y Lopes (2015) existen diversas estrategias de intervención que han demostrado reducir significativamente los niveles de ansiedad (en pacientes de cateterización cardiaca), nombrando las siguientes: uso de música-terapia, psicoeducación audiovisual, terapia de masaje y de la palma, así como otorgar información sensorial y procedural; por lo que es posible observar altos beneficios clínicos.

Un estudio realizado por Bernaldo-de-Quirós, et al. (2015), en el que se analizan factores asociados con la prolongación del tratamiento para la ansiedad, describe características generales de los tratamientos psicoterapéuticos, encontrando las siguientes estrategias y técnicas:

- Técnicas de psicoeducación.
- Control de excitación fisiológica (entrenamiento autógeno (sobre respiración) y relajación muscular progresiva).
- Restructuración cognitiva.
- Exposición (exposición gradual y/o desensibilización sistemática).
- Distracción (detección de pensamientos y/o auto-instrucciones).
- Entrenamiento en relaciones sociales y/o solución de problemas.
- Control de diálogo interno.
- Contratos conductuales.
- Técnicas aversivas.
- Técnicas para disminuir conductas (reforzamiento diferencial, costo-respuesta, corrección excesiva, tiempo fuera y/o extinción).
- Técnicas operantes para adquirir conductas (control de estímulos, reforzamiento, modelamiento y moldeamiento).
- Otras técnicas específicas (higiene del sueño, aumento de autoestima, prescripción paradójica y planeación de actividades).

Terapia psicodinámica

Estas terapias hacen uso de las técnicas clásicas y generales (asociación libre, interpretación de los sueños, transferencia y resistencia) para todos los problemas psicológicos, incluyendo la ansiedad y algunos terapeutas psicodinámicos hacen énfasis en las relaciones objetales; sin embargo pocos estudios de intervenciones con este enfoque; con excepción de la psicoterapia psicodinámica breve que ha demostrado disminuir significativamente los niveles de preocupación, ansiedad, y dificultades sociales en los pacientes (Comer, 2015).

Terapia Cognitivo-Conductual

La APA (2010b) asegura que los trastornos de ansiedad pueden ser tratados por profesionales de la salud entrenados y calificados, como los psicólogos,

demostrando resultados positivos; en específico la psicoterapia de enfoque Cognitivo Conductual ha aportado resultados científicos y altamente efectivos en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad. Básicamente la terapia cognitiva permite enseñar a los usuarios la relación existente entre sus pensamientos y la sintomatología; con la terapia conductual es posible reducir las conductas asociadas (mediante técnicas de respiración profunda o relajación, por ejemplo).

Las prácticas psicoterapéuticas de enfoque Cognitivo-Conductual basadas en evidencias se consideran una alternativa para el tratamiento de trastornos de ansiedad y que evitan los efectos nocivos secundarios de corto y largo plazo de los fármacos (*National Center for Posttraumatic Stress Disorder [PTSD]*, 2013).

Recientes meta-análisis sobre la efectividad de las intervenciones CC indican que su impacto es positivo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aunque hacen hincapié de igual forma en la necesidad de mejorar su calidad metodológica (Hans & Hillier, 2013; Stewart & Chambless, 2009). Un estudio realizado por Peñate, et al. (2014b) en el que se compara una intervención CC combinada con exposición mediante equipo de realidad virtual con una intervención CC tradicional (todos los pacientes recibían también fármacos antidepresivos), demostró que ambos tratamientos disminuyeron la sintomatología del trastorno de agorafobia, incluyendo los niveles de ansiedad.

De acuerdo con Comer (2015) se basan en dos puntos centrales; el primero relacionado a las aportaciones realizadas por Beck y Ellis enfocadas a modificar las interpretaciones desadaptativas propias de los trastornos de ansiedad, el segundo es el *new-wave*: se ocupa en identificar el rol que la preocupación juega en su trastorno de ansiedad de tal forma que permita cambiar la forma de percibir y reaccionar ante la ansiedad (preocupación).

La terapia cognitiva conocida como “*Mindfulness*” se enfoca en intervenciones orientadas a que los usuarios reconozcan sus pensamientos típicos, incluyendo las preocupaciones; de tal forma que en lugar de intentar eliminarlos se les orienta a aceptarlos con la finalidad de disminuir su intensidad y el malestar derivado (Hayes-Skelton, et. al., 2013; Roemer & Orsillo 2014, como se citó en Comer, 2015). Ha probado científicamente sus resultados positivos en el área de trastornos de ansiedad, depresión, personalidad y de consumo riesgoso de sustancias (Hayes-Skelton, et. al., 2013; Roemer & Orsillo 2014, como se citó en Comer, 2015).

Biofeedback (Retroalimentación Biológica)

Se le considera un proceso, en el que determinadas actividades fisiológicas son registradas, de las que inicialmente el paciente no conoce su intensidad y frecuencia, posteriormente, se muestran para hacerlos conscientes, y finalmente se les enseña a autorregular dichas respuestas fisiológicas (Vázquez-Mata, Vital-Flores, Bravo-González, Jurado-Cárdenas & Reynoso-Erazo, 2009).

Comer (2015) lo define como una técnica por medio de la cual es posible darle al usuario una serie de datos e información relacionada con sus propias respuestas fisiológicas a través de la conexión del paciente a una maquinaria que aporta lecturas sobre su actividad involuntaria, y entrenarse para ser capaz de controlar voluntariamente dichas reacciones fisiológicas. Ha sido sumamente utilizado para el tratamiento de trastornos de ansiedad, estrés y otras condiciones patológicas (Silva, Barros & Costa, 2013).

Peñate, Roca y Del Pino (2014a) lo definen como un método, por medio del cual es posible lograr conciencia significativa en los pacientes sobre su actividad fisiológica, teniendo como finalidad aumentar agentes salutógenos tanto en su funcionamiento físico, como psicológico.

Mediante el *biofeedback* es posible utilizar señales eléctricas correspondientes a ritmo cardíaco y tensión muscular para lograr el entrenamiento de control de procesos fisiológicos (Comer, 2015). La medición “Electroencefalografía” también conocido como EEG, se realiza con la finalidad de alcanzar la modificación de ciertos patrones relacionados a su propia actividad eléctrica cerebral e indudablemente ha demostrado, mediante estudios de caso, su eficacia (Larsen & Sherlin, 2013).

Un análisis realizado por Silva, et. al. (2013) sobre investigaciones publicadas en bases de datos científicas (reportadas desde el 2008 hasta el 2012) establece conclusiones favorables para el uso de ésta técnica; señala que indudablemente es un recurso terapéutico con resultados positivos en el manejo de ansiedad y estrés.

Realidad Virtual

De acuerdo con Vanni et al. (2013) se trata de una o varias realidades creadas en base a escenarios reales, que genera opciones y alternativas de acuerdo a interacciones específicas que el usuario desempeñe en dicho escenario; predominando la información visual.

Un requisito fundamental es crear la sensación de presencia real en la situación ficticia, de tal forma que debe ser altamente inmersiva y vivencial (Peñate, et al. 2014a). Además de ser una alternativa a la exposición en vivo, ha demostrado resultados efectivos en la disminución de sintomatología clínica perteneciente a diversos trastornos de ansiedad.

Tratamiento Farmacológico

Un análisis realizado por Baldwin, et. al. (2014) sobre las normas de tratamiento farmacológico establecidas en 2005 por *British Association for Psychopharmacology* (BAP), reporta los fármacos más efectivos utilizados en distintos de trastornos de ansiedad son:

a) Fármacos Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina (*SSRIs*) y fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina (*SRNIs*). Representan la primera línea farmacológica para pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, obsesión-compulsión y estrés post traumático (Bandelow et., al., 2012). Aunque los SSRIs conllevan graves efectos secundarios como disfunción sexual, náuseas, e incremento inicial de ansiedad; y SRNIs se han asociado con un incremento en el volumen sanguíneo y su prescripción debe ser cuidadosa en usuarios con riesgo de disfunción hepática (Baldwin, et al., 2014).

b) Benzodiacepinas. Han demostrado eficacia significativa principalmente en pacientes diagnosticados con trastornos de: ansiedad social, pánico, y ansiedad generalizada (Baldwin, et. al., 2014). Estos fármacos a pesar de demostrar eficacia en tratamiento de estrés post traumático han sido asociados con una disminución de la capacidad cognitiva en adultos mayores y aumentan el riesgo de accidentes, como menciona Lader (2011).

De acuerdo con Steenen, et. al., (2016) con base a los resultados sobre un novedoso meta-análisis realizado en su estudio, no existe diferencia significativa entre los efectos de las benzodiacepinas y del propanolol para tratar los trastornos de ansiedad, por lo que resulta una alternativa científica eficaz.

c) Otros fármacos antidepresivos como Antidepresivos Tricíclicos (*TCA*s) o los Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (*IMAO*).

d) Pregabalina. Ha demostrado su efectividad en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad social y ansiedad generalizada; existiendo efectos secundarios como mareos y letargo, además de ser sumamente peligroso en pacientes con enfermedad renal (Baldwin, et. al., 2014).

Depresión

Definición

Los trastornos depresivos son definidos por Comer (2015) como una serie de experiencias relacionadas con sentimientos de tristeza (y sintomatología relacionada) que se pueden presentar de forma persistente, crónica o severa, de acuerdo al tipo de trastorno diagnosticado.

Se trata de un conjunto de trastornos que implican desde una serie de cambios afectivos hasta un síndrome crónico y que son identificables por presencia de síntomas específicos; aunque con variabilidad en cuanto a su manifestación y origen (Maldonado, Pérez-Ocón & Herrera, 2007).

La APA (2010) define el término depresión como “fluctuación en el estado de ánimo normal que va de la desdicha y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento.” Es un trastorno mental caracterizado por una pérdida de interés o placer, sentimientos de tristeza o depresión, disminución de energía y dificultades de concentración, así como trastornos relacionados con el sueño o apetito (WHO, 2012).

La depresión se considera un estado emocional reconocido desde diversas sociedades y culturas en diferentes lugares; se caracteriza principalmente por un sentimiento de tristeza, o una sensación de humor sombrío (Miranda, Gutierrez, Bernal & Escobar, 2000).

Consiste en una serie de trastornos en las áreas emocional, cognitiva, conductual y física que se manifiestan durante un tiempo, frecuencia e intensidad específica; originados por diversos factores: social, familiar, genético o psicológico (César, et al., 2013).

Epidemiología

Mundial

La depresión es considerada como una terrible dificultad en términos de salud pública (César et al., 2013). Incluso es una de las prioridades en términos de desarrollar guías de intervención basadas en evidencias, seguida de otros trastornos como esquizofrenia, demencia, trastornos de consumo de alcohol y otras drogas ilícitas, así como temáticas específicas como el riesgo suicida y la epilepsia (WHO, 2011).

El 50 por ciento de personas que padecen algún trastorno mental sufren depresión, la cual, presenta el 20.7 por ciento de cifras de prevalencia, calculándose que hacia el año 2020 se convertirá en la segunda enfermedad de mayor ocurrencia y la segunda de incapacidad (Valencia, 2010).

Aproximadamente 350 millones de personas alrededor del mundo padecen depresión, afectando a más mujeres que a hombres (WHO, 2015a); se calcula que menos del 10 por ciento de personas afectadas reciben algún tipo de tratamiento. *The Mood Disorders Society of Canada* (2011, como se citó en Hunsley, Elliot & Therrien, 2013) asegura que en algún momento de su vida entre el 5 y 12 por ciento de los hombres así como entre el 10 y 25 por ciento de las mujeres, experimentan un episodio depresivo mayor.

WHO (2011) calcula que el riesgo de mortalidad incrementa en las personas que padecen depresión mayor 1.4 veces más que en la población en general, debido a que dicho diagnóstico se encuentra asociado con problemas físicos de salud como cáncer, diabetes e infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Del total de consultas médicas de asistencia primaria, el 40 por ciento corresponde a temáticas relacionadas con la depresión (Martín-López, et al. 2011). La tasa de recurrencia en el trastorno depresivo es altamente significativa, existe en un 50 por ciento después del primer episodio depresivo, 70 por ciento después del segundo, y 90 por ciento después del tercero (*Management of Major Depressive Disorder*, 2009).

El trastorno depresivo unipolar representa el 4.3 por ciento de la carga de enfermedades a nivel mundial; el 3.2 para países bajos y el 5.1 en países medianos WHO (2011 p. 1). De acuerdo con (Pérez-Wehbe, Perestelo-Pérez, Bethencourt-Pérez, Cuéllar-Pompa & Peñate-Castro, 2014) es el trastorno mental más común en las sociedades de Occidente.

Nacional

Un estudio realizado por Ruiz, Colín, Cortay, Lara y Dueñas (2007) revela poco más del 50 por ciento de la población mexicana que padece Trastorno Depresivo Mayor (TDM) no recibe algún tipo de tratamiento (médico o psicoterapéutico), tan solo el 49.7 por ciento ingiere medicamentos antidepresivos, y de éstos últimos, el 19.5 por ciento también recibe psicoterapia.

Un estudio realizado por la *National Survey of Psychiatric Epidemiology* (ENEP) entre los años 2001-2002 con una población de entre 18 y 65 años de edad (como se citó en González-Forteza, Hermosillo, Vacio-Muro, Peralta & Wagner, 2015) obtuvo la siguiente información relacionada al TDM en México: La prevalencia a lo largo de la vida es de 7.2 por ciento, el 2 por ciento lo padeció durante su infancia o adolescencia y la mayoría mujeres (2.8 en tanto que los hombres en un 1.1 por ciento); el 27.5 por ciento de las personas adultas que experimentaron TDM alguna vez en su vida ocurrió antes de los 18 años, existiendo casi el doble de posibilidad (1.8) de reincidir si el primer episodio se presentó en la infancia o adolescencia.

Otro estudio llevado a cabo por la *Survey of Adolescent Mental Health* en la Ciudad de México revela que la prevalencia TMD durante el año pasado en población adolescente fue de 4.8 por ciento; la prevalencia para de todos los desórdenes afectivos fue de 7.8 y de acuerdo a la ocupación la prevalencia aumenta o disminuye: 10.1 por ciento para quienes trabajan y estudian, 11.3 para quienes sólo trabajan, 5.5 para quienes solo estudian y 13.3 para quienes no trabajan ni estudian (13.3%) (González-Forteza, et al., 2015).

No se encontraron estadísticas confiables relacionadas a información epidemiológica en la que se pudiesen observar datos relacionados a la depresión en el Estado de Hidalgo.

Sintomatología depresiva

Cognitivos y emocionales

Nezu et al. (2006) consideran que los componentes cognitivos depresivos se caracterizan por pensamientos automáticos negativos, supuestos distorsionados/desadaptativos y auto-esquemas disfuncionales; los primeros corresponden a una visión negativa de sí mismo, los otros dos tiene que ver con un constante pesimismo infundado sobre su capacidad de afrontamiento ante diversas situaciones.

La APA (2010b) considera que existen una serie de disfunciones cognitivas relacionadas a la presencia del trastorno depresivo mayor, mencionando las siguientes: dificultades para concentrarse (distracción continua), disminución en la atención por el autocuidado y reducción en capacidad para procesar información.

Comer (2015) señala que los síntomas experimentados por una persona que padece depresión están relacionados con:

a) Una visión negativa de sí mismo; se considera inferior, indeseable y malvados en ocasiones. Experimenta sentimientos de culpa de forma excesiva y minimiza aspectos o logros positivos.

b) Un reiterado pesimismo; experimenta sentimientos de desesperanza e impotencia que desemboca en pensamientos dirigidos a convencerse a sí mismo sobre su incapacidad de cambiar algún aspecto de su vida, y que nada ha de mejorar nunca.

De acuerdo con Comer (2015) el aspecto emocional de los trastornos depresivos consiste básicamente en sentimientos de tristeza y rechazo; existe una disminución o pérdida de placer, humor, así como agitación, enojo y ansiedad. De igual forma perseveran emociones de miseria, humillación y vacío.

Físicos y conductuales

Comer (2015) señala que la sintomatología característica de los trastornos depresivos se conforma por constipación, jaquecas, indigestión, cansancio, y alteraciones en patrones de sueño y alimentación (aumento y/o disminución excesiva).

Llevar a cabo menos cantidad actividades, ser menos productivo que antes, así como el aislamiento social (de forma prolongada) y la lentitud en movimientos corporales o al hablar son síntomas conductuales en el padecimiento de algún trastorno depresivo (Comer, 2015).

Tipos de depresión

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos como: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, rostro visiblemente triste o poco

expresivo, llanto fácil, verbalización de ideación pesimista, alteraciones en el ritmo del sueño (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006).

Trastorno depresivo mayor

La depresión mayor es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

El diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor se dificulta debido a la alta frecuencia de los síntomas físicos dolorosos y se presenta hasta en 76 por ciento de los pacientes (Ruiz, et. al., 2007). Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar las actividades que antes resultaban placenteras, incapacitando a la persona e impidiendo desenvolverse con normalidad (Instituto Nacional de la Salud Mental [NIMH], 2009).

El DSM-V (2014) menciona que el Trastorno Depresivo Mayor manifiesta cinco o más de los síntomas durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, la mayor parte del día, casi todos los días, los cuales son: estado de ánimo deprimido, disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades; pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o aumento o disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes.

Trastorno disfórico premenstrual

En la mayoría de los ciclos menstruales, durante el año anterior, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, para que se considere como Trastorno disfórico premenstrual, los cuales son, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación: cambios de humor intensos, irritabilidad intensa, sentimientos de desesperanza o ideas de autodesprecio, ansiedad, disminución del interés por las actividades habituales, dificultad subjetiva de concentración, intensa falta de energía, cambio importante del apetito, hipersomnia o insomnio, sensación de estar agobiada, síntomas físicos como dolor mamaria o muscular (DSM-V, 2014).

Algunos trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo mayor, la distimia, el trastorno de pánico, antecedentes de abuso físico o sexual, y médicos, son condiciones que presentan incremento premenstrual de la sintomatología o cuyos indicios pueden simular el Trastorno disfórico premenstrual (Besio, Martínez & Montero, 2012).

