

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Grupos de Encuentro con enfoque cognitivo-conductual para la
disminución del Trastorno de Adaptación**

Proyecto de Investigación

Curi Inti Maigua De La Cruz

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Licenciado en Psicología

Quito, 10 de diciembre de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Grupos de Encuentro con enfoque cognitivo-conductual para la
disminución del Trastorno de Adaptación**

Curi Inti Maigua De La Cruz

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Daniela Verónica Ziritt Cruz, M.Sc.

Firma del profesor

Quito, 10 de diciembre de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Curi Inti Maigua De La Cruz

Código:

00109632

Cédula de Identidad:

1004533038

Lugar y fecha:

Quito, 10 de diciembre de 2017

RESUMEN

En esta investigación sugerimos la implementación de grupos de apoyo con enfoque cognitivo conductual frente al trastorno de adaptación en los estudiantes de minorías étnicas de la USFQ. El objetivo es disminuir los síntomas negativos del trastorno de adaptación y evitar un posible desarrollo de este trastorno en estudiantes nuevos del Programa de Diversidad Étnica. Así pues, mediante un grupo de apoyo con enfoque cognitivo conductual mejoraremos el rendimiento académico, el bienestar social y emocional de dichos estudiantes, dotándolos de herramientas que eviten la aparición de otros tipos de problemas psicológicos.

La metodología que se utilizara en esta investigación, debido a las estrategias de recolección de datos y su eficacia, ha sido el modelo cuantitativo. Para esto, se utilizará la Escala de Estrés Percibido 10 (EEP-10) y una encuesta realizada por el investigador, que se aplicará en 30 estudiantes entre los 18 y 22 años de edad, cuyas familias no radiquen en la ciudad de Quito.

Palabras Clave: Trastorno de Adaptación, Grupo de encuentro, Terapia cognitivo conductual, Estrés, Habilidades sociales, Bienestar social, Adaptabilidad.

ABSTRACT

In this research we suggest the implementation of support groups with a focus on cognitive-behavioral therapy against adaptation disorders in ethnic minority students of the USFQ. The objective is to reduce the negative symptoms of adaptation disorders and to avoid possible developments of this disorder with future students of the Program of Ethnic Diversity. Thus, using a support group with a cognitive-behavioral approach will improve academic performance and the social and emotional well-being of these students, providing them with the tools that will prevent other types of psychological problems to appear.

The methodology that will be used in this research, due to the strategies of data collection and their effectiveness, is the quantitative model. For this, the perceived stress scale 10 (PSS-10) and a survey conducted by the researcher will be used. This will be applied to 30 students, between 18 and 22 years of age, whose families are not from the city of Quito.

Key Words: Adaptation Disorder, Encounter Group, Cognitive-behavioral Therapy, Stress, Social Skills, Social Welfare, Adaptability.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a todos los estudiantes indígenas, mestizo y afroecuatorianos que salen de su pueblo o ciudad natal y dejan a sus familiares para ir a ciudades más grandes en busca de sus sueños. Quiero que este trabajo sirva de algo en sus vidas, para que muchos de ellos logren sus objetivos y sepan cómo solucionar los cambios bruscos al que todo estudiante se enfrenta al vivir fuera de su hogar.

“Queda prohibido no sonreír a los problemas, no luchar por lo que quieres, abandonarlo todo por miedo, no convertir en realidad tus sueños” Pablo Neruda

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
Antecedentes:.....	10
Una breve reseña del Programa de Diversidad Étnica	10
Una breve reseña del Trastorno de Adaptación.	11
Una breve reseña de los Grupos de Encuentro & la Terapia Cognitiva Conductual	12
Problema	14
Pregunta de Investigación	15
Propósito del Estudio	15
El Significado del Estudio	15
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	17
Fuentes	17
Formato de Revisión Literaria	17
Tema 1: Trastorno de Adaptación	18
Historia.....	18
Signos y Síntomas	19
Diagnóstico.....	19
Factores de Riesgo y Consecuencias.....	21
Correlación con el estrés	21
Salud Pública y Trastorno de Adaptación	23
Tratamiento	24
Tema 2: Terapia Cognitiva Conductual.....	27
Psicología Conductual.....	27
Enfoque Cognitivo Conductual.....	29
Problemas de la Terapia Cognitiva Conductual.....	31
Eficacia del CBT en el ámbito neuronal	34
Metas del CBT	34
Tiempo del Tratamiento	35
Tema 3: Grupos de Encuentro	36
Definición.....	36
Estrategia para un Grupo de Encuentro.....	37
Bienestar Psicosocial.....	39
CBT en Grupos de Encuentros.....	41
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	43

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada.....	43
Participantes.....	44
Herramientas de Investigación Utilizadas	44
Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos	45
Consideraciones Éticas	46
RESULTADOS ESPERADOS	48
DISCUSIÓN.....	51
Conclusiones.....	52
Limitaciones del Estudio	53
Recomendaciones para Futuros Estudios	53
REFERENCIAS	55
ANEXO A: Carta de Reclutamiento de Participantes	62
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	63
ANEXO C: Herramientas para el Levantamiento de Información.....	66
ANEXO D: Tabla de Revisión de Literatura.....	67

INTRODUCCIÓN

En la actualidad alrededor de 300 millones de personas padece algún tipo de trastorno psicológico; el estrés, la depresión y la ansiedad, son los principales causantes de daños en el bienestar personal y social (OMS, 2017). Las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinadas por una predisposición o vulnerabilidad ante un agente estresante (American Psychiatric Association, 2014). Así mismo, no olvidemos que la adaptabilidad es el puente que nos dirige hacia el bienestar social, siendo pues la adaptación una modificación conductual del individuo frente al medio donde habita con un solo fin, el evolutivo. No obtendremos un buen desarrollo cognoscitivo si nuestra adaptabilidad no reacciona adecuadamente frente a los constantes cambios (Dix, 1991). En el transcurso de la vida, los procesos adaptativos de los seres humanos han ido cambiando de acuerdo con los distintos medios en donde se desenvuelven. Así mismo, los procesos mentales han ido adquiriendo nuevas estructuras individuales intentando responder a las circunstancias o situaciones ambientales (Schvarstein, 2015). La adaptabilidad ha dejado de ser una investigación únicamente biológica. Ahora es necesario estudiar la adaptabilidad psicológica, ya que el ser humano es un ser social por naturaleza y vive en un mundo de reglas y normas sociales (Fernández-Abascal, Díaz & Sánchez, 2003). Como menciona Spencer “*El cerebro humano es como un registro de infinitas experiencias*” (1851, p. 459).

Entonces, una mala adaptación cambia el funcionamiento comportamental interno y externo de la persona creando, a su vez, raciocinios incoherentes que afectan al área cognitiva. Como consecuencia, los aspectos estresantes se elevan, inundando al individuo de sentimientos de tristeza, ansiedad, miedo, desesperación. Estos síntomas hacen que la persona sea más propensa a sufrir algún trastorno psicológico, como depresión, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación, que se encuentran entre los

más comunes. Para estos problemas adaptativos, nuestro objetivo es encontrar la manera más eficaz de mejorar la conducta y percepción del individuo para que, así, se integre correctamente a la sociedad y ejerza correctamente sus funciones adaptativas (Little, Rodkin & Hawley, 2013). Consideramos a la Terapia Cognitiva Conductual (CBT, por sus siglas en inglés) la más apta para cumplir con el objetivo planteado. CBT es el mejor tratamiento de trastornos psicológicos ocasionados por la mala adaptabilidad. Se centra en cambios de pensamientos para, de esta manera, ocasionar otro efecto en el comportamiento. Generalmente se utiliza para el afrontamiento de desórdenes depresivos, ansiedad, trastornos de pánico, entre otros (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

A continuación, mencionaremos la presencia del estrés en el trastorno de adaptación, sus tratamientos y la correlación de otros trastornos con el trastorno de adaptabilidad. Igualmente se explicarán estrategias de tratamiento implementadas en grupos, y la definición de los grupos de apoyo. Mencionaremos, también, las técnicas y fundamentos principales de la Terapia Cognitiva Conductual. Consecuentemente, se explicará la metodología y el diseño de la investigación, y con los análisis de datos encontrados terminar en la conclusión y discusión de este estudio.

Antecedentes:

Una breve reseña del Programa de Diversidad Étnica

La Universidad San Francisco de Quito se creó en el año de 1988 y fue oficialmente reconocida por el Gobierno Ecuatoriano el 18 de octubre de 1995. El 18 de Mayo del 2001 los estatutos de la universidad fueron aprobados por el Consejo Nacional de Educación Superior del Ecuador (CONESUP) (Long, 2008). A su vez, en 1994 la Universidad San Francisco de Quito firmó un convenio con el Instituto Ecuatoriano Forestal y de Áreas Naturales y Vida Silvestre INEFAN dando origen a la

estación de Biodiversidad Tiputini. Alrededor de 1995 se firmó un convenio con la organización de los Kichwas huaorani, FKUNAE y NAWA, donde la universidad ofreció becas para chicos que quieran estudiar en la USFQ (Romo, 2017). En 1996, David Romo trabajó para la estación de Biodiversidad Tiputini como profesor y como tutor, asesorando a los estudiantes Kichwas que pedían ayuda directa.

Del mismo modo, entre 1999 y 2000 la universidad firmó convenios más grandes con los pueblos Kichwas, llegando a tener alrededor de 30 estudiantes Kichwas en la USFQ de los cuales el 90% abandonaba la universidad y los que aún persistían tenían un promedio debajo de 2 puntos en el promedio de calificaciones (GPA). Debido a la mala adaptación de los estudiantes en el 2003 se realizó una reunión entre el Canciller Santiago Gangotena y el profesor David Romo dando como solución la creación de una unidad enfocada al avance de los estudiantes Kichwas, nombrando a David Romo como director del Programa de Diversidad Étnica (Romo, 2017).

Una breve reseña del Trastorno de Adaptación.

El Trastorno de Adaptación es el desarrollo de síntomas emocionales y conductuales frente a factores estresantes que se identifica tres meses después de manifestarse el factor estresante (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún & Vázquez, 2005). Su primera aparición fue en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), actualmente en el DSM-V (2014) este trastorno está situado dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Los síntomas clínicamente significativos son: un malestar intenso y desproporcionado a la gravedad del factor estresante, un deterioro en el ámbito social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento (Zarza & Sobrino Prados, 2007). Es necesario reconocer las afecciones para diagnosticar Trastorno de Adaptación. Lo que distingue a este trastorno de los demás es el tiempo y perfil de síntomas, por

ejemplo, en el trastorno de la adaptación se puede identificar inmediatamente y su tiempo máximo de duración es de seis meses, si el estresor desaparece. Generalmente, los estresores que producen este trastorno son eventos dolorosos. Algunos estresores pueden ser eventos específicos del desarrollo como iniciar la escuela, dejar el hogar, cambiar de país de residencia, casarse, entre otros (Azocar & Greenwood, 2007). Por lo tanto, es necesario adaptar nuestras respuestas biológicas, psicológicas y psicosociales para superar cualquier tipo de cambios en el ambiente. La mayoría de los estímulos o situaciones están cargadas de experiencias impactantes, obligando el ajuste adaptativo del individuo para, así, superar cada acontecimiento estresante. Sin embargo, encontraremos personas que se desajustan a estas respuestas adaptativas creando una confusión conductual y llevándolos a un trastorno de adaptación (Fernández, Martínez-Arias & Rodríguez-Sutil, 2000).

Una breve reseña de los Grupos de Encuentro & la Terapia Cognitiva Conductual

A principios del año 1947, Kurt Lewin inició con la formación en relaciones humanas. Aquí, el comportamiento es visto como la complementación entre la persona y el medio ambiente. El primer grupo se formó en Bethel (EE. UU.), se guiaron por la teoría de Lewin, y se convirtieron en un gran referente a nivel nacional e internacional por la obtención de buenos resultados en su primera capacitación. Esto fue el inicio de la creación de grupos de apoyo, grupos terapéuticos y grupos de encuentro (Gergen, 1973). Los grupos de apoyo son grupos formados por sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua para conseguir un fin determinado. Son grupos centrados en un problema y en los que se intercambian. Ofrecen nuevas relaciones sociales, que compensan sus deficiencias psicosociales (Katz y Bender, 1976). A pesar de que los grupos de apoyo, grupos terapéuticos y grupos de encuentro iniciaron con la misma ideología, cada uno de estos ha ido formando su propio criterio y definición. Por esta

razón, nos enfocaremos únicamente en su objetivo, el cual es formar lazos entre individuos y grupos sociales que ayuden a mejorar la competencia adaptativa a la hora de tratar problemas a corto plazo, generando un cambio individual y grupal.

