



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 27 No. 4

Diciembre de 2024

## TRATAMIENTO DE ANSIEDAD, PÁNICO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS JÓVENES: UN ABORDAJE DESDE LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y LOS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS TEMPRANOS

Cindy Paola Camacho Pirela<sup>1</sup> y Scarlyn Nazareth del José Caraballo Marín<sup>2</sup>  
Universidad Central de Venezuela

### RESUMEN

El objetivo de esta investigación es definir las directrices de un programa de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Centrada en Esquemas para el tratamiento de los síntomas de ansiedad, pánico y/o depresión en la población latinoamericana. Para el estudio, se empleó una metodología de tipo mixta, no experimental y transversal, en la que se diseñó y aplicó un estudio de necesidades a una muestra de 30 adultos jóvenes venezolanos de ambos géneros, con edades comprendidas entre los 20 y 35 años. Se administraron además las escalas PHQ-9 y GAD-7 para determinar los niveles iniciales de ansiedad, pánico y/o depresión de la muestra delimitada. Los datos cualitativos fueron interpretados a partir de la técnica de análisis de contenido, mientras que los datos cuantitativos fueron procesados a partir de los estadísticos Chi-cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis, con la finalidad de determinar posibles diferencias estadísticas entre las variables género y edad respecto a la manifestación de síntomas. Los resultados sugieren que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos, por lo que el programa de intervención debe diseñarse con independencia del género o la edad. En la discusión, se exponen los componentes principales que deberían conformar este

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología, mención Asesoramiento Psicológico y Orientación y Profesora Instructora de la Cátedra de Psicometría en la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela - [cindycamacho98@gmail.com](mailto:cindycamacho98@gmail.com)

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología, mención Psicología Clínica de la Universidad Central de Venezuela - [scarlyn.psico@gmail.com](mailto:scarlyn.psico@gmail.com)

programa y las características diferenciadoras que permiten que esté adaptado y responda a las necesidades de esta población en particular.

**Palabras claves:** Programa de intervención; terapia de aceptación y compromiso; terapia de esquemas; PHQ-9; GAD-7

## TREATMENT OF ANXIETY, PANIC, AND DEPRESSION IN YOUNG ADULTS: A PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS APPROACH

### ABSTRACT

The objective of the following research is to define the guidelines of an intervention program based on Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy for the treatment of anxiety, panic and/or depression symptoms in the Latin-American population. For this study, a mixed, non-experimental and cross-sectional methodology was used, in which a needs analysis was designed and applied to a sample of 30 young Venezuelans of both genders, aged between 20 and 35 years. Additionally, the PHQ-9 and GAD-7 scales were administered to determine the initial levels of anxiety, panic and/or depression of the delimited sample. The qualitative data were interpreted using the content analysis technique, while the quantitative data was processed using the Chi-square, Mann-Whitney U and Kruskal Wallis statistical tests, in order to determine possible statistical differences between gender and age variables regarding symptom manifestation. The results suggest that there are no statistically significant differences between these groups, therefore the intervention program should be designed independently of gender or age. The discussion outlines the main components that should make up this program and the differentiating characteristics that allow it to be adapted and responsive to the needs of this particular population.

**Keywords:** Intervention program; acceptance and commitment therapy; schema therapy; PHQ-9; GAD-7

Mucho antes de la pandemia por COVID-19, los trastornos depresivos y de ansiedad ya se habían establecido como las principales causas de discapacidad a nivel global. Para el 2015, se calculaba que la depresión representaba el primer factor en contribuir a la discapacidad mundial, así como a las muertes por suicidio, mientras que en la sexta posición se encontraban los trastornos de ansiedad (OMS, 2015 c.p. Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Para ese entonces, se estimó que el número de personas que padecían depresión superaba los 300

millones, a una escala mundial; y que, además, casi el mismo número de personas sufría algún tipo de trastorno de ansiedad, destacándose así la comorbilidad que existe entre ambos trastornos (OPS, 2017).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el 2018 y en años anteriores la depresión continuaba ocupando el primer lugar entre los trastornos psicológicos, ya que aproximadamente entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados la padecían (dos veces más frecuente que en hombres). Particularmente, en países en desarrollo las cifras aumentaban hasta entre 20 y 40% (OPS, 2018). De acuerdo con los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Ansiedad y Depresión (ADAA por sus siglas en inglés), se estima que a nivel mundial 264 millones de adultos padecen ansiedad y que cerca del 31% experimentarán un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida (ADDA, 2020; OMS, 2017).

Posterior a la pandemia por COVID-19, ha habido un incremento dramático en las tasas de padecimiento y/o empeoramiento de trastornos psicológicos en la población mundial. A pesar de que no se tienen aún cifras oficiales al respecto, para el 2020 la OMS realizó una encuesta sobre cómo la situación de pandemia incrementó la demanda de servicios de psicología y psiquiatría en aproximadamente un 93% de los países del mundo, ya que factores como el duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo agravaron el estado de salud psicológica de la población en general. De esta manera, los servicios de salud se han visto altamente perturbados en más del 60% de los países del mundo, en las áreas de atención hacia personas vulnerables, psicoterapia, intervenciones de emergencia, e incluso acceso a medicamentos (OMS, 2020). Específicamente, la ansiedad, los ataques de pánico y la depresión se han posicionado como un problema creciente en los últimos años, sobre todo entre los adultos jóvenes, ya que más allá de sus síntomas, estos trastornos generan un impacto negativo en el bienestar individual y en la calidad de vida de las personas.

Queda en evidencia la necesidad de nuevas y mejores formas de intervención que tomen en cuenta la potenciación del bienestar psicológico, con el objetivo fundamental de ofrecer a las personas no solo herramientas que le permitan afrontar

la aparición de cualquier malestar psicológico, sino también desarrollar fortalezas psicológicas que estén orientadas a mejorar su bienestar general y a disminuir las probabilidades de aparición de estos trastornos psicológicos (Góngora y Casullo, 2009).