Trastorno depresivo persistente (distimia)

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los ausentes durante un mínimo de dos años durante más de dos meses seguidos, con la presencia, durante la depresión, de dos o más síntomas como poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza, sin presencia de un episodio maníaco o hipomaníaco (DSM-V, 2014).

Sus síntomas pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien; las personas con distimia también

pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de su vida (NIMH, 2009).

Otros trastornos depresivos.

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación, producidas tres o más veces por semana, durante un periodo de doce o más meses, presentes en dos de tres contextos (es decir, casa, escuela, compañeros) y son graves al menos en uno de ellos (DSM-V, 2014).

Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades desarrolladas durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento (DSM-V, 2014).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades que predomina en el cuadro clínico (DSM-V, 2014).

Otro trastorno depresivo especificado. En esta categoría predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos, por ejemplo, depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración (4-13 días) y episodio depresivo con síntomas insuficientes (DSM-V, 2014).

Otro trastorno depresivo no especificado. Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico, por ejemplo, en servicio de urgencias (DSM-V, 2014).

En la tabla 5 se encuentran de forma resumida los tipos de trastornos depresivos con una breve descripción de sus características más significativas, de acuerdo con la literatura previamente mencionada.

Tabla 5. Trastornos Depresivos

Trastorno depresivos	Características
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	Cólera grave o recurrente manifestada verbal o comportamentalmente con intensidad desproporcionada a la situación prevista.
Trastorno de depresión mayor	Se caracteriza con la capacidad de realizar diversas actividades impidiendo el desenvolvimiento normal de la persona que lo padece.
Trastorno depresivo persistente (distimia)	Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día impidiendo que la persona desarrolle una vida normal.
Trastorno disfórico premenstrual	Presenta síntomas como irritabilidad intensa, sentimientos de desesperanza o ideas de autodesprecio anterior o posterior a la menstruación.
Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento	Estado de ánimo deprimido debido a la intoxicación o abstinencia por alguna sustancia o medicamento

Trastorno depresivos	Características
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Estado de ánimo deprimido o una disminución de interés por casi todas las actividades que predomina en el cuadro clínico.
Otro Trastorno depresivo especificado	Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo sobre áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica.
Trastorno depresivo no especificado	Se utiliza en situaciones en las que no se especifica el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo, y no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Nota: Tipos de Trastornos depresivos (Fuente propia).

Factores de riesgo para trastornos depresivos

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y supone un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Hay que tener en cuenta que las causas de la ansiedad y la depresión, tanto como síntomas como trastornos; son multifactoriales (Vargas, 2014).

De acuerdo a la WHO World Mental Health Survey Consortium (2010) los factores más frecuentes de la depresión grave son: Antecedentes familiares de depresión, estrés intenso, maltrato o abandono, trauma (físico o emocional), otros trastornos psiquiátricos, pérdida de los padres, o de seres queridos, enfermedades crónicas y otros trastornos de la conducta, aprendizaje o desarrollo.

Sexo

Pérez (2008) señala que la gestación es una etapa de alta incidencia de trastornos depresivos y el puerperio es el periodo de mayor riesgo de depresión en la vida de la mujer.

Además, factores específicos de personalidad y variables clínicas (como las respuestas emocionales) están estadísticamente relacionados al sexo de la persona, lo que de acuerdo a resultados obtenidos por Carrillo, Rojo y Staats (2004) permite establecer como un factor de riesgo o vulnerabilidad el hecho en sí mismo de ser mujer.

Edad

Tanto la edad como el ingreso mensual se relacionan con la presencia de síntomas de depresión (Espinosa, Orozco & Ybarra, 2015). La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

En la adolescencia, la sintomatología puede manifestarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados, entre los que incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas parasuicidas, problemas escolares (Alberdi, et. al., 2006).

Cognición y padecimientos asociados

Investigaciones como la elaborada por Maldonado, et. al. (2007) demuestran correlaciones importantes entre cogniciones automáticas negativas y la depresión; de tal forma que es posible considerar a dichas cogniciones como un factor de riesgo y una vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos depresivos.

Del mismo modo, los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen una prevalencia de depresión superior a la del resto de población (Fernández,

2001). Pueden mencionarse las enfermedades crónicas, como la miastenia grave, la cual se asocia con una prevalencia significativa de los síntomas de depresión y ansiedad, debido principalmente a las características de la enfermedad, su progresión impredecible y su influencia en diversos subsistemas de los pacientes (Ybarra, Kummer, Comini, Oliveira, Gómez, & Texeira, 2011).

Sociales

Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores causales en el caso de síntomas reactivos, pero como factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos (Vargas, 2014).

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Más que la estructura familiar, es el funcionamiento familiar el que tendría una relación con la aparición de depresión, las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos (Vargas, 2014).

Los hombres que reportan síntomas de ansiedad o depresión vivieron con más rechazo críticas e insensibilidad de quienes los rodean, además de percibir más estrés de vida y más estrés de los eventos. Es decir, el entorno social y relaciones interpersonales de carácter negativo son un factor de riesgo para la depresión (Espinosa, et. al., 2015).

Consecuencias de los trastornos depresivos

Los trastornos depresivos generan diversas consecuencias al individuo, las principales engloban una serie de síntomas físicos como la pérdida de peso, anorexia, cansancio o dolores diversos (Fernández, 2001), también suelen generarse cambios psicomotores que incluyen la incapacidad para permanecer sentado, enlentecimiento de lenguaje, pensamiento y movimientos corporales, además del aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y mutismo (World Mental Health Survey Consortium, 2010).

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Los adolescentes evidencian frustración cuando no se cubren las necesidades de seguridad, posesión, afecto y autorrealización, presentando comportamientos desesperanzados con algunos rasgos depresivos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en la medida en que éstas constituyen una forma rápida para experimentar sensaciones placenteras (Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2007).

El perfil sintomático de la depresión en los hombres es, en general, diferente al femenino, con un predominio de la fatiga, insomnio, irritabilidad y pérdida de interés por el trabajo y el tiempo libre (Espinosa, et. al., 2015), siendo el insomnio la alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor (World Mental Health Survey Consortium, 2010). Estos síntomas depresivos interfieren en las funciones y rutinas de la vida familiar (Pezo, Komura & Costa, 2004), afectando, del mismo modo, negativamente las relaciones interpersonales (Espinosa, et. al., 2015).

Además de las diversas consecuencias que se mencionan, se encuentra el riesgo suicida, debido a que el 90 por ciento de las personas que fallecen por este

acontecimiento sufren una patología psiquiátrica como depresión mayor, trastorno bipolar, abuso de alcohol-drogas, esquizofrenia y trastornos de personalidad (Baca & Aroca, 2014).

Modelos explicativos

Modelo cognitivo de la depresión

En el entorno de la Terapia Cognitiva, la noción de esquema debe ser entendida como un conjunto de significados idiosincrásicos con los cuales el sujeto va dando sentido a las diferentes situaciones vitales (Rivadeneira, Dahab & Minici, 2013).

La principal característica de la depresión consiste en distorsiones cognitivas que originan percepciones erróneas y negativas sobre la realidad, la información se procesa de forma patológica (Ortiz, 1997 como se citó en Serrano, et. al., 2013).

Consta de tres elementos básicos: a) triada cognitiva negativa, consiste en patrones de ideas y actitudes abarcando opiniones negativas, b) esquemas negativos, son pensamientos estables y duraderos que presentan generalizaciones de experiencias pasadas y, c) distorsiones cognitivas, generadas de abstracciones selectivas con pensamiento dicotómico magnificación/minimización (Nezu, et. al., 2006).

Desesperanza aprendida de Seligman

Su hipótesis central afirma que la depresión se produce porque la persona pierde la percepción de control sobre su ambiente, aprende que los eventos significativos son independientes de la propia conducta y genera un proceso básico de aprendizaje con el cual se adquieren o eliminan conductas según las consecuencias de las mismas (Dahab, Rivadeneira & Minici, 2007); el aprendizaje de su comportamiento con resultados independientes produce efectos

motivacionales, cognitivos, emocionales y de falta de control (Maier & Seligman, 1976).

Se asume que las atribuciones globales para malos sucesos influyen la generalidad de los déficits, mientras las atribuciones internas inducen déficits de autoestima y trastornos emocionales subyacentes a la indefensión aprendida (Metalsky, Abramson, Seligman, Semmel & Peterson, 1982).

Tratamiento basado en evidencias para el manejo de depresión

Los tratamientos basados en evidencias con llevan indudablemente a la disminución de afectación por los trastornos depresivos (Patten, et al., 2009). Existe evidencia relacionada a los resultados positivos de tratamientos psicoterapéuticos, en especial aquellos de enfoque CC, en pacientes diagnosticados con depresión leve o moderada; los resultados suelen ser significativamente más altos cuando la psicoterapia y prescripción de fármacos antidepresivos actúan de forma conjunta (Nestrel, Barrot, DiLeone, Eisch & Gold, 2002).

The Australian Psychological Society Ltd. ([APS], 2010) clasifica las intervenciones para la depresión, de acuerdo a los niveles de evidencia significativa existente (en donde el nivel I es de mayor evidencia y el nivel IV de menor), incluyendo en el nivel I (mayor nivel de evidencia) la TCC, Psicoterapia Psicodinámica Breve y auto-ayuda (basada en principios de TCC), integra en nivel II la Psicoeducación, Terapia Conductual Dialéctica, Terapia enfocada en la emoción, Terapia Breve enfocada en Soluciones y en el nivel III a Terapia Cognitiva basada en la *Mindfulness*.

Comer (2015) argumenta que las intervenciones psicoterapéuticas que han demostrado evidencia científica relacionada a su eficacia en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad son: Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Cognitiva basada en la *Mindfulness* (conciencia plena), y el Tratamiento Biológico.

Goldfield (2010) hace una recopilación sobre las recomendaciones basadas en evidencia sobre la práctica terapéutica que ha demostrado mayor eficacia y eficiencia para tratar la depresión, algunas de ellas son:

1. National Institute For Health and Clinical Excellence ([NICE], 2009).
Recomienda para los usuarios con sintomatología depresiva leve una intervención de baja intensidad (entrenamiento y supervisión de uso de guías de auto-ayuda, programas estructurados de actividades físicas o TCC mediante computadora)
2. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale ([INSERM], 2004).
3. The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians ([WONCA], 2004)

Aquellas psicoterapias breves recomendadas para el tratamiento del trastorno depresivo mayor son: Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Interpersonal y Terapia de Resolución de Problemas (*Management of Major Depressive Disorder*, 2009). De igual forma, un meta-análisis realizado por Fletcher (2007) indica que hay evidencias suficientes para asegurar que la TCC y TIP tienen resultados estadísticamente positivos como tratamiento para la depresión.

De acuerdo con las evidencias encontradas por Thomas (2012) en cuanto a la efectividad de la aplicación de ciertas técnicas específicas en el tratamiento de Trastornos Depresivos (y depresión mayor específicamente), se recomienda aplicar acciones dirigidas a: fomentar habilidades en el paciente que permitan una mejor relación con su entorno y de afrontamiento, aumentar conductas que resulten

gratificantes, y disminuir situaciones, emociones o cogniciones relacionadas con el mantenimiento del padecimiento.

Meta-análisis sobre los resultados de tratamientos para la depresión revelan que la psicoterapia es tan efectiva como el tratamiento farmacológico, quedando en desventaja éste último debido a que no incide de forma positiva para la disminución de reincidencia (Hunsley, et. al., 2013). La efectividad de intervenciones psicoterapéuticas sobre pacientes con depresión grave y moderada es mayor cuando se realizan mediante la activación conductual, psicoterapia interpersonal y terapia cognitivo-conductual; en cuanto a intervenciones farmacológicas se recomienda el uso de antidepresivos como los SSRI y Tricíclicos antidepresivos (TCAs); considerando la posibilidad de que existan efectos nocivos adversos al uso de éstos fármacos (WHO, 2015b)

Terapia Cognitivo-Conductual

La psicoterapia con éste enfoque es recomendada por la APA (2010) como un tratamiento inicial para pacientes diagnosticados con depresión mayor de leve a moderada, en tanto su intervención se encuentre basada en evidencias. De acuerdo con Thomas (2004), las intervenciones CC han demostrado evidencias científicas en cuanto a sus intervenciones en trastornos depresivos; uno de los principios de la terapia se enfoca en ayudar a los usuarios a identificar y posteriormente modificar pensamientos negativos, disfuncionales y adaptativos para sustituirlos posteriormente por otros más realistas y positivos.

Nezu, et. al. (2006) postulan algunas metas básicas generales a seguir en la formulación de un plan de tratamiento para los trastornos depresivos: disminuir cogniciones disfuncionales e incrementar, mejorar u optimizar a) capacidad de autocontrol, b) tasa de reforzamiento positivo, c) habilidades interpersonales y de resolución de problemas; también sugiere algunas técnicas específicas que consideran útiles para alcanzar dichas metas: reestructuración cognitiva, activación

conductual y entrenamiento en resolución de problemas, autocontrol y en habilidades sociales.

Puerta y Padilla (2011) en base a los resultados eficientes de la TCC para el tratamiento de la depresión también postulan una serie de objetivos primordiales que se deben plantear:

1. Disminución pensamientos disfuncionales. Abordar aquellas ideas y actitudes negativas del mundo, sí mismo, y del futuro (triadas cognitivas); pensamientos de generalización acerca de experiencias pasadas que conllevan a juzgar de forma reiterada el presente y futuro (esquemas cognitivos); y distorsiones cognitivas (por ejemplo la abstracción selectiva, sobregeneralización, personalización, pensamiento dicotómico, indiferencia arbitraria o la magnificación y minimización).
2. Optimizar de habilidades de autocontrol. Entrenar al usuario en el proceso de alcance de metas por medio de tres componentes: auto-monitoreo, auto-evaluación y auto-refuerzo.
3. Aumentar habilidades de resolución de problemas. Prestar especial atención a la orientación que el usuario tiene sobre el problema; suele ser de amenaza, impotencia, incapacidad, frustración y molestia.
4. Incrementar tasa de reforzamiento positivo y mejorar habilidades sociales o interpersonales.
5. Metas adicionales. Reducir ideación suicida y recaídas, así como mejorar salud física general y la relación marital.

Una intervención llevaba a cabo por Vázquez, Otero, López, Blanco y Torres (2010) centrada en Terapia de Resolución de Problemas demostró reducir significativamente los niveles de sintomatología depresiva en una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia; como es bien sabido, dicha terapia aborda el entrenamiento en cinco ejes: orientación del problema, definición

del problema, generación de posibles soluciones alternas, toma de decisiones, y aplicación de la solución seleccionada (seguida de la verificación de sus resultados).

Tratamiento Biológico

Neurofeedback. Manchado y Deusen (2011) postulan de acuerdo con su meta-análisis sobre los resultados de EEG que es una herramienta complementaria de suma relevancia para el tratamiento de trastornos depresivos porque permite atender las demandas electrofisiológicas de la población diagnosticada; se hace evidente su impacto en el córtex prefrontal izquierdo (específicamente en la asimetría inter-hemisférica de Alpha y la razón Theta/Beta, así como en el decremento de Beta-3).

Terapia Electroconvulsiva. Un análisis muy específico sobre su alta efectividad demostrada a lo largo de las últimas décadas fue llevado a cabo por Barros, Rosa, Silva, Rodrigues y Fleck (2009), en el que se concluye la obtención de mejores respuestas que con tratamiento farmacológico, causando un efecto positivo en la calidad de vida del paciente debido a que también su percepción sobre el tratamiento es positiva; aunque es importante mencionar la controversia relacionada a los niveles del factor neurotrófico cerebral.

Tratamiento farmacológico

De acuerdo con la APA (2010) la categorización de los diversos tipos de antidepresivos consiste en cinco rubros, cada uno de ellos con fármacos específicos:

- 1) ATC. Maprotilina.
- 2) los ISRS. La fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram, paroxetina y escitalopram.
- 3) IRSN. La duloxetina, venlafaxina y desvenlafaxina.

4) Otros antidepresivos. La mirtazapina, nefazodona, tranilcipromina y fenelzina

5) MAO. Phenelina, tranilcipromina, isocarboxazida y la formulación transdérmica de selegilina.

Para pacientes con sintomatología depresiva de leve a moderada se recomienda iniciar el tratamiento con Antidepresivos, debido a la seguridad y tolerabilidad que se ha demostrado ante dichos fármacos; para algunos resulta opcional la selección de fármacos como SSRIs, SNRIs, Mirtazapina o Bupropión y el uso de MAOIs suele estar restringido para usuarios que no responden al tratamiento (APA, 2010). Un estudio realizado por Arroll et al. (2005) nos postula que tanto los SSRI como los TACs son igual de efectivos que los placebos, y que es más recomendable el uso de SSRI debido a que resulta más seguro y con menos efectos adversos que los TACs.

De acuerdo con un análisis realizado por Pérez-Wehbe, et. al. (2014), en el que se evalúa la efectividad de fármacos utilizados del año 2000 al 2008, la Venlafaxina es clínicamente más eficaz que los SSRIs e igual de efectivos que los ADs.

Otro meta-análisis llevado a cabo por Tsapakis, Soldani, Tondo y Baldessarini (2008) concluye que los Antidepresivos no tienen eficacia significativa en población infantil y adolescente (con excepción de fluoxetina en ésta última población); también retoman la idea de ser cuidadosos al considerar el consumo de los SRI debido a los efectos adversos que suelen generar: mayor ideación suicida y presencia de conductas auto-lesivas. De acuerdo con otro meta-análisis, el uso de Litio es altamente recomendable en usuarios que no responden adecuadamente a los Antidepresivos (Pérez-Wehbe, et al. 2014).