Se intenta crear una estrategia para superar desafíos, problemas y tensiones, promover el reconocimiento y la expresión de emociones, y ofrecer metodologías que ayuden a solucionar los problemas, ofreciendo metodologías que ayuden a solucionar los problemas (Davison, Pennebaker & Dickerson, 2000). Una de estas metodologías a utilizar es la Terapia Cognitivo Conductual (CBT), siendo una de las más populares dentro de la psicología en la actualidad, producto de abundantes investigaciones teóricas y aplicativas (Echeburúa & Corral, 2001). Su origen tiene como base la terapia conductual de los años sesenta y su conjunción con la terapia cognitiva en los años setenta, desde ahí fue posicionándose debido a la eficacia y efectividad de sus investigaciones. Esta terapia se basa en comprender los pensamientos y sentimientos que influyen en el comportamiento (Fernández, García & Crespo, 2012). Es una terapia de corto plazo, con una duración aproximada de 5 a 20 sesiones, estableciendo una serie de tareas que el paciente debe cumplir durante la terapia. Las investigaciones han demostrado que el CBT es eficaz ante varios trastornos, los más comunes son, adicciones, depresión, ansiedad, entre otros (Villarroel Zuazua & González Ramírez, 2015). El CBT comienza dividiendo los problemas en pequeñas secciones, intentando identificar pensamientos y comportamientos problemáticos. Una vez identificados estos problemas se comienza a trabajar de una manera proactiva promoviendo la recuperación y aprendiendo nuevas técnicas para evitar experimentar el problema nuevamente (Rodríguez, Ramírez & Landaverde, 2015).

Problema

En la actualidad, se cree que el Trastorno de Adaptación no es un problema, frente a la depresión o ansiedad, pero en muchos casos el beneficio que se obtiene al trabajar en la adaptación es más favorable para el individuo (Fernández-Abascal, Díaz & Sánchez, 2003). Los dos factores que contribuyen en mayor medida al incremento de problemas mentales en el mundo son los rápidos cambios ambientales y la extrema pobreza (Comunitaria, 1990). Los jóvenes adultos pueden tener una predisposición a contraer depresión o ansiedad, y en la mayoría de los casos el trastorno de adaptación es lo que activa o empeora este tipo de trastornos psicológicos, convirtiéndolos en un problema (Zarza & Sobrino Prados, 2007).

De acuerdo con el Consejo de Educación Superior (CES) entre 2006 y 2013 la tasa de asistencia de pueblos originarios a la educación superior pasó de 9,5% al 17,5% (2013). Actualmente, en el Ecuador existen más del 25% de jóvenes adultos Kichwas que asisten a las Universidades. La mayoría de estos estudiantes se desplazan a las ciudades grandes, encontrándose con un ambiente muy diferente a lo acostumbrado. En ocasiones, los estudiantes llegan de un entorno socioeconómico muy presionado. Debido a la escasa existencia de investigaciones dirigidas a poblaciones minoritarias (Lentz, 1997), no contamos con los instrumentos o metodologías adecuadas para abordar estos problemas en donde tarde o temprano el rendimiento académico se verá afectado, su autodeterminación, la interacción social y el bienestar emocional.

Uno de los principales problemas que se viven en los establecimientos educativos del país es la falta de personal profesional suficiente y capacitado para atender las dificultades de adaptación de niños y adolescentes, sobre todo aquellos que pertenecen a pueblos originarios. Existe poca investigación del trastorno de adaptación dirigida a jóvenes de 18 a 25 años en la población ecuatoriana. A causa de ellos no se ha

desarrollado ningún tipo de prevención e intervención frente a este trastorno (Tamayo & Roig, 1979).

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la implementación de un grupo de encuentro con enfoque cognitivo conductual previene el trastorno de adaptación en los estudiantes del Programa de Diversidad Étnica que ingresan a la Universidad San Francisco de Quito?

Propósito del Estudio

Queremos disminuir los síntomas negativos del trastorno de adaptación y evitar un posible desarrollo de este trastorno en estudiantes nuevos del Programa de Diversidad Étnica. Así pues, mediante un grupo de apoyo con enfoque cognitivo conductual mejoraremos el rendimiento académico, el bienestar social y emocional de dichos estudiantes, dotándolos de herramientas que eviten la aparición de otros tipos de problemas psicológicos. Una vez finalizado el proyecto, se esperan estudiantes capaces de afrontar problemas de adaptabilidad, además, una conservación del grupo de apoyo. El alcance de este proyecto es de al menos 500 estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ).

El Significado del Estudio

Un buen manejo del trastorno de adaptación puede mejorar en gran medida las prácticas educativas suponiendo, también, un mejor desarrollo emocional y en diferentes comportamientos ante las experiencias sociales (Geddes, 2010). Por esta razón, este proyecto aparte de beneficiar a los estudiantes de la USFQ será útil para jóvenes de minorías étnicas de otras instituciones y de jóvenes que emigran a ciudades

grandes. Las metodologías e instrumentos que mencionaremos en este trabajo, en su mayoría son genéricos y adaptativos para el área en la que se trabaje. Podemos decir que es el único estudio en el país debido a nuestros objetivos planteados. Así pues, buscamos solucionar la adaptabilidad para renovar el área emocional y social (Zarza & Sobrino Prados, 2007). A continuación, encontraremos la revisión de literatura. Se explicará la metodología de investigación aplicada y el análisis de los datos encontrados.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

Las referencias bibliográficas que expondremos más adelante proceden de varias fuentes académicas como journals, artículos científicos, trabajos de investigación y revistas de psicología. Las palabras que se utilizaron para facilitar la búsqueda fueron: trastorno de adaptabilidad, terapia cognitiva conductual y grupos de encuentro, principalmente. Como palabras secundarias relacionadas y complementarias a la investigación utilizamos: grupos minoritarios, manejo de grupos y habilidades sociales, seleccionando información que esté acorde al tema de interés. El acceso a la siguiente información se consiguió en la base de datos de EBSCO, Proquest, Jstor y otras páginas académicas, como ScienceDirect y ClinicalKey. Pudimos acceder y descargar información aprovechando los recursos electrónicos de la biblioteca de la USFQ y portales académicos de Google.

Formato de Revisión Literaria

Se realizará una revisión por temas, en donde se los dividirá en tres puntos principales. Es necesario entender el problema de la investigación, por lo que empezaremos con un breve análisis del trastorno de adaptación incluyendo sus características y la correlación con el estrés; trastornos de adaptabilidad en el área de salud pública y su tratamiento. A su vez, se detallarán los efectos del apoyo social, la creación de un grupo encuentro, estrategias grupales y tipos de grupos de apoyo en el trastorno de adaptación. Finalmente, se determinarán los fundamentos de la terapia cognitiva conductual, sus técnicas, y la eficacia de conseguir el bienestar personal.

Tema 1: Trastorno de Adaptación

Historia

Desde 1952, el diagnóstico de Trastorno de Adaptación (TA) ha ido progresando enormemente. En esos años se conocía al TA como una perturbación situacional transitoria, su término fue evolucionando por etapas hasta ser codificado en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV (1994). El primer concepto de TA se creó en 1945, explicando la desadaptación debido al estrés con sintomatologías vagas y poco concretas. Posteriormente, Wise (1988) desarrolló un concepto más sintetizado, caracterizado por la inhibición del estado de ánimo, la conducta, actividades laborales y académicas. Con el objetivo de mejorar el diagnóstico del TA para el DSM-IV, se solicitó a los autores que reformularan la *categoría diagnóstica limítrofe* del TA (1994). Las sugerencias de la Asociación Americana de Psicología (APA) se centraron en delinear tiempos estimados para una mayor definición (agudo o crónico), “ampliar el criterio de duración del agente estresante a un periodo ilimitado” (Talbot, Hales, & Yudofsky, 1996) y, por último, eliminar los subtipos del TA que mantengan signos emocionales mixtos, con inhibición laboral, con retraimiento social y síntomas físicos (Talbot, Hales, & Yudofsky, 1996). Esto creó mucha confusión al momento de ser incluido en el DSM-IV como un trastorno independiente; puesto que delinearón otros trastornos originados por el estrés agudo en un bloque entero llamado “trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” (Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén, & Baños, 2012).

Signos y Síntomas

En el TA el cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio geográfico o del acontecimiento estresante. La duración de los síntomas se mantiene alrededor de los seis meses, excepto al demostrar indicios depresivos prolongados (Zarza & Sobrino Prados, 2007). De acuerdo con el DSM-V los síntomas del criterio B son un deterioro significativo en el área social, laboral u otra área que impida el funcionamiento normal del individuo. También, malestar desproporcionado ante un factor de estrés, tomar en cuenta contextos externos o culturales que agraven los síntomas (American Psychiatric Association, 2014). En el criterio C, la alteración ocasionada por el estrés no cumple los estándares para adquirir otro tipo de trastorno mental. Del mismo modo, en el literal D se explica que los síntomas no simbolizan el duelo normal. Por último, el criterio E indica que, si el factor de estrés se ha eliminado o ha sido retirado, los síntomas se mantienen únicamente por seis meses más (American Psychiatric Association, 2014).

Diagnóstico

El concepto del TA ha ido evolucionando en las distintas ediciones del DSM, como veremos en la tabla 1 del anexo D (Robert E, Stuart C & John A, 1996). Básicamente, el TA corresponde a reacciones muy intensas y descontroladas ante el estrés. Mayormente estas reacciones aparecen como un efecto inmediato de un estrés agudo grave o de situaciones traumáticas retenidas. Del mismo modo, independientemente del factor estresante, no hay forma de predecir el TA basándonos en el tipo de personalidad (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot & Botella, 2017). En el DSM-III-R se instauró por primera vez la escala de Severidad de Acontecimientos Estresantes o Ansiógenos Psicosociales de Holmes y Rahe (Tabla 2,

anexo D), que fueron codificados en el eje IV del sistema de diagnósticos multiaxial (Del Barrio, 2009). Se creó una escala de acontecimientos vitales con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad y el grado de adaptación necesaria ante los factores estresantes para el reajuste personal de niños y adultos. En esta escala se mide desde el menor hasta el mayor grado de eventos estresantes (ninguno, medio, severo, extremo y catastrófico) de un niño o adulto para poder evidenciar determinantes biológicos (Monaghan, Robinson, & Dodge, 1979). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en su criterio de diagnóstico del TA (Tabla 3, anexo D), menciona que es necesario especificar el tipo de síntomas predominantes. Puede presentar: *Reacciones Depresivas Breves*, un estado suave y transitorio que no sobrepasa el mes; *Reacciones Depresivas Prolongadas*, un estado leve ocasionado por un factor estresante prolongada de alrededor dos años; *Reacciones Mixtas Ansiosa Depresivas*, los niveles no son mayores a los especificadores para un trastorno mixto ansioso depresivo; *Con Alteraciones Predominantes de otras Emociones*, como manifiesta CIE-10 (1992).

Los síntomas son usualmente de varios tipos de emoción, tales como ansiedad, depresión, preocupaciones, tensión y rabia. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer criterios de trastorno mixto ansioso depresivo o de otros trastornos ansiosos mixtos, pero no son tan predominantes como para que se diagnostiquen otros trastornos ansioso-depresivos más específicos. Esta categoría también debiera usarse para reacciones en niños en los que existan reacciones regresivas tales como enuresis o succión del pulgar (CIE-10, 1992).

El criterio *Con Alteraciones Predominantes de la Conducta* está centrado en la presencia de cambios conductuales, pueden ser regresivos o disociales. *Con Alteraciones Mixtas de Emociones y Conductas*, son alteraciones emocionales (depresión, ansiedad) y conductuales notoriamente observables (CIE.10, 1992).