Con relación a esto, las Terapias de Tercera Generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Centrada en Esquemas, son dos modelos terapéuticos que, en conjunto, podrían ofrecer un resultado prometedor para potenciar el bienestar psicológico en personas con estos trastornos (en especial si experimentan resistencia al cambio y recaídas frecuentes), al abordar estas problemáticas de forma más profunda e integral (Young et al., 2015; Wilson y Soriano, 2014).

En el caso de la Terapia de Aceptación y Compromiso, esta enfatiza el trabajo de la flexibilidad psicológica, entendida como el proceso a través del cual las personas adquieren la fortaleza suficiente para experimentar sus eventos privados (tales como emociones, pensamientos o recuerdos), especialmente aquellos que valoran de forma negativa, sin intentar modificarlos, obedecerlos, escapar de ellos o evitarlos (Hayes et al., 2004 c.p. Barraca, 2017). Este modelo terapéutico guía a las personas para liberarse de sus patrones de pensamientos rígidos o de evitación conductual, los cuales mantienen la ansiedad y la depresión; en su lugar, busca que contacten de forma plena con el momento presente y orienten su comportamiento hacia fines valiosos (Aguirre y Moreno, 2017 c.p. Romero, 2018).

Por su parte, la Terapia Centrada en Esquemas, se enfoca en abordar los esquemas desadaptativos tempranos, los cuales se definen como “patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo del desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida” (Young et al., 2015, p. 23). Estos patrones, originados por experiencias infantiles, comprenden creencias sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre las relaciones con los demás, así como pensamientos, actitudes, recuerdos, emociones y sensaciones corporales que la persona integra en su vida (Young et al., 2015). Este modelo terapéutico ayuda a reconocer y comprender estos esquemas desadaptativos tempranos, con el objetivo de desarrollar estilos de afrontamientos más saludables que favorezcan el adecuado desenvolvimiento

personal y la autonomía, de forma que se disminuya la vulnerabilidad a padecer trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión.

Una investigación que aborda la flexibilidad psicológica y los esquemas desadaptativos tempranos en conjunto es la realizada por Borjali et al. (2016), quienes tuvieron como objetivo estudiar el rol mediador de la inflexibilidad psicológica en el mantenimiento de los esquemas desadaptativos tempranos y el desarrollo de síntomas de ansiedad. Para ello, trabajaron con estudiantes universitarios a quienes les aplicaron la Tercera Versión del Cuestionario de Young en su forma corta (YSQ-SF3 por sus siglas en inglés), el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II por sus siglas en inglés) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés).

A partir de los análisis de correlaciones correspondientes, Borjali et al. (2016) encontraron que los esquemas desadaptativos tempranos, la inflexibilidad psicológica y la ansiedad están altamente correlacionados. Además, la inflexibilidad psicológica media la correlación entre ciertas dimensiones de esquemas (desconexión y rechazo, autonomía y desempeño, y sobrevigilancia) y los síntomas de ansiedad. Lo que sugiere esta investigación es que algunas técnicas para aumentar la flexibilidad psicológica podrían debilitar la influencia de los esquemas y reducir el malestar psicológico asociado a estos (Borjali et al., 2016; Fischer et al., 2016).

Aunque los modelos terapéuticos que abordan la inflexibilidad psicológica y los esquemas desadaptativos tempranos parecen ser prometedores para el abordaje de la ansiedad y la depresión, aún se requiere de mayor investigación, tanto para comprender las necesidades psicológicas específicas de las personas que experimentan estos trastornos, como para poner en práctica y evaluar la integración de estos modelos terapéuticos en una guía de intervención concreta y factible. Sin duda, la obtención de este conocimiento podría servir de guía para el desarrollo de programas de intervención más efectivos e integrales.

La investigación sobre las necesidades psicológicas de las personas con ansiedad y depresión es particularmente importante en el contexto latinoamericano y especialmente de Venezuela, donde el acceso a los servicios salud mental puede

ser limitado y los factores culturales pueden influir en la presentación y experiencia de estos trastornos. Comprender las necesidades únicas de esta población podría guiar el desarrollo de intervenciones grupales y culturalmente sensibles, que permitan dar respuestas a la alta demanda y baja respuesta de los servicios de salud mental en esta región.

Es por ello que, la presente investigación tiene como objetivo desarrollar un programa de intervención basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Centrada en Esquemas, a partir de la identificación de las necesidades psicológicas de los adultos jóvenes venezolanos con síntomas de ansiedad, pánico y/o depresión. Esta investigación emplea una metodología mixta, combinando técnicas de recolección de datos cualitativos y cuantitativos, para obtener información profunda sobre las experiencias y necesidades de esta población.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

En el estudio, participaron un total de 30 jóvenes adultos venezolanos, con un rango de edad comprendido entre los 20 y los 35 años, de ambos géneros y que presentaban síntomas de ansiedad, pánico y/o depresión, no exclusivamente diagnosticados. Fueron incorporados a través de un muestreo no probabilístico de tipo propositivo, ya que debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: a) ser adulto joven; b) ser venezolano y vivir en Venezuela; y c) presentar síntomas de ansiedad, pánico y/o depresión.

### **Diseño**

Siguiendo las consideraciones de Hernández, Fernández y Baptista (2014), el diseño de investigación que corresponde al presente estudio es de tipo no experimental y de corte transversal, ya que se recolectó una serie de datos en un solo momento determinado para tal propósito. Específicamente, se recolectó información sobre siete variables, a saber: 1) los síntomas de ansiedad, 2) pánico 3) depresión, 4) dificultades generadas por la presencia de estos síntomas, 5) herramientas percibidas como necesarias para afrontar los síntomas, 6) indicadores relacionados con la flexibilidad psicológica e 7) indicadores de esquemas

desadaptativos tempranos, con la finalidad de determinar su incidencia sobre la existencia y el mantenimiento de los mencionados trastornos.

