



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Evaluación del tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos  
Emocionales en modalidad a distancia**

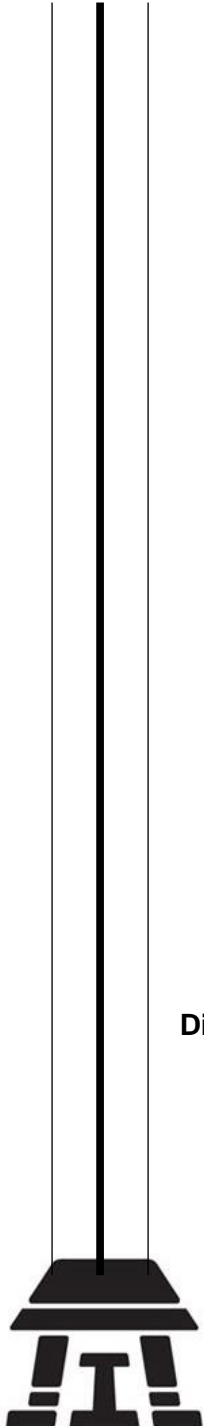
**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A (N)**

**Mario Fabián Vázquez Sánchez**

**Directora: Dra. Anabel de la Rosa Gómez**

**Dictaminadores: Lic. Alicia Ivet Flores Elvira**

**Dr. David Javier Enriquez Negrete**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 23/01/2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# Agradecimientos

A la UNAM por darme una oportunidad y arroparme durante este periodo.

Tesis realizada gracias a la financiación del proyecto PAPIME, PE300916: Consejería emocional y orientación educativa a distancia: Creación de un escenario de práctica virtual para la enseñanza de competencias clínicas y psico-educativas para estudiantes de Psicología a distancia.

Tesis realizada gracias a la financiación del proyecto PAPIME, PE303817. Consejería emocional y orientación educativa a distancia.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, que ha sido un lugar de aprendizaje y superación continúa.

Al CAPED del que tanto he aprendido y del cual estoy infinitamente agradecido de formar parte, donde me crucé con tantas personas que me han brindado su apoyo, conocimiento y amistad.

A la doctora Anabel por brindarme su ayuda, paciencia, guía y amistad a lo largo de estos 3 años de mi participación en el proyecto, experiencia de la cual me llevó aparte de los conocimientos y logros adquiridos, un gran ejemplo a seguir.

A la Licenciada Alicia por la infinidad de tutorías, la confianza depositada en mí y la compañía que me brindo a lo largo de este proceso, de lo cual me encuentro profundamente agradecido.

Al doctor David, por sus enseñanzas y conocimientos compartidos.

A la doctora Berenice, por la confianza depositada en mí, su amistad brindada y los conocimientos que compartió conmigo.

A mis amigos y compañeros Rosa, Carmen, Alan e Irma por todo el apoyo y la compañía que me han brindado para poder conseguir este logro y en aquellos momentos en los cuales aún sin pedirlo estuvieron presentes.

A todos mis tíos, por siempre creer en mí y proporcionarme su cariño y comprensión incondicional durante toda mi vida.

A mi padre por brindarme su compañía aún en sus momentos más difíciles y que a pesar de todo siempre ha estado presente para compartir mis logros, alegrías y derrotas.

A mi hermano, por ser un ejemplo de vida, demostrando que nunca es demasiado tarde para perseguir y alcanzar tus metas.

Y principalmente a mi madre, por estar siempre presente en los buenos y malos momentos y que ha sido la principal testigo de mi crecimiento y desarrollo tanto académico como persona.

# ÍNDICE

## **Evaluación del tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en modalidad a distancia**

Resumen	1
Abstract	2
1. El impacto de la experiencia emocional	3
1.1. ¿Qué es una emoción?	3
1.2. Emociones básicas	6
1.2.1. Ira	6
1.2.2. Tristeza	7
1.2.3. Miedo	7
1.2.4. Felicidad	8
1.2.5. Sorpresa	8
1.2.6. Asco	8
1.3. Trastornos emocionales	9
1.3.1. Depresión	10
1.3.2. Ansiedad	12
1.4. Regulación emocional	14
2. Eficacia del modelo Cognitivo-Conductual	15
2.1. Modelo Cognitivo Conductual	15
2.2. Datos empíricos acerca del empleo de TCC	17
3. Modelo Transdiagnóstico	21
3.1. Definición	21
3.2. Eficacia del modelo transdiagnóstico	22
3.3. Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales	24
3.4. Eficacia del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales	24
4. Telepsicología	30
4.1. Ventajas y desventajas de la telepsicología	30
4.2. Eficacia y eficiencia del empleo de la telepsicología	32
Método	35
Resultados	43
Discusión	50
Referencias	59