Factores de Riesgo y Consecuencias

El cuadro de estrés suele presentarse de manera progresiva. Los síntomas suelen ser similares a otros trastornos y es frecuente que se combinen humores depresivos, de ansiedad, angustia psíquica, siendo síntomas intensamente disfuncionales. Además, si el TA se prolonga puede ser indiscutiblemente un episodio depresivo (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot, & Botella, (2017). Ciertamente los factores genéticos, sociales y psicológicos influyen en la adaptabilidad de una persona. Además, la ausencia de factores como baja autoestima y confianza, limitadas habilidades de comunicación, percibir amenazador a cualquier tipo de cambio, carencia de soporte familiar, social y económico hacen más propenso a una persona a desarrollar un TA (Zarza & Sobrino Prados, 2007). Así mismo, la edad promedio de riesgo para desarrollar TA son los 25 años siendo más propensos a padecer los adolescentes y las mujeres. La mayoría de los adolescentes manifiestan este trastorno con conductas antisociales (Strain, Newcorn, Wolf, & Fulop, 1996).

Los problemas que ocasiona el TA son personales y, en muchas ocasiones, esto repercute en el ambiente laboral y académico. Los síntomas de deterioro y malestar que causa este trastorno llevan a una disminución del rendimiento laboral, convirtiéndose en un importante problema de salud pública en temas financieros y educativos (OMS, 2017).

Correlación con el estrés

Existen varios indicadores que ayudan a reconocer el Trastorno de Adaptación (TA) siendo su principal característica la respuesta a un acontecimiento estresante identificable, ocasionando la aparición de sintomatología clínica, emocional y

comportamental (Correa, 2016). El estrés es un proceso biológico que prepara al cuerpo para actuar ante situaciones difíciles ayudando a enfrentar retos (Rotondo, 1998).

Las respuestas adaptativas al estrés nacen de la adaptación celular, son respuestas influenciadas por factores genéticos y del desarrollo. Normalmente una célula se encuentra en un estado de homeostasis (equilibrio), que puede verse afectado frente al estrés o estímulos nocivos (Duval, González, & Rabia, 2010). Ante esto la célula tiene una respuesta de adaptación, pero existe la probabilidad de tener una incapacidad de adaptación, ocasionando una lesión celular que puede ser reversible o irreversible. La lesión reversible soporta estímulos que provocan un nivel leve de estrés por periodos cortos y transitorios. Por otra parte, la lesión irreversible no puede adaptarse a estos estímulos debido a la alta concentración de estrés por periodos de tiempo más prolongados. La célula al tener una lesión irreversible inevitablemente seguirá el camino hacia la muerte celular (Kumar, Cotran, & Robbins, 2008). De esta manera, numerosas situaciones estresantes debilitan los mecanismos de defensa de los sistemas fisiológicos haciéndolos más vulnerables a desarrollar enfermedades.

Las situaciones que estimulan el estrés varían, van desde verse en un peligro mortal hasta declararse a una chica o dar un examen final. En el TA existe la presencia de estrés ante situaciones como la muerte de un familiar o mudarse de casa. Por lo tanto, no existe una diferencia significativa que evite la correlación entre ambos. Así mismo, estos hechos pueden generar un trastorno de homeostasis debido a niveles inapropiados o tiempos muy prolongados de estrés (Carvajal, 2002). “La respuesta al estrés está controlada por el sistema nervioso central (SNC) y los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: nervioso autónomo, endocrino e inmune” (Gómez-González, & Escobar, 2006). El trastorno de homeostasis es el mal funcionamiento de los tres sistemas, siendo el responsable del desarrollo de trastornos psiquiátricos, metabólicos y

autoinmunes (Melgosa, 1994). La primera actividad generada en el cerebro frente al estrés descontrolado es la activación de la corteza cerebral que envía información al hipotálamo estimulando la segregación de ACTH (hormona adrenocorticotropa) en la hipófisis, incitando a la corteza suprarrenal a la producción de cortisol en el cerebro, provocando un daño tisular (Duval, González, & Rabia, 2010). El estrés no es únicamente un mecanismo de defensa frente a una agresión. Como se aprecia, el TA puede empeorar los episodios de estrés y, a su vez el estrés es un factor incondicional en el TA, formando una especie de círculo vicioso.

Salud Pública y Trastorno de Adaptación

La salud pública consiste en un proceso estratégico que permite un mejor desempeño de la gestión pública en el área de salud. Siendo un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario, es responsabilidad del estado cumplir con el objetivo de generar bienestar y calidad de vida (Muñoz, López-Acuña, Halverson, Guerra de Macedo, Hanna, Larrieu & Zeballos, 2000). Por otra parte, la psicología de la salud se basa en el análisis conductual y de estilos de vida que puedan afectar a la salud física. No obstante, a pesar del crecimiento de esta rama, aún se observa la carencia de propuestas tipo “interfase” que permitan vincular el campo de la psicología como disciplina profesional con el campo de la salud (Morrison, Bennett, Parga, Franco, Elvira, & Fidalgo, 2008). A su vez, los trastornos mentales se han convertido en un problema significativo a resolver. De acuerdo con la OMS (2017) más de 300 millones de personas sufren de depresión en el mundo, siendo la principal discapacidad mental seguida por el trastorno de ansiedad con más de 260 millones de personas. Del mismo modo, el TA forma parte de los diagnósticos más frecuentes en la psicología clínica, siendo, también, un importante problema en la salud pública. Estudios revelan que del

5% hasta el 21% de adultos están en atención primaria debido al TA. Asimismo, su diagnóstico es casi dos veces (31,8%) más común que el trastorno depresivo mayor (19,5%) y que los trastornos del estado de ánimo (OMS, 2017). El TA es valorizado en diferentes contextos y circunstancias, siendo más probable de presentarse en el marco de la consulta psiquiátrica (Casey, & Bailey, 2011).

El TA es uno de los problemas psicológicos más comunes tanto en atención primaria como en contextos hospitalarios, elevando el porcentaje de bajas laborales y académicas (Strain, Newcorn, Wolf, & Fulop, 1996). El National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional de Salud y Excelencia en Atención) sugieren una atención escalonada. Esto consiste en realizar una intervención grupal inicial, si esto no es suficiente el paciente pasa al siguiente nivel que es recibir una atención individual e intensiva (2011). No obstante, existen pocos estudios literarios generando importantes problemas metodológicos al momento de realizar proyectos o investigaciones en el área de salud pública. Debido a esto no existen proyectos estatales de prevención o intervención centrados en el TA.

Tratamiento

El tratamiento es básicamente buscar un conjunto de medios para poder curar o aliviar enfermedades mentales y físicas de una persona (Bados López, 2008). Por el momento, nuestro enfoque es psicológico, centrándonos únicamente en tratamientos psicoterapéuticos que permitan la disminución del estrés en el TA. Para contrarrestar el TA, en primer lugar, es necesario interpretar una disfunción significativa en el paciente y asegurar su correlación con un factor estresante. Luego, debemos impedir un desequilibrio mayor debido al estrés y/o generar herramientas para una adaptación óptima. En muchas ocasiones es necesario alejar al paciente de situaciones riesgosas

que afecten ámbitos laborales, sociales y hasta la propia integridad. Para esto, el terapeuta debe interpretar el nivel de gravedad del problema y especificar los síntomas que acontecen en el paciente (Rotondo, 1998). Como es de conocimiento, la terapia busca enseñar al paciente a afrontar diversas enfermedades desarrollando componentes terapéuticos. Podemos utilizar terapia individual o grupal con diferentes enfoques: Funcional, Estructuralista y Métodos Alternativos; así pues, mencionaremos tres de las principales terapias utilizadas en la psicología (Bados López, 2008).

La psicoeducación, como el nombre lo menciona, tiene como enfoque educar al paciente sobre el trastorno psicológico que padece, dando a conocer sus orígenes y síntomas para que el paciente sea capaz de manejar la enfermedad (Rubio, Benito, Juan, Francés Olmos, Real López & Haro Cortés, 2015). Para esto es necesario fortalecer habilidades y reconocer los recursos propios del paciente para evitar recaídas y llevar un buen manejo de la enfermedad. Elementos importantes en esta terapia es la transferencia de información y, mediante eso generar apoyo emocional preparando al paciente para la autoayuda. Un posible riesgo de esta aproximación terapéutica puede ser que el exceso de información estrese al paciente, agravando su enfermedad (García-Campayo, Arnal, Marqués, Meseguer, Martínez, Navarro & Orozco, 2005).

La terapia de exposición es mayormente utilizada en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o problemas relacionados a la ansiedad. También, se puede aplicar a problemas de estrés agudo, con el objetivo de encontrar nuevas alternativas que ayuden a disminuir la experiencia estresante (Rivera, Botella, Arbona, Palacios, Rodero, & Castellano, 2008). Así pues, en el transcurso de la terapia es necesario aclarar la importancia de ser consciente de los pensamientos, emociones y comportamientos generados por el factor estresante (Bados López, 2008). La terapia de exposición no conduce al olvido del miedo, es una técnica que enseña a reducir y extinguir los

síntomas. La exposición constante y sistemática al estímulo ayuda a que este sea superado por el paciente (Echeburúa, & Corral, 2001).

La terapia cognitiva conductual (CBT) es una forma de entender cómo piensan los pacientes acerca de ellos mismos y cómo esto afecta a sus emociones (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). CBT se centra en problemas del presente (del aquí y el ahora) intentando mejorar el estado anímico del paciente, diferenciándose así de otras terapias (Fernández, García, & Crespo, 2012). Para entender esta terapia es necesario analizar la *situación* (eventos, circunstancias) como un punto de partida, esto genera un *pensamiento* llevándolo a una *acción* que después termina en un *sentimiento*, formando un círculo con estos tres puntos (Villarreal Zuazua, & González Ramírez, 2015). Así se forman pensamientos negativos afectando a la estabilidad emocional. Estos son algunas de las terapias que se utiliza en el campo clínico. Son tratamientos que en muchas ocasiones traen buenos resultados física y emocionalmente (Rodríguez, Ramírez, & Landaverde, 2015).

Tema 2: Terapia Cognitiva Conductual

Psicología Conductual

Antiguamente la psicología era conocida como una disciplina especulativa debido a la carencia de experimentos cuantitativos (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). En el siglo XIX inició el auge del método científico, con el fin de crear ciencias humanas exactas. El interés de intentar buscar científicidad en las ciencias humanas dio inicio a una estructuración metodológica sistemática, cualitativa, hermenéutica y dialéctica apropiada para la investigación. Fue así, que a inicios del siglo XX, J. B. Watson realizó su publicación *“La psicología vista desde el conductismo”* que tuvo gran influencia en la psicología con fundamentos basados en las ciencias naturales, con un estudio enfocado en el comportamiento (Watson, 1913). En el 2013 se celebraron los cien años de la publicación de Watson, trabajo muy controversial en la sociedad científica, que dio origen al conductismo (1913). Esta publicación tuvo mucha repercusión en varios sectores del mundo considerándola como una ciencia natural y social con influencias filosóficas naturistas (Watson, & Poli, 1973).

Por otro lado, B. F. Skinner mediante sus investigaciones del conductismo tuvo mayor impacto a nivel mundial. Pero, debemos admitir que esto se logró gracias a los conceptos de Watson, a pesar de sus diferencias (Ardila, 1965). En el siglo XX fue uno de los psicólogos más respetados después de Freud, debido a su primer libro llamado *“La conducta de los organismos”* creado en 1938 (Skinner, 1990). Skinner realizó importantes teorías para la psicología, sin embargo, muchos científicos pensaban que el conductismo no era una ciencia, lo cual llevó a Skinner a experimentar y generar nuevos métodos de investigación, dejando las metodologías tradicionales de lado (Ardila, 1965). Así fue el origen de la psicología conductual, la cual durante el trayecto ha ido adquiriendo nuevas modificaciones. Desde años pasados la psicología busca explicar

procesos cognitivos y comportamientos humanos, no solo visto de una manera observable (Skinner, 1990).