Las variables fueron medidas de forma tanto cuantitativa como cualitativa (metodología mixta), debido a que los síntomas de ansiedad, pánico y/o depresión fueron identificados a través del uso de escalas estandarizadas de medición, mientras que las dificultades generadas por los síntomas experimentados, los indicadores de flexibilidad psicológica y los indicadores de esquemas desadaptativos tempranos fueron especificados a partir del uso de la entrevista estructurada. Cabe destacar que todos los instrumentos de medición empleados en el estudio estaban adaptados a la población venezolana en el caso de las escalas estandarizadas y así también para la entrevista estructurada, la cual fue construida y validada por profesionales expertos en el área clínica.

### *Materiales*

Se emplearon tres instrumentos adaptados a la población venezolana para llevar a cabo la recolección de datos. El primero fue un estudio de necesidades diseñado por las investigadoras y validado por expertos en el área clínica. Los otros instrumentos fueron las escalas estandarizadas y adaptadas a la población venezolana, conocidas como PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) para evaluar depresión, y el GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) para evaluar ansiedad y trastorno de pánico.

*Estudio de necesidades.* Se construyó un instrumento cualitativo (estudio de necesidades) que permitiera evaluar las vivencias y necesidades específicas de los adultos jóvenes con síntomas de ansiedad, pánico y/o depresión, en las áreas general, cognitiva, afectiva, conductual y de esquemas desadaptativos tempranos, las cuales comprenden las cinco dimensiones del instrumento. Esto se realizó con la finalidad de identificar, y eventualmente incluir en un programa de intervención, las herramientas pertinentes que atendieran a tales necesidades. Este instrumento posee un total de 11 ítems de respuesta elaborada. En las dimensiones también se incluyen preguntas destinadas a indagar sobre las herramientas que las personas perciben como necesarias para afrontar sus síntomas, de forma que un programa



de intervención pueda ser construido a partir de necesidades sentidas y no solo a partir del conocimiento teórico del profesional en el área de salud.

El estudio de necesidades fue validado inicialmente por cuatro expertos con experiencia en el área clínica, de enfoque tanto cognitivo-conductual como humanista. Adicionalmente, se evaluó su validez con tres expertos vivenciales, con la finalidad de garantizar la recolección de respuestas válidas y enriquecedoras para la delimitación de necesidades relacionadas con la población a quien está dirigido tal estudio. Por último, se llevó a cabo un estudio piloto antes de su aplicación para verificar que las respuestas eran comprensibles y evocaban respuestas pertinentes para el análisis.

*PHQ-9.* El PHQ-9 es un instrumento de cribado para la depresión. Cuenta con 9 ítems que miden la presencia e intensidad de los síntomas a partir de una escala graduada o tipo Likert de 4 puntos, con cuatro opciones de respuesta que van desde “Nunca” (0) hasta “Casi todos los días” (3). El PHQ-9 permite identificar si los evaluados presentan un nivel de depresión leve, moderado, moderadamente severo o severo a partir de una puntuación de corte. Esta escala fue validada en la población venezolana por Borges (2018) en una muestra de 311 participantes venezolanos con edades comprendidas entre 18 y 82 años de ambos géneros. Los estudios de validez convergente mostraron que la escala aporta correlaciones moderadas, altas y significativas con las facetas del GHQ-28. En cuanto a su fiabilidad, se obtuvo un Alfa de Cronbach o consistencia interna de 0,789 y un valor de 0,796 para la corrección Spearman-Brown en el procedimiento de división por mitades.

*GAD-7.* El GAD-7 es un instrumento de aplicación rápida para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada. Cuenta con 9 ítems que poseen una escala graduada o tipo Likert de 4 puntos, con cuatro opciones de respuesta que van desde “Nunca” (0) hasta “Casi todos los días” (3). Por su parte, el GAD-7 clasifica los niveles de ansiedad de los evaluados a partir de un punto de corte en tres categorías que son síntomas de ansiedad leves, moderados y severos. Adicionalmente, la escala sirve como *screening* para el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad relacionados. Esta escala fue validada en la población venezolana por



Borges (2018) en una muestra de 187 participantes venezolanos con edades comprendidas entre 18 y 82 años de ambos géneros. Los estudios de validez convergente mostraron que la escala aporta correlaciones moderadas, altas y significativas con las facetas del GHQ-28. En el cálculo de su fiabilidad, se obtuvo un Alfa de Cronbach o consistencia interna de 0,856 y un valor de 0,852 para la corrección Spearman-Brown en el procedimiento de división por mitades.

#### Procedimiento

Luego del diseño y validación del estudio de necesidades por expertos en el área clínica, se diseñó un cuestionario online a través de la plataforma Google Forms, el cual contaba con varias secciones que, en principio, permitían hacer un diagnóstico rápido de si los potenciales participantes se adecuaban a los objetivos del estudio. Por ello, se desarrolló una sección en la que se realizaban preguntas basadas en los criterios expuestos por el CIE-11 para los trastornos de ansiedad, pánico y depresión. Estos criterios funcionaron como lista de cotejo para separar a la población afectada por los síntomas de los trastornos de la población no afectada, de modo que fuera posible recolectar información específica sobre lo que el instrumento pretendía medir y la población hacia el cual estaba dirigido.

De no cumplir con los suficientes indicadores sobre la presencia de algunos de los trastornos mencionados anteriormente, se finalizaba el formulario y se les agradecía a los participantes por su interés en la investigación. En cuanto a aquellos que cumplían con un mínimo de indicadores, estos podían avanzar para responder detalladamente a cada una de las preguntas del estudio y finalmente completar las escalas de depresión, ansiedad y pánico. Las siguientes secciones del formulario recolectaban información sobre las dificultades experimentadas por las personas en las áreas general, cognitiva, emocional y comportamental como consecuencia de la ansiedad, el pánico y la depresión, además de indagar sobre la presencia de indicadores de flexibilidad psicológica y esquemas desadaptativos tempranos.

#### Análisis de datos

Luego de obtener un número aceptable de respuestas, se construyó una base de datos con las contestaciones de los evaluados para cada una de las escalas estandarizadas. Estos datos fueron procesados a través del programa estadístico

SPSS con el objetivo de determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas de ansiedad, pánico y depresión, en cuanto a género y edad. Específicamente, se computó el estadístico Chi-cuadrado para determinar las diferencias estadísticas entre la presencia o ausencia de pánico respecto al género, el estadístico U de Mann-Whitney para determinar las diferencias entre los niveles de depresión y ansiedad en cuanto al género y las diferencias estadísticas entre depresión y ansiedad para tres grupos de edades mediante el uso del estadístico Kruskal-Wallis.

Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis de contenido de los datos obtenidos a través del estudio de necesidades, con la finalidad de generar categorías y subcategorías de análisis que integraran las dificultades experimentadas por las personas que conformaban la muestra, así como las herramientas percibidas por estas como necesarias para superar tales dificultades.

### ***Consideraciones éticas***

En todas las fases de diseño y ejecución de la presente investigación se siguieron los estándares éticos de la Federación de Psicólogos de Venezuela (1981). En general, el estudio fue guiado por los derechos básicos de autonomía, respeto, justicia, responsabilidad, beneficencia y no maleficencia, con la finalidad de enaltecer el rol y trabajo del psicólogo investigador. Como herramientas importantes para apoyar este proceso en todos los momentos del proceso investigativo, se recurrió al uso del consentimiento informado, la información para generar una conciencia clara sobre los objetivos de investigación y la participación voluntaria.

## **RESULTADOS**

### Resultados cuantitativos

En primer lugar, la muestra estuvo conformada por 30 adultos jóvenes venezolanos, de los cuales el 80% pertenecían al género femenino y 20% al género masculino. El rango de edad estuvo comprendido entre los 20 y los 35 años, con una media de edad de 25.53 y una desviación típica de 3.91.

Tabla  
*Estadísticos descriptivos de la muestra por edad y género.*

1.

	Femenino				Masculino				N			
	N	%	M	DT	N	%	M	DT	N	%	M	DT
Edad	24	80	25.58	3.775	6	20	25.33	4.803	30	100	25.53	3.91

*Nota.* Elaboración propia.

Tal y como se evidencia en la Tabla 1, la media de edad femenina fue de 25.58 (DT=3.775), mientras que la media de edad masculina fue de 25.33 (DT=4.803). Al realizar un análisis descriptivo e inicial sobre los resultados reportados en cada una de las escalas (Tabla 2), se encontró que las puntuaciones de los participantes en el PHQ-9 y GAD-9 se distribuían de la siguiente manera y cumplían con algunas etiquetas diagnósticas:

Tabla  
*Resultados diagnósticos del PHQ-9 y el GAD-7.*

2.

	N	%
Ansiedad		
Severa	6	20
Moderada	14	47
Leve	9	30
Ausente	1	3
Pánico		
Trastorno de pánico	17	57
Ataques de pánico	6	20
No lo presenta	7	23
Depresión		
Severa	5	17
Moderadamente severa	8	27
Moderada	10	33
Leve	7	23

*Nota.* Elaboración propia.

Por otro lado, al realizar el cálculo del estadístico U de Mann-Whitney (como se aprecia en la Tabla 3) para las variables ansiedad y depresión, este arrojó valores de  $U = 64.000$ ,  $p > .05$  y  $U = 66.500$ ,  $p > .05$ , los cuales aportan evidencia de que para la muestra estudiada no existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de acuerdo al género. En otras palabras, tanto hombres como mujeres experimentan ciertos indicadores de ansiedad y depresión y se encuentran afectados de forma similar por sus síntomas.

Tabla 3.  
Resultados del test U de Mann-Whitney.

	Femenino			Masculino			U	Sig.
	N	RM	DT	N	RM	DT		
Ansiedad	24	15.17	364.00	6	16.83	101.00	64.000	.677
Depresión	24	15.27	366.50	6	16.42	98.50	66.500	.775

Nota. Elaboración propia.

En cuanto a la presencia de trastorno de pánico, delimitado a partir de etiquetas de “sí” o “no”, se determinó si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género a partir del estadístico Chi-Cuadrado. El valor de significación arrojado fue igual a  $\chi^2_{(1)} = .305$ ,  $p > .05$ , por lo que no hay evidencia para afirmar que el trastorno de pánico se presenta de forma desigual en los géneros femenino o masculino.

Al computar las diferencias por rango de edad a partir del estadístico Kruskal-Wallis (Tabla 4), se observó que el valor de significación para la variable ansiedad fue igual a  $H_{(2)} = 1,753$ ,  $p > .05$  y  $H_{(2)} = .679$ ,  $p > .05$  para la variable depresión. Lo anterior sugiere que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de indicadores de ansiedad y depresión de acuerdo a los distintos rangos de edad contenidos en la muestra.

Tabla 4.  
Resultados del test de Kruskal-Wallis.

	Edad		H	gl	Sig.
	N	RM			
Ansiedad			1.753	2	.416
20 a 24	14	16.96			
25 a 30	13	13.15			
31 a 35	3	18.83			
Depresión			.679	2	.712
20 a 24	14	16.89			
25 a 30	13	14.42			
31 a 35	3	13.67			

Nota. Elaboración propia.

De esta manera, aunque sí es posible identificar indicadores de ansiedad, pánico y depresión para la muestra estudiada (tanto hombres como mujeres de distintas edades), el análisis de los datos cuantitativos no arroja suficiente evidencia para afirmar que estos se presenten de forma desigual o particular para algún subgrupo. Por lo cual, si las personas experimentan síntomas de los trastornos antes mencionados, esto ocurre de forma más o menos similar, independientemente de su género o edad.

#### Resultados cualitativos

Una vez obtenida la información a partir de la consulta de los participantes antes descritos, se realizó un análisis de contenido con base al verbatim aportado por cada uno de ellos en las preguntas del estudio de necesidades, siendo identificadas diversas categorías y subcategorías en dichas respuestas (Ver tabla 5). Esto permitió una mayor comprensión de cómo los jóvenes venezolanos de entre 20 y 35 años experimentan la ansiedad, el pánico y la depresión, de los eventos que intervienen en el incremento de su malestar y de las herramientas percibidas por ellos mismos como necesaria para superar estas dificultades.

Tabla 5.  
Categorías y subcategorías del análisis de contenido.