Capítulo 3. Conducta y riesgo suicida

Definición

El suicidio ha tenido diversas connotaciones a lo largo de los años alrededor de diversas condiciones culturales, dependiendo del momento histórico desde el cual se intente identificar. Se define al suicidio como aquella muerte causada por lesiones deliberadas e intencionales con un objetivo específico e individualizado OMS (1992, citada en Toro, 2013)

La ideación suicida se define como aquel cúmulo de pensamientos (reiterados e intrusivos) relacionados a una muerte autoinfligida y que incluye dicho propósito conformado por situaciones y medios claramente propuestos (De Bedout, 2008). Son una serie de pensamientos que tienen como contenido principal ideas alrededor de su propia muerte es lo que se define como ideación suicida, esta puede variar de severidad y gravedad en relación al nivel intencional y de especificidad sobre los planes realizados y para llevar a cabo el acto (APA, 2003).

Villalobos-Galvis (2010) define la ideación suicida como un cúmulo de cogniciones relativamente normales debido a su presencia en un número considerable de personas, sin embargo también señala que su presencia de forma excesiva, intensa y permanente es lo que potencializa su naturaleza amenazadora. Se trata de indicadores sobre problemas mentales, y es considerado como uno de los principales factores de riesgo para llevarse a cabo el suicidio (Ceballos-Ospino, et al., 2015; Pereira & Cardoso, 2015).

En general, las conductas suicidas hacen referencia a todo un complejo conformado por ideación, intento y comportamientos autolesivos de muerte, producto de deficientes estilos de afrontamiento, cogniciones negativas autorreferentes, y una serie de procesos perceptuales selectivos, rígidos y generalizados (Toro, 2013).

Epidemiología

Mundial

La WHO estima que ocurren aproximadamente 800 000 muertes por suicidio cada año, se encuentra entre las 15 principales causas de muerte en todo el mundo (WHO, 2016), calculando que cada 40 segundos muere una persona por suicidio en alguna parte del mundo (WHO, 2014). De acuerdo con Villalobos-Galvis (2009) el 64.6% de las muertes por suicidio, así como el 70% de los intentos, se dan en personas con edad entre 15 y 29 años.

Tan solo en el año 2012 sucedieron alrededor de 804,000 suicidios (el 1.4% del total de muertes en el mundo en dicho año), el 75 por ciento de ellos en países con medios y bajos ingresos económicos, considerándose como la segunda causa de muerte de individuos de entre 15-29 años de edad (WHO, 2016).

Algunos de los objetivos planteados por la WHO (2013) a implementar en su plan de acción son: promoción del bienestar mental, prevención de desórdenes mentales, y disminución de la tasa de mortalidad y morbilidad de muertes por dichos desórdenes, incluyendo disminución de un 10% del número de muertes totales por suicidio para el año 2020 debido a que su prevención es una prioridad de suma importancia.

Nacional

Un estudio realizado por Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) reporta un aumento de 275% de muertes por suicidio desde el año de 1970 hasta el 2007, siendo el grupo de edad de entre 15 y 29 años el que presentó el aumento más significativo, también reportan una prevalencia (de por vida) de ideación suicida del 9.7% y del 3.8% de intentos suicidas.

En la República Mexicana durante los últimos 12 meses se presentó ideación suicida en 6 601 210 personas y 593 600 intentaron consumar el suicidio (Borges, et al., 2010). Se trata de la novena causa de mortalidad en grupos de edad de entre 15 y 64 años (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2015) reporta que del total de suicidios consumados, más de la mitad son llevados a cabo por personas que padecían algún trastorno depresivo, señalando que uno de cada cuatro suicidios están asociados al alcoholismo (algunos otros asociados son trastornos de ansiedad o esquizofrenia). Durante el 2013 se registraron 5,909 muertes por suicidio, tomando el décimo lugar nacional de causas de muerte, es decir, de cada 100.000 habitantes, cinco mueren en condiciones suicidas (INEGI, 2015).

Se reporta un crecimiento de la tasa suicida desde el 2000 hasta el 2013 de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100.000 mexicanos y mexicanas. Las entidades Federativas con mayor tasa son Aguascalientes, Quintana Roo y Campeche (9.3, 8.8 y 8.5, respectivamente) siendo Guerrero (2.7) y Tlaxcala (3.1) aquellas con la más baja (INEGI, 2015).

En cuanto al método utilizado para llevar a cabo el suicidio, el ahorcamiento (sofocación) es el más frecuente en ambos sexos (77.3% del total de suicidios) y el segundo es el disparo con arma en los hombres y el envenenamiento en las mujeres, ocurriendo el 74% en viviendas particulares, posicionándolo como el lugar más frecuente (INEGI, 2015). El INEGI (2015) también reporta que el 48% de personas que cometieron suicidio se encontraban en unión conyugal, que el 29.9% no trabajaba y que el grupo con mayor tasa suicida es aquel con nivel educativo de secundaria (31.8%).

Factores de riesgo

El suicidio es un fenómeno humano particularmente complejo, no sólo por causas, sino además por las dificultades que implican su definición y su atención (Villalobos-Galvis, 2010). Las personas con riesgo suicida realizan manifestaciones prodrómicas del suicidio, es decir, que de alguna manera anticipan a quienes los rodea lo que piensan hacer (Velasco, 2014). Al ser un acto cuya realización influye la conjunción de múltiples factores, es muy difícil atribuir exclusiva responsabilidad a un factor específico (Martínez & González, 2007; Mosquera, 2016).

González, Ramos, Caballero y Wagner (2003), aseguran que la impulsividad y las respuestas de afrontamiento agresivas son importantes correlatos de riesgo, más aún cuando ambas variables coexisten, constituyéndose una combinación de alto riesgo para depresión, ideación e intento suicida; tanto en hombres como mujeres.

Otras condiciones asociadas son de tipo familiar y medioambiental, como el valor de la psicopatología parental, la historia familiar de suicidio, inestabilidad o conflictiva intrafamiliar, muerte de uno de los padres o el divorcio, y presencia de cualquier tipo de violencia, así como relación interpersonal con pares, el apoyo del sistema escolar, la disponibilidad y acceso a algún agente letal, entre otros (Martínez & González, 2007).

La conducta suicida del joven no puede considerarse como un acto plenamente dirigido por el deseo de morir, el intento suicida involucra un debate interno entre el deseo de morir y el de seguir vivo (Garduño, et. al., 2011). Los pensamientos que se abarcan hace referencia no solamente a la consideración del acto suicida, sino que formulan las posibles explicaciones con la finalidad de darle sentido, tales como el fracaso, la desesperanza, la baja autoeficacia, la frustración o la tristeza (Villalobos-Galvis, 2010). Entre los factores de riesgo más comunes del suicidio podemos encontrar:

Edad

Aunque el suicidio es relativamente raro entre niños, la cantidad de suicidios e intentos de suicidio aumenta significativamente durante la adolescencia (Velasco, 2014). Entre los jóvenes, el suicidio ha emergido como un importante problema de salud pública (Martínez & González, 2007). La correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo (Cañón, 2011).

De 1970 a 2007, en los hombres se observa un incremento en las tasas de 15-34 años y se disminuyen hasta el grupo de los 65 años y más, donde vuelve a incrementar; eleva rápidamente en el grupo de 15-29 años, constituyendo ahí una de las primeras causas de muerte (Borges, et. al., 2010). Se cree, además, que por lo menos 25 intentos se hacen por cada suicidio de un adolescente (Velasco, 2014). Sin embargo, los suicidios son más frecuentes a medida que la edad va aumentando, por tanto en personas de 75 años o más son tres veces mayores que en las personas de 15 a 24 años (Mosquera, 2016).

Sexo

La investigación de Wilcox, Conner y Caine (2004), sobre el suicidio, en su mayor parte se ha realizado en los países occidentales industrializados, donde las mujeres tienen menores tasas de suicidio y una menor prevalencia de los trastornos de uso de alcohol y drogas, lo que contribuye a pequeñas submuestras de las mujeres con trastornos por consumo de drogas en los estudios de suicidio.

Espinoza-Gómez, et. al., en el 2010, encontraron que resalta la frecuencia de ideación suicida, intento suicida y la percepción de violencia en todas sus formas, sensiblemente mayor en mujeres que en hombres, mientras que el tabaquismo, el uso de drogas y alcohol fue menor en mujeres.

La ideación suicida es significativamente más frecuente en las mujeres que en los hombres, tanto en países desarrollados y en desarrollo (Borges, et. al., 2010), aunque éstas presentan mayor incidencia de ideación e intento suicida, los varones son quienes culminan el suicidio con mayor frecuencia (Canetto & Sakinofsky, 1998 como se citó en Espinoza-Gómez, et. al., 2010; Suominen, et. al., 2004). En los

años de 1970-2007 el crecimiento de mortalidad es de 4.1 suicidios masculinos por uno femenino (Borges, Orozco, et. al., 2010).

Trastornos mentales

Por su naturaleza, el suicidio está asociado a la salud mental del individuo, ya que es una situación de crisis que pone en riesgo la vida (Granados & Reyes, 2014). Estudios de autopsias psicológicas demuestran que sobre el 70% de los jóvenes suicidas presentaban múltiples comorbilidades psiquiátricas, lo que incrementa notablemente el riesgo autolítico existiendo una relación directamente proporcional entre número de patologías asociadas y probabilidad de cometer suicidio (Martínez & González, 2007).

Algunos tipos de muerte derivados de patologías mentales como la psicosis son provocados por los sujetos sin un conocimiento real de las consecuencias de sus actos (Andrade, 2012). Además, la psicopatología de los padres y otras adversidades familiares en la infancia resultan ser predictores significativos de forma consistente de ideación suicida en los países desarrollados y en desarrollo (Borges, et. al., 2010).

Durante crisis dolorosas, el pensamiento suicida produce un alivio de tensión (Velasco, 2014). Se considera que más de un 50% de los adolescentes que se suicidan, sufren depresión mayor, de estos, un 25% hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y un 15% finalmente se suicida (Cañón, 2011). El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras discapacidades o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, VIH, etc.) se relacionan en un alto porcentaje de la conducta suicida (Granados & Reyes, 2014).

Comportamientos patógenos

El suicidio o intento de suicidio se toma como camino cuando no se encuentra otra salida posible a lo que se está viviendo o sintiendo (Granados & Reyes, 2014). La mayoría de adolescentes tras un intento suicida manifiestan que lo hicieron porque estaban intentando escapar de una situación que se sentían incapaces de afrontar o les parecía imposible de superar (Velasco, 2014).

En toda conducta destructiva existe una buena cantidad de agresión que puede dirigirse hacia adentro, como en los estados depresivos y las tendencias autodestructivas, o dirigirse hacia afuera, por medio de actos delictivos o agresivos (Garduño, et. al., 2011). El impacto de la depresión sobre la conducta suicida puede ser elevado entre las personas con mayor agresión. El enlace de la depresión-agresión también puede extenderse a la conducta suicida de las personas dependientes del alcohol (Conner & Duberstein, 2008).

El alcoholismo y la depresión pueden actuar sinérgicamente para promover riesgo de suicidio (Conner & Duberstein, 2008). La evidencia sobre una asociación de suicidio con trastornos de uso de alcohol y drogas como el tabaco (Espinoza-Gómez, et. al., 2010) se basa en gran medida en los estudios de cohorte retrospectivos y prospectivos y estudios post mortem "autopsia psicológica" (Wilcox, et. al., 2004). Los mayores niveles de afecto negativo y sin esperanza que a menudo acompaña el alcoholismo hacen que estas personas sean más vulnerables a la depresión y el comportamiento suicida (Conner & Duberstein, 2008).

Abuso sexual

El análisis de casos y controles del estudio realizado por Espinoza-Gómez, et. al., (2010) mostró una fuerte asociación entre la conducta suicida y la percepción de violencia doméstica en todas sus formas, particularmente con el abuso sexual, que arrojó valores elevados.

Tanto el abuso sexual como el intento suicida pueden afectar el estado de salud mental de quien los ha experimentado. La asociación entre abuso sexual en

casa y la conducta suicida, aunque no se especifique el agresor, obliga a poner mayor atención a la vigilancia de esta conducta delictiva, que bien podría catalogarse como daños a la salud. Existe un predominio de la población femenina sobre la masculina en cuanto a los antecedentes del abuso sexual e intento suicida alguna vez en la vida (Espinoza-Gómez, et. al., 2010; González, Ramos, Vignau & Ramírez).

Condiciones sociales

En cuanto a las variables que comprometen a la familia, los conflictos con alguno de sus miembros se asocian con mayor riesgo de intento suicida, a la vez que el tipo de familia separada (Cañón, 2011). Cuando el adolescente percibe cierto rechazo o la situación familiar le causa sentimientos de enojo-agresión, expresará estos mismos sentimientos por diversos medios, y cuando el suicidio ocurre en este contexto, comunicará a los demás sus sentimientos, súplicas o demandas (Garduño, et. al., 2011).

A pesar de todas las características, aún resulta difícil predecir cuando el suicida va a transformar su fantasía en un acto concreto (Velasco, 2014). Investigadores y profesionales deben centrar más sus esfuerzos en ofrecer teorías de la resiliencia ante el suicidio, más contextualizadas en factores de protección, sin perder de vista la modulación de factores culturales y ecológicos para comprender cómo los adolescentes y jóvenes pueden superar la adversidad (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014). El suicida opta por el suicidio cuando no se siente capacitado para enfrentar un problema y siente que los demás no perciben su real necesidad de ayuda, el mensaje viene enmascarado y hay que tratar de descifrar su verdadero contenido de comunicación (Velasco, 2014).

Algunos adolescentes con riesgo tienen correlato con el creciente conflicto entre el sistema educativo “patriarcalista” al que se oponen a toda costa, deviene en el establecimiento de una relación conflictiva con la autoridad, comunidad y se vincula a conductas ansiosas como el bullying (Andrade, 2012). Los análisis de

casos realizados en el estudio de Espinoza-Gómez, et. al. (2010) indican que la forma de violencia física puede ocasionar también conducta suicida y, eventualmente, consumación de suicidio.

En los países desarrollados, el abuso físico en la infancia predijo intentos planeados y no planeados de suicidio, el abuso sexual sólo predijo intentos planeados de suicidio, y el abandono infantil y la violencia familiar predijo intentos no planeados (Borges, et. al., 2010). En el adolescente con riesgo suicida, los primeros indicadores psicosociales evidencian agresividad familiar, hostilidad externa y autoagresiones (Andrade, 2012).

Valoración del riesgo suicida

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento (Sistema Nacional de Salud, 2012). Existen una serie de señales presentes en individuos con riesgo suicida (AFSP, 2016; APA, 2003).

Experimentan una o más de las siguientes: humillación, irritabilidad, ansiedad, depresión, odio, y pérdida de interés (AFSP, 2016). Se incluyen aquellas sobre el incremento de uso alcohol y otras drogas, agresividad, búsqueda de medios para matarse (búsqueda vía internet, por ejemplo), aislamiento de familiares y amistades, dormir mucho/poco de forma en exceso, despedirse de la gente personalmente o mediante llamadas telefónicas (como si fuese un adiós definitivo), o regalar pertenencias preciadas y hablan sobre a no tener razones para vivir, ser una carga para los demás, sentirse atrapado, matarse a sí mismo, o experimentar dolores insoportables (AFSP, 2016).

Factores protectores

Cáceda (2014) los identifica como aquellos factores que permiten disminuir la probabilidad de aparición o permanencia del riesgo suicida, de acuerdo con estudios científicos, un bajo riesgo se encuentra asociado con un mayor sentido de propósito en la vida, trascendencia, y conexión con las demás personas, (comunidad, amistades y familiares).

Algunos de los factores que se podrían considerar como protectores son el apoyo social, creencias religiosas, estar en unión conyugal, y ser responsable o de niños (Cáceda, 2014; Centre for Suicide Research). De igual forma, tener herramientas efectivas de afrontamiento, resolución de problemas y conflictos (incluyendo formas no violentas de discusión) y la resiliencia disminuye el riesgo suicida (Cáceda, 2014). Otros factores de protección asociados al entorno ambiental referidos por Cáceda (2014) tienen que ver con una adecuada y efectiva atención clínica en torno a trastornos físicos, mentales, y abuso de sustancias, y con una mayor facilidad para acceder a servicios de atención a la salud en general.

Consecuencias

Los motivos principales para estudiar las conductas suicidas radican en que éstas no sólo producen un gran malestar mental y sufrimiento psíquico y pueden producir consecuencias físicas de primera magnitud, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado (Borges, et. al., 2010). Ningún acto suicida es repentino o impulsivo, la mayoría de las veces, ese plan ha sido desarrollado gradualmente y calculado de la fantasía de la persona con todos los detalles (Velasco, 2014).

El efecto que una muerte causa en la familia es directamente proporcional a la forma en que fallece, la persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes, que tienen que lidiar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo (Piña, 2014). El suicidio provoca rabia, resentimiento,

ira, odio, envidia, puede vivirse como una traición, como una falta de amor, como una falta de responsabilidad, como una debilidad por lo que hizo ya que no tuvo el valor de seguir adelante (Velasco, 2014).

Miles de personas en el mundo son supervivientes al suicidio de un miembro de su familia o de un ser querido, y se quedan no sólo con la sensación de pérdida, sino también con el legado de vergüenza, el miedo, el rechazo, el enojo y la culpa (Piña, 2014).

Consideraciones generales para la prevención

El suicidio es considerado por diversos profesionales de la salud como un grave problema de salud pública que requiere programas y estrategias de intervención para abordar el riesgo suicida y la prevención de su consumación (Muñoz, Sánchez, Palacios & Franco, 2014). El suicidio provoca rabia, resentimiento, ira, odio y envidia, puede vivirse como una traición, una falta de amor y responsabilidad, una debilidad del individuo por lo que hizo, ya que no tuvo el valor de seguir adelante (Velasco, 2014).

A lo largo de las recientes décadas, ha aumentado el conocimiento sobre las conductas suicidas y todo aquello que debe considerarse para lograr su prevención (factores biológicos, sociales, ambientales, culturales y psicológicos), lo que ha hecho posible identificar y sugerir intervenciones con la finalidad de reducir el impacto de factores de riesgo asociados al suicidio (WHO, 2014).