En la actualidad, la psicología conductual se divide en dos modelos: modelos mediacionales y modelos no mediacionales (Erazo & Nisenbaum, 2005). Los modelos no mediacionales son simples, directos y cuidadosos. Es un modelo enfocado únicamente en la conducta, siendo origen de variables ambientales, dejando de lado aspectos cognitivos productos de la mente del individuo (O'Connor, 1981). Thorndike inició realizando experimentos para interpretar la conducta desde la relación entre eventos anteriores y posteriores. De esta manera encontró que las conductas recompensadas emitidas con mayor frecuencia se convierten en una conducta única del animal (1898). Con una perspectiva diferente, Iván Pávlov estudió la conducta utilizando únicamente eventos observables, llegando a su propuesta del condicionamiento operante clásico (Guerra, 2006). Fue así, como Watson plantea el conductismo como un enfoque psicológico, fomentando ciertas leyes en donde se rechaza cualquier variables internas y externas que no sean observables (Watson, 1913).

El modelo mediacional se enfoca principalmente en fusionar dos o más elementos observables en una misma secuencia, con el fin de aumentar la evidencia y obtener una mejor capacidad explicativa. Este estudio conductual considera patrones complejos a los *procesos cognitivos*, siendo medidos de forma indirecta (Guerra, 2006). Por otra parte, la influencia del intermediario se basa únicamente en observar con la ayuda de medidas indirectas como “la variación de la respuesta final observable ayuda a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos o a mejorar las capacidades personales” (Bados López, 2008, p. 3). Así pues, se establecen estímulos de entrada (Inputs) y de respuestas (Outputs) de carácter cognitivo, donde los comportamientos que se ejecutan afectan a los

pensamientos y emociones. Se centra en la resolución de problemas y la toma de decisiones, ya que son procesos que se ejecutan a diario. Las funciones psicológicas requieren de una interacción conductual frente a variables biológicas para poder mantener actividades cognitivas. Todas estas observaciones explicarían al modelo mediacional (Guerra, 2006).

Enfoque Cognitivo Conductual

El concepto central para la Terapia Cognitiva Conductual o Cognitive Behavioral Therapy (CBT por sus siglas en inglés) es la cognición, siendo cualquier idea o suceso con contenido verbal o gráfico que esté vinculado con la conciencia del sujeto. El CBT nace de una corriente mediacional del conductismo más la propuesta de Ellis en 1962 con la terapia racional-emotiva (Ellis, 2015). Sostiene diferentes planteamientos con sus propias metodologías en donde el proceso cognitivo determina la conducta mas no el ambiente. En los años setenta se generaron grandes avances investigativos que explicaron áreas cognitivas- afectivas básicas de la psicología (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot, & Botella, 2017). Gracias a esto se lograron incluir avances realizados por el hexágono cognitivo, quien fusiona la inteligencia artificial, filosofía, antropología, neurociencias y la lingüística, compartiendo estructuras y procesos que faciliten el conocimiento humano. Así mismo, elaboraron un método que corrobora las teorías planteadas (Fernández, García & Crespo, 2012). Veinte años después se toma en cuenta la conducta interpersonal y las interacciones familiares como causas esenciales en la terapia, acarreado estudios sobre los efectos y su relación con la cognición, influyendo en la terapia marcando precedentes en nuevas terapias posracionalistas y constructivistas (Erazo & Nisenbaum,

2005). Hoy en día, la psicología se ha caracterizado por ser multifacética, direccionada por sus tres puntos principales que son: actuar, pensar y sentir.

En la actualidad, el CBT es la ciencia clínicamente significativa de la psicología con fundamentos y principios validados empíricamente. A lo largo del tiempo, el CBT ha adquirido una compleja evolución de sus principios, basados fuertemente en las teorías de aprendizaje y llegando más lejos que las teorías de condicionamiento que manejaba la psicología conductual (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot, & Botella, 2017). Su naturaleza educativa tiende a ser explícita, contando con módulos educativos más la percepción del terapeuta sobre el problema y el tratamiento. Esta terapia se basa en el uso de técnicas eficaces, alejándose de la fidelidad hacia un modelo terapéutico en especial. Por esta razón, la originalidad del CBT son rasgos originarios de la mezcla de teorías y terapias que pertenecían a un lineamiento riguroso. Uno de los rasgos más conocido es el trabajo con respuestas cognitivas, emocionales, conductuales y físicas, mal manejadas ocasionadas por un nocivo aprendizaje (Fernández, García & Crespo, 2012). Debido a que el CBT es una terapia híbrida, cuenta con diferentes técnicas determinadas para cada problema o trastorno, cuyo uso cuenta con un límite de tiempo, a diferencia de otras técnicas. A causa de esto, ha sido necesario mantener un carácter auto-evaluador en el proceso, con referencia de metodologías experimentales y validaciones empíricas en los tratamientos. El único fin de esta terapia ha sido mejorar la salud y, para lograrlo es necesario evadir los extremos (Rodríguez, Ramírez & Landaverde, 2015).

El funcionamiento básico de esta terapia es su enfoque en emociones irracionales, óseas distorsiones cognitivas a la hora de codificar la información. El valor del CBT son las cogniciones en la conducta, intentando entender en el individuo los malestares emocionales y sus reacciones al entorno. No obstante, lo esencial es la

significancia detrás de tales cogniciones, ya que el paciente no reconoce las manifestaciones conductuales vinculadas con la cognición antes o después de la acción o evento (García-Campayo, Arnal, Marqués, Meseguer, Martínez, Navarro & Orozco, 2005). Para esto es necesario conocer y evaluar los pensamientos que reestructuran la cognición condicionándola, el procesamiento e información, y la construcción narrativa del paciente. Después, se debe separar los problemas en partes pequeñas para poder observarlos con claridad, de esta manera el terapeuta y el paciente identificarán el problema. Utilizando teorías educativas, el terapeuta enseña al paciente a cuestionarse sobre las emociones negativas, para así lograr una conducta con sentimientos positivos. El paciente (sin la necesidad del terapeuta) aprenderá a desglosar los problemas y entender las emociones negativas, sin identificarse con ellas (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot, & Botella, 2017). También, es importante realizar tareas que ayuden a reforzar las técnicas aprendidas, para poder superar situaciones reales sin la necesidad de depender de otras personas (Bados López, 2008).

Problemas de la Terapia Cognitiva Conductual

La teoría científica se basa principalmente en plantear un sistema abstracto hipotético que esté abierto a explicaciones, observaciones o experimentaciones que ayuden a entender hechos o leyes. Para esto, es importante dos categorías, la conjeturas (suposiciones no respaldadas por observaciones) y las hipótesis (suposiciones respaldadas por observaciones) que ayude a desarrollar una teoría (Popper, 1989). Por otro lado, está la metodología, siendo una construcción de un acto singular y creativo donde el sujeto toma decisiones con el objetivo de crear una estructura académica relacionada con el contexto. Este debe estar establecido para la investigación (ser adaptada al tipo de investigación) siendo esencial el orden, la esquematización, registro

e interpretación de los datos obtenidos y el discernimiento de cifras incoherentes. Esto nos muestra que fundamentalmente existe una interrelación entre la metodología y la teoría científica, como la ciencia y su tecnología, lo básico y lo aplicado (Pardinas, 1989).

Investigaciones clínicas con alta validez interna permite alcanzar un alto grado de eficacia, pero este no es el caso del CBT. En esta terapia su efectividad se encuentra en la práctica clínica, obteniendo una validez externa. La psicología se ha desarrollado de una manera independiente y arbitraria entre la tecnología y las ciencias básicas debido al escaso crecimiento del entendimiento de los procesos básicos en su práctica, (Echeburúa & Corral, 2001). Un claro ejemplo es la Universidad de Pennsylvania, antes de tener una teoría psicológica suficientemente estructurada, Lightner Witmer ya había fundado, a finales del siglo XIX, una clínica de psicología en la universidad (Fernández, García & Crespo, 2012). Dado que existe un gran número de terapias que han sido modificadas dependiendo del problema comportamental, sin obtener suficiente evidencia científica, se ha perdido la vinculación entre la terapia de conductas (teorías psicológicas) y su tecnología. Esto ha llevado al CBT en dirección a los principios del aprendizaje, que ayudan a crear parámetros sobre la conducta anormal basándose en las leyes de la conducta normal, proporcionando así, el desarrollo tecnológico conductual con el apoyo de los estudios de laboratorio e investigaciones institucionales (Pérez Nieto, González Ordi & Redondo, 2007). A pesar de este intento por vincular ambos puntos, lo que se ha diseñado es una independización de principios y conocimientos sobre el aprendizaje. Partiendo de investigaciones con animales de laboratorio y sin tener en cuenta la conducta anormal humana y sus múltiples contextos, se generaron modelos donde se planteó la conducta anormal y el desarrollo de técnicas de intervención (Fernández, García & Crespo, 2012).

Otro punto es la dispersión que existe en las diferentes teorías conductuales y sus terapias (Echeburúa & Corral, 2001). Las diferentes corrientes psicológicas manejan su propia interpretación en el área conductual, por ejemplo, los investigadores cognitivos se centran en los pensamientos, emociones y conductas de una persona; por otro lado, los constructivistas exponen la construcción de la realidad a partir de la autoorganización de la mente (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Así ocurre con el resto de las corrientes conductuales, cada una maneja su propia teoría psicológica para abordar un mismo problema. La falta de unidad en las terapias crea una metodología bastante mísera, ya que depende del terapeuta y su corriente psicológica antes que ser una metodología científicamente comprobada (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

En los años setenta los psicólogos cooperaron en la creación del enfoque cognitivo conductual. La terapia conductual de los años sesenta se transformó hasta los años setenta y fue en los años ochenta que empezó a dirigirse a la psicoterapia de integración. El reto, es alcanzar la integración de terapias psicológicas, logradas únicamente con acuerdos epistemológicos con un amplio alcance (Fernández, García & Crespo, 2012). Actualmente la psicología se encuentra en un momento pre-paradigmático en donde lo esencial es la unificación de diversos sistemas para obtener el consenso de la comunidad científica (Pérez Nieto, González Ordi & Redondo, 2007). A pesar de no tener un marco teórico unificado que ayude a entender e intervenir en el comportamiento humano de forma coherente y sistemática, el enfoque cognitivo conductual al proponer la síntesis experimental del comportamiento es la corriente que mayor impacto está obteniendo. Por otro lado, sus técnicas tienden a ser eficaces en la modificación de la conducta y la cognición, no obstante, no existen modelos teóricos

que lo respalden, convirtiéndose en un asunto pragmático (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

Eficacia del CBT en el ámbito neuronal

Para validar cualquier tipo de estrategia o terapia, es necesario realizar experimentos que sustenten su efectividad. Este es el caso del CBT, que considera al cerebro como un órgano mediador para la reestructuración mental (Fernández, García & Crespo, 2012). Así pues, se admite que los estados mentales y el aprendizaje mantienen correlación con las actividades y dimensiones neuronales. Para mostrarlo, la neurociencia creó la neuroimagen, que junto a las pruebas psicométrías y las entrevistas clínicas logró confirmar el potencial de la psicoterapia frente a la modificación de circuitos neuronales (Moreno de la Torre & Deus Yela, 2016). La neuroimagen otorga datos de calidad sobre las diferentes terapias, por ejemplo, hoy en día se conoce que la terapia de exposición es eficaz con los trastornos relacionados con el miedo y fobias ya que asocia lo sensorial con la ejecución motora y los pensamientos, modificando aspectos cognitivos y comportamentales. También, permite conocer mecanismos neuronales relacionados a aspectos neurobiológicos y genéticos, mejorando e implementando nuevos tratamientos psicológicos (Echeburúa & Corral, 2001). Gracias a la neuroimagen hay cada vez un mayor impacto de las terapias psicológicas en el tratamiento de trastornos, creando tratamientos que se encaminan a las necesidades del paciente (Bados López, 2008).

Metas del CBT

La meta es el fin de una acción, un deseo, y también es una herramienta para los procesos de un proyecto o producto a realizar. El CBT también cuenta con metas establecidas en diferentes rangos. Aquí la meta de manera general es crear un marco

integrativo donde se reorganice el sistema comportamental con el objetivo de desarrollar bienestar en el paciente. Para obtener estabilidad emocional, se utilizan cambios conductuales y cognitivos creando sistemas dinámicos y complejos (Fernández, García & Crespo, 2012). Básicamente es fomentar el cambio en la psicología y, para esto, en cierto grado, es esencial desestabilizar el sistema comportamental, como menciona Lewin “es necesario el desequilibrio que produzca turbulencias y esta lleve a una transformación y posibilite una nueva reorganización” (1947, p. 5). No obstante, debemos tomar en cuenta que el objetivo es la estabilidad psicológica y social del paciente. Debido a esto, existe un principio que une a todas las terapias, la cual es, aminorar la desesperanza del paciente que impide un manejo correcto de los síntomas (Moreno de la Torre & Deus Yela, 2016).