## Índice de tablas

Tabla 1. Estudio de los tratamientos realizados que mediante técnicas Cognitivo Conductuales abordaron problemáticas referentes a ansiedad_____	18
Tabla 2. Estudio de los tratamientos realizados que mediante técnicas Cognitivo Conductuales abordaron problemáticas referentes a depresión_____	19
Tabla 3. Estudio de los tratamientos realizados que trabajaron bajo el modelo transdiagnóstico_____	27
Tabla 4. Datos socio demográficos de los usuarios que concluyeron el tratamiento_____	44
Tabla 5. Puntuaciones de las medidas clínicas ansiedad, depresión y desregulación emocional antes y después de la intervención en las dos condiciones de tratamiento_____	45

## Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de número de participantes evaluados, asignados al azar a dos condiciones de tratamiento, abandonos, número de participantes que finalizaron el tratamiento_____	39
Figura 2. Medianas de los resultados de las evaluaciones obtenidas antes y después de la intervención en el Inventario de Ansiedad de Beck _____	47
Figura 3. Medianas de los resultados de las evaluaciones obtenidas antes y después de la intervención en el Inventario de Depresión de Beck _____	47
Figura 4. Medianas de los resultados de las evaluaciones obtenidas antes y después de la intervención en la Escala de Dificultades en Regulación Emocional_____	48

## Resumen

El adherirse a un protocolo o guía clínica apoya a los responsables de la intervención a seguir lineamientos generales de trabajo en los diferentes casos que les sean asignados y permite un trabajo de forma sistemática al describir el qué y cómo se debe de trabajar las dificultades que los usuarios reportan, en este caso, los trastornos emocionales se pretenden resolver mediante la aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen & Ehrenreich-May, 2015), que en numerosos estudios realizados en otros contextos y culturas reportó resultados prometedores y a la vez implementa un método sencillo de replicar y de cuantificar. Es así que el propósito de este trabajo fue conocer la eficacia del protocolo en la modalidad a distancia, en el marco del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) en la FES Iztacala, en donde se le brinda consejería a distancia a los estudiantes del SUAYED Psicología.

Palabras clave: Regulación emocional, Transdiagnóstico, Telepsicología

## **Abstract**

Adhering to a protocol or clinical guide supports those responsible for the intervention to follow general guidelines of work in the different cases assigned to them and allows a systematic work to describe the what and how to work the difficulties that the users report, in this case, the emotional disorders are intended to be solved by applying the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen & Ehrenreich-May, 2015), which in numerous studies conducted in other contexts and cultures reported promising results and at the same time implement a simple method of replicating and quantifying. Thus, the purpose of this paper is to know the effectiveness of the protocol in the distance mode, within the framework of the Psychological and Educational Distance Support Center (CAPED) in the Iztacala FES, where distance counseling is provided to SUAYED Psychology students.

Key words: Emotional regulation, Transdiagnostic, Telepsychology

# **1. El impacto de la experiencia emocional**

Para abordar el tema de la experiencia emocional se comenzará por identificar los componentes que permiten este proceso, y como cada uno de éstos posibilita que el organismo en cuestión responda de manera determinada, con la intención de afrontar de manera adecuada este suceso y procurando la obtención de una consecuencia favorable que brinde solución a la situación presente. Como se profundizará más adelante, este proceso es aprendido a lo largo de la vida y la acumulación de experiencias del organismo, el cual se inclina por la elección de un tipo de respuesta concreto ante estímulos determinados, lo cual explica por qué ante ciertas situaciones o emociones similares dos organismos actúan de forma diferente, sus experiencias los hacen y les permiten actuar.

## **1.1. ¿Qué es una emoción?**

La emoción es un proceso que ocurre dentro del organismo que focaliza la atención del mismo en situaciones o elementos específicos de su entorno, que lo ayudan a tomar decisiones o emprender acciones que se espera puedan resolver de manera más eficaz el problema que se le presenta (Bericat, 2012; Cholíz, 2005; Darwin, 1872; Denzin, 2009; Gross, 2008; Rodríguez, 2010).

Darwin (1872) definió las emociones como el medio por el cual los animales se adaptan al entorno en el cual se desenvuelven, se presenta de forma natural, sin planearlo o deseárselo. Gross (2008) re-elaborando esta explicación expone que las emociones se emplean cuando el individuo presta atención a una situación específica por sobre las demás situaciones o variables que se presentan en su medio ambiente y la valora como relevante para el cumplimiento de sus objetivos; otorgando especial atención del contexto en el cual se presentan las emociones, así como sus objetivos y el significado, los cuales están en una constante adaptación y tienen impacto en tres dimensiones que permiten al organismo



conocer la situación dada: la subjetiva (cognición), la comportamental (conductual) y la fisiológica.