Sistema social y de salud pública

Es necesario implementar programas de prevención suicida en las escuelas, con el objetivo de identificar tempranamente a todas las personas con algún indicador de riesgo suicida y de esa forma proceder a generar estrategias individualizadas de intervención (Sánchez-Teruel, García-León & Muela-Martínez, 2014). Deben abordarse contenidos sobre: políticas de salud mental, políticas para reducir el uso de alcohol, evaluación del cuidado de salud y restricción de acceso a medios (WHO, 2014).

Muñoz, et. al. (2014) enfatizan en la necesidad prioritaria de otorgar entrenamiento, relacionado a prevención del suicida, a personal médico de cuidado primario debido a que generalmente son con quienes hacen el primer contacto los pacientes con riesgo suicida.

Comunidad y relaciones amorosas

Para poder alcanzar impactos significativos a nivel preventivo en éste ámbito, se deben realizar tres acciones: intervenciones para grupos vulnerables, entrenamiento en *Gatekeeper* (reconocimiento de señales características de personas que contemplan la posibilidad de suicidarse), y la creación optimización de líneas especializadas para atención en crisis (WHO, 2014).

Intervenciones en este nivel implican lo siguiente: dar seguimiento y apoyo comunitario (llamadas telefónicas/tarjetas), evaluación y manejo de conductas suicidas (sobretudo ideación/planeación suicida), así como la evaluación y manejo sobre el padecimiento de algún trastorno mental y/o de abuso de sustancias (WHO, 2014).

Los psicólogos señalan la importancia de intervenciones comunitarias enfocadas a temáticas sobre el seguimiento de pacientes con riesgo suicida (Muñoz, et al., 2014), indicando que ello puede aumentar la efectividad entorno a la prevención del suicidio.

Modelos explicativos

Resulta complicado comprender completamente la naturaleza de las conductas suicidas debido a su compleja naturaleza multicausal (Sánchez-Teruel, et. al., 2014), a continuación se presentan algunos modelos que pretenden explicar el fenómeno.

Desesperanza aprendida de Seligman

El modelo de Desesperanza Aprendida predice que las personas que presentan un estilo de atribuir resultados negativos a factores globales mostrarán los déficits de impotencia a nuevas situaciones que son similares o diferentes a la situación original en la que estaban indefensos y aquellas que sólo atribuyen los resultados negativos a factores específicos mostrarán déficits de impotencia a situaciones no muy diferentes a la original en la que se encontraron indefensos (Alloy, Peterson, Abramson & Seligman, 1984).

González y Hernández (2012) describen a la desesperanza aprendida como un estado en el que el individuo no emite respuestas para evitar la estimulación aversiva, sea porque no encuentra ningún reforzador ante la conducta de escape o porque le es imposible escapar, lo que puede llevarlos a perder la motivación, la esperanza de alcanzar metas y renunciar a toda posibilidad de que las cosas salgan bien, se resuelvan o mejoren. Es por ello que el estudio de la desesperanza ha sido asociado a diversos modelos del riesgo suicida (González & Hernández, 2012).

Visión sociológica de Durkheim

Émile Durkheim (1897) señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales, debido a que las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social, que puede ser excesiva o insuficiente del individuo en colectividad. La persona suicida pierde el sentido de la ley, normas sociales y se vuelve escéptico ante la vida y todo lo que ésta implica (Moreno, 2013).

Su finalidad sería la autodestrucción “directa o indirecta”, acto ejecutado por la propia víctima, sabiendo que el corolario es la muerte, pasando por tentativas en las que se ha planificado morir y ha sido detenida de su efecto final pero puede repetirse hasta concretarse la autoeliminación (Andrade, 2012).

Tratamiento para el manejo de riesgo suicida

Un aspecto de suma importancia es aquel vinculado con la capacidad de intervenciones para demostrar su eficacia en el abordaje de conductas y riesgo suicida, demostrar las diferencias entre personas que hayan recibido algún tipo de intervención en comparación con las que no, mediante metodología rigurosa y que considere diversas variables, se vuelve una situación medular de todo tratamiento psicoterapéutico con cualquier enfoque (Toro, 2013).

Pereira y Cardoso (2015) señalan la importancia de implementar programas y servicios psicoterapéuticos de intervención dirigidos al tratamiento del fenómeno suicida, basados en evidencias, y específicamente en población universitaria debido a las alarmantes estadísticas epidemiológicas.

Terapia Cognitiva-Conductual

Ha demostrado resultados ampliamente reconocidos en población adolescente diagnosticada con depresión y que presenta ideación suicida, en los que se disminuyó la intensidad de ésta última condición, así como aquellos

pensamientos con contenido de desesperanza y cambios clínicamente significativos (Rosselló, Duarte-Vélez, Bernal & Zuluaga, 2011; Jiménez, Duarte, & Bernal, 2011).

Ghahraman, Holloway, Neely y Tucker (2014) aseguran que la TCC permite reducir eficientemente la recurrencia de violencia auto dirigida y la prevención del suicidio desde la perspectiva Cognitivo-Conductual, la cual consiste en a) desactivar el modo suicida, modificar su estructura-contenido, y b) construir y practicar estructuras más adaptativas que promuevan el deseo y decisión de vivir.

Lo anterior, mediante la implementación de objetivos dirigidos a la prevención del suicidio: otorgar psicoeducación, reducir factores de riesgo, incrementar el afrontamiento efectivo, minimizar el aislamiento social, incrementar la adherencia médica, y generar un plan de seguridad (Ghahraman, Holloway, Neely & Tucker, 2014).

El objetivo principal de la terapia cognitiva está dirigido a la reducción de conductas suicidas, utilizando estrategias que permitan adquirir herramientas sobre resolución de problemas, conceptualización de caso, reestructuración cognitiva y conductual, reducción de conductas impulsivas, ampliación de redes de apoyo social, y armar “kits” de esperanza y de afrontamiento, todo lo anterior con cuatro objetivos principales (Toro, 2013):

- a) Generar capacidades para afrontar la desesperanza y conductas dirigidas al suicidio.
- b) Generar la adherencia al tratamiento y así reducir la deserción.
- c) Potencializar el uso de los servicios de salud con fines adaptativos.
- d) Aumentar el uso de redes de soporte social con fines adaptativos.

La identificación de factores de riesgo y estresores (emocionales, cognitivos, conductuales y sobre dinámica familiar), así como de los déficits relacionados a regulación emocional, dificultades en resolución de problemas y para tolerar estrés, e inhabilidad para identificar/manejar pensamientos o creencias desadaptativas

(como desesperanza por ejemplo), es un trabajo central del enfoque Cognitivo-conductual para prevenir el suicidio (Stanley, et al., 2009).

Stanley, et al., (2009) desarrollaron un efectivo plan de actividades (con evidencias de resultados positivos) específico dirigido a adolescentes quienes recientemente tuvieron un intento suicida (periodo menor a 3 meses), y/o aquellos que han experimentado episodios de ideación suicida, cuyo principal objetivo es reducir los factores de riesgo suicida de forma tal, que les sea posible generar estrategias de afrontamiento adecuadas para prevenir conductas suicidas, y se encuentra conformado por tres fases:

- a) Fase Inicial. Se deben realizar las siguientes actividades durante las dos primeras sesiones: análisis de la situación desencadenante, plan de seguridad, psicoeducación, y durante la tercer sesión se debe llevar a cabo la construcción de esperanza e identificación/desarrollo de razones para vivir, conceptualización del caso.
- b) Fase Intermedia. En ésta fase, el objetivo es el entrenamiento en habilidades conductuales y cognitivas por medio de sesiones individuales implementando. activación conductual, monitoreo emocional, técnicas de regulación emocional y manejo del estrés, restructuración cognitiva, resolución de problemas, ajuste de objetivos, soporte social y habilidades asertivas; y familiares en las que se entrena a la familia, como un todo, para regulación emocional, solución de problemas, comunicación y restructuración cognitiva.
- c) Fase Final. Se lleva a cabo entre de la sesiones 10-12, implica el término del tratamiento, implica realizar tareas “en vivo” que fungen como preventivo (e incluso para valorar la efectividad del proceso terapéutico) para recaer en conductas suicidas mediante la aplicación de técnicas adquiridas, esto se lleva a cabo en cinco pasos: preparación, revisión de intento o crisis suicida, revisión del intento/ crisis utilizando las habilidades, revisión de un futuro escenario de riesgo, y la reflexión/seguimiento.

De igual forma Toro (2013) elabora un plan de tratamiento conformado también por tres fases, cada una con objetivos y actividades muy claras, las cuales son:

1. Fase primaria (1-3 sesiones). El objetivo se relaciona con la adherencia al tratamiento, y las actividades son: pedir que cuente la historia que lo llevó al intento suicida, atender el riesgo suicida, desarrollar un plan de seguro de emergencia, conceptualizar el intento suicida, resolución de problemas, recuperar el sentido de esperanza.
2. Fase intermedia (4-7 sesiones). El objetivo es implementar herramienta para afrontar situaciones estresores y control de impulsos mediante reestructuración cognitiva y conductual, las actividades: Identificar y modificar creencias entorno a intentos suicidas y sus estrategias de afrontamiento, reestructuración de pensamientos desadaptativos y automáticos, enseñar técnicas para afrontar pensamientos desadaptativos (como tarjetas), construcción de un kit de esperanza para crisis, aumentar regulación emocional y la tolerancia a malestar psicológico.
3. Fase final del tratamiento. Mediante tareas para prevenir recaídas se propicia el incremento de herramientas cognitivo-conductuales, y como cierre del tratamiento se recomienda utilizar una guía imaginara de prevención de recaídas.

Ghahramanlou-Holloway, Neely y Tucker (2014) proponen un plan de intervención dirigido a la prevención del suicidio que también consiste en tres fases a desarrollar en 10 sesiones aproximadamente, cada una con duración de 45-50 minutos llevadas a cabo de forma semanal, las fases y algunas consideraciones se describen.

Algunos aspectos básicos que deben ser abordados durante el proceso terapéutico se encuentran estrechamente ligados a intervenciones dirigidas a optimizar las capacidades de resolución de problemas, tratamiento de personalidad limítrofe (en dichos casos) e incrementar afrontamiento ante la desesperanza (Links, Bergmans & Cook, 2003).

En este sentido, vale la pena mencionar un par de actividades específicas que sugieren (Ghahramanlou-Holloway, Neely & Tucker, 2014) y que se vinculan con la segunda fase (y corresponde a dichos objetivos planteados):

1. Construir una “caja de esperanza”. Se utiliza cuando ocurre la activación de pensamientos suicidas, ayuda a modificar dichos pensamientos que generalmente se presentan durante estrés extremo; por medio de ella es posible recordar sucesos agradables previos, experiencias positivas y razones para vivir. De hecho existe una aplicación desarrollada por el *National Center for Telehealth HopeBox* llamada “*Virtual Hope Box*” disponible para sistemas Android y iOS.
2. Generar “tarjetas de afrontamiento”. Ayudan a reducir la urgencia o necesidad sobre comportamientos y/o urgencias suicidas, las tarjetas deben estar armadas en base con cada uno de los puntos indispensables para prevenir recaídas y es posible realizarlas a lo largo de varias sesiones.

Tratamiento Farmacológico

Es común el uso de antidepresivos para alcanzar como meta secundaria, la reducción del riesgo suicida, en éste sentido Kirsch, Deacon, Huedo-Medina, Scoboria, Moore y Johnson (2008) demostraron mediante un meta-análisis que la eficacia de los placebos es similar a la de cuatro diferentes tipos de antidepresivos en pacientes con depresión moderada y severa.

Hawton, et al. (2008) reportan mediante los resultados de su meta-análisis que el uso de antidepresivos, y específicamente de tricíclicos e inhibidores de SSRI, se logró una disminución/prevención de reincidencia en conductas autolesivas.

De igual forma el litio, como herramienta para la estabilización emocional de pacientes diagnosticados con Trastorno Bipolar, se encuentra relacionado con la reducción significativa de riesgo suicida (Sondergard, Lopez, Andersen & Kessing, 2008).

Se ha demostrado que la combinación de intervenciones farmacológicas con aquellas de TCC genera mejores y más significativos resultados que mediante el uso único de fármacos o TCC (Hayman & Callister, 2005).

MÉTODO

Justificación

La calidad de vida es un estado de satisfacción general derivado de las potencialidades de la persona, se trata de un área de gran importancia y crecimiento que incluye cuestiones físicas, psicológicas y medioambientales. En México el 47.3% están satisfechos con su vida, 36.1% están moderadamente satisfechos, 11.8% están poco satisfechos y 4.8% están insatisfechos (CEAMEG, 2014), en tanto que la epidemiología nos refiere que la ansiedad y la depresión son los desórdenes mentales más frecuentes en la población en general, y su prevalencia es considerablemente mayor en pacientes de atención médica primaria (Beutel, Bleichner, Heymann, Tritt & Hardt, 2011). Diversas investigaciones han encontrado relación entre dichas variables, sin embargo la mayor parte de éstas han sido realizadas en poblaciones urbanas, descuidando regiones menos pobladas y poblaciones que ameritan especial atención. Existe registro sobre datos relacionados a los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, obtenidos mediante las evaluaciones psicométricas llevadas a cabo en la Clínica de Atención Psicológica durante su proceso de admisión, en las que es posible observar la existencia de dificultades clínicas significativas en la gran mayoría de los usuarios que acuden a dicho servicio psicológico. A partir del presente estudio se podrá conocer y describir la calidad de vida de los individuos que acuden a servicios psicoterapéuticos así como su relación con la ansiedad, depresión y riesgo suicida en dicha población, lo que permitirá generar intervenciones basadas en evidencias que conlleven al aumento de factores protectores ante dichas situaciones clínicas, y la disminución de factores de riesgo que amedrentan contra su sentido de bienestar y calidad de vida en general.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de vida, el nivel de ansiedad y el nivel de depresión, entre usuarios con y sin riesgo suicida que acuden al servicio psicoterapéutico ofrecido por la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”?

Objetivo general

Conocer la relación que existe entre la calidad de vida, el nivel de ansiedad y el nivel de depresión, entre usuarios con y sin riesgo suicida que acuden al servicio psicoterapéutico ofrecido por la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

Objetivos específicos

Describir la calidad de vida en estudiantes universitarios que acuden al Servicio psicológico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

Describir el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios que acuden al servicio psicológico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

Identificar y describir el nivel de depresión en estudiantes universitarios que acuden al servicio psicológico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

Conocer si existe riesgo suicida en estudiantes universitarios que acuden al servicio psicoterapéutico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

Describir la relación que existe entre la calidad de vida, el nivel de depresión y el nivel de ansiedad en estudiantes universitarios que acuden al servicio

psicoterapéutico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

Hipótesis estadísticas

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la Calidad de vida, el nivel de Ansiedad y el nivel de Depresión en estudiantes universitarios, con y sin riesgo suicida, que acuden al servicio psicológico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la Calidad de vida, el nivel de Ansiedad y el nivel de Depresión en estudiantes universitarios, con y sin riesgo suicida, que acuden al servicio psicológico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la Clínica de Atención Psicológica “CAP”.

Variables

Tabla 6. Definición conceptual y operacional de las variables de estudio

	Definición conceptual	Definición operacional
Calidad de vida	Estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona, que posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos, es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social (Ardila, 2003).	Se utilizó el Instrumento breve de Calidad de Vida de la OMS (WHO-QOL), desarrollado en 2004. Consta de 26 reactivos que consideran la percepción de una persona sobre su calidad de vida y categoriza los puntajes en los factores físico, psicológico, de relaciones sociales y ambiente.

	Definición conceptual	Definición operacional
Ansiedad	<p>Anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).</p>	<p>Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), realizado por Aaron Beck en 1988 y validado en México por Robles y colaboradores en 2001. Consta de 20 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad, clasificando los resultados en niveles de mínimo, leve, moderado y grave. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.83.</p>
Depresión	<p>Amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados (García-Herrera, Noguerras, Muñoz & Morales, 2011).</p>	<p>Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), realizado por Beck, Steer & Garbin en 1988 y validado en México por Jurado y colaboradores en 1998. Consta de 21 reactivos que evalúan diferentes dimensiones de la depresión, clasificando los resultados en niveles de mínimo, leve, moderado y grave. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.87.</p>

	Definición conceptual	Definición operacional
Riesgo suicida	El suicidio es la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita que la persona tenía la intencionalidad de autoprovocarse la muerte (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).	Para este estudio se realizó una prueba de tamizaje, para identificar riesgo suicida, utilizando la respuesta obtenida en el ítem número nueve del Inventario de Depresión de Beck, el cual se considera como indicador clave de la ideación suicida. Las opciones de respuesta son las siguientes: a) Yo no tengo pensamientos suicidas, b) Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo, c) Me gustaría suicidarme, y d) Me suicidaría si tuviera la oportunidad. Las personas con el primer tipo de respuesta se consideran sin riesgo suicida y las personas con cualquiera de los otros tipos de respuesta se consideran con riesgo suicida.

Participantes

Población

Estudiantes universitarios que acuden al servicio psicoterapéutico que ofrece la UAEH en las instalaciones de la CAP.

Muestra

145 usuarios y usuarias de la CAP de entre 17 y 26 años de edad (50 hombres y 95 mujeres con una media de 20.81 años) con un muestreo no probabilístico, por sujeto tipo.

Criterios de inclusión

Usuarios de la Clínica de Atención Psicológica, de IC Sa que durante el muestreo se hayan encontrado activos o hubiesen sido dados de alta de dicho servicio.

- Criterios de exclusión: a) usuarios canalizados a taller (es) y b) usuarios que hayan sido dados de baja.
- Criterios de eliminación: a) contestar incorrectamente el instrumento y b) expedientes con instrumentos incompletos.

Tipo y diseño de estudio

No experimental, correlacional, transversal

Instrumentos

Calidad de Vida

Para medir esta variable se utilizó el Instrumento breve de Calidad de Vida de la OMS (WHO-QOL), desarrollado en 2004. Consta de 26 reactivos que consideran la percepción de una persona sobre su calidad de vida y categoriza los puntajes en los factores físico, psicológico, de relaciones sociales y ambiente.