Otra meta considerable en el CBT es dejar de lado el enfoque único en aspectos sintomáticos, ya que solo se busca eliminar síntomas del problema, sin tener que acudir a los procesos estructurales de origen (Pérez Nieto, González Ordí & Redondo, 2007). Así mismo, se busca implementar nuevo proceso de restablecimiento en las ideas irracionales, distorsiones cognitivas, constructos personales, etc. Es necesario también que la persona aprenda a desarrollar su autonomía para evitar dependencia terapéutica y sea él quien maneje su vida y potencialice su salud mental (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

Tiempo del Tratamiento

El CBT es la terapia que menos tiempo emplea para alcanzar sus objetivos. Esta terapia puede ser utilizada de manera individual o grupal. El tiempo del tratamiento varía dependiendo de la gravedad del problema, sin embargo, es común el proceso tome entre cinco a veinte sesiones semanales o quincenales, cada sesión puede durar entre 30 y 60 minutos. Por lo general, el tiempo total del tratamiento dura de seis semanas a seis

meses (Echeburúa & Corral, 2001). Alrededor de las primeras siete sesiones se puede observar cambios significativos en el paciente. En este tiempo se permite al paciente replantear y analizar su situación para dar inicio a cambios que debieron ser fortalecidas en intervenciones anteriores. En el CBT se estimula al paciente para que identifique pensamientos distorsionados sobre sí mismo, y aprenda a *no* identificarse con las emociones y acciones negativas (Pérez Nieto, González Ordi & Redondo, 2007). Generalmente esto ocasiona un constante enfrentamiento de pensamientos y emociones, siendo necesario destruir constructos ambiguos para poder establecer nuevos (Lewin, 1947).

Tema 3: Grupos de Encuentro

Definición

La inteligencia social de los humanos está altamente desarrollada, siendo el único factor que nos diferencia del resto de animales. Contamos con un deseo efímero de interrelacionarnos con los demás y, así, crear un ambiente apto para nuestro crecimiento individual y colectivo. Los niños inician formando su identidad en el primer grupo social, la familia, después el siguiente paso es relacionarse con otros (escuela, colegio, trabajo, etc.) similares a él, donde aprenderán roles para vivir en sociedad. Es necesario experimentar cualquier tipo de contacto social, ya que a nivel simbólico creamos perspectivas de querer vivir en comunidad y formar parte de algo (Schvarstein, 2015). Maslow menciona que el socializar es una necesidad que debemos satisfacer, de lo contrario crea problemas psicológicos, dicho esto, la socialización ha pasado a ser una necesidad humana (1943). Muchos estadounidenses buscan mejorar su comportamiento y estado psicológico a través de la autoayuda a comparación de otros programas científicamente comprobados. Los grupos de encuentro tiene efectos

provechosos en la salud mental y física de las personas, además de ser accesibles económicamente (Davison, Pennebaker, & Dickerson, 2000).

Los grupos de encuentro son un conjunto de personas que experimentan problemas casi similares en la vida. Estas personas se reúnen frecuentemente para hacer frente a problemas físico y psicológico de una manera colectiva (Escobar Bravo, Puga, & Martín, 2008). También, crean espacios seguros y acogedores que permiten expresar emociones dolorosas (llanto, miedo, ira) compartiendo vivencias e ideas de cómo enfrentar los problemas, claro está, con la asistencia de un facilitador (Rogers, 1973). Dentro de la psicología de la salud la base fundamental de los grupos de encuentro es el apoyo social, concebido como el ser apreciado y valorado por otras personas con sentimientos de pertenecer a una red social. Investigaciones revelan que mantener un bienestar social de calidad tiene efectos significativos en el bienestar psicológico del individuo. La influencia generada por los grupos de encuentro ha favorecido el afrontamiento al estrés, además de evitar la progresión de enfermedades y en muchos casos a superarlas (Davison, Pennebaker, & Dickerson, 2000).

Estrategia para un Grupo de Encuentro

Es necesario implementar estrategias que ayuden a manejar correctamente el grupo, consiguiendo la participación de cada uno de los integrantes. Para poder generar un grupo estable y efectivo es necesario la interacción entre personas, impulsando así, la iniciativa de poder crear un ambiente cálido, forjando objetivos comunes para que todos los integrantes sean partícipes de ellas. Este proceso se lleva a cabo a partir del primer día de reunión (Katz & Bender, 1976).

K. Lewin (1947), por otro lado, menciona que dentro de un grupo existen dos estrategias de aspecto conductual, para llegar a esto, es necesario enfocarnos en el

aprendizaje, por ejemplo, debemos desaprender lo aprendido para así poder crear nuevas estructuras mentales, dejando de lado actitudes negativas. El individuo debe estar dispuesto a renovar parte de su identidad, de su “sí mismo”. Para poder avanzar con las estrategias grupales es necesario ejecutar tres fases, siendo la principal el *desbloqueo*, donde observamos situaciones conflictivas (sentimiento de culpa o fracaso) debido al distanciamiento de experiencias anteriores. Esto nos lleva a la fase de *cambio*, aquí se ensayan nuevas conductas, y para ello el facilitador debe establecer variables originadas por la persona, el facilitador o el grupo. Un punto importante es que estas variables no deben ser impuestas, ya que afectan directamente a la motivación, produciendo un cambio menor o poco estable en el individuo. Por último, está la *consolidación y estabilización*, donde se da la integración de conductas y cogniciones aprendidas, es la manifestación de la identidad individual y social (Lewin, 1944). Una vez ejecutadas estas tres fases, podemos avanzar a sus dos estrategias que son: aquí y ahora, y el feedback -retroalimentación-. Estas estrategias se refieren al vivir conscientemente nuestras relaciones apoyadas por una buena retroalimentación (Lewin, 1944).

Así mismo, Carl Rogers (1973) menciona que los grupos de encuentro tiene como referencia la educación, pues de este modo la persona obtendrá la capacidad de poder direccionar sus objetivos personales. Para esto, Rogers planteó quince fases que se van dando en el trayecto del proceso grupal. *Confusión inicial*, es la primera de las quince fases, donde se menciona que el facilitador no cumple el papel de un líder o guía. Siguiendo a esta fase está la *resistencia a la expresión personal*, donde las personas evitan compartir sentimientos y emociones como una defensa ante el grupo. *La descripción de sentimientos del pasado*, donde hay la iniciativa de hablar de emociones únicamente pasadas. La *expresión de emociones negativas* donde se revelan vivencias

con poca carga emocional. *Expresión y exploración de un material personal importante*, donde la persona empieza a sentirse seguro en el grupo, empezando a revelar situaciones con mayor carga emocional. *Expresión de las emociones interpersonales*, es una fase de un cambio muy importante en los participantes, cuando comienzan a actuar de manera espontánea. *La capacidad curativa del grupo* es la unión del grupo, generando un sentimiento de apoyo y seguridad. Así llegamos a la *aceptación de sí mismo*, donde se genera el cambio de actitudes en las personas, y sus sentimientos tienden a ser más reales. *Rompimiento de lo superficial*, las personas actúan y se expresan sin miedo, su personalidad no tiene restricciones. *La retroalimentación*, los individuos comienzan a escuchar y aceptar opiniones de su comportamiento y personalidad. El *enfrentamiento*, es el inicio de choque de las emociones negativas. *Relación asistida fuera del grupo*, se generan lazos emocionales con personas del grupo fuera de las sesiones de reunión, lo que desarrolla aspectos del área interpersonal. *El encuentro entre los integrantes*, en esta parte vemos como personas del grupo desarrollan cercanía emocional y empatía. Expresión de sentimientos positivos y acercamiento, en este punto se enfatizan más aspectos positivos, aumentando así la pertenencia en el grupo. Por último, la reformación de conductas en el grupo, donde podemos observar resultados en los participantes, cambios de conducta y modificaciones cognitivas (Rogers, 1973).

Las técnicas y estrategias grupales sirven para mejorar el desarrollo colectivo e individual, por esta razón es necesario apoyarse en teorías que nos den un mejor sustento y apoyen en la funcionalidad (Schvarstein, 2015).

Bienestar Psicosocial

El bienestar social puede abarcar múltiples direcciones en su concepto, alcanzando un nivel de complejidad a la hora de ser analizado. Mayormente el bienestar

social toma aspectos económicos, siendo el representante para todo los demás campos. Por ejemplo, si ocurre un incremento de la producción nacional, se asume que el crecimiento es también para el área psicológica (Gergen, 1973). Hoy en día, el bienestar social logró solidez en el enfoque de las necesidades humanas, adquiriendo autonomía en varios campos humanísticos ligados a la psicología, sociología, antropología entre otros. Dicho esto, podemos mencionar que el *bienestar psicosocial* es un tema importante en el área de la psicología, siendo aplicable a nivel individual y colectivo (Almagiá, 2014).

El bienestar psicosocial hace referencia al apoyo social que un individuo presencia, por lo tanto, la persona a través del trabajo, universidad, etc., encuentra un espacio de desarrollo de habilidades psicológicas y sociales, junto a eso una integración en grupos con integrantes similares a él. El apoyo social satisface necesidades emocionales, informativas e instrumentales, partiendo desde el cuidado y la intimidad, creando consejos y orientación, terminando en una forma de ayuda o de búsqueda de herramientas para la obtención del bienestar social (Davison, Pennebaker & Dickerson, 2000). Así mismo, mientras mayor sea el apoyo recibido, mayor será el apoyo percibido. Dicho esto, el sistema psicológico de la persona cambia mientras hay mayor disponibilidad de apoyo en su entorno, generando una reestructuración psicológica a la hora de enfrentar problemas estresantes, biológicos y psicológicos (Almagiá, 2014).

Como ya hemos mencionado anteriormente, el estrés es un cansancio mental generado por actividades, situaciones o creencias sobrevaloradas, que conllevan a un deterioro físico y mental (Rotondo, 1998). Motivados en la búsqueda para contrarrestar los síntomas del estrés, se han creado modelos y teorías de los efectos que produce el apoyo social en una persona. De este modo, observamos que el apoyo social contrarresta los efectos nocivos del estrés. Por ejemplo, se ha comprobado que recibir

apoyo social ayuda a percibir al estresor menos amenazante, a comparación de las personas que reciben escaso apoyo social. A su vez, los efectos negativos disminuyen causando un menor impacto en la salud (Almagiá, 2014). Se enfatiza, también, el valor de las relaciones interpersonales del grupo en general, sin importar que la persona perciba factores estresantes en su entorno. Así pues, podemos argumentar que mantener una red social estable, refuerza el bienestar personal y, por lo tanto, apoya a la disminución del estrés en el trastorno de adaptación (Davison, Pennebaker & Dickerson, 2000).

CBT en Grupos de Encuentros

La terapia grupal ha ido tomando fuerza a través de los años, debido a sus renovadas estrategias. Por ejemplo, los grupos de encuentro se conforma de sujetos con problemas similares que comparten un mismo objetivo y sus estrategias parten de modelos grupales que refuerzan el feedback, dando como resultado conductas concretas (García-Campayo, Arnal, Marqués, Meseguer, Martínez, Navarro & Orozco, 2005). Así pues, la terapia cognitiva conductual de grupos *no* es una técnica totalmente nueva, está fue aplicada desde los años sesenta con la llegada de la terapia conductista, utilizándola en el marco de tratamiento de la terapia grupal (Muñoz, Aguilar-Gaxiola & Guzmán, 2000).