Para Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) las emociones pueden clasificarse en negativas y positivas, si permiten al individuo adaptarse o perjudican su desempeño en el contexto en el cual se encuentra respectivamente, es decir, cada emoción permite en algún momento el mejor desempeño del organismo en el ambiente que se desenvuelve, y por tanto, recomiendan que se conozcan todas las emociones y en qué momento puede ser útil emplearlas para resolver los conflictos; y principalmente, no estigmatizar ciertas emociones como dañinas o contraproducentes, debido a que de acuerdo con la forma en la cual se emplean pueden tener efectos adaptativos.

Cholíz (2005) menciona que las emociones son las diversas formas de responder que una persona ha aprendido para afrontar una situación determinada, y Denzin (2009) la define como una experiencia, situada y transitoria que otorga un juicio en una persona que durante el transcurso de su vivencia involucra a otro y a sus acompañantes en un contexto diferente constituido por la experiencia emocional. Bericat (2012) menciona que las emociones son la expresión que el sujeto tiene hacia algún hecho natural o social, es una conciencia corporal que señala y marca esta relevancia, regulando así las relaciones que el sujeto mantiene con el mundo. Asimismo, Rodríguez (2010) explica que la función de la emoción es describir y explicar los efectos producidos por un proceso multidimensional encargado de analizar situaciones significativas, interpretar subjetivamente los hechos, expresar y comunicar para preparar la acción o movilización de la persona en el medio y los cambios de actividad fisiológica que se presentan.

Las emociones dictan como se desenvuelven las relaciones interpersonales, mediadas por el contexto en el que se desarrolla la interacción entre dos o más personas y proporcionan las herramientas necesarias para comunicarse con otras personas, resultando en la generación de juicios acerca de un suceso, desembocando en la experiencia y establece los cimientos para afrontar situaciones que requieran este tipo de estrategias que emplearán una solución

similar en el futuro. Durante esta interacción las emociones se encargan de regular estos sucesos y así proporcionar una solución basada en el contexto actual de la persona, las herramientas con las que cuenta para interpretar esta situación y la forma en la cual intervendrán con la intención de adquirir un beneficio (Bericat, 2012; Cholíz, 2005; Darwin, 1872; Denzin, 2009; Gross, 2008; Rodríguez, 2010).

Las dimensiones mencionadas describen una porción de la realidad que el individuo experimenta, la dimensión cognitiva corresponde a aquello que se piensa durante la experiencia emocional, la dimensión conductual a lo que hace y la dimensión fisiológica a los cambios que se presentan en su cuerpo; la información recibida a partir de estas dimensiones dependen de la historia del individuo, qué experiencias ha tenido y cómo han afectado su desarrollo, todo enfocado a solucionar las dificultades (que elementos son más útiles, cuales le proporciona mayor satisfacción, etc.). Las emociones tienen una alta plasticidad y capacidad para evolucionar, desarrollarse y madurar. No son procesos estáticos, que van cambiando acorde con las demandas del entorno. Su principal función es la organización de la actividad que ha de realizarse: el qué y el cómo. (Cholíz, 2005; Denzin, 2009; Gross, 2008; Rodríguez, 2010).

Retomando estas definiciones, se puede entender a las emociones como procesos que permiten establecer la forma en la cual el individuo interactúa con el medio, que se presentan momentáneamente en un tiempo y espacio determinado otorgando la capacidad de juzgar, interpretar y decidir la forma adecuada para responder ante una situación determinada y, que con el transcurso del tiempo se va afianzando en la persona este tipo de respuestas, llegando a ejecutarlas de forma automática, es decir, identificarse con alguna emoción y preferirla para afrontar sus adversidades. Estas experiencias se presentan en varias dimensiones: cognitivo, conductual y fisiológica, teniendo cada una su forma determinada de expresarse, y de analizar el suceso ocurrido (Bericat, 2012; Cholíz, 2005; Darwin, 1872; Denzin, 2009; Gross, 2008; Rodríguez, 2010).

La forma en la que cada persona procesa determinada emoción se conoce como experiencia emocional, la cual permite al individuo reconocer y responder de

acuerdo con la interpretación que se le da a la emoción evaluada. Las variables que intervienen en la experiencia emocional tienen un impacto en el individuo que puede ser adaptativo o desadaptativo, al facilitar o dificultar su desempeño en el ambiente. A largo plazo, puede generar respuestas “automáticas” a nivel fisiológico, conductual y/o cognitivo (Bericat, 2012; Cholíz, 2005; Rodríguez, 2010).

La experiencia va generando asociaciones para relacionar una emoción con algún sistema de respuesta, en el momento en que se presenta la emoción y dependiendo el impacto que tenga en alguna de éstas dimensiones, genera una asociación entre estímulo y respuesta que a futuro tiene grandes probabilidades de repetirse para poder afrontar una situación similar, o evitar la experiencia emocional (Cholíz, 2005).

La importancia de conocer las emociones reside en poder diferenciar cuando resultan funcionales, la forma en la cual estas se emplean para afrontar las dificultades que se presentan diariamente y poder diferenciar cuando una emoción entorpece lo que podría ser un buen manejo de la situación.