	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
<b>Área general</b>	<i>Dificultades Generales</i>	Malestar físico y psicológico, desregulación emocional, abandono de las responsabilidades, deterioro de los hábitos, incapacidad para tomar decisiones, alteración en la concentración, disminución de la autoeficacia, deterioro de la autoestima, aislamiento y pérdida del disfrute.
	<i>Herramientas para las dificultades generales</i>	Técnicas de regulación emocional, establecimiento de límites sanos, técnicas de relajación, apoyo social, obtención de información, técnicas de concentración, distracción, establecimiento de metas, herramientas para mejorar la autoestima y la autoeficacia, y para establecer hábitos saludables.
<b>Área cognitiva</b>	<i>Dificultades cognitivas</i>	Pensamientos de muerte, creencias de imperfección, creencias de insuficiencia, pensamientos de fracaso, pensamientos de escenarios catastróficos, percepción negativa, recuerdos dolorosos y reglas rígidas.
	<i>Herramientas para las dificultades cognitivas</i>	Estrategias basadas en el control de los pensamientos, información sobre el origen de los pensamientos, gestión del pensamiento, validación de los pensamientos positivos y sustitución de pensamientos existentes por otros más positivos.
<b>Área emocional</b>	<i>Dificultades emocionales</i>	Miedo, rabia, angustia, tristeza, tedio, desesperanza, frustración, desánimo, incertidumbre, culpa, vergüenza, melancolía y exaltación.
	<i>Herramientas para las dificultades emocionales</i>	Estrategias de control emocional, información sobre las emociones, técnicas de regulación emocional y estrategias que favorezcan la aceptación emocional.
<b>Área conductual</b>	<i>Dificultades conductuales</i>	Hábitos inadecuados, intentos fallidos de control, evitación, bloqueo, acciones autolesivas, distracción, inactividad, aislamiento y respuestas impulsivas.
	<i>Herramientas para las dificultades conductuales</i>	Establecimiento de hábitos saludables, técnicas autocontrol, técnicas para mejorar la productividad, entrenamiento en acciones alternativas para evitar de las autolesiones y estrategias de solución de problemas.
<b>Área de esquemas de desadaptativos tempranos</b>	<i>Situaciones significativas de la infancia</i>	Sobrepotección, sobreexigencia, privación del afecto, invalidación de las emociones y capacidades, abuso y acoso sexual, maltrato, discusiones y violencia familiar, rechazo, manipulación, abandono, ausencia de la figura paterna, separación de las figuras significativas, parentalización, tener cuidadores vulnerables, soledad, divorcio de los padres y duelo por muerte de un familiar.
	<i>Necesidades psicológicas no cubiertas en la infancia</i>	Falta de: libertad, autonomía, cuidado y atención, amor y respeto, valoración y reconocimiento, esparcimiento y recreación, apoyo y compañía.
<b>Área de desadaptativos tempranos</b>	<i>Herramientas para los eventos conflictivos de la infancia</i>	Trabajo con las personas del pasado, apoyo social, fortalecimiento del autoconcepto, espacios de desahogo y trabajo en la reconciliación familiar.

Como puede evidenciarse en la Tabla 5, los resultados del estudio de necesidades permiten comprender en profundidad la experiencia de la ansiedad, el pánico y la depresión en adultos jóvenes venezolanos, además de revelar la complejidad de estas condiciones y el impacto significativo que tiene en sus diversas áreas de vida. A partir de estos hallazgos, es posible identificar una gran variedad de dificultades y herramientas que deberían ser tomadas en cuenta al momento de diseñar programas de intervención que busquen abordar de forma integral la ansiedad, el pánico y la depresión en esta población.

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de las pruebas estadísticas llevadas a cabo para el estudio de la muestra permiten afirmar que los síntomas de ansiedad y depresión pueden afectar a los géneros femenino y masculino de forma similar. Esto es coherente con los hallazgos de Tortolero y Calzolaio (2011), quienes determinaron que la intensidad de sintomatología depresiva no arrojaba diferencias estadísticamente significativas en el caso de hombres y mujeres venezolanas. Al mismo tiempo, los autores afirmaron que personas de ambos géneros presentaban el mismo riesgo de manifestar este trastorno.

En cuanto a las diferencias por grupos de edades, estas tampoco fueron evidentes en el presente estudio. De forma análoga, los autores antes mencionados emprendieron un estudio inicial de las posibles diferencias sobre síntomas depresivos a partir de la edad, para lo cual reportaron que solo se evidenciaban leves diferencias entre adolescentes y jóvenes adultos. Sin embargo, no presentaron evidencia estadística que permitiera identificar la existencia de diferencias relevantes (Tortolero y Calzolaio, 2011).

En cuanto a los resultados estadísticos sobre los síntomas de ansiedad, estos son similares a los descubrimientos de García et al. (2022), quienes, a partir de una escala similar de evaluación de este trastorno, afirmaron que la manifestación de ansiedad fue más o menos igual para personas venezolanas de ambos géneros. No obstante, en esta misma investigación se observaron diferencias estadísticamente



significativas en cuanto los síntomas de ansiedad respecto a la edad, lo cual es inconsistente con los resultados encontrados en la presente investigación.

Por su parte, García et al. (2022) advirtieron que los adolescentes en su etapa tardía y moratoria presentaban niveles más altos de ansiedad que los adultos. Cabe destacar que estos autores trabajaron con una muestra cuyo rango de edad estuvo comprendido entre los 18 y 32 años. Aunque las similitudes de edad entre las muestras son de notarse, es posible que estas pequeñas diferencias se expliquen como resultado de que en la adolescencia tardía todavía es posible experimentar dificultades para afrontar los nuevos retos de adaptación que trae consigo el comienzo de la adultez; no así en la adultez temprana, para la cual las personas ya han tenido oportunidad de iniciar nuevos proyectos, adherirse a ellos, crear nuevos vínculos e incluso insertarse al mundo laboral (Jiménez, 2022).