Este tratamiento prioriza el aprendizaje y la conducta del sujeto, donde se espera que los miembros sean participativos y apliquen todo lo aprendido en su vida cotidiana. La enseñanza de conductas concretas genera un alto impacto en los miembros del grupo facilitando la eliminación de conductas aversivas e inadaptadas (Muñoz, Aguilar-Gaxiola & Guzmán, 2000). Así mismo, se ven afectadas positivamente las habilidades sociales influenciando en la reducción del *estrés*, disminución de efectos de la depresión

y ansiedad, mejorando la adaptación, entre otros (Villaruel Zuazua & González Ramírez, 2015). Un grupo cognitivo-conductual brinda la oportunidad de desarrollar habilidades de liderazgo y de integración entre compañeros, creando un entorno de seguridad y fidelidad. Se puede observar, también, la participación de los compañeros, quienes refuerzan el cambio y el desarrollo intrapersonal en el individual (García-Campayo, Arnal, Marqués, Meseguer, Martínez, Navarro & Orozco, 2005). Esto crea una fuente de información extensa sobre percepciones sociales, siendo más fácil confrontar las conductas desagradables de una persona. Además, esta confrontación es mayormente aceptada cuando viene de un grupo en comparación de cuando viene de un terapeuta (Echeburúa & Corral, 2001).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

La metodología que mejor se adapta a esta investigación, debido a las estrategias de recolección de datos y su eficacia, ha sido el modelo cuantitativo. Creemos esto ya que esta metodología se basa en teorías ya existentes, a las cuales podemos agregar una serie de hipótesis acorde a nuestra investigación (Pardinas, 1989). La metodología cuantitativa emplea la recaudación y el análisis de datos que ayudan a contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Popper, 1989). Debido a que emplea recursos (encuestas, escalas, entre otras) que producen datos capaces de ser analizados estadísticamente, se puede mencionar que el método cuantitativo es deductivo. Aquí la objetividad es muy importante, donde el investigador observa, manipula y mide las variables, siendo el primer enfoque a desarrollarse en la investigación (Pardinas, 1989).

Así pues, valorando la pregunta de investigación que tiene como objetivo la implementación de un grupo de encuentro con enfoque cognitivo conductual para la prevención de un trastorno de adaptación, podemos reconocer que cuenta con variables que necesariamente deben ser analizadas, y para las cuales creemos adecuado la metodología cuantitativa, que implementa herramientas suficientes para la obtención de datos coherentes con un análisis estadístico confiable. En la psicología el método cuantitativo ha sido el más utilizado en investigaciones cognitivas y conductuales, así mismo, la implementación de una *muestra* (grupo de individuos a investigar) en las ciencias humanas ha producido resultados favorables, logrando abarcar mayor capacidad humanística en sus tratamientos y/o prevenciones (Ardila, 1965).

Participantes

Para esta investigación se sugiere la participación de 30 estudiantes jóvenes adultos entre los 18 y 22 años de edad, cuyas familias no radiquen en la ciudad de Quito. Así mismo, se dividirá en dos grupos de 15 participantes, independientemente del género. Los participantes deberán estar cursando el primer año de universidad con un promedio académico menor a 2,8/4.00. Estos participantes deberán cumplir con al menos tres criterios del Trastorno Adaptativo (TA) o criterios relacionados al estrés. Los participantes que no cuenten con estas especificaciones, o cuyo rendimiento académico y desenvolvimiento social sea diferente al requerido por la investigación no podrán ser partícipes de ella.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Puesto que el Trastorno de Adaptación tiene una correlación con el estrés, consideramos que la mejor decisión para realizar esta investigación es la Escala de Estrés Percibido 10 (EEP-10) (ver tabla 1, anexo C). Esta escala es la más utilizada en el área de “*cuantificación de estrés emocional en investigaciones clínicas y epistemológicas*” (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014). Esta escala ofrece el análisis de los tres puntos generadores de una alteración severa de estrés. El ambiente productor de estresores, los hábitos y respuestas emocionales en respuesta al estrés, y por último, nos muestra un estudio sobre el afrontamiento fisiológico ante el estresor (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014).

Es una escala de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante los últimos meses. Esta escala consta con 14 ítems que contiene 5 respuestas (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La respuesta se obtiene invirtiendo los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13, seguido de eso, es necesario calificarlo de la siguiente manera, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0. Una vez realizado este

proceso continuamos con la suma total de los 14 ítems, a mayor puntuación obtendremos mayor presencia de estrés (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1994).

El análisis de la adaptación del individuo es necesario para observar la efectividad de los grupos de encuentro frente al trastorno de adaptación. Por esta razón, hemos propuesto una encuesta que mida la adaptación individual antes y después de la ejecución de esta investigación (Ver tabla 2, anexo C). Las encuestas son un instrumento útil y fácil de realizar, apoyando en la recolección de datos de una muestra. Así mismo, detalla necesidades estratégicas y sus efectos (Popper & Popper, 1989). Esta encuesta será ejecutada después de haber obtenido respuestas del test EEP-10.

La metodología de esta encuesta es cuantitativa con un diseño Likert. El participante tendrá 5 opciones de respuesta valoradas de la siguiente manera: 1= nunca, 2= casi nunca, 3= a veces, 4= casi siempre, 5= siempre (Hayes, 1999). Esta encuesta contará con 10 ítems con preguntas basadas en los criterios del Trastorno de Adaptación del DSM-V. Para certificar esta encuesta se realizará un estudio previo de validez, alfa de cronbach, p-valor y la significancia de cada una de las preguntas (Hayes, 1999).

Procedimiento de Recolección y Análisis de Datos

Este estudio se realizará en la Universidad San Francisco de Quito, con los estudiantes pertenecientes al Programa de Diversidad Étnica (PDE). Para esto, será necesario realizar un convenio con PDE (Ver en el anexo A) para optimizar la selección, accediendo a los datos del programa para evaluar criterios académicos y psicológicos acorde a los criterios de la investigación. Posteriormente se seleccionarán 30 estudiantes (independientemente el género) a quienes dividiremos en dos grupos de 15 estudiantes con el apoyo del psicólogo(a) del programa. Es necesario realizar una charla informativa previa para que los estudiantes seleccionados no se sientan marginados o excluidos, evitando generar alguna alteración en su integridad. Para

continuar, asignaremos horarios de reunión conforme a la disponibilidad de los estudiantes. Se espera realizar dos reuniones a la semana con un tiempo estimado de una hora. Esto por lo menos por un periodo de cuatro meses (alrededor de un semestre). La encuesta de adaptación se aplicará una vez formado los grupos antes y después de la intervención, los resultados serán tabulados en el programa IBM-SPSS Statistics.

Consideraciones Éticas

Para todo tipo de investigaciones que requiera la participación de humanos, es indispensable presentar un consentimiento informado. En esta investigación es nuestra obligación presentar los detalles específicos de la práctica, así pues, presentaremos el consentimiento informado (Ver en anexo B) a los estudiantes que participan en los grupos de encuentro. A pesar de que los participantes son mayores de edad, será indispensable presentar el consentimiento informado al coordinador del PDE quien está a la tutela de los estudiantes. El documento informará sobre la colaboración del estudiante, siendo esta netamente voluntaria. El participante tendrá la capacidad de decidir sobre su permanencia en el grupo de encuentro. Además, se explicarán los objetivos principales de la investigación, sobre los posibles beneficios y riesgos del tratamiento y se mencionará el tiempo estimado de la intervención. Aquí también se especificará la importancia de obtener respuestas ante dudas e incertidumbres, estas pueden ser discutidas con la familia, amigos o personas cercanas. Al mismo tiempo, el implicado podrá hacer uso de la información obtenida para tomar una decisión fiable con base a sus intereses. Por último, el participante tiene la libertad de acceder a los resultados de las pruebas realizadas al inicio y al final de la investigación.

Ante un problema durante el proceso, se tomarán medidas acorde a lo decidido por el estudiante. Estas medidas serán consultadas con el psicólogo de planta y el coordinador del programa. Recordemos que el objetivo de la investigación es el

bienestar de los estudiantes, por lo que las resoluciones tomadas serán en beneficio a ellos.

RESULTADOS ESPERADOS

En el transcurso de la investigación literaria, hemos planteado un tratamiento basado principalmente en aspectos sociales para la disminución de efectos del trastorno de adaptación. Creemos que la construcción de un grupo de encuentro cumplirá con el objetivo esperado en los pacientes. Así mismo, al encontrar una evolución significativa de la terapia cognitiva conductual, sugerimos una metodología que junte estas dos variables para alcanzar un tratamientos aplicables. Es necesario mencionar que este trabajo es una recopilación literaria, por lo tanto, no existe ejecución del proyecto.

Como ya lo habíamos mencionado, una de las características principales del trastorno de adaptación es el estrés, debido a esto el estrés será la variable principal de intervención. Por ejemplo, los resultados de la investigación “*Intervención cognitivo-conductual (CBT) centradas para disminuir el estrés*”, una de nuestras referencias para la realización de esta investigación, muestra una disminución del estrés percibido después de haber aplicado un tratamiento cognitivo-conductual con una metodología cuantitativa (Villaruel Zuazua & González Ramírez, 2015). Todos los participantes, manifestaron también de manera verbal haber aplicado las distintas técnicas que se les proporcionaron en este estudio, en situaciones recientes y con resultados satisfactorios para ellos (Villaruel Zuazua & González Ramírez, 2015, pág. 1381).

Hemos visto también que por lo general el CBT llega a tener buenos resultados y es posible adaptarlo en la mayoría de los trastornos psicológicos. Por esta razón en nuestra investigación la implementación de este tratamiento se realizará manteniendo la esencia principal del CBT en un grupo de encuentro, por lo que se esperan resultados satisfactorios. Al no contar con un tratamiento específico para el trastorno de adaptación, nos hemos basado en los resultados del “*Programa CBT con una realidad*

virtual para combatir el trastorno de adaptación”. Aquí los participantes mostraron un aumento en la satisfacción al comparar los resultados del pre-tratamiento con los del post-tratamiento (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot & Botella, 2017). En esta investigación se observa principalmente como la socialización influye en la satisfacción personal. Así mismo, nuestro trabajo mantiene altos componentes sociales por lo que esperamos resultados en el aumento de satisfacción, como efecto de los grupos de encuentro, es así como vimos oportuna esta investigación como referencia en nuestro trabajo.

Al ser la adaptabilidad y los diferentes aspectos ambientales el origen del problema en este trastorno, nuestro proyecto busca obtener una mejora de habilidades sociales en los estudiantes. “Por otro lado, los datos ponen de manifiesto la importancia de prestar una atención adecuada a estos pacientes, por las consecuencias negativas, tanto individuales como sociales de los Trastorno de Adaptación” (Sanz, García, Cuquerella, Cano, Jorda, Blasco & Carbajo, 2016, p. 390). Así también, como resultado se obtendrá la habilidad de entablar amistades duraderas que formen parte de un proceso de afrontamiento frente a los malestares ocasionados por los problemas latentes. Esto reducirá los riesgos de suicidio y evitará el desarrollo de una depresión futura. En la investigación *“Intervención grupal con CBT para el trastorno adaptativo”*, las dimensiones vitalidad, función social, rol emocional y salud mental fueron significativas en la comparación entre el pretratamiento y el seguimiento, y también entre el pre y la post-intervención (Sanz, García, Cuquerella, Cano, Jorda, Blasco & Carbajo, 2016, p. 396).

Mantener un tratamiento estable y conciso como el que presentamos, generará resultados secundarios que prevalecerán en la vida diaria de los estudiantes. El proceso de amortiguación iniciará su función de la siguiente manera: mientras mayor apoyo

social mantengas, te servirá como una fuente de protección contra efectos nocivos suscitados por el estrés, la mala adaptación y otros (Almagiá, 2014). Dicho esto, me referiré al aumento de estabilidad emocional que percibirá el estudiante y, consecuentemente los cambios visibles en áreas académicas, interpersonales y sociales. El tratamiento propuesto en esta investigación literaria mantendrá resultados favorables contra la adaptación y problemas emocionales.

DISCUSIÓN

El tratamiento que se ha expuesto en esta revisión literaria busca formar nuevas herramientas de gran utilidad, manteniendo el fin de producir una salud mental favorable en el Ecuador. Es así que juntamos tres temas: Terapia cognitiva-conductual (CBT), Grupos de encuentro (GE) y Trastorno de adaptación (TA). De los temas que presentamos, el CBT es uno de los más utilizados e investigados en la psicología a comparación de los grupos de encuentro. El TA es uno de los trastornos relacionado al estrés menos conocido, incluso el DSM-V le dedica únicamente una carilla entre diagnóstico y criterios.