## **1.2. Emociones básicas**

Existe una gran variedad de emociones, y entre éstas se reconocen como emociones primarias a aquellas que cubren una función adaptativa, mientras que las secundarias se encuentran mediadas por la cultura. Las emociones primarias empleadas comúnmente son: ira, tristeza, miedo, felicidad y sorpresa (Cholíz, 2005; Rodríguez, 2010).

Las emociones básicas cuentan con una gama de respuestas que se presentan en la mayoría de los casos dada su utilidad, todas las emociones tienen la bondad de ser funcionales, y por lo tanto, también pueden ser disfuncionales:

### **1.2.1. Ira**

La ira se deriva de una estimulación aversiva física, sensorial y cognitiva, a partir de aquellas situaciones que el individuo puede considerar injustas, que generan

frustración o que interrumpan una conducta que se juzgue como importante. Produce una focalización de los sentidos hacia aquello que en primer lugar propició la ira y permite la movilización de energía para facilitar las reacciones de autodefensa, ataque o huida al intentar inhibir las reacciones indeseables de otras personas. Asimismo, provoca una elevada actividad neuronal y actividad cardiovascular intensa (Cholíz, 2005; Pérez y Redondo, 2008; Rodríguez, 2010).

### **1.2.2. Tristeza**

La tristeza funciona como un mecanismo para afrontar la pérdida o el fracaso, es una forma de reaccionar ante una decepción o ante situaciones en las cuales se carece de control al intentar procesar los acontecimientos ocurridos que desencadenaron esta emoción. La atención se centra en las consecuencias a nivel individual de la situación, así como un error al momento de juzgar la información, aunque también crea la posibilidad de valorar otros aspectos relevantes presentes en la vida del individuo, genera actividad neurológica elevada y un leve incremento del ritmo cardiaco y la presión sanguínea. Su función es la de disminuir el número de actividades que se realizan, el ritmo en el que se llevan a cabo y fomenta la cohesión con otras personas al comunicar a los demás sobre la presencia de este estado emocional. Generalmente se clasifica como una emoción negativa al inhibir la actividad del sujeto mediante sentimientos de soledad, apatía, autocompasión, desconsuelo, melancolía, pesimismo y desánimo, lo cual imposibilita la realización de sus tareas y el cumplimiento de sus objetivos (Cholíz, 2005; Cruz, 2012; Izzedin y Cuervo, 2007; Rodríguez, 2010).

### **1.2.3. Miedo**

El miedo sirve para alertar cuando se presenta una situación difícil de resolver o un estímulo amenazante a la situación actual de la persona que lo experimenta, en gran cantidad de situaciones se carece de estrategias de afrontamiento adecuadas para esta situación. Reduce la eficacia de los procesos cognitivos y la focalización del estímulo temido, produce una sensación de pérdida de control y aceleración en el ritmo cardiaco. Facilita el empleo de respuestas de escape o evitación a la situación amenazante y al focalizarse en el objeto temido, así como

responder con mayor rapidez ante este estímulo aversivo. Se considera como una emoción negativa al presentarse una percepción incómoda de peligro (Cholíz, 2005; Rodríguez, 2010; Paredes y Augusto, 2002; Zaccagnini, 2010).

#### **1.2.4. Felicidad**

La felicidad favorece el entendimiento y recepción de los estímulos que se encuentran en el medio ambiente, facilita el cumplimiento de los objetivos o tareas que se han establecido y propicia la empatía con las demás personas, la creación de nexos, así como de relaciones interpersonales, mayor confianza, y la toma de decisiones es más sencilla. Permite centrarse en el presente y cumplir los objetivos que se hayan planteado. Generalmente se clasifica como una emoción positiva ya que permite al individuo adaptarse al medio en donde se desenvuelve. En el ámbito fisiológico aumenta el ritmo cardiaco y la frecuencia respiratoria (Cholíz, 2005; Myers, 2015; Rodríguez, 2010).

#### **1.2.5. Sorpresa**

La sorpresa es una reacción emocional neutra que se produce ante una sensación ajena al sistema de respuestas esperado del medio en el que se encuentra el individuo, es provocada por un aumento brusco en la estimulación mediante variables novedosas y dificulta la continuación de las actividades que hasta el momento se estaban realizando. El ritmo cardiaco disminuye momentáneamente y hay un incremento de la actividad neuronal. Su función es facilitar la aparición de la reacción emocional adecuada a esta nueva variable (Bermejo y López, 2013; Cholíz, 2005; Rodríguez, 2010).

#### **1.2.6. Asco**

El asco se presenta cuando se vivencia alguna experiencia desagradable y promueve que el sujeto busque huir o alejarse de este estímulo aversivo, aumenta la actividad gastrointestinal y la tensión de los músculos. Su función es la proteger al organismo de la ingesta de algún material peligroso, y fomentar los hábitos saludables e higiénicos. Se considera como una emoción negativa ya que se

presenta cuando existe un estímulo que se desea evitar (Cholíz, 2005; Rodríguez, 2010; Sandín, Chorot, Santed, Valiente y Olmedo, 2008).