Ansiedad

Para medir esta variable se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), realizado por Aaron Beck en 1988 y validado en México por Robles y colaboradores en 2001. Consta de 20 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad, clasificando los resultados en niveles de mínimo, leve, moderado y grave. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.83.

Depresión

Para medir esta variable se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), realizado por Beck, Steer y Garbin en 1988 y validado en México por Jurado y colaboradores en 1998. Consta de 21 reactivos que evalúan diferentes dimensiones de la depresión, clasificando los resultados en niveles de mínimo, leve, moderado y grave. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.87.

Riesgo Suicida

Se realizó una prueba de tamizaje, para identificar riesgo suicida, utilizando la respuesta obtenida en el ítem número nueve del Inventario de Depresión de Beck, el cual se considera como indicador clave de la ideación suicida. Las opciones de respuesta son las siguientes: a) Yo no tengo pensamientos suicidas, b) Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo, c) Me gustaría suicidarme y, d) Me suicidaría si tuviera la oportunidad. Las personas con el primer tipo de respuesta se consideran sin riesgo suicida y las personas con cualquiera de los otros tipos de respuesta se consideran con riesgo suicida. El Inventario de Depresión de Beck (BDI), realizado por Beck, Steer y Garbin en 1988 y validado en México por Jurado y colaboradores en 1998. Consta de 21 reactivos que evalúan diferentes dimensiones de la depresión, clasificando los resultados en niveles de mínimo, leve, moderado y grave. Tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.87.

Procedimiento

Los usuarios interesados en recibir atención psicoterapéutica que acudieron a las instalaciones de la CAP fueron evaluados con una batería de pruebas psicométricas durante su proceso de admisión: Inventario de Depresión de Beck (DBI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Calidad de Vida elaborado por la OMS (WHO-QOL-BREVE), incluyendo un formato de consentimiento informado. Las pruebas fueron calificadas y los resultados se capturaron en la “Base de datos de pruebas psicométricas CAP”.

Se accedió a dicha base de datos, seleccionando únicamente los usuarios que en el momento del muestreo se encontraban activos o hubiesen sido dados de alta del servicio terapéutico, posteriormente se procedió a llevar a cabo el análisis mediante el paquete estadístico *SPSS* versión 23, y en especialmente la aplicación de las pruebas: *t* de student, y correlación de *Pearson*. Lo que generó resultados descriptivos sobre niveles de ansiedad, depresión, porcentajes de calidad de vida y valoración del riesgo suicida, también sobre la forma en que se relacionan dichas variables, e incluso las diferencias existentes entre grupos con riesgo y sin riesgo suicida.

RESULTADOS

Los usuarios incluidos en la muestra tenían una edad de entre 17 y 26 años con una $\mu=20.81$ ($\sigma=1.9$), de los cuales 34.5% fueron hombres y 65.5% mujeres (Figura 5).

Distribución por sexo

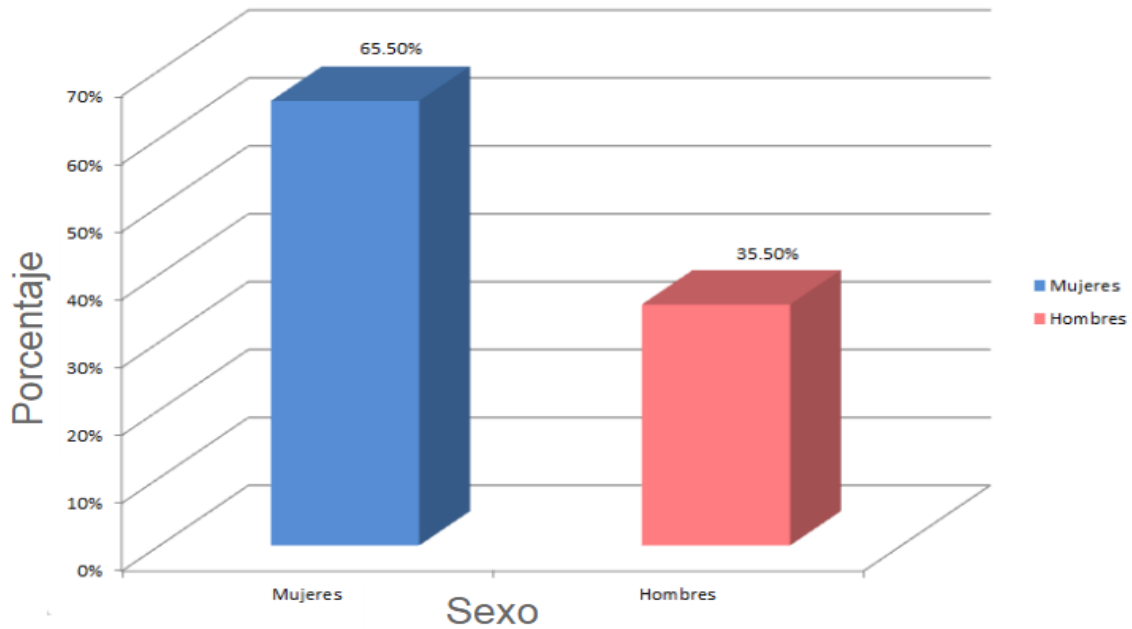


Figura 5. Distribución por sexo de los participantes en el estudio

Una gran parte de los usuarios presentaron niveles de moderado a grave tanto de ansiedad (63.89%) como de depresión (58.70%), tal y como se muestra en las Figuras 6 y 7.

Niveles de Ansiedad

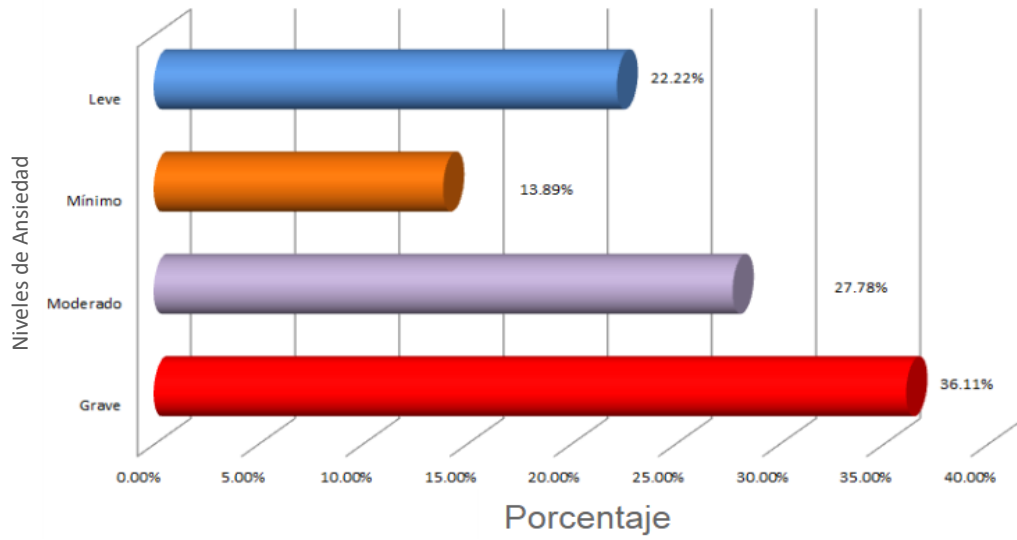


Figura 6. Distribución por Niveles de Ansiedad de los participantes en el estudio.

Niveles de Depresión

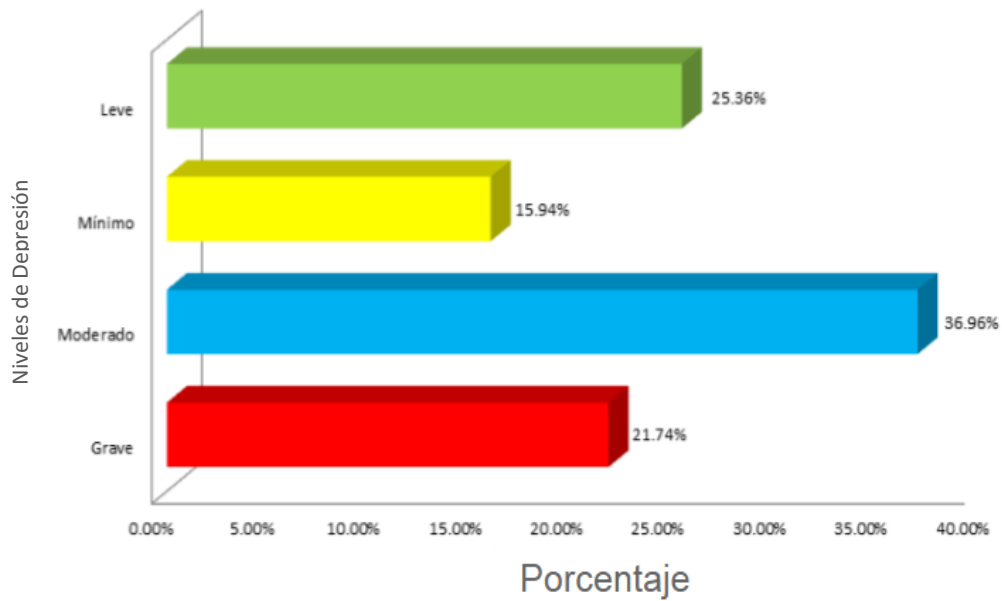


Figura 7: Distribución por Niveles de Depresión de los participantes en el estudio.

Vinculado a dichos datos epidemiológicos, de acuerdo al tamizaje relacionado a riesgo suicida, es posible identificar que poco más de la mitad de los usuarios presentan algún grado de riesgo (50.3%), tal como se observa en la figura 8.

Distribución por riesgo suicida



Figura 8. Distribución de usuarios con riesgo y sin riesgo suicida.

En cuanto a la evaluación de Calidad de vida en sus cuatro factores, se observa que la media de porcentajes obtenidos está alrededor de la media o por debajo, tal como se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Media de calidad de vida

Factor	Físico	Psicológico	Relaciones sociales	Ambiente
Media	49.40 ($\sigma=14.18$)	54.25 ($\sigma=14.64$)	52.21 ($\sigma=13.44$)	51.27 ($\sigma=20.39$)

Nota: Media de porcentajes obtenidos en factores de calidad de vida.

La prueba de correlaciones de *Pearson* nos indica la existencia de una relación lineal estadísticamente significativa ($r_p = 0.524$, $p \leq 0.01$) entre el nivel de ansiedad y el nivel de depresión (representada mediante la Figura 8) y con los factores de calidad de vida. A manera de ejemplo, las figuras 9 y 10 representan las correlaciones de Ansiedad con el Factor Físico y Depresión con Factor Físico, respectivamente. La tabla 8 presenta de forma resumida todas las correlaciones encontradas.

Ansiedad y Depresión

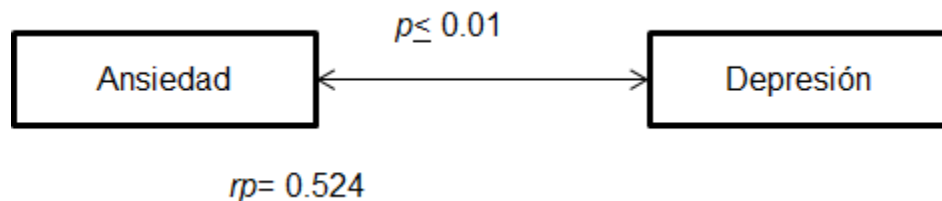


Figura 8. Relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión

Ansiedad y Factor físico

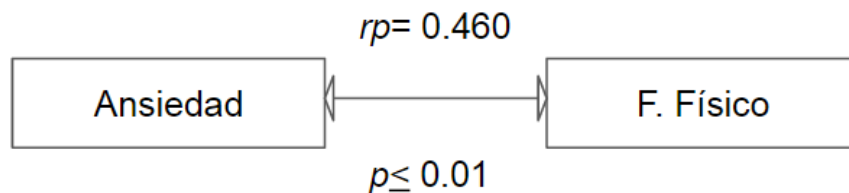


Figura 9. Relación estadísticamente significativa entre ansiedad y factor físico

Depresión y Factor físico

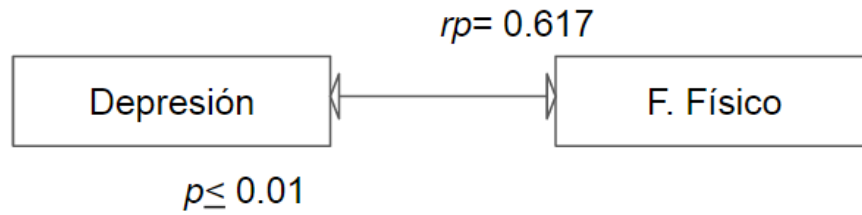


Figura 10. Relación estadísticamente significativa entre depresión y factor físico

Tabla 8. Ansiedad, Depresión y Calidad de vida.

	Ansiedad		Depresión	
	$rp=$	p	$rp=$	p
F. Físico	-0.460	0.000	-0.617	0.000
F. Psicológico	-0.400	0.000	-0.587	0.000
F. Relaciones sociales	-0.336	0.000	-0.507	0.000
F Ambiente	-0.421	0.000	-0.535	0.000
Ansiedad			0.524	0.000

Nota: Puntajes de correlaciones entre las variables.

Los resultados de la prueba *t* de Student nos muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre usuarios con riesgo suicida en comparación con aquellos sin riesgo en todos los factores de la evaluación de calidad de vida: Físico ($t= 4.064$, $g/= 140$, $p= 0.000$), Psicológico ($t= 3.844$, $g/= 139$, $p= 0.000$), Relaciones sociales ($t= 2.213$, $g/= 140$, $p=< 0.029$) y Ambiente ($t= 3.434$, $g/= 140$, $p= 0.001$).

También se hallaron diferencias entre éstos grupos en cuanto a los puntajes obtenidos en las evaluaciones de ansiedad ($t= -2.342$, $g/= 142$, $p= 0.021$) y depresión ($t= -5.338$, $g/= 136$, $p= 0.000$).

Las medias de Ansiedad, Depresión se pueden observar en las figuras 11 y 12 (respectivamente); de igual forma son posibles de observar en la tabla 9 de forma resumida junto con las medias de los factores de Calidad de vida.

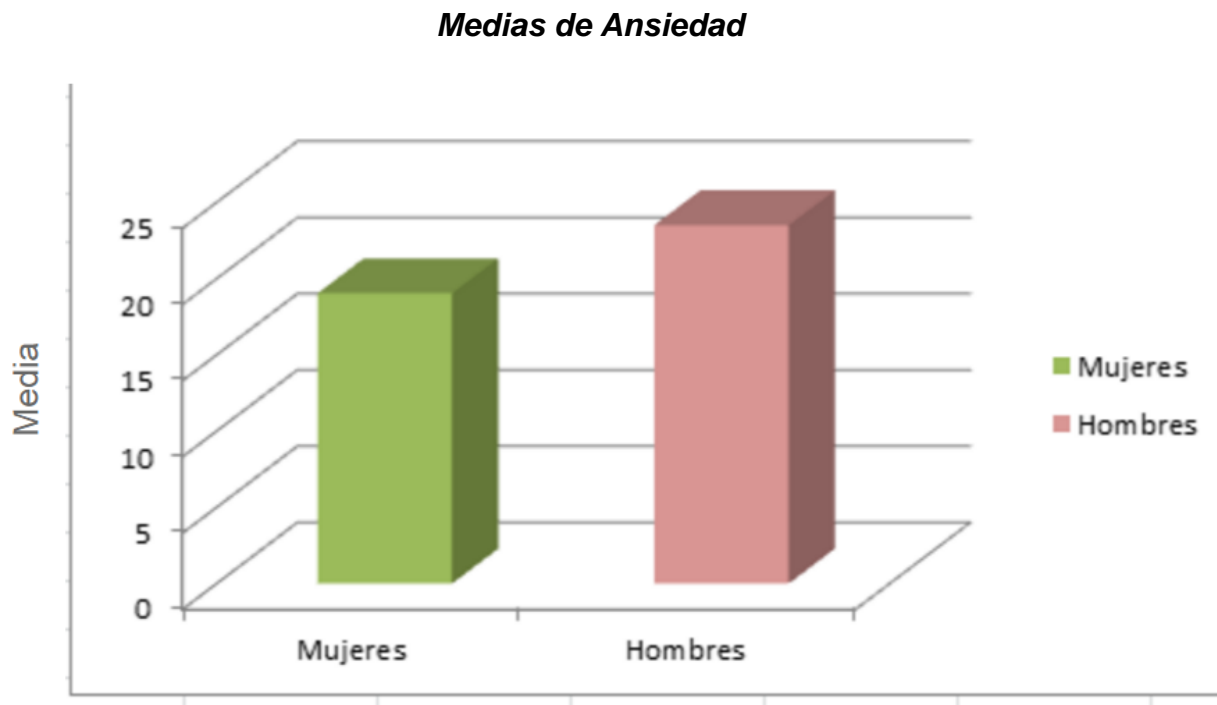


Figura 11. Medias de puntaje total de depresión entre los usuarios con riesgo y sin riesgo suicida.