Al mantener resultados favorables podemos asegurar la efectividad del tratamiento (basados principalmente en aspectos psicosociales). Como se mencionó en la introducción, la adaptabilidad es el puente que nos dirige hacia el bienestar social, siendo pues la adaptación, una modificación conductual del individuo frente al medio donde habita, con un solo fin, el desarrollo mental (Dix, 1991). La creación de grupos de encuentro, una técnica poco utilizada, busca alcanzar un bienestar social con una reestructuración lista para formar nuevos patrones sociales de integración entre semejantes. Veremos también que, una vez consolidada la efectividad del proyecto, muchos factores pueden disminuir el proceso de implementación en las personas, obteniendo resultados en menor tiempo. Es así, que la disminución de hechos nocivos (efectos del TA) se contemplará claramente a través de los cambios conductuales que se presentarán en los integrantes del grupo.

La escala implementada nos mostrará un breve análisis de la evolución individual de cada paciente, debido a que esta encuesta fue realizada con el objetivo de medir habilidades sociales, adaptabilidad y ansiedad. Es así que observaremos, también,

una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión (Quero, Andreu-Mateu, Moragrega, Baños, Molés, Nebot & Botella, 2017). No obstante, la implementación de otros ítems que midan la percepción del presente y el pasado por parte del participante (después de haber realizado una validación) podría traer consigo nuevos resultados para próximas implementaciones. Por ejemplo, implementar la relajación autógena para reducir la ansiedad en los pacientes con TA, optando por la atención plena (mindfulness) y la relajación muscular progresiva por su facilidad de adquisición y generalización a otros contextos (Sanz, García, Cuquerella, Cano, Jorda, Blasco & Carbajo, 2016). Al tener tan buenos resultados, estadísticamente hablando, se conseguirá una reducción de la sintomatología ansiosa de cada uno de los participantes y, no solo eso, sino que esto puede generar la prevención de posibles enfermedades con cargas estresoras en nuevos estudiantes pertenecientes no solo al Programa de Diversidad Étnica, sino también que el estudio se puede extrapolar a una población diferente fuera del PDE que cumplan con los criterios mencionados.

La metodología utilizada en la investigación, como se mencionó previamente, es la cuantitativa. Esta metodología fue la primera en utilizarse para desarrollar una investigación, la cual necesita una relación numérica con variables medibles. La división de media, desviación estándar, muestra o población ayudan a la recolección de datos efectivos en la investigación (Popper & Popper, 1989). Es por esta razón que vimos conveniente utilizar una investigación descriptiva que busque favorecer la implementación de los grupos de encuentro con CBT para la disminución del trastorno de adaptación o síntomas de estrés.

Conclusiones

La implementación de grupos de encuentro en la Universidad San Francisco de Quito no solo puede beneficiar a los estudiantes de minorías étnicas, sino también

podría tener un efecto en personas extranjeras que vivan fuera del país o de la ciudad de Quito. Así mismo, los estudiantes favorecidos por este tratamiento verán un cambio conductual y cognitivo, debido al enfoque cognitivo-conductual propuesto. A continuación, quienes fueron beneficiados del tratamiento se consolidarán en áreas académicas y sociales, principalmente. También, mejorará el aspecto interpersonal y se desarrollarán habilidades sociales, consiguiendo una mayor integración entre compañeros fuera y dentro del grupo focal. Sus habilidades sociales están mayormente solidificadas, preparándolos para próximas etapas, como el ámbito laboral.

Limitaciones del Estudio

Una de las limitaciones más visibles es que las características estresoras que se presentan en la Escala de Estrés Percibido 10 (EEP-10) no es única del trastorno de adaptación, en muchos casos mide la presencia de criterios de estrés postraumático y demás. En este caso será necesario establecer similitudes entre factores estresores para no afectar la significancia de los resultados. El no tener una escala cuantitativa específica validada del trastorno de adaptación afectará resultados, ocasionando un menor impacto. Hablemos también del tiempo implementado en los grupos de encuentro, la limitante es que al implementarse reuniones de 2 horas a la semana, el proceso para cruzar adecuadamente las etapas grupales tardaría más tiempo o serían proceso inestables (Rogers, 1973). Otro aspecto importante son las pocas referencias investigativas en la población ecuatoriana. En el país no existe mucho énfasis en personas jóvenes-adultas, y peor aún en problemas psicológicos como el trastorno de adaptación.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Una vez estudiada la literatura, podemos sugerir la implementación de prácticas únicas para la reducción del estrés, no solo adaptativo sino también, para el estrés

crónico y demás. Así mismo, este proyecto no se enfoca únicamente en las culturas minoritarias de un sector. Las personas estamos en constante cambio, culturales y ambientales, por lo tanto, cualquier persona es sensible a caer en un problema de adaptación y de estrés. También, es necesario trabajar en escalas de medición adaptadas a la población ecuatoriana que eviten sesgos en los resultados y a su vez mantenga una buena significancia. La creación de grupos de encuentro no puede limitarse únicamente a combatir el estrés, si no también, a hacer frente a la depresión y ansiedad. Al mantener un enfoque Cognitivo Conductual, los grupos pueden funcionar como estrategia de tratamiento, siendo aplicables a cualquier persona, sin distinción de edad, sexo o cultura (Echeburúa & Corral, 2001). Esto generará un espacio para la interacción humana, por lo que no se limitará la cantidad de participantes dentro de un grupo de encuentro.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV* (No. 616.89 A43). American Psychiatric Association [Washington].
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V., & Baños, R. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Psicología conductual*, 20(2), 323.
- Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
- Arias, C. J. (2015). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad* (Doctoral dissertation).
- Ardila, R. (1965). Behaviorismo: hacia una psicología científica. *Revista de Psicología* (Bogotá), 10 (2), 85-91.
- Azocar, F., & Greenwood, G. L. (2007). Service use for patients with adjustment disorder and short term treatment: A brief report. *Internet Journal of Mental Health*, 4(2), 11.
- Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño o psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34.

- Casey, P., & Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry, 10*(1), 11-18.
- Comunitaria, F. D. L. S. M. (1990). Organización Mundial de la Salud. *Declaración de caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas: OMS*, 101-117.
- Correa, M. (2016). Descripción de un caso único de una niña de 9 años con Trastorno de la Adaptación.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, 55*(2), 205.
- Delgado Mosquera, A. D. (2012). *Responsabilidad social universitaria enfoque de proyección social en: Universidad San Francisco de Quito y en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador* (Bachelor's thesis, Quito, 2012.).
- De Rivera, J. G., Revuelta, J. L., & Morera Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis, 4*(1), 7-11.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological bulletin, 110*(1), 3.
- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 48*(4), 307-318.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud, 1*(1), 181-204.
- Ellis, A. (2015). The Evolution of Rational-Emotive Therapy (RET) and Cognitive Behavior Therapy. In *Evolution Of Psychotherapy.....: The 1st Conference* (p. 107). Routledge.
- Erazo, L. R., & Nisenbaum, I. S. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. UNAM.

- Escobar Bravo, M. Á., Puga, D., & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de salud pública*, 82(6), 637-651.
- Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M. D. M., & Sánchez, M. P. J. (2003). *Emoción y motivación: la adaptación humana*.
- Fernández, M. A., Martínez-Arias, R., & Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., & Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- García-Campayo, J., Arnal, P., Marqués, H., Meseguer, E., Martínez, A., Navarro, C., ... & Orozco, F. (2005). Intervención psicoeducativa en pacientes con fibromialgia en Atención Primaria: Efectividad y diferencias entre terapia individual y grupal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 73, 32-41.
- Gergen, K. J. (1973). Social psychology as history. *Journal of personality and social psychology*, 26(2), 309.
- Geddes, H. (2010). El apego en el aula. *Barcelona: Graó*.
- Gómez-González, B., & Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Rev Mex Neuroci*, 7(1), 30-8.
- Guerra, G. (2006). Psicología Conductual, Desafíos y Oportunidades. *Revista Virtual del Instituto de Psicología Conductual*, (6).
- Hayes, B. 1999. *Cómo medir la satisfacción del cliente*. Segunda edición. Mexico: Oxford University Press.
- Katz, A. H., & Bender, E. I. (1976). *The strength in us: Self-help groups in the modern world*. New Viewpoints.
- Kumar, V., Cotran, R. S., & Robbins, S. L. (2008). *Patología humana*. Elsevier Health Sciences.
- Lentz, C. (1997). *Migración e identidad étnica: la transformación histórica de una comunidad indígena en la sierra ecuatoriana*. Editorial Abya Yala.

- Lewin, K. (1944). The dynamics of group action. *Educational leadership*, 1(4), 195-200.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human relations*, 1(1), 5-41.
- Little, T. D., Rodkin, P. C., & Hawley, P. H. (Eds.). (2013). *Aggression and adaptation: The bright side to bad behavior*. Routledge.
- Long, G. (2008). Presidente del Consejo. *Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la calidad de la educación superior*. de Universidad San Francisco de Quito.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Melgosa, J. (1994). *Sin estrés!*. Editorial safeliz.
- Monaghan, J. H., Robinson, J. O., & Dodge, J. A. (1979). The children's life events inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(1), 63-68.
- Moreno de la Torre, V., & Deus Yela, J. (2016). Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad.
- Morrison, V., Bennett, P., Parga, M. X. F., Franco, V. R., Elvira, A. C., & Fidalgo, M. M. (2008). *Psicología de la salud*. Pearson.
- Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S., & Guzmán, J. (2000). *Manual de terapia individual para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*. Rand.
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., ... & Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud.
- National Institute for Health and Care Excellence (2011). British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists. *Common mental health disorders: identification and pathways to care* (No. 123). RCPsych Publications.
- O'Connor, K. P. (1981). The intentional paradigm and cognitive psychophysiology. *Psychophysiology*, 18(2), 121-128.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud Mental. *Salud mental en el lugar de trabajo*. Obtenido de: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- Organización Mundial de la Salud (Ginebra). (1992). *Cie 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.
- Pardinas, F. (1989). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Siglo XXI.
- Pérez Nieto, M. Á., González Ordi, H., & Redondo, M. M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*, 18(3), 401-423.
- Popper, K. R & Popper, K. R. (1989). *La lógica de la investigación científica*. REI.
- Quero, S., Andreu-Mateu, S., Moragrega, I., Baños, R. M., Molés, M., Nebot, S., & Botella, C. (2017). Un programa cognitivo-conductual que utiliza la realidad virtual para el tratamiento de los trastornos adaptativos: una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 5-18.
- Régimen Académico, R. (2013). Consejo de Educación superior. República de Ecuador.
- Rivera, A., Vollmer, P., Aravena, R., & Carmona, A. (1985). Escala de evaluación del reajuste social de Holmes y Rahe: validación para una población de estudiantes y empleados chilenos; estudio piloto. *Rev. psiquiatr. clín.(Santiago de Chile)*, 22, 113-23.
- Rivera, R. M. B., Botella, V. G., Arbona, C. B., Palacios, A. G., Rodero, M. J., & Castellano, S. Q. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316.
- Robert E. Hales, M.D., Stuart C. Yudofsky, M.D. John A. Talbott, M.D.. (1996). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ancora, S.A.
- Rodríguez, D. M., Ramírez, M. T. G., & Landaverde, O. D. M. (2015). Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(2), 121-136.
- Rodríguez, M. F. (2013). La inteligencia emocional. *Revista de Claseshistoria*, (7), 1.