Las emociones no siempre presentan las consecuencias o están motivadas por las mismas variables, y no a todas las personas les resultará adaptativo realizar las acciones enunciadas anteriormente al pie de la letra, pero conocer esta información sirve para poder determinar con mayor facilidad en qué momento alguna emoción no cumple con su propósito o si está siendo mal empleada.

### **1.3. Trastornos emocionales**

Como ya se ha mencionado, las emociones son procesos aprendidos que otorgan las herramientas necesarias para resolver un problema, pero cuando la forma en la cual la emoción predispone al individuo a emplear solamente un tipo de herramientas o de percibir una parte pequeña de todo el medio ambiente, la emoción pasa de ser un apoyo a ser un elemento desadaptativo que impide o dificulta la resolución adecuada, lo cual puede presentarse en una o más de las dimensiones de la emoción; la realización de las actividades y por lo tanto los resultados obtenidos tras esta relación no generan los resultados esperados (Cholíz, 2005; Gross, 2008).

El trastorno emocional es una condición que se deriva de un estado de ánimo alterado, presenta una o más de las siguientes características a través de un periodo de tiempo prolongado (APA, 2014; CIE-10-ES, 2014; ECFR, 2016):

- Incapacidad para aprender que no puede explicarse por variables intelectuales, sensoriales o de la salud
- Incapacidad de formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias
- Conducta o sentimientos inapropiados de acuerdo con el contexto; humor decaído, de tristeza o depresión
- Tendencia a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas personales.
- Se caracterizan por una alteración del humor o de la afectividad, acompañados por la depresión o por la euforia.

Las emociones se experimentan de manera diferente y por consecuencia generan dificultades en la vida diaria del sujeto al no contar con los recursos adecuados para poder dar una solución satisfactoria a sus problemas. Y también, sucede que la forma en la cual se experimenta un Trastorno emocional está determinado por las acciones que toma, o no el individuo, para poder hacer un análisis de esta situación es necesario ubicarlo en un periodo de tiempo considerable (2 meses) con el propósito de explicar explicarlo como un patrón de respuestas que afectan el desempeño de la persona.

Aunque existe una gran prevalencia de trastornos emocionales, el trabajo se enfocará en dos principalmente, que se caracterizan por emplear una emoción para juzgar todos los elementos que transcurren en el medio en donde se desenvuelve el individuo, y dejan de lado las demás variables que al momento no son consideradas como relevantes. Generan un descontrol tanto en la vida de la persona que la experimenta como en aquellos que la rodean, y al ser un elemento aprendido a lo largo de su historia, difícilmente puede percibirse el error en la forma de responder:

### **1.3.1. Depresión**

La depresión es un trastorno que afecta las tres dimensiones de la emoción, se caracteriza por presentar tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación de cansancio y poca concentración, y sobre todo un cambio notorio en el nivel de desempeño habitual de la persona. Dificulta la capacidad de afrontar los problemas cotidianos de la forma que normalmente lo realiza y afecta tanto al individuo como a las personas que lo rodean (APA, 2014; CIE-10-ES, 2014; Heinze y Camacho, 2010).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo en el cual se presenta profunda tristeza, así como una pérdida de interés por las cosas o situaciones a lo largo de un periodo de tiempo considerable y acompañado de otros síntomas que provocan malestar y dificultad para desarrollar las actividades que se realizan en la vida

cotidiana (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidad, 2014).

El Instituto Nacional de la Salud Mental (2015) menciona los siguientes síntomas como señales de una posible depresión, se debe de recordar que para poder realizar un diagnóstico se debe de contar con una opinión experta que pueda evaluar y valorar la situación del afectado, y principalmente ser atendido para poder afrontar esta situación de manera adaptativa. Los síntomas mencionados son los siguientes (APA, 2014; CIE-10-ES, 2014; Heinze y Camacho, 2010):

- Estado de ánimo triste o ansioso presente la mayor parte del tiempo
- Sentirse “vacío” constantemente
- Falta de esperanza o pesimismo
- Sentimientos de culpa, baja auto-estima e impotencia
- Pérdida de interés o de placer en los pasatiempos y las actividades que anteriormente se disfrutaban
- Fatiga o falta de energía, sentir un aletargamiento en los movimientos o el habla más lentamente
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y/o tomar decisiones
- Problemas para dormir, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado
- Cambios en el apetito o de peso
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio o intentos de suicidio
- Sentirse inquieto o irritable