Medias de Depresión

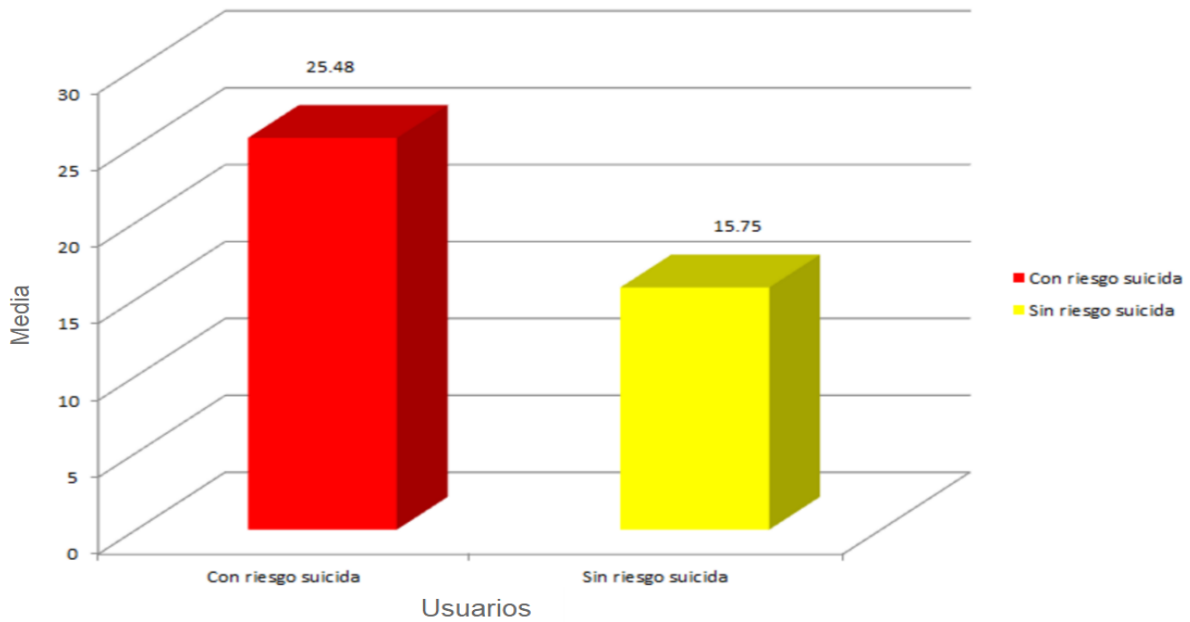


Figura 12: Medias de puntaje total de depresión entre los usuarios con riesgo y sin riesgo suicida.

Tabla 9. Medias de usuarios con y sin riesgo suicida

Variables	Usuarios	
	Sin riesgo suicida	Con riesgo suicida
Ansiedad	19.04	23.50
Depresión	15.74	25.47
Factor físico	53.93	44.74
Factor psicológico	56.27	47.97
Factor relaciones sociales	54.95	47.48
Factor ambiente	58.26	50.12

Nota: Comparación de medias entre usuarios con y sin riesgo suicida.

En cuanto a diferencias por sexo, sólo se encontraron en el factor físico $t = -1.980$, $g = 140$, $p = 0.050$ (representado en la figura X) y en el resto de los factores de la evaluación de calidad de vida no: Psicológico ($t = -0.010$, $g = 139$, $p = 0.992$), Relaciones sociales ($t = -0.711$, $g = 140$, $p < 0.479$) y Ambiente ($t = -1.581$, $g = 140$, $p = 0.116$).

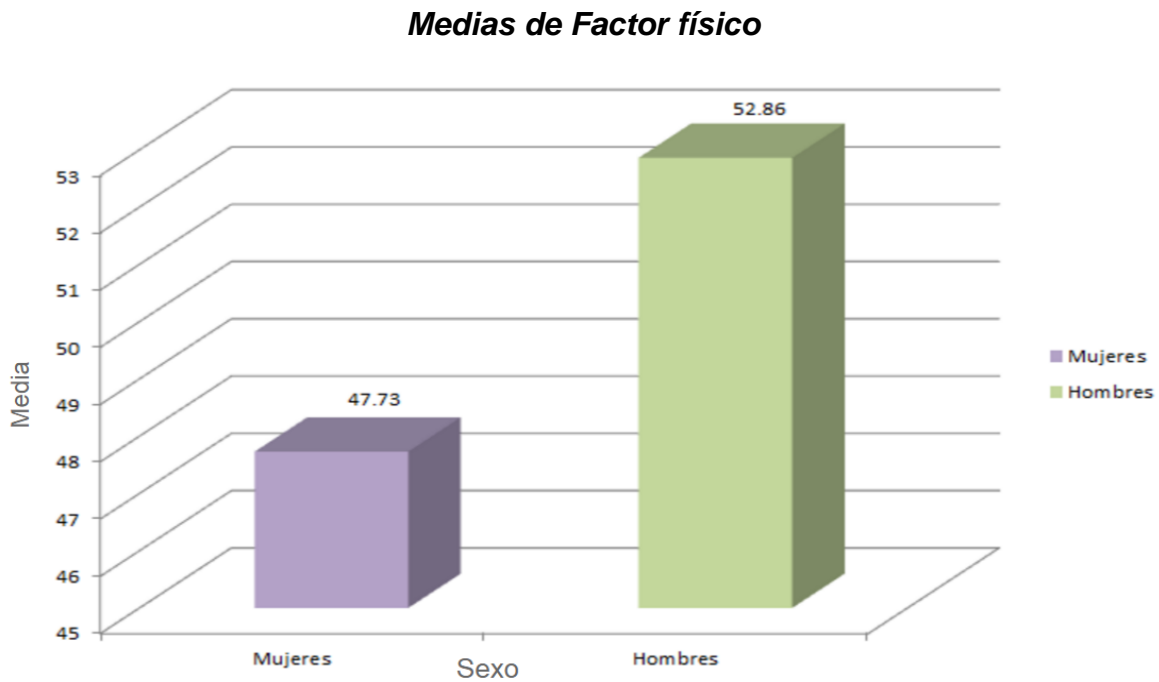


Figura 13. Medias de porcentaje de factor físico entre los usuarios con riesgo y sin riesgo suicida.

Tampoco se hallaron diferencias por sexo en cuanto a depresión ($t = 0.993$, $g = 136$, $p = 0.322$) y ansiedad ($t = 1.358$, $g = 142$, $p = 0.177$) y la tabla 10 presenta todas las medias encontradas en el grupo de mujeres y en el grupo de hombres.

Tabla 10. Medias de usuarios hombres y mujeres

Variables	Usuarios	
	Mujeres	Hombres
Ansiedad	22.21	19.44
Depresión	21.47	19.39
Factor físico	47.73	52.66
Factor psicológico	52.20	52.22
Factor relaciones sociales	50.40	52.97
Factor ambiente	52.87	56.95

Nota. Comparación de medias entre usuarias mujeres y hombres

Discusión y Conclusiones

En México el 47.3% de la población se encuentra satisfecha con su vida, 36.1% está moderadamente satisfecha, 11.8% lo están un poco y 4.8% está insatisfecha (CEAMEG, 2014). La satisfacción evidentemente se encuentra relacionada con la calidad de vida, lo que le da coherencia a los resultados obtenidos en el presente estudio al evaluar la calidad de vida.

El instrumento de calidad de vida arroja porcentajes del 0 al 100, la media esperada en cada uno de los factores es de 50%, porcentajes por debajo de dicha cifra suelen indicar algún tipo de carencia en torno al factor (es) y cifras por encima suelen sugerir pronósticos favorables sobre dicho factor (es). En la muestra, el factor físico es el único que se encuentra levemente por debajo, con un 49.40%, en tanto que los factores psicológico, relaciones sociales y ambiente se encuentran sólo un poco por encima (54.25%, 52.21% y 51.27%, respectivamente).

A pesar de tener congruencia con cifras nacionales sobre satisfacción, los puntajes de calidad de vida obtenidos representan una situación poco alentadora; aunque se trata específicamente de una población clínica no se debe perder de vista que también forma parte de la comunidad universitaria, esto resulta alarmante puesto que tal y como lo señalan Castro y Morales (2012), las dificultades en calidad de vida son consideradas un factor de riesgo altamente relacionado no sólo con un bajo desempeño académico, sino también con diversas afectaciones en el ámbito físico, familiar, de interacciones sociales e incluso económico.

Tal y como lo han identificado algunos autores (Andrade, 2012; Baca, & Aroca, 2014; Gómez, Ballester, Gil & Abizanda, 2015), los factores psicológicos, físicos, sociales y ambientales que integran el constructo de calidad de vida correlacionan negativamente y de forma estadísticamente significativa con los trastornos de ansiedad y depresión.

Datos epidemiológicos refieren que la ansiedad y la depresión son los desórdenes mentales más frecuentes en la población en general, y su prevalencia

es considerablemente mayor en pacientes de atención médica primaria (Beutel, Bleichner, Heymann, Tritt & Hardt, 2011). En la presente investigación se observa que el 36.11% de la población presenta niveles graves de ansiedad y el 27.78% niveles moderados, y el resto niveles de mínimo a moderado, de igual forma un gran número de usuarios presentan niveles de depresión de grave (21.74%) a moderado (36.96%), y el resto niveles de mínimo a leve (15.94% y 25.36%, respectivamente), estos datos corresponden a lo esperado en población clínica.

Considerando dichas cifras es posible destacar que en cuanto a sintomatología ansiosa y depresiva, las características clínicas presentadas demandan que quienes otorgan los servicios de asistencia psicológica se encuentren ampliamente capacitados en torno a tratamientos basados en evidencias para poder llevar a cabo intervenciones efectivas, con un alto impacto clínico y sobre la calidad de vida de los y las usuarias.

En la literatura se ha observado que a mayor ansiedad mayor afectación a la calidad de vida en general (Arbinaga, 2003; Arnaiz-Castro & Guillén, 2013; Olmedilla, Ortega & Candel, 2010; Wei-wei, et al., 2015). El presente estudio reporta resultados similares con una relación negativa estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y todos los factores de la calidad de vida (físico = -0.460 psicológico = -0.400, relaciones sociales = -0.336 y ambiental = -0.421), siendo los factores físico y ambiental los más afectados.

Diversos estudios (Buela-Casal, Miró, Iañez & Catena, 2007; Olmedilla, Ortega & Candel, 2010; Restrepo, Vinaccia & Quiceno, 2011; Wei-wei, et al., 2015), han encontrado que a mayor depresión mayor afectación a la calidad de vida en general. Los resultados del presente estudio se encuentran en el mismo sentido, ya que muestran una relación negativa y estadísticamente significativa entre los factores de calidad de vida y los niveles de depresión (físico= -0.617 psicológico= -0.587, relaciones sociales= -0.507 y ambiental= -0.535), siendo los factores físico y el psicológico los más afectados.

Es importante mencionar que a pesar de ser mínimas las diferencias entre los puntajes de correlación *Pearson*, el factor físico es el que presenta una mayor relación negativa tanto con ansiedad como con depresión; es decir, a mayor sintomatología ansiosa menor porcentaje de calidad de vida y de igual forma a mayor sintomatología depresiva menor porcentaje de calidad de vida, lo que es congruente con lo observado sobre una elevada sintomatología ansiosa-depresiva y el hecho de ser el factor físico aquel con los menores porcentajes (área más afectada) en la variable de calidad de vida.

Similar a lo reportado en otras investigaciones en las que se observa que a mayor nivel de ansiedad mayor nivel de depresión (Agudelo, Casadiegos & Sánchez, 2011; Dávila, Ruiz, Moncada & Gallardo, 2011; Pulido, Saavedra, Ortega, Rojas & Villegas, 2015; Shamsuddin, et al., 2013) es posible identificar en la presente investigación una relación positiva estadísticamente significativa entre las variables de ansiedad y depresión ($r=0.524$).

Si bien son absolutamente necesarias las intervenciones individualizadas para cada paciente (en relación a la problemática específica) durante el proceso psicoterapéutico, es importante considerar durante la planeación de objetivos y estrategias la comorbilidad existente de ansiedad y depresión; esto permitirá potencializar cambios clínicos significativos de forma positiva.

A propósito de ello, es reconocido que la presencia de comorbilidad ansiedad-depresión aumenta significativamente el riesgo suicida (ADAA, 2010-2016), e incluso puede elevarse hasta en un 400% la probabilidad de que se consume el suicidio (Baca & Aroca, 2014) por lo que se considera que éstos trastornos del estado de ánimo son un factor estrechamente asociado con la ideación y conducta suicida.

Con respecto al sexo, los datos encontrados en la literatura son muy claros al sugerir que las mujeres presentan un mayor grado de riesgo suicida en comparación con los hombres (Chávez-Hernández, González-Forteza, Juárez,

Vázquez & Jiménez, 2015; Jiménez, Mondragón & González, 2007); sin embargo, la prueba *t* de Student nos indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres del grupo de riesgo suicida respecto a los resultados del tamizaje sobre este indicador, lo que se puede explicar debido a que los usuarios de la clínica presentaban niveles elevados de sintomatología depresiva y ansiosa por lo que no se esperaba observar diferencias por sexo. Otro factor que debe considerarse en este rubro es que el riesgo suicida fue solo observado a través de una evaluación de tamizaje, por lo que probablemente no es sensible a diferencias particulares entre hombres y mujeres, por ejemplo nivel de letalidad, frecuencia de conductas autolesivas, pensamientos catastróficos, rumiación ante el evento y desesperanza, sin embargo es necesario continuar considerando factores de gran complejidad social como los relacionados a roles de género (Vianchá, Bahamón & Alarcón, 2013) en el desarrollo de la conducta suicida.

En este mismo sentido, al utilizar el indicador de tamizaje del riesgo suicida, se encontró que poco más de la mitad de la muestra se ubica en algún grado de riesgo suicida, los resultados son de especial atención por su alta peligrosidad; las diferencias encontradas en cuanto a los niveles de ansiedad, depresión y los porcentajes de calidad de vida entre de usuarios sin riesgo en comparación con aquellos en riesgo suicida son estadísticamente significativos, evidentemente éste último grupo tiene una elevada afectación clínica debido a que presentan mayor sintomatología ansiosa-depresiva e impacto negativo en la calidad de vida.

Las afectaciones podrían ser explicadas por la posibilidad de que las personas con algún grado de riesgo suicida no cuentan con las suficientes herramientas y habilidades de afrontamiento (Bazrafshan, Jahangir, Mansouri & Kashfi, 2014), resolución de problemas (Buendía, Riquelme & Ruiz, 2004) y de regulación emocional (Granados & Reyes, 2014), impactando en la presencia-mantenimiento de sintomatología ansiosa-depresiva y en una deficiente calidad de vida.

Con todo lo mencionado previamente es posible afirmar que existe una relación clínica y estadísticamente significativa entre ansiedad, depresión y calidad de vida, presentando alteraciones severas, que pueden llegar a poner en riesgo la vida de la persona. Es por lo tanto fundamental desarrollar estrategias de evaluación más sensibles, considerando como un importante indicador de riesgo la presencia de la ideación suicida, debido a la exacerbación de la sintomatología. De igual manera, el contar con estrategias de intervención basadas en evidencias y oportunas que promuevan la prevención o disminución de los trastornos del estado de ánimo, así como acciones especializadas para la atención de usuarios con riesgo suicida y sus redes sociales más próximas.

Limitaciones y sugerencias

Como ya se mencionó, la primera sugerencia para próximos estudios tiene que ver con la utilización de instrumentos ampliamente elaborados y confiables que permitan una evaluación más efectiva de eventos recientes vinculados con las condiciones de riesgo para la ideación suicida y su posible consumación, como por ejemplo el Inventario de Riesgo Suicida (IRIS) (Hernández-Cervantes, 2003).

Se recomienda dar seguimiento a la presente aportación para implementar de forma inmediata protocolos específicos basados en evidencias que ofrezcan resolución efectiva a las dificultades clínicas presentadas por los usuarios de la

CAP, sobre sintomatología ansiosa-depresiva y en especial respecto al riesgo suicida para aumentar sus porcentajes de calidad de vida.

Considerando que un número considerable de usuarios que solicitan el servicio son dados de baja por inasistencia o incompatibilidad de horarios de atención, y que por lo tanto no reciben atención psicológica, podría señalarse que no se cuenta con estudios que permitan conocer el desarrollo o evolución de los padecimientos de los solicitantes, por lo que aún falta trabajar mejores estrategias para identificar de forma oportuna y preventiva los desajustes emocionales que puedan llevar a una persona a niveles elevados de ansiedad, depresión o incluso presentar ideación suicida. Se recomienda realizar estudios que incluyan a los solicitantes de servicios psicológicos independientemente del servicio al que sean canalizados.

Vinculado a ello, gracias al tipo de muestreo seleccionado es posible realizar un estudio que tenga como objetivo conocer la eficacia de las intervenciones psicológicas hechas por parte del personal de la CAP, en el que sea posible describir las principales características tanto de las intervenciones como del impacto generado (positivo o negativo, según sea el caso) en la condición clínica final de los usuarios después de acudir a los servicios de la CAP.

Es altamente recomendable aumentar el número de recursos materiales, económicos y humanos disponibles destinados a la CAP (especialmente espacios y terapeutas) para asegurar la cobertura total de usuarios que solicitan atención psicológica. Los datos epidemiológicos encontrados no pueden ni deben ser ignorados, se trata de una realidad que requiere ser enfatizada y exige un amplio compromiso por parte de los integrantes que conforman la comunidad universitaria, en todos sus niveles.

Finalmente, con respecto al escenario en el que se realizó el estudio se identifica que ante las necesidades de atención psicológica de la comunidad universitaria se requiere de un número adecuado de prestadores tanto de prácticas

(profesionales y de campo) como de servicio social con la finalidad de optimizar los procesos clínico-administrativos. La CAP por sus actividades de formación en la práctica para los estudiantes que prestan servicio, favorece la consolidación profesional del psicólogo, por lo que es importante señalar que dicho escenario facilita a los prestadores el dominio de habilidades necesarias para un buen desempeño laboral caracterizado por eficiencia y profesionalismo.

Referencias

- Agdal, M. L., Raadal, M., Óst, L. G. & Skaret, E. (2012). Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. *Acta odontológica Scandinavica*, 70(6), 463-470.
- Agudelo, D. M., Casadiegos, C. P., & Sánchez, D. I. (2011). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Ahmadizadeh, M. Ahmadi, K. Anisi, J. & Bahrami, A. (2013). Assessment of Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life of Patients with Chronic War-related Post-traumatic Stress Disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(4), 341-345.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas 2006*, 6(11), 1-6.
- Alloy, L. B., Peterson, C., Abramson, L. Y. & Seligman, M. E. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 681-687. Doi: 10.1037/0022-3514.46.3.681
- Álvarez-Bobadilla, G. M. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37(1), 152-154.
- American Foundation for Suicide Prevention. (2016). *About Suicide: Risk Factors and Warning Signs*. Recuperado el 17 de Abril de 2016 de: <http://afsp.org/about-suicide/risk-factors-and-warning-signs/>
- American Psychological Association. (2003). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. Recuperado el 17 de Abril de 2016 de: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

- American Psychological Association. (2010a). *Diccionario conciso de psicología*. (1ª ed). México: Manual Moderno.
- American Psychological Association. (2010). *Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* (3a ed.). United States of America: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2010b). Understanding Anxiety Disorders and Effective Treatment. Recuperado el 17 de Febrero de 2016 de: <http://www.apa.org/helpcenter/anxiety-treatment.aspx>
- Andrade, J. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.
- Araneda P., Oyarzo, J. F., González, M. & Figueroa, C. (2013). Intervención psicológica en trastornos temporomandibulares: Revisión narrativa. *Journal of oral research*, 2(2), 86-90.
- Arbinaga, F., (2003). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades desmielinizantes el caso de esclerosis múltiple. *Anales de psicología*, 19(1), 65-74.
- Arenas, M. C. & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología-Psychologicalwritings*, 3(1), 20-29.
- Arnaiz-Castro, P., & Guillén, F. (2013). Anxiety in Spanish EFL students in different university degree programmes. *Anales de Psicología*, 29(2), 335-344.
- Arroll, B., Macgivillan, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F., Williams, B. & Crombie, I. (2005). Efficacy and Tolerability of Tricyclic Antidepressants and SSRIs Compared With Placebo for Treatment of Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 3(5), 449-456.

- Ávila-Toscano, J. H. (2009). Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y Calidad de Vida. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(2), 65-73.
- Baca, E. & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373-380.
- Baldi, G. (2011). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos residentes en la región de Cuyo, Argentina. *Fundamentos en humanidades*, 11 (22), 179-194.
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Allgulander, C., Bandelow, B., Boer, J. A., Christmas, D. M., Davies, S., Fineberg, N., Lidbetter, N., Malizia, A., McCrone, P., Nabarro, D., O'Neill, C., Scott, J., Wee, N. & Uittchen, H. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guideline from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 8(5), 403-439.
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J. & Möller, H. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(2), 77-84.
- Barranco, C. (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portulatia*, 9(2), 133-145.
- Barros, Rosa, M. A., Silva, P., Rodrigues, M. I. & Fleck, M. (2009). Electroconvulsive therapy in major depression: current aspects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 26-33.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T. & Whiteford, H. A. (2013). Global Prevalence of Anxiety Disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(5), 897-910.

- Bazrafshan, M.-R., Jahangir, F., Mansouri, A., & Kashfi, S. H. (2014). Coping Strategies in People Attempting Suicide. *International Journal of High risk Behaviors & Addiction*, 3(1), 1-6.
- Bennebroek, F., Bockting, C. L.H, Stokkers, P. C. F. Hinnen, C., Sanderman, R. & Sprangers, M. A. G. (2012). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multi-center design and study protocol (KL!C- study). *BMC Psychiatry*, 12 (227), 1-10.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J., Fernández-Arias, I. Gómez, L., Blanco, C. & Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24(3), 396-401.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., García-Fernández, G., Fernández-Arias, I., Estupiñá, F. & Labrador-Méndez, M. (2015). Factors associated with prolonging psychological treatment for anxiety disorders. *Psicothema*, 27(2), 108-113.
- Besio, C., Martínez, V. & Montero, A. (2012). Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en la adolescencia. *Revista Chilena de psiquiatría neurológica en la infancia y adolescencia*, 23(3), 163-170.
- Beutel, M. E., Bleichner, F., Heymann, F., Tritt, K. & Hardt, J. (2011). Inpatient psychosomatic treatment of anxiety disorders: Comorbidities, predictors, and outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 443-457.
- Beytía, P. & Calvo, E. (2011) ¿Cómo medir la felicidad?. *Claves para políticas públicas*, 1(4),1-10.
- Biswas-Diener, R. & Diener E. (2006). The subjective well-being of the homeless, and lessons for hapiness. *Social Indicators Research*, 76(2), 185-205.

- Black, D. W. & Andreasen, N. C. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. (1a ed.). México: Manual Moderno.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Borges, G., Nock, M. K., Haro, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., Koyess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Uda, H., Williams, D. R. & Kessler, R. C. (2010). Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *National Institute of Health [NIH]*, 71(12), 1617-1628. DOI:10.4088/JCP.08m04967blu.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública*, 52(4), 292-304.
- Botero, C. (2004). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas psychological*, 4(2), 205-219.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 10(4), 287-333.
- Buela-Casal, G., Miró, E., Iañez, M. A., & Catena, A. (2007). Relation between habitual sleep and duration and depressed mood state: Somatic versus cognitive Symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 615-631.

- Buendía, J., Riquelme, A., & Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. Recuperado el 12 de Mayo de 2016 de: <https://books.google.com.mx/books?id=PLVv4WJEUyKc>
- Cáceda, R. (2014). Suicidal behavior: Risk and protective factors. *Revista de neuro-Psiquiatría*, 77(1), 3-18.
- Camargo, D. M., Orozco, L. C. & Herrera-Villabona, E. (2009). Factores asociados a la calidad de vida en adolescentes de Bucaramanga. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 41(1), 33-42.
- Cañón, S. C. (2011) Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62-67.
- Carbonell-Cutillas, M. C. & García-Longoria, M. P. (2012). Análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales para mayores. *Portularia*, 12(1), 17-27.
- Cárdenas, E.M., Fera, M., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México.
- Cardona- Arias, J. A., León-Mira, V. & Cardona- Tapias, A. A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con fibromialgia, 2012. *Asociación Mexicana de Reumatología*, 20(1), 19-29.
- Castro, M. M., Daltro, C., Kraychete, D. C. & Lopes, J. (2012). The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(11), 864-868.
- Castro, B. & Morales, M. A. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 29-43.
- Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarravéga, M., González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida,

Depresión y Autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 12(1), 15-22.

Centre for Suicide Research. (s/f). Clinical Guide: Assessment of suicide risk in people with depression. Recuperado el 17 de Abril de 2016 de: <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/clinicalguide/docs/Assessment-of-suicide-risk--clinical-guide.pdf>

Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género [CEAMEG] (2014). *Estadísticas de bienestar subjetivo: análisis de la satisfacción con la vida y la felicidad en la población mexicana desde una perspectiva de género*

Centro de Psicología AARON BECK (2005-2016). Trastornos de ansiedad. Granada, España. Recuperado de <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/ansiedad.html>

César, K. G., Takada, L. T., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Nascimento, L. C. Oliveira, M. O., et al. (2013). Prevalence of depressive symptoms among elderly in the city of Tremembé, Brazil. Preliminary findings of an epidemiological study. *Dementia & Neuropsychologia*, 7(3), 252-257.

Chávez-Hernández, A., González-Forteza, C., Juárez, Á., Vázquez D., & Jiménez, A. (2015). Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Universitaria Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(6), 43-50.

Clark, D. & Beck, A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* (9a ed.). United States of America: The Guilford Press.

Classification Diseases International.(2016). Diagnosis Code F41.1. Recuperado de: <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F40-F48/F41-/F41.1>

- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. & Conway, A. M. (2009) Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *National Institute of Health*, 9(3), 361-368. DOI:10.1037/a0015952.
- Colombiana de Salud S.A. (2014) *Guía de manejo para trastorno de ansiedad CIE-10 F40, F41, F42*. Colombia.
- Conner, K. R. & Duberstein, P. R. (2008) *Psychiatric risk factors for suicide in the alcohol-dependent patient*. Chicago.
- Comer, R. J. (2015). *Abnormal Psychology*. (9a ed.). United States of America: Worth Publishers.
- Dahab, J., Rivadeneira, C. & Minici, A. (2007). Formación del terapeuta cognitivo conductual. *Revista de terapia Cognitivo Conductual*, 13(1), 1-8.
- Dávila, A., Ruiz, R., Moncada, L., & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147-172.
- De Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Durandal, J. R. (2011). Trastornos psiquiátricos inducidos por medicamentos. *Revista Científica Ciencia Médica*. 14 (1). 21-24.
- Durkheim, É. (1897). *On Suicide*. (1ª ed). UK: Penguin Books.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, M., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C. M., Newton-Sánchez, O. A. & Plasencia-García, G. R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*, 52(3), 213-219.

- Espinosa, M. C., Orozco, L. A. & Ybarra, J. L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3), 201-208.
- Estevam, M. & Martins, M. B. (2011). Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool-and school-age. *Jornal de Pediatria*, 87(4), 281-291.
- Eurostat.(2015). Quality of life indicators-measuring quality of life. Recuperado el 27 de Febrero de 2016 de: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators
- Fernández, A. (2001). Depresión y enfermedad médica. *Medicina General*, 1(38), 823-826.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M. & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Ferreira, N. C., Ramalho, E. S. & Lopes, J. L. (2015). Non-pharmacological strategies to decrease anxiety in cardiac catheterization: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 88(6), 1093-1102.
- Fletcher, P. G. (2007). Treating depression with the evidence-based psychotherapiues: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(5), 352-359.
- Franco-Aguirre, J. Q., Cardona-Tapias, A. A., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Efecto de la actividad física sobre la calidad de vida de personas con fibromialgia. *Archivos de Medicina*, 11(1), 1-8.

- Frish, M. (2006). *Quality of life therapy: applying a Life Satisfaction Approach to Positive psychology and Cognitive Therapy*. (10a ed). New Jersey & Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Gagua, T., Besarion, T., & Gagua, D. (2013). Pain and quality of life of adolescents with primary dysmenorrhea in Tbilisi, Georgia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(2), 100-106.
- Gamba-Collazos, H. A. (2014). Ansiedad: Comentarios sobre las historias personales asociadas a ella. *Revista Vanguardia Psicológica*, 5(1), 60-67.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México: El manual moderno.
- García-Viniegras, C. R. V. & González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Garduño, C., Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista latinoamericana de medicina conductual*, 1(1), 69-80.
- Garduño, R., Gómez, K. Y. & Peña, A. J. (2011). Suicidio en adolescentes. Tesis. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.
- Ghahramanlou-Holloway, M., Neely, L. L., & Tucker, J. (2014). A cognitive-behavioral strategy for preventing suicide. *Current Psychiatry*, 13(8), 18-28.
- Ghanem, M., Mansour, M., Fekry, M., Hatata, H., El-Khouly, G. & Aly, R. (2011). Change in quality of life after cognitive behavior therapy for anxiety disorders: an Egyptian prospective study. *Middle East Current Psychiatry*, 18(2), 97-108.
- Gómez, D. T., Gutiérrez, M. & Londoño, S. P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 45-51.

- Gómez, S., Ballester, R., Gil, B., & Abizanda, R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*, 31(2), 743-750.
- González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacio-Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depression among adolescents. A hidden problem for public health and clinical practice. *Boletín México del Hospital Infantil de México (English Edition)*, 72(2), 149-155.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. A. & Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- González, C., Ramos, L., Vignau, L. E. & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud mental*, 24(6), 16-25.
- González, E., Cárcaba, A. & Ventura, J. (2011). Quality of life ranking of spanish municipalities. *Revista de economía aplicada*, 19(56), 123-148.
- González, J. & Hernández, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: Análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(2), 313-327.
- González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1).
- Gordillo, F., Arana, J. M., & Mestas, L. (2011). Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 4(3), 228-233.
- Granados, O. J. & Reyes, Z. (2014). La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en

adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D. F. Tesis. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.

Guisa, V. M., Díaz, S. L. & Souza, M. (2004). Terapéutica antiadictiva: Utilidad de sus factores de predicción. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 5(6), 581-598.

Gutiérrez, A. G., Contreras, C. M., & Orozco, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.

Hans, E., Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-Analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 75-88.

Hawton, K., Aresman, E., Wasserman, D. & Hulten, A. (2008). Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1 (52), 191-194.

Hayman, L. L. & Callister, L. C. (2005). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents with Depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(1), 71.

Hernández, E. E. (2004). Harry Stack Sullivan y el análisis interpersonal [Mitchel, S.A. y Black, M. J., 2004]. *Aperturas psicoanalíticas*, 1(32), 115-149.

Hofmann, S. G, Wu, J. Q. & Boettcher, H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(3), 375-391.

Hunsley, J., Elliott, K. & Therrien, Z. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments. Canadá: Canadian Psychological Association.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de Septiembre)*. Recuperado el 17 de Abril de 2016 de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>

Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). *Depresión*. Recuperado el 27 de Abril de 2016 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios psicopedagógicos*, 1(27), 111-118.

Jiménez-Maldonado, M. E., Gallardo-Moreno, G. B., Villaseñor-Cabrera, T. & González-Garrido, A. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista colombiana de psiquiatría*, 42(2), 212-218.

Jiménez, M. I., Duarté, Y. M., & Bernal, G. (2011). Mother-daughter interactions among depressed Puerto Rican adolescents: Two cases studies in CBT. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22(1), 46-71.

Karam, E. G., Mneimneh, Z. N., Fayyad, J. A., Dimassi, H., Karam, A. N., Nasser, S. C., et al. (2008). Lifetime prevalence of mental health disorders: First onset. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.

Keyes, C. L., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The empirical encounter of two Traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007-1022.

Kirsh, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A Meta-Analysis of data submitted to the food and drug administration. *Plos Medicine*, 1(5), 260-268.

- Labiano, M. (2005). Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida. En: L. Oblitas 2ª Ed. México: PSICOM.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited--will we ever learn?. *Addiction*, 106(12), 2086-2109. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x.
- Larsen, S., & Sherlin, L. (2013). Neurofeedback: an emerging technology for treating central nervous system dysregulation. *The Psychiatric Clinics of North America*, 36(1), 163-168.
- León-Sanabria, G. (2007). Consistencia entre el reporte verbal y los efectos psicofisiológicos registrados en el tratamiento de una fobia específica empleando la técnica de la Desensibilización Sistemática (DS). *Acta Colombiana de psicología*, 10(2), 95-105.
- Links, P. S., Bergmans, Y., & Cook, M. (2003). Psychotherapeutic Interventions to Prevent Repeated Suicidal Behavior. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(4), 445-464.
- Maier, S. F. & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3-46.
- Maldonado, A., Pérez-Ocón, R. & Herrera, A. (2007). Depression and cognition: new insights from the Lorenz curve and the Gini index. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 21-39.
- Manchado, Á. & Deussen, A. (2011). A New Neurofeedback Protocol for Depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 374-384.
- Marsiglia, I. (2010). Estudio Clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1 159 pacientes. *GacMéd Caracas*, 118(1), 3-10.
- Martínez, J. & Calvo, Á. (2014) Calidad de vida percibida y su relación con la práctica de actividad física en el ámbito laboral. Un estudio piloto. *RETOS. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 25(1),53-57.

- Martínez, J. C. & González, C. (2007) Antidepresivos y suicidio: una polémica actual. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(5), 461- 471.
- Martín-López, L. M., Oller, S., Duñó, L., San Emeterio, L., Fernández, M & Bulbena, A. (2010). Guías y algoritmos clínicos de tratamiento de la depresión en atención primaria: ¿son todos iguales?. *Semergen*, 37(2), 54-60.
- Mental Health Foundation. (2009). Generalised anxiety disorder in adults. *Best Practice Journal*, 25(1), 20-29.
- Mercado, M. (2014) Concepto de felicidad en jóvenes. , 12(1), 64-78.
- Merlijn, V. P., Hunfeld, J. A., Van der Wouden, J. C., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Koes, B. W. & Passchier, J. (2003). Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. *Pain*, 101(1), 33-43.
- Metalsky, G. I., Abramson, L. Y., Seligman, M. E., Semmel, A. & Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom: Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of personality and social psychology*, 43(1), 612-617.
- Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2010). Desesperanza aprendida. *Revista de terapia Cognitivo Conductual*, 1(19).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia*: Galicia.
- Miranda, C. A., Gutierrez, J. S., Bernal, F. & Escobar, C. A. (2000). Prevalencia de Depresión en estudiantes de medicina de la U. del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(3), 251-260.

- Molina, F. (2010). Deporte, interculturalidad y calidad de vida: nuevos modelos de integración social. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 1(9), 165-173.
- Moreno, L. (2013). El suicidio en las personas con discapacidad física. Tesis. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3 (1), 9-18.
- Muñoz, J. L., Sánchez, M. C., Palacios, B., y Franco, M. A. (2014). Approach and treatment of suicidal behavior in the clinical practice of different groups of health professionals in Spain: results of the Project EUREGENAS. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 139-147.
- National Center for Posttraumatic Stress Disorder. (2013). The Role of Benzodiazepines in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *PTSD Research Quarterly*, 23(4), 1-9.
- Nekouei, Z., Yousefy, A. & Manshaee, G. (2012). Cognitive-behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 1(2). DOI: 10.4103/2277-9531.94410.
- Nestrel, Eric. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., & Gold, S. J. (2002). Neurobiology of Depression. *Neuron*, 34(1), 13-25.
- New Zealand General Practice (2009). Generalised anxiety disorder in adults: diagnosis and management. *Best Practice Journal*, 25(1), 20-27.
- New Zealand Guidelines Group ([NZGG]) (2008). *Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care*. New Zealand: Ministry of Health.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivos-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. (1a ed.) México: Manual Moderno

- NUMBEO. (2009-2016) Quality of life. Recuperado el 27 de Febrero de 2016 de:
http://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp?title=2016®ion=019
- Nuñez, A. C., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C. A., Santoyo, F., Hidalgo, A. & Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en psicología*, 1(13), 11-32.
- Olmedilla, A., Ortega, E., & Candel, N. (2010). Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. *Apunts Medicina de l'Esport*, 45(167), 175-180. doi:10.1016/j.apunts.2010.03.001.
- Organización Mundial de la Salud (2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Suiza.
- Ortega, A. M. (2003). Measuring Language Anxiety Perceived By Spanish University Students Of English. *Revistes Catalanes amb Accés Obert*, 12(1).
- Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V. & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. 1. Clasificación, Burden and Management. *Journal of affective Disorders*, 117(1), 5-14.
- Peñate, W., Roca Sánchez, M. J., Pitti, C.T., Bethencourt, J. M. Fuente, J. A., & Gracia, R. (2014b). Cognitive-behavioral treatment and antidepressants combined with virtual reality exposure for patients with chronic agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 9-17.
- Peñate, W., Roca-Sánchez, M. J., & Del Pino-Sedeño, T. (2014a). Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 91-101.

- Pereira, A., & Cardoso, F. (2015). Suicidal Ideation in University Students: Prevalence and Association with School and Gender. *Paidéia*, 25(62), 299-306.
- Pérez, J. M. (2008). Trastornos del ánimo. Departamento de psiquiatría y Salud Mental, *Universidad de Chile*, 1-20.
- Pérez-Wehbe, A. I., Perestelo-Pérez, L., Bethencourt-Pérez, J. M., Cuéllar-Pompa, L. & Peñate-Castro, W. (2014). Treatment-resistant depression: A systematic review of systematic reviews. *International Journal Clinical and Health Psychology*, 14(2), 145-155.
- Pezo, M. C., Komura, L. A. & Acosta, M. (2004). La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto y contexto Enfermagem*, 13(4), 511-518.
- Piña, N. Y. (2014). El suicidio y sus consecuencias en la familia. *Tesis*. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.
- Póo, A. M., Espejo, C., Godoy C., Gualda, M., Hernández, T. & Pérez C. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Revista médica de Chile*, 136(1), 44-52.
- Porto, D. B., Guedes, D. P., Fernandes, R. A., & Reichert, F. F. (2012). Perceived quality of life and physical activity in Brazilian older adults. *Motricidade*, 8(1), 33-41.
- Pressman, S. D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(1), 925-971.
- Puerta, J. V. & Padilla, D. E. (2011). Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) como tratamiento para la Depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(2), 25-257.

- Pulido, M. A., Saavedra, U., Ortega, D. G. M., Rojas, M. F., & Villegas, M. F. (2015). *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 28-39.
- Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(2), 263-271.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Ibáñez, J., Álvarez, A., Jiménez, J., Pinzón, L. & Serna, A. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad. *Pensamiento psicológico*, 10(2), 23-33.
- Rector, N. A. Bourdeau, D. Kitchen, K., & Joseph-Massiah. (2008). *Anxiety disorders: An information guide*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Restrepo, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y Depresión. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48.
- Rivadeneira, C., Dahab, J. & Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de terapia Cognitivo Conductual*, 1(22), 1-6.
- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G., & Zuluaga, M. G. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 321-329.
- Rosa, Y. & Quiñones, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1), 7-17.
- Ruiz, L. G., Colín, R. F., Cortay, I. S., Lara, M. & Dueñas, H. J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(2), 25-32.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A. & Muela-Martínez, J. A. (2014). Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior. *Anales de Psicología*, 30(3), 952-963.
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(2), 181-192.
- Schwartzmann, L. (2003) Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Secretaría de Salud (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México.
- Serrano, C., Rojas, A. & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 15(1), 47-60.
- Serrano, I., Sánchez-Mateos, J. D. & Escolar-Llamazares, M. C. (2016). A stress inoculation program to cope with test anxiety: Differential efficacy as a function of worry or emotionality. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 3-18.
- Shamsuddin, Fadzi, F., Wan, W. S., Azhar, S., Omar, K., Azimah, N., et al., (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318-323.
- Silva, A., Barros, M. & Costa, R. (2013). Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e ansiedade: uma revisão crítica. *Psico-USF*, 18(1), 131-140.

- Simpson, H. B., Neria, Y., Lewis-Fernández, R. & Schneier, F. (2010). *Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives*. Unites States of America: Cambridge University Press.
- Sistema Nacional de Salud (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Galicia.
- Sondergard, L., Lopez, A. G., Andersen, P. K., & Kessing, L. V. (2008). Mood-stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and risk of suicide. *Bipolar Disorder*, 10(1), 87-94.
- Souza, M. (2008). Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 9(3), 215-226.
- Stanley, B., et al. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability. *Journal American Child Adolesc Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.
- Steenen, S. A., Wijk, A. J., Heijden, G. J., Westrhenen, R., Lange, J. & Jongh A. (2016). Propranolol for the treatment of anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychopharmacology*, 30(2), 128-139.
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606.
- Stiglitz, J. E., Sen, A. & Fitoussi, J-P. (2009). Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Recuperado el 29 de Febrero de www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf
- Stratford, H. J., Cooper, M. J., Di Simplicio, M., Blackwell, S. E. & Holmes, E. A. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 35(1), 19-34.

- Streimikiene, D. (2015). Environmental indicators for the assessment of quality of life. *Intellectual Economics*, 9(1), 67-79.
- Tanja, M., Ulrike, Z. & Jürgen, M. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142.
- The Australian Psychological Society Ltd. (2010). *Evidence-based Psychological Interventions in the Treatment of Mental Disorders: A Literature Review* (3a ed.). Australia: The Australian Psychological Society Ltd.
- The Management of MDD Working Group. (2009). VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Major Depressive Disorder (MDD).
- Thomas, D. E. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 413-423.
- Tobón, S., Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Sandín, B., Núñez, A. C. (2007). Aspectos psicopatológicos en la enfermedad de Crohn y en la Colitis Ulcerosa. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(2), 83-97.
- Tonon, G. (2008). Los estudios sobre calidad de vida y la perspectiva de la Psicología Positiva. *Psicología Cultura y Sociedad*, 1(10), 73-82.
- Tonon, G. (2010). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(26), 361-370.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: Consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psicología. Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102.
- Torrico, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez S., & López, J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.

- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- Valderrama, R. (2001). Teoría de Harry S. Sullivan. *Psiquiatría*, 5(3).
- Valencia, G. (2010). Riesgo de Depresión en estudiantes del Programa de Enfermería de una Universidad Libre de Pereira. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 7(2), 15-27.
- Vanni, F., Conversano, C., Del DEbbio, A., Landi, P., Carlini, M., Fanciullacci, C., Bergamasco, M., Di Fiorino, A. & Dell'Osoo, L. (2013). A survey on virtual environment applications to fear of public speaking. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17(12), 1561-1568.
- Varela, M., Salazar, C., Cáceres, D. & Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento psicológico*, 3(1), 31-45.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Vázquez-Delgado, E., Schmidt, J. E., Carlson, C. R., DeLeeuw, R. & Okeson, J. P. (2004). Psychological and sleep quality differences between chronic daily headache and temporomandibular disorders patients. *Cephalalgia*, 24(6), 446-454.
- Vázquez, F. L. Otero, P. López, M. Blanco, V. & Torres, Á. (2010). Un Programa Breve Basado en la Solución de Problemas para la Prevención de la Depresión en Cuidadores Informales de Pacientes con Demencia: Un Estudio Piloto. *Ciencia y Salud*, 21(1), 59-76.

- Vázquez-Mata, I., Vital-Flores, S., Bravo-González, M. C., Jurado-Cárdenas, S., & Reynoso-Erazo, L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(2), 35-43.
- Velasco, D. E. (2014). El suicidio del adolescente y el duelo en la familia. *Tesis*.
- Vianchá, M. A., Bahamón, M. J., & Alarcón, L. L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8(1), 112-123.
- Villalobos-Galvis, F. H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación suicida positiva y negativa- PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.
- Weiner, S. & Neugehauer, E. A. M. (2013). Quality of life of diabetic with medical or surgical treatment. *Nutrición Hospitalaria*, 28(2), 66-77.
- Wei-wei, C., Miao, N., Yao-wen, K., Lian-ping, H., Yue-long, J., & Ying-shui, Y. (2015). Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, China. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1771-1777.
- World Happiness Report. (2016). The distribution of world happiness. Recuperado el 17 de Mayo de 2016 de: http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V1Ch2_web.pdf
- WHO World Mental Health Survey Consortium (2010). *Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio*. Medellín.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B. & Telch, M. J. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. *Revista de Toxicomanías*, 1(61), 3-20.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Geneva: WHO/MSA/MNH/PSF/97.4

World Health Organization. (2012a). Depression: A Global Public Health Concern. Recuperado el 21 de Febrero de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/

World Health Organization (2012b). *Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level* (13a ed.). Recuperado el 22 de Febrero de 2016 de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R8-en.pdf

WHO. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization Press.17-34.

WHO. (2014). Preventing suicide: A global imperative. Luxemburgo. Recuperado el 21 de Febrero de 2016 en apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

World Health Organization. (2015a). Mental Disorders. Recuperado el 20 de Febrero de 2015 de: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/

World Health Organization. (2015b). Depression. Recuperado el 20 de Febrero de 2015 de: <http://www.who.int/topics/depression/en/>

WHO.(2016). Mental health.Suicide data. Recuperado el 17 de Abril de 2016 de:http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Wilcox, H. C., Conner, K. R. & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76(1), 11-19.

Wojtyna, E., Zyncłńska, J., & Stawłarska, P. (2007). The influence of cognitive-behavioral therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy*, 12(2), 109-117.

Ybarra, J. L., Sánchez, J. J. & Piña, J. A. (2011). *Trastornos y enfermedades crónicas. Una aproximación psicológica*. (1ª ed.) México: Manual Moderno.

Ybarra, M. I., Kummer, A., Comini, E. R., Oliveira, J. T., Gómez, R. S. & Teixeira, A. L. (2011). Psychiatric Disorders in myasthenia gravis. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69(2), 176-179.

ANEXOS

Consentimiento Informado

FECHA _____

Antes de iniciar el proceso de admisión para recibir atención psicológica en la Clínica es importante que lea cuidadosamente los siguientes puntos:

1. El proceso de admisión consta de 2 etapas (1 **Canalización por parte de un tutor, y 2 Evaluación que incluye la Preconsulta, Historia Clínica y Evaluación Psicométrica**), que se llevan a cabo en diferentes días y horarios establecidos cada uno de ellos por la Clínica.
2. La ficha de admisión causará baja si el paciente no acude a cualquiera de las etapas del proceso de admisión.
3. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas vía mensaje de texto. Es importante que tome en cuenta que dos inasistencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio, sin posibilidad de reingreso inmediato.
4. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo(a) quedará bajo resguardo de la Clínica.
5. Al concluir el proceso de admisión, se procederá a iniciar una actividad académica en la que se realizará una intervención Breve por parte de los psicólogos en formación; terminando dicha intervención el expediente del solicitante procederá a ser asignado a un terapeuta en el área de prevención o de tratamiento, en la modalidad grupal o individual.
6. Los horarios de asignación para los diferentes servicios terapéuticos se otorgan de acuerdo a los horarios de los psicólogos en formación y supervisores, así como los espacios físicos disponibles de la Clínica.
7. Una vez asignado el servicio correspondiente con el terapeuta responsable es a criterio de este la frecuencia y el número total de sesiones a las que deberá asistir el/la usuario(a).
8. Dado que esta Clínica forma parte de una Institución de Educación Superior y Posgrado, es importante considerar lo siguiente
 - a) La duración de los servicios corresponde a la modalidad de terapia breve (no más de 20 sesiones).
 - b) En algunas ocasiones las sesiones de terapia pueden ser observadas de forma diferida y grabadas en audio y/o video con fines educativos y de investigación.
 - c) La actividad de la Clínica de Atención Psicológica en la que participará es una actividad escolar de aprendizaje en la que participarán psicólogos en formación y que forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias del Área Académica de Psicología de la UAEH y los datos contenidos en las terapias, pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
9. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta o negarse a participar en procedimientos específicos que le soliciten o incluso dejar la terapia, sin embargo le solicitamos que de aviso por escrito de sus motivos.
10. Si durante el proceso de admisión o en el tratamiento se detecta que es necesaria la participación de otro especialista para realizar una evaluación complementaria o para que el usuario(a) reciba un tratamiento acorde a sus necesidades se le hará saber, para referirlo(a) de forma oportuna.
11. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formatos especiales dirigidas a la coordinación de la Clínica. De igual forma, es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante de la Clínica se comunique con usted vía correo electrónico. Esto tiene como propósito hacer seguimiento de nuestros servicios.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

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

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilidad de piernas				
4. Miedo a que pase lo peor				
5. Sensación de mareo				
6. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.				
7. Inseguridad				
8. Terror				
9. Nerviosismo				
10. Sensación de ahogo				
11. Manos temblorosas				
12. Cuerpo tembloroso				

SÍNTOMAS	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
13.Miedo a perder el control				
14.Dificultad para respirar				
15.Miedo a morir				
16.Asustado				
17.Indigestión, o malestar estomacal				
18.Debilidad				
19.Ruborizarse, sonrojamientos				
20.Sudoración (no debido a calor)				
21. Dificultad para relajarse				

Puntuación: _____

Nivel: _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

En este cuestionario se encuentran grupos enumerados de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el cuadrado que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

<p style="text-align: center;">1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo <input type="checkbox"/> Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo 	<p style="text-align: center;">2</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En general no me siento descorazonado por el futuro <input type="checkbox"/> Me siento descorazonado por mi futuro <input type="checkbox"/> Siento que no tengo nada que esperar del futuro <input type="checkbox"/> Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
<p style="text-align: center;">3</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento como un fracasado <input type="checkbox"/> Siento que he fracasado más que las personas en general <input type="checkbox"/> Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos <input type="checkbox"/> Siento que soy un completo fracaso como persona 	<p style="text-align: center;">4</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido con todo
<p style="text-align: center;">5</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En realidad yo no me siento culpable <input type="checkbox"/> Me siento culpable una gran parte del tiempo <input type="checkbox"/> Me siento culpable la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo 	<p style="text-align: center;">6</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento que esté siendo castigado <input type="checkbox"/> Siento que podría ser castigado <input type="checkbox"/> Espero ser castigado <input type="checkbox"/> Siento que he sido castigado

<p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento desilusionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy desilusionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy disgustado conmigo mismo <input type="checkbox"/> Me odio 	<p>8</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento que sea peor que otras personas <input type="checkbox"/> Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores <input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis fallas <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede
<p>9</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no tengo pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo <input type="checkbox"/> Me gustaría suicidarme <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviera la oportunidad 	<p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no lloro más de lo usual <input type="checkbox"/> Llora más ahora de lo que solía hacerlo <input type="checkbox"/> Actualmente lloro todo el tiempo <input type="checkbox"/> Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
<p>11</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no estoy más irritable de lo que solía estar <input type="checkbox"/> Me enoja o irrito más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="checkbox"/> Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo 	<p>12</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no he perdido el interés en la gente <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar <input type="checkbox"/> He perdido en gran medida el interés en la gente <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés en la gente
<p>13</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho <input type="checkbox"/> Pospongo tomar decisiones más que antes <input type="checkbox"/> Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes <input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar decisiones 	<p>14</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no siento que me vea peor de cómo me veía <input type="checkbox"/> Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a) <input type="checkbox"/> Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a) <input type="checkbox"/> Creo que me veo feo(a)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAP

<p>15</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="checkbox"/> Requiero de más esfuerzo para iniciar algo <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme para hacer algo <input type="checkbox"/> Yo no puedo hacer ningún trabajo 	<p>16</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo dormir tan bien como antes <input type="checkbox"/> Ya no duermo tan bien como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir <input type="checkbox"/> Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
<p>17</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me canso más de lo habitual <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo <input type="checkbox"/> Con cualquier cosa que haga me canso <input type="checkbox"/> Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa 	<p>18</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi apetito no es peor de lo habitual <input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como solía serlo <input type="checkbox"/> Mi apetito está muy mal ahora <input type="checkbox"/> No tengo apetito de nada
<p>19</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no he perdido mucho peso últimamente <input type="checkbox"/> He perdido más de dos kilogramos <input type="checkbox"/> He perdido más de cinco kilogramos <input type="checkbox"/> He perdido más de ocho kilogramos <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SÍ ____ NO ____</p>	<p>20</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes <input type="checkbox"/> Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación <input type="checkbox"/> Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
<p>21</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba <input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora <input type="checkbox"/> He perdido completamente el interés por el sexo 	<p>Puntuación: _____</p> <p>Nivel: _____</p>

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAP

INSTRUMENTO WHO-QOL-BREVE, VERSIÓN ESPAÑOL

Traducción y adaptación: González- Celis, & Sánchez-Sosa, 2001

Expediente: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Si usted está inseguro acerca de la respuesta que dará a una pregunta, por favor **seleccione sólo una**, la que le parezca más apropiada. Ésta es con frecuencia, la primer respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Estamos preguntándole lo que piensa de su vida en las últimas dos semanas. Por ejemplo pensando acerca de las últimas dos semanas, una pregunta que podría hacérsele sería:

PREGUNTA	No en absoluto	No mucho	Moderadamente	Bastante	Completamente
¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted deberá poner un círculo en la respuesta que mejor corresponde de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las últimas dos semanas. De esta manera encerraría en un círculo el número 4 si usted hubiera recibido un gran apoyo de otros. O encerraría en un círculo en número 1 si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor en cada pregunta, evalúe sus sentimientos y encierre en un círculo sólo un número, de la opción de respuesta que mejor lo describa.

Ahora puede comenzar:

PREGUNTA	Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni buena	Buena	Muy buena	
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Muy satisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente	
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON ACERCA DE QUE TAN COMPLETAMENTE HA EXPERIMENTADO, O HA TENIDO USTED OPORTUNIDAD DE LLEVAR A CABO CIERTAS COSAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nada en lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muy satisfecho
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible esta la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS LE PIDEN CONTESTAR QUE TAN BIEN O SATISFECHO SE HA SENTIDO USTED ACERCA DE VARIOS ASPECTOS DE SU VIDA DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
	PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho esta con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5
LA SIGUIENTE PREGUNTA SE REFIERE A CON QUE FRECUENCIA USTED HA SENTIDO O EXPERIMENTADO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS						
	PREGUNTA	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

FACTOR	PUNTUACION	PORCENTAJE
Factor Físico		
Factor Psicológico		
Factor Relaciones Sociales		
Factor ambiente		