- Rogers, C. R. C. R. (1973). *Grupos de Encuentro*. Madrid: Amorrortu editores.
- Romo, David. (23/6/2017). "Comunicación Personal".
- Rotondo, H. (1998). *Manual de psiquiatría*. UNMSM. Fondo Editorial.
- Rubio, B., Benito, A., Juan, M., Francés Olmos, S., Real López, M., & Haro Cortés, G. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual.
- Sanz, J. M., García, I. M., Cuquerella, M. Á., Cano, I., Jorda, E., Blasco, J., & Carbajo, E. (2016). INTERVENCIÓN GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRASTORNO ADAPTATIVO1. *Psicología Conductual*, 24(3), 389.
- Schvarstein, L. (2015). Inteligencia social de las organizaciones. *Libros Editorial UNIMAR*.
- Skinner, B. F. (1990). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. BF Skinner Foundation.
- Spencer, H. (1851). *Social statics: Or, the conditions essential to human happiness specified, and the first of them developed*. J. Chapman.
- Strain, J. J., Newcorn, J., Wolf, D., & Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. *RE Hales, SC Yudofsky & JA Talbott, Tratado de Psiquiatría*, 711-722.
- Talbott, J. A., Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (1996). *Tratado de psiquiatría: the American Psychiatric Press*. Ancora.
- Tamayo, A. E., & Roig, A. A. (1979). *Psicología y sociología del pueblo ecuatoriano* (Vol. 2). Banco Central del Ecuador.
- Thorndike, E. L. (1898). Review of Animal Intelligence: An Experimental Study of the Associative Processes in Animals.
- Vaughn, S. S. K. (2016). LA BÚSQUEDA DE LA SALUD MENTAL EN LA TRADICIÓN INDOECUATORIANA. MENTAL HEALTH CARE IN THE ECUADORIAN AMERINDIO TRADITION. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 3(3).

- Van Cott, D. L. (2004). Los movimientos indígenas y sus logros: la representación y el reconocimiento jurídico en los Andes. *América latina hoy*, 141-159.
- Villarreal Zuazua, A. L., & González Ramírez, M. T. (2015). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4).
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica*, 75-96.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological review*, 20(2), 158.
- Watson, J. B., & Poli, O. (1973). *Qué es el conductismo?*. Paidós.
- Wise, M. (1988). Adjustment disorders and impulse disorders not otherwise classified. In *Textbook of Psychiatry* (pp. 605-620). American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Zarza, M. J., & Sobrino Prados, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23(1).

ANEXO A: Carta de Reclutamiento de Participantes

Estimado participante:

Usted ha sido seleccionado para formar parte de esta investigación que implementa grupos de encuentro con un enfoque cognitivo conductual para combatir el trastorno de adaptación.

Esta investigación tendrá como objetivo la aplicación de test de adaptabilidad y estrés para sobrellevar los síntomas del trastorno de adaptación. Es importante mencionar que los resultados obtenidos de esta investigación serán confidenciales. Así mismo, el participante tendrá la libertad de decir permanecer en la investigación o si decide retirarse. En última instancia, si el participante decide retirarse de la investigación no obtendrá ningún tipo de repercusión. Por último, al tener dudas o quejas puede comunicarse con el programa de diversidad étnica o directamente con el investigador. Si aspira ser parte de esta investigación usted podrá comunicarse con el investigador por medio del correo: curi.maigua@estud.usfq.edu.ec. Seguros de contar con su participación le agradecemos de antemano.

Atentamente,

El investigador

ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

**El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ**

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Grupos de Encuentro con enfoque cognitivo-conductual para la disminución del Trastorno de Adaptación

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Curi Inti Maigua De La Cruz*

Datos de localización del investigador principal *062914072/0996969003, curi.maigua@estud.usfq.edu.ec*

Co-investigadores *No aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre Grupos de Encuentro con enfoque cognitivo-conductual para la disminución del Trastorno de Adaptación porque cuenta con todos los criterios necesarios para realizar esta investigación.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El propósito de este estudio es analizar la disminución síntomas negativos, generados por el trastorno de adaptación mediante un tratamiento grupal con enfoque cognitivo conductual. Así mismo, mediante estos resultados buscamos difundir herramientas para la prevención futura de estos síntomas en otros estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

El primer paso para este estudio ser la aplicación de la escala EEP-10 quien mide estrés percibido, una vez finalizado esta escala continuaremos con la encuesta implementada en esta investigación, quien busca medir aspectos de habilidades sociales y capacidad de adaptabilidad. A continuación, se formarán los dos grupos de encuentro con 15 participantes. Una vez establecidos los grupos se aplicará los quince pasos para la formación de un grupo de encuentro. Estos grupos contarán con una intervención de dos horas a la semana por cuatro meses. En el transcurso de la investigación se crearán herramientas para la disminución síntomas negativos. Por último, se implementará la encuesta implementada en esta investigación para obtener datos que revelen impacto de cada uno de los grupos de encuentro.

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Un riesgo para la investigación puede ser que la encuesta sugerida en esta investigación no mida adaptabilidad y habilidades sociales, afectando así a nuestros objetivos de la investigación. El riesgo mínimo que puede presentar la investigación para el participante es no sentir seguridad en el grupo de encuentro y que esto lo lleve a tomar la decisión de retirarse del estudio. Fuera de este problema no existen riesgos emocionales y mucho menos físicos. Así pues, el beneficio que puede producir esta investigación es el mejoramiento de habilidades sociales, adquirir un bienestar social manteniendo un círculo protector, aumento del autoestima y seguridad para poder resolver problemas personales.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el directos del Programa de Diversidad Étnica tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Usted podrá negarse a responder las preguntas del investigador que considere inapropiadas.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0996969003 que pertenece a Inti Maigua, o envíe un correo electrónico a curi.maigua@stud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: Herramientas para el Levantamiento de Información

Tabla 1. EEP-10 y calificación.

Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Fuente: autores.

Tabla 1: Escala de Estrés Percibido-10 con calificaciones (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014, pág. 409).

	ITEMS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	¿Has tenido sentimientos de soledad durante los dos últimos meses?					
2	¿Sientes nervios cuando te relacionas con otros (Compañeros, profesores, etc.)?					
3	¿Sientes que los cambios de ambiente son necesarios en la vida?					
4	¿Mantienes contacto frecuente con tu círculo social más cercano (familia y amigos)?					
5	¿Crees tener buenas habilidades sociales?					
6	En los últimos meses ¿mantienes en tu rutina actividades recreativas y/o deportes?					
7	¿Tienes dificultades para responder comentarios negativos de familia y amigos?					
8	¿Tienes dificultades para responder comentarios negativos de terceras personas?					
9	¿Te sientes motivado en esta universidad?					
10	¿Te sientes seguro en esta universidad?					
11	Durante el tiempo que tienes viviendo alejado de tu familia, ¿te has sentido inseguro?					
12	¿Crees que tu rendimiento académico mejoraría si cambiamos de ambiente?					
13	Luego de tu ingreso a la universidad ¿has sentido dificultad para respirar e hiperventilación?					
14	¿Has sentido náuseas o agitación al estar con personas desconocidas?					

Tabla 2: Encuesta de medición de adaptabilidad sugerida por el investigador (Maigua, 2017)

ANEXO D: Tabla de Revisión de Literatura

TRATADO DE PSIQUIATRÍA

TABLA 20-1. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DEL TRASTORNO ADAPTATIVO

DSM-I (1952) Trastorno de la personalidad situacional transitorio
Reacción excesiva al estrés Reacción situacional adulta
Reacción adaptativa de la infancia
Reacción adaptativa de la niñez
Reacción adaptativa de la adolescencia
Reacción adaptativa de la vejez
Otros trastornos situacionales y pasajeros de la personalidad
DSM-II (1968) Perturbaciones situacionales transitorias
Reacción adaptativa de la infancia
Reacción adaptativa de la niñez
Reacción adaptativa de la adolescencia
Reacción adaptativa de la vida adulta
Reacción adaptativa de la vejez
DSM-III (1980) Trastorno adaptativo
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido
Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso
Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos
Trastorno adaptativo con alteración de la conducta
Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y de la conducta
Trastorno adaptativo con inhibición laboral (o académica)
Trastorno adaptativo con retraimiento social
Trastorno adaptativo con síntomas atípicos
DSM-III-R (1987) Trastorno adaptativo
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido
Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso
Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos
Trastorno adaptativo con alteración de la conducta
Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y la conducta
Trastorno adaptativo con inhibición laboral (o académica)
Trastorno adaptativo con retraimiento social
Trastorno adaptativo con síntomas físicos
Trastorno adaptativo no especificado
DSM-IV (1994) Trastorno adaptativo
Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido
Trastorno adaptativo con ansiedad
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
Trastorno adaptativo no especificado

APA (American Psychiatric Association) recomendó que se incluyeran los siguientes cambios en el DSM-IV:

1. Mejorar el lenguaje
2. Describir el tiempo de reacción para reflejar la duración: agudo (menos de seis meses) o crónico (seis meses o más).

Tabla 1: Características diagnósticas del trastorno de adaptación (Robert E, Stuart C & John A, 1996, pág. 712).

Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (1), Holmes y Rahe, 1976

Por favor, señale con un círculo aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año:

1. Muerte del cónyuge	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo
2. Divorcio	24. Hijo o hija que deja el hogar
3. Separación matrimonial	25. Problemas legales
4. Encarcelación	26. Logro personal notable
5. Muerte de un familiar cercano	27. La esposa comienza o deja de trabajar
6. Lesión o enfermedad personal	28. Comienzo o fin de escolaridad
7. Matrimonio	29. Cambio en las condiciones de vida
8. Despido del trabajo	30. Revisión de hábitos personales
9. Fianzo	31. Problemas con el jefe
10. Reconciliación matrimonial	32. Cambio de turno o de condiciones laborales
11. Jubilación	33. Cambio de residencia
12. Cambio de salud de un miembro de la familia	34. Cambio de colegio
13. Embarazo	35. Cambio de actividad de ocio
14. Dificultades o problemas sexuales	36. Cambio de actividad religiosa
15. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	37. Cambio de actividades sociales
16. Inicio de negocio	38. Cambio de hábitos de dormir
17. Cambio de situación económica	39. Cambio en el número de reuniones familiares
18. Muerte de un amigo íntimo	40. Cambio de hábitos alimentarios
19. Cambio en el tipo de trabajo	41. Vacaciones
20. Mala relación con el cónyuge	42. Navidades
21. Inicio por crédito o hipoteca	43. Leves transgresiones de la ley

Nº de AVE = Puntuación =

Tabla 2: Escala de acontecimientos vitales estresantes de Holmes y Rahe (De Rivera, Revuelta & Morera Fumero, 1983, pág. 2-3).

Criterios diagnósticos para el Trastorno Adaptativo (CIE-10)

A. El inicio de los síntomas debe ocurrir dentro de 1 mes desde la exposición a un agente psicosocial identificado que no sea de tipo catástrofe o trauma.

B. El sujeto muestra síntomas o alteraciones de conducta del tipo que se encuentra en cualquiera de los trastornos afectivos (ansiedad, tristeza o disforia), trastornos neuróticos, relacionados con el estrés, o trastornos somatoformes y somatoformes, pero sin cumplir criterios para un trastorno individualizado. Los síntomas pueden ser variables tanto en forma como en gravedad.

C. El tipo predominante de síntomas se puede especificar con un grado caracter:

Reacción depresiva leve
 Un estado depresivo leve y transitorio que no dure más de 3 meses.

Reacción depresiva prolongada
 Un estado depresivo leve que ocurre como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero de una duración que no excede los 2 años.

Reacción mixta ansiosa-depresiva
 Tanto los síntomas ansiosos como los depresivos son prominentes, pero a veces los ansiosos que admiten especificarse para un trastorno mixto ansioso-depresivo o un trastorno mixto de ansiedad.

Con alteración predominantemente de otras emociones
 Los síntomas son usualmente de varios tipos de emociones, tales como ansiedad, depresión, preocupaciones, ira, tristeza y culpa. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer criterios de trastorno mixto ansioso-depresivo o de otro trastorno ansioso-mixto, pero no son los predominantemente como para que se diagnosticaran otro trastorno ansioso-depresivo más específico. Esta categoría también debería usarse para reacciones similares en los que existen reacciones reactivas tales como ira, enojo o emoción del juicio.

Con alteración predominantemente de la conducta
 La alteración principal involucra la conducta, que una reacción de duelo en un adolescente que lleva a conductas reactivas o disruptivas.

Con alteraciones mixtas de emociones y conductas
 Son predominantemente alteraciones y síntomas tanto emocionales como conductuales.

Con otros síntomas predominantemente específicos
 C. Excepto en la reacción depresiva prolongada, los síntomas no persisten por más de 6 meses luego de cese del agente estresante. Sin embargo, esto no debe impedir realizar el diagnóstico provisional aun si este estado no lo cumple.

Tabla 3: Criterios diagnósticos para el trastorno de adaptación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)