La investigación llevada a cabo por Casullo (2004) apoya la afirmación anterior, al no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de jóvenes adultos entre 25 y 60 años en cuanto a problemas de salud mental y ansiedad. Por otro lado, autores como Ornelas y Ruíz (2017) sostienen que una de las etapas más productivas se encuentra en este rango de edad, lo que plantea una diferencia importante entre las vivencias de adolescentes tardíos y jóvenes adultos, ya que los primeros se encuentran en proceso de adaptación para la etapa siguiente.

De la información anterior, se deriva que para el diseño de un programa de intervención que integre elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Centrada en Esquemas sea irrelevante considerar abordajes diferentes debido al género o la edad, ya que la evaluación inicial permite evidenciar que ambos géneros se beneficiarían del uso de herramientas similares y que los adultos jóvenes representan a un grupo bastante homogéneo.

Por otro lado, los resultados del análisis cualitativo dejan entrever varias dificultades en las distintas áreas de vida de los jóvenes adultos afectados por los síntomas de ansiedad, pánico y/o depresión, así como también vivencias traumáticas de la infancia que contribuyen al desarrollo de esquemas desadaptativos tempranos, los cuales intensifican y/o mantienen dichos síntomas.

Al revisar de forma detallada las dificultades identificadas en el área de vida general, se plantea la necesidad de un programa de intervención de tipo grupal. De acuerdo a las afirmaciones de Rodríguez-Zafra y García (2022), las intervenciones enfocadas en la terapia de grupo y el encuentro interpersonal, hacen posible que personas con distintas historias de fondo puedan afrontar y sanar aquellos comportamientos, sentimientos, actitudes e imágenes desadaptativas sobre sí mismos y los demás, que se formaron en los primeros grupos referenciales, tales como la familia, amigos, entre otros.

Adicionalmente, un programa de intervención para esta población debería centrarse en trabajar elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (como el contacto con el momento presente, la aceptación, la defusión y el yo como contexto) en varias de las sesiones, para abordar las necesidades encontradas respecto a la concentración, a la relajación y al malestar físico y psicológico. De otro modo, al menos dos sesiones deberían estar orientadas a trabajar en los valores y la acción comprometida, a fin de abordar las dificultades relacionadas al abandono de responsabilidades, la toma de decisiones, el deterioro de los hábitos saludables y el establecimiento de metas.

Respecto de las necesidades encontradas en el área cognitiva, estos resultados son coherentes con los planteamientos de Guerrero (2022), quien afirma que el pensamiento negativo repetitivo se conforma como un elemento transdiagnóstico presente en trastornos como la depresión y la ansiedad.

El pensamiento negativo repetitivo representa un aspecto limitante en la búsqueda de una respuesta enfocada a solucionar el problema o dejar de mantenerlo; y además, tiene sus raíces en lo que se denomina fusión cognitiva, es decir, aquella tendencia de los seres humanos a considerar que cualquier pensamiento llevará inevitablemente a la materialización de una conducta relacionada. Esta inclinación trae como consecuencia el establecimiento de relaciones arbitrarias entre el pensamiento y el comportamiento, lo cual exacerba la preocupación de perder el control y la creencia de que “algo está mal”, debido a la literalidad que se les otorga a las funciones verbales (Camacho, 2022).

De forma similar, las personas también pueden fusionarse con recuerdos dolorosos que al mismo tiempo activan determinados esquemas desadaptativos tempranos originados en la infancia, pero fortalecidos en el presente al generar o incrementar el malestar (Young, 2013 c.p. Bolívar, 2020).

Las herramientas reportadas por los participantes como necesarias para afrontar las dificultades en el área cognitiva dejaron en evidencia que buena parte de ellos consideraba fundamental la adquisición de habilidades como el control de los pensamientos, el conocimiento sobre cómo se originan, y en general, la necesidad del manejo de los eventos internos.

Por las razones anteriormente expuestas, relacionadas con la fusión de los pensamientos, los esquemas desadaptativos y lo infructífero que resultan los intentos de control, se plantea como estrategia alternativa para afrontar las dificultades en el área cognitiva, la comprensión (de forma teórica y experiencial) de que los pensamientos son simplemente productos del lenguaje, que no influyen directamente en la conducta y que pueden ser vivenciados sin esperar ningún resultado en particular, aun cuando sean de carácter intenso y se asocien a experiencias traumáticas del pasado.

De esta manera, algunas sesiones de un programa intervención para esta población deben enfocarse en reducir la tendencia humana a controlar los pensamientos, y a su vez, en alentar la aceptación de tales eventos internos. Asimismo, se debe trabajar en hacer que las personas se *defusionen*, o en otras palabras, aprendan a concebir sus pensamientos y esquemas como objetos externos a su identidad. Esto permitiría abordar el apego excesivo a la actividad mental, adoptar una visión de observador, reducir la literalidad que se le da al lenguaje y sus productos (los pensamientos), y dotar a las personas de una nueva perspectiva para vivir el malestar.

Aunque esto no hace que el malestar desaparezca, sí permite ganar mayor seguridad para exponerse a los eventos privados desagradables, los cuales en consecuencia tienden a reducirse, o como mínimo, no generan tanta interferencia en la consecución de objetivos valiosos. Interferencia que justamente previene a las personas de obtener el bienestar que ansían.

En cuanto a los hallazgos del área emocional, se hizo evidente la presencia de dificultades para identificar los estados emocionales y para diferenciarlos de los pensamientos y respuestas fisiológicas, lo que se traduce en una barrera al momento de regular las emociones.

Estos resultados coinciden con lo planteado por Gendron y Barrett (2009), quienes sugieren que las personas pueden tener dificultades para etiquetar las emociones que sienten debido a la falta de comprensión de las características de cada emoción. Además, según Gross (1999 c.p. Hervás y Moral, 2017), la dificultad para etiquetar emociones podría estar relacionada con la falta de conciencia emocional, la supresión o evitación emocional, ya que, si una persona tiene dificultades para reconocer y aceptar sus propias emociones, esto puede hacer que le resulte difícil clarificar y etiquetar sus estados emocionales.