### **1.3.2. Ansiedad**

La ansiedad es una condición normal de las personas con la cual les permite adaptarse al medio y se emplea para anticipar un suceso futuro, que puede ser dañino o no, resulta desagradable y produce tensión en el organismo que la vivencia. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro y permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a este suceso. Pero cuando se sale de control puede desarrollar un trastorno que impide el desarrollo óptimo de la persona (APA, 2014; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Se entiende como la anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentir desagradable y/o de síntomas de tensión. El posible daño anticipado puede ser interno o externo, pero provoca una sensación de inestabilidad de acuerdo con los elementos con los cuales cuenta el organismo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza, moviliza las operaciones defensivas del organismo, proporciona las bases para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de respuesta (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para que se lleven a cabo las actividades diarias. Es cuando sobrepasa la capacidad adaptativa de la persona, cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, el psicológico y conductual (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

A continuación, se muestra una serie de síntomas que probabilizan la presencia de ansiedad (APA, 2014; CIE-10-ES, 2014; Heinze y Camacho, 2010):

- Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad
- Preocupación, aprensión

- Temblor, tensión muscular
- Sensación de agobio
- Palpitaciones, taquicardias, dolor precordial
- Miedo a perder el control o la presencia de una sensación de muerte inminente
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
- Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego
- Problemas sexuales
- Conductas de evitación de determinadas situaciones
- Inhibición o bloqueo psicomotor
- Obsesiones o compulsiones

Entre 1990 y 2013, el número de personas a nivel mundial que presentaron depresión y/o ansiedad aumentó cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones de personas. Cerca de un 10% de la población mundial presenta al menos alguna de estas condiciones, por lo cual resulta de vital importancia conocer estos trastornos y agilizar un plan de acción para contrarrestarlo (OMS, 2016). La OMS (2018) señala que más de 300 millones de personas sufren depresión a nivel mundial, que es un estado presente con mayor frecuencia en mujeres y de no ser tratado puede provocar intentos de suicidio.

En lo que respecta a México, la Secretaría de Salud (2013) reporta que uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, de los cuales solo uno de cada cinco recibe atención sobre su problemática. La depresión y la ansiedad en la población mexicana generan una condición de discapacidad mayor comparado con otras enfermedades crónicas no psiquiátricas. Por lo cual se evidencia de nueva cuenta la importancia de trabajar en el sector salud con estos trastornos, el INEGI (2017)

respalda esta propuesta mencionando que, en el 2015, se registraron 6285 suicidios y pronostica el aumento de la cifra,

#### **1.4. Regulación emocional**

Con lo anteriormente expuesto, queda demostrada la importancia de entender las emociones, su función y consecuencias en el organismo, Gross (2008) describe la regulación emocional como la forma de influenciar qué emociones se vivencian y como expresarlas. La regulación emocional emplea la psicoeducación, cuyo propósito es el de hacer autosuficiente al individuo para ejercer control sobre la forma en la cual experimenta sus emociones y que no realice acciones o sensaciones que lo hagan actuar de forma desadaptativa y perjudicial para la realización de alguno de sus objetivos. Todo esfuerzo está encaminado a que las emociones tengan como consecuencia respuestas adaptativas, no busca clasificarlas como buenas o malas (Barlow *et al.*, 2011).

Este proceso facilita el entendimiento de las emociones, sus desencadenantes como consecuencias y posibilita que el individuo realice acciones que le permitan cumplir con mayor efectividad sus objetivos (Bericat, 2012; Gross, 2008; Jazaieri *et al.*, 2015).

Existe gran cantidad de formas de poder trabajar para la obtención de la regulación emocional, en los capítulos subsecuentes se mostrarán datos que demuestran su eficacia al momento de trabajar alguno de estos trastornos y se brindará una visión general de la forma en la cual la terapia Cognitivo Conductual buscar abordar y resolver estas situaciones, recordando que todo este proceso debe de estar enfocado a la consecución del objetivo terapéutico y a cumplir con las metas y/o expectativas del usuario al momento de solicitar el apoyo psicológico.

## **2. Eficacia del modelo Cognitivo-Conductual**

### **2.1. Modelo Cognitivo Conductual**

El modelo positivista propone que todo conocimiento debe de ser comprobable y replicable mediante el uso del método científico, mediante la propuesta de una hipótesis que busca comprobar la veracidad de lo dicho enunciado (Meza, 2015). La investigación en psicología bajo el modelo Cognitivo Conductual se rige por los lineamientos del método científico, y propone una intervención que conjunta técnicas, herramientas y procedimientos de los modelos cognitivo y conductual al plantear una hipótesis, que servirá como base para establecer el objetivo terapéutico y el plan de intervención, cuya finalidad es otorgarle al usuario las herramientas necesarias para afrontar esta dificultad y posteriormente, tras finalizar la intervención, éstas formas de afrontamiento continúen presentes y sigan siendo utilizadas (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001).