Además, al indagar sobre las herramientas percibidas como necesarias para superar las dificultades emocionales, para algunos participantes resultaba fundamental aprender estrategias de control emocional; sin embargo, para otra parte, resultaba necesario el obtener información sobre las emociones y aprender a aceptarlas. Esto ofrece un claro contraste entre la tendencia a la aceptación emocional y al control emocional cuando de afrontar las emociones se trata.

La tendencia hacia el control emocional por medio de la evitación y la supresión emocional, con su consecuente impacto en la identificación de emociones, es congruente con la evitación experiencial propuesta por Hayes (2004) y es bastante común en las personas que conviven con ansiedad y depresión. La evitación experiencial se refiere a la tendencia de las personas a evitar las experiencias internas que se consideran dolorosas (como las emociones displacenteras) y puede ser contraproducente porque lleva a las personas a experimentar aún más sufrimiento emocional; pues, al evitar las experiencias internas, se genera un círculo vicioso en el que las emociones se intensifican y se vuelven más difíciles de regular. En contraposición, la aceptación emocional, que implica reconocer y aceptar las emociones propias sin juzgarlas ni intentar cambiarlas, permite a las personas experimentar sus emociones de manera plena y auténtica, y relacionarse de manera

más adecuada con ellas, por lo que es una estrategia más efectiva para regularlas (Hayes et al., 2004; Hervás, 2011).

Desde esta perspectiva, y con base en los hallazgos planteados, en un programa de intervención para abordar la ansiedad y la depresión en esta población, resulta pertinente incluir una sesión dedicada al entrenamiento en regulación emocional, en la cual se proporcione a los participantes conocimiento sobre la naturaleza, función y componentes de las emociones; y más importante aún, se les dote de una mayor apertura, consciencia y aceptación emocional. Esto con el propósito de abordar, por una parte, las dificultades detectadas en cuanto a darles nombre a las emociones y a diferenciarlas de los pensamientos y respuestas fisiológicas; y por otra, para impulsar el desapego sobre la tendencia al control y la supresión emocional.

En lo referente al área conductual, las acciones realizadas por los participantes frente a la ansiedad y la depresión son congruentes con lo planteado por Andreo et al., (2020) quienes afirman que, con relación a la ansiedad, es muy común el uso de estrategias como la evitación del malestar (siendo la distracción también una forma de evitación) y la reacción agresiva ante la frustración experimentada por la ineficacia de las acciones realizadas para cambiar la situación.

Para el caso de la depresión, los mismos autores destacan que las estrategias de afrontamiento puestas en práctica por las personas suelen ser pasivas y radican en la evitación tanto cognitiva como conductual del problema, el retraimiento, la rendición y el uso de otras estrategias desadaptativas que pueden ser perjudiciales (p. ej. aislamiento y autolesiones) (Andreo et al., 2020). De acuerdo con Casafranca (2021) este afrontamiento evitativo conduce a la negación de la situación e imposibilita buscar una solución activa a los problemas basada en la consecución de objetivos y no en expectativas de control.

De esta manera, en el diseño de un programa de intervención, resulta pertinente incluir una sesión destinada a cuestionar las formas de aproximarse al malestar empleadas hasta el momento que pudieran resultar ineficaces (p. ej. evitación, rendición, bloqueos, aislamiento, las reacciones impulsivas, entre otros.) y ofrecer otras alternativas para aproximarse a los eventos privados desagradables, generados tanto por los esquemas desadaptativos tempranos como por los

síntomas depresivos y ansiosos. De igual forma, deberían incluirse varias sesiones destinadas a la contemplación y el establecimiento de metas valiosas, de acuerdo con los valores propios, como una estrategia amplia y flexible para afrontar la ansiedad y la depresión, puesto que el foco se encuentra en el cumplimiento de objetivos que aporten bienestar, más que en la evitación del malestar psicológico. Ahora bien, con respecto al área de esquemas desadaptativos tempranos, se identificó que los participantes experimentaron diversos tipos de situaciones infantiles que, aunque diferentes entre sí, en todos los casos se caracterizaron por involucrar una gran carga emocional, así como también, por afectar negativamente la percepción que tenían del mundo, de sí mismos y la forma como se relacionaban con los demás.

Estos resultados refuerzan la hipótesis de que los participantes presentan dificultades al momento de percibir y relacionarse consigo mismos y con los demás debido a la presencia de esquemas desadaptativos tempranos; pues, como bien lo plantea Young et al (2015), la vivencia de experiencias dolorosas en la niñez y las necesidades centrales no cubiertas, facilitan el origen temprano de creencias rígidas que luego se mantienen en la adultez.

Por otra parte, es necesario destacar que el hecho de que los participantes presenten esquemas desadaptativos tempranos es natural, ya que todos los seres humanos los presentan (Tiscornia, 2017). Lo problemático está en que esto les genera malestar debido que se fusionan con el contenido de sus esquemas; al hacerlo, comienzan a percibir al mundo y a sí mismos desde el lente del esquema, lo que siguiendo a Young et al (2015), hace que mantengan un punto de vista inexacto de la realidad, a la par que contribuye al desarrollo de alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión.

Es relevante destacar, que los participantes consideraron al deshago, el trabajo con los eventos del pasado y la reconciliación familiar, como estrategias necesarias para superar estos eventos conflictivos de la infancia; y esta necesidad puede encontrar su respuesta en la Terapia Centrada en Esquemas desarrollada por Young et al (2015), quien propone abordar los esquemas desadaptativos tempranos por medio del trabajo en la comprensión de los esquemas, la identificación de las situaciones

que los activan y el desarrollo de estrategias cognitivas, experienciales y conductuales para superarlos.

En este sentido, para cubrir esta necesidad, resulta conveniente integrar en el programa de intervención las estrategias de la Terapia Centrada en Esquemas, la cual indica iniciar con el trabajo a nivel cognitivo, seguido por el uso de estrategias experienciales (centradas en un nivel más emocional), hasta que asegurado que las personas hayan comprendido y conectado emocionalmente con sus esquemas, se dé inicio al trabajo a nivel de conducta para cambiar sus estilos de afrontamiento.