Durante la etapa de evaluación se emplean instrumentos o herramientas que permiten evidenciar el nivel del usuario en el constructo evaluado para abordarlo durante la intervención. Estos instrumentos son usados para medir la efectividad del tratamiento y pueden proporcionar pautas para trabajar durante la sesión. Se recomienda realizar también esta evaluación al finalizar la intervención, para verificar si el tratamiento tuvo el resultado esperado.

En la intervención se hace uso de las técnicas que la TCC dispone de las cuales existe gran cantidad de reportes de investigación que demuestran su eficacia al trabajar con diversas sintomatologías, principalmente aquellas que trabajan con rasgos ansiosos y/o depresivos (Arequipa. Ticona, Paucar y Llerena, 2010; Chávez-León, Benitez-Camacho y Ontiveros 2014; Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014; Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria, 2012).

Por último, durante el seguimiento se pretende verificar el estado del usuario tras finalizar la intervención, y que los resultados alcanzados sigan presentes, en caso contrario se puede considerar la posibilidad de retomar la terapia. Estas sesiones se proponen realizar a los 3, 6 y 12 meses finalizada la intervención y así evaluar la evolución de la situación abordada durante la intervención y actuar acorde a las necesidades expuestas.

Los estudios consultados (Arequipa. Ticona, Paucar y Llerena, 2010; Chávez-León, Benitez-Camacho y Ontiveros 2014; Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014; Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria, 2012) muestran un decremento en la sintomatología ansiosa y depresiva de los participantes, lo cual demuestra la efectividad de las TCC en el contexto abordado y ofrece grandes posibilidades de obtener resultados que al usuario.

Las TCC busca que el individuo sea capaz de resolver mediante sus propios medios las situaciones que lo afectan, otorgándole herramientas que se consideran necesarias para afrontar estas dificultades, se sigue una serie de pasos específicos que están determinados por el usuario y cómo este va evolucionando con respecto a su afectación. Cada técnica se vale de su propio marco teórico y ocupa sus propios instrumentos para poder llegar a este estado, pero depende también de la disposición del usuario y del encargado de administrar la técnica para obtener los resultados buscados, debe de haber pautas, retroalimentación, evaluaciones constantes acerca de lo que se hace y el cómo se hace, además de tener presente que siempre habrá objetivos a cumplir por sesión para poder llegar a aquello que se estipule como objetivo de tratamiento (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Con el uso de este enfoque terapéutico se pretende que sea más sencillo establecer el plan de intervención, para que el terapeuta pueda identificar que método utilizar y cómo evaluar a lo largo de la misma, si este objetivo se está cumpliendo, realizar los ajustes necesarios para poder obtener mayores beneficios y generalizar estos conocimientos, técnicas y herramientas empleadas a las

diversas áreas en las cuales se desenvuelve el usuario (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001).

## **2.2. Datos empíricos acerca del empleo de TCC**

La TCC ha mostrado en varios estudios, resultados favorables al disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, y aunque existe una gran cantidad de técnicas y la población con la cual se trabaja pertenece a contextos diferentes, las herramientas proporcionadas a los usuarios permiten profundizar y probabilizan resolver la dificultad logrando que los cambios sean duraderos a través del tiempo (Ticona, Paucar y Llerena, 2010; Chávez-León, Benitez-Camacho y Ontiveros 2014; Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014; Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria, 2012).

El emplear una técnica Cognitivo Conductual para poder tratar algún malestar psicológico debe de realizarse siguiendo las bases y lineamientos estipulados por cada técnica, la cual cuenta con un marco teórico bien definido y en el cual se describe el uso de la técnica, los objetivos a alcanzar a través de la misma, y que medios o herramientas utilizar para alcanzar este objetivo.

A continuación, se presentan algunos estudios que demuestran los resultados favorables de las Técnicas Cognitivo Conductuales al disminuir la sintomatología ansiosa y/o depresiva de diversas poblaciones, diferenciadas por edad, contexto social, y demanda del servicio. Cabe resaltar que éstas técnicas se emplearon con el objetivo de abordar la dificultad expuesta por el usuario y entendida como demanda del servicio, en donde a través de un sistema se evaluó la pertinencia de incluir a los usuarios en el estudio correspondiente (Puerta y Padilla, 2011).

Tabla 1

Estudio de los tratamientos realizados que mediante técnicas Cognitivo Conductuales abordaron problemáticas referentes a ansiedad

Autores	Participantes	Hallazgos
Arequipa, Ticona, Paucar y Llerena (2010).	234 alumnos de educación superior de 19 a 20 años presentando un nivel de estrés severo.	Los estudiantes mostraron una tendencia hacia el manejo emocional, siendo las estrategias más utilizadas la Reinterpretación positiva y crecimiento y negación.  El nivel de estrés se relaciona de manera significativa con el uso de estrategias enfocadas al problema; y a su vez, la función de las emociones también se relaciona de manera significativa con elevados niveles de estrés.
Caldera, Pulido y Martínez (2007).	115 alumnos de un centro universitario de entre 22 y 24 años de edad.	Relación positiva entre los niveles de estrés de los estudiantes y el rendimiento académico de los mismos. Altos niveles de estrés son obstáculos para el rendimiento académico y la mejor condición para obtener buenas notas es mantener niveles medios de estrés.
García (2005).	42 hombres retirados de las Fuerzas Armadas en proceso de rehabilitación. Con diagnóstico de Trastorno de Estrés postraumático.	Se presentó una disminución de la sintomatología ansiosa. Los cambios más evidentes se observan en las áreas de reexperimentación y evitación de las situaciones que causan estrés. Desde la primera semana se observa una disminución en el grado de severidad de los síntomas.
Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez (2014).	26 personas que fueron distribuidas en dos grupos, 13 en el grupo de tratamiento y 13 en el grupo control.	La terapia cognitivo conductual de afrontamiento al estrés disminuye las puntuaciones en las variables de estrés percibido, vulnerabilidad al estrés, preocupaciones, somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica de manera significativa en el porcentaje de la muestra. La TCC permite modificar diferentes variables mejorando con ello el abordaje psicológico y emocional que la persona hace ante las situaciones cotidianas.
Prats, Domínguez, Rosado, Pailhez, Bulbena y Fullana (2014).	56 estudiantes con Trastorno de Pánico.	Se observó una disminución significativa en las puntuaciones de la sintomatología de pánico/agorafobia y variables relacionadas, que se mantenía en el seguimiento a 3 meses. No se observaron diferencias entre aquellos pacientes que realizaron tratamiento único (TCC) y los que realizaron tratamiento combinado (TCC) con tratamiento farmacológico.

Tabla 2

Estudio de los tratamientos realizados que mediante técnicas Cognitivo Conductuales abordaron problemáticas referentes a depresión.

Autores	Participantes	Hallazgos
Chávez-León, Benitez-Camacho y Ontiveros (2014).	Revisión de ensayos clínicos que abordaron a través de la TCC el tratamiento de usuarios con depresión del trastorno bipolar 1.	La TCC disminuye el número y duración de los episodios depresivos, los síntomas residuales y/o inter-episódicos y también la necesidad de hospitalización. Tiene un efecto positivo en el funcionamiento social, este efecto se extiende de seis y hasta veinticuatro meses más tras finalizada la intervención cognitiva.
Mendoza y Saldivia (2015).	Revisión de 53 estudios que abordaron la problemática de depresión postparto.	La eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en el manejo agudo de la DPP ha sido demostrada fuertemente por datos empíricos, por lo cual se recomienda como tratamiento de primera línea por el menor riesgo de efectos secundarios en el recién nacido, respecto del uso de psicofármacos en mujeres lactantes.
Rosique y Sanz (2013).	Un participante de 67 años diagnosticada con caso de depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente.	El cambio y mejoría durante su estancia en la planta fue paulatino dada la gravedad de la sintomatología que presentaba. Poco a poco se fue estabilizando su sintomatología distímica y la ideación suicida. A través de la programación de actividades y tareas comenzó a planificar tanto sus permisos terapéuticos domiciliarios como su salida de la unidad.
Sales, Atiénzar, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez (2015).	8 participantes de 85 a 93 años de una residencia de adultos mayores en España	Los resultados reflejaron una disminución en la variable depresión en el grupo tratamiento tras la administración de la terapia, la sintomatología depresiva activa esquemas cognitivos irracionales y el sujeto percibe la realidad y su entorno de forma negativa y/o desadaptativa. Desde este tipo de terapia, el usuario identifica este tipo de pensamientos y aprende a modificar las cogniciones desadaptativas y ver una realidad más empírica que le permite actuar de forma adaptativa.
Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria (2012).	Revisión empírica de los efectos de la depresión en adultos mayores.	La depresión mayor, con o sin melancolía, incluye un síntoma central de estado de ánimo disfórico o pérdida de interés, más al menos cuatro de los síntomas siguientes: alteraciones del sueño (normalmente, disminución del mismo) perturbación del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, ideación suicida, mala concentración, sentimientos de culpa y pérdida de interés en las actividades habituales (si no es el síntoma central).



Queda evidenciado que la TCC tiene la bondad de poder ser empleada para el tratamiento en usuarios con sintomatología ansiosa y depresiva, muestra resultados favorables tanto finalizada la intervención como en los seguimientos realizados varios meses tras finalizar la intervención; y, mediante la flexibilidad con la cual puede aplicarse, permite al terapeuta acompañar al usuario en el proceso de mejoría, ir monitoreando sus avances, y poder adaptar la intervención según las necesidades del usuario para lograr alcanzar el objetivo terapéutico o modificarlo por uno más acorde a las demandas actuales. Esto probabiliza que el usuario presente una mejoría que se verá reflejada en los instrumentos utilizados para llevar a cabo la evaluación