Al mismo tiempo, en un programa de intervención, este trabajo con los esquemas se podría nutrir con las técnicas ofrecidas por la Terapia de Aceptación y Compromiso, para promover la difusión de los esquemas desadaptativos tempranos, disminuir el malestar emocional por medio de la aceptación y el contacto con el momento presente, y motivar la sustitución de los estilos de afrontamiento desadaptativos por acciones orientadas a valores.

Si se quiere y resulta productiva la comparación, los eventos internos desagradables deben ser considerados como un canto de sirena, ante el cual la persona debe tomar la conducta de Ulises, quien, amarrado a un madero, se propuso la continuación de su viaje sin que imágenes perniciosas lo llevaran a hundirse en las profundidades del abismo.

Por último, se plantea que la investigación en cuestión contribuye a entender cómo se manifiesta la ansiedad y la depresión en la población venezolana y latinoamericana, en la realidad compleja de la que hacen parte, así como también, contribuye a la creación de herramientas novedosas para el tratamiento de sus síntomas, su vivencia y superación, desde una perspectiva de trabajo y aceptación. Con esto, los profesionales de la salud pueden dedicarse a crear más conocimiento y prácticas que acerquen a las personas a un mayor bienestar, integrando el sufrimiento y las afecciones como aspectos naturales de la vida humana.

Entre las limitaciones del estudio, se mencionan el tamaño relativamente pequeño de la muestra y el desbalanceo del grupo en general en cuanto a ciertas edades y al género, como resultado de la participación predominante de mujeres y jóvenes adultos con ciertos rangos de edad. Para futuras investigaciones, se recomienda



realizar esfuerzos para incentivar la participación masculina e incrementar el tamaño de la muestra.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreo, A., Salvador Hilario, P. y Orteso, F. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *European Journal of Health Research*, 6(2), 213-225.  
<https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.218>
- Asociación Americana de Ansiedad y Depresión (ADDA). (2020). *Anxiety Disorders: Facts y Statistics*. Recuperado de  
<https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics>
- Barraca, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. Miscelánea Comillas. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65(127), 761-781.  
<https://www.researchgate.net/publication/273832444> La terapia de aceptación y compromiso ACT Fundamentos aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo
- Bolívar, Y. (2020). *Esquemas maladaptativos tempranos en un paciente masculino depresivo de 21 años de edad: Caso único*. [Tesis de Máster, Universidad del Norte, Colombia]. Universidad del Norte.  
<http://hdl.handle.net/10584/11273>
- Borges, T. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, España]. Docta Complutense. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/15625>
- Borjali, A., Bahramizadeh, H., Eskandai, H. y Farrokhi, N. (2016). Psychological flexibility mediate the effect of early maladaptive schemas on Psychopathology. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 3(4), 9-17. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v3i4.15451>
- Camacho, L. (2022). *Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de inflexibilidad psicológica*. [Tesis de Máster, Universidad Europea de Madrid, España]. Universidad Europea.  
<http://hdl.handle.net/20.500.12880/2238>
- Casafranca, A. (2021). *Estrategias de afrontamiento y ansiedad estado – rasgo, en población adulta migrante venezolana que reside en Lima Metropolitana, 2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada del Norte, Perú]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte.  
<https://hdl.handle.net/11537/29352>

Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.

Federación de Psicólogos de Venezuela (1981). *Código de ética profesional*. Recuperado de <https://fpv.org.ve/documentos/codigodeetica.pdf>

Fischer, T., Smout, M. y Delfabbro, P. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 169–177. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jcbs.2016.06.002>

García, D., Rincón, B., y Urdaneta, M. P. (2022). Autopercepción de adultez emergente y sus relaciones con gratitud, ansiedad y bienestar. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 9(2), 186-206. <https://www.redalyc.org/journal/6952/695273466002/html/>

Gendron, M. y Barrett, L. F. (2009). Reconstructing the past: A century of ideas about emotion in psychology. *Emotion Review*, 1(4), 316-339. <https://doi.org/10.1177/1754073909338877>

Góngora, V. C. y Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827002>

Guerrero, N. (2022). *Relación entre pensamiento negativo repetitivo, satisfacción con la vida, probabilidad de recompensa y sintomatología emocional en una muestra de adultos del departamento del Huila y Cundinamarca (Colombia)*. [Tesis de Máster, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia]. Konrad Lorenz. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/5126>

Hayes, S.C., Follette, V.M. y Linehan, M.M., (2004). *Mindfulness and acceptance: Expandig the cognitive behavioral tradition*. Nueva York: The Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc GrawHill: México.

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372. [https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapelde losdeficitemocionales.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapelde losdeficitemocionales.pdf)

- Hervás, G. y Moral, G. (2017). *Regulación emocional aplicada al campo clínico*. Formación Continuada a Distancia (FOCAD) para División de Psicoterapia, Consejo General de la Psicología de España, Universidad Complutense de Madrid. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Jiménez, A. (2022). *Competencias emocionales y bienestar subjetivo en adultos emergentes*. [Tesis Doctoral, Universitat de València, España]. RODERIC. <https://hdl.handle.net/10550/82231>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Recuperado de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
- Ornelas, A. y Ruíz, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333152922001>
- Rodríguez-Zafra, M. y García, L. (2022). La cohesión grupal: Factor terapéutico y requisito para la creación de un grupo de terapia. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 71-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8323327>
- Romero, A. (2018). Factores del bienestar personal: flexibilidad psicológica, optimismo y estrategias de afrontamiento. [Tesis de Máster, Universidad Pontificia Comillas, España]. COMILLAS. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31690/TFM001031.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Tiscornia, M. (2017). *Los esquemas desadaptativos tempranos en una muestra clínica y no clínica*. [Tesis Doctoral, Pontificia Universidad Católica, Argentina]. Repositorio Institucional UCA.  
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15619>
- Tortolero, L. J. y Calzolaio, A. (2011). Depresión en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, estado Falcón, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, 17(2), 329-340.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28022757012>
- Wilson, K. y Soriano, M. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Young, J., Klosko, J. y Weishaar, M. (2015). *Terapia de esquemas. Guía práctica. Serie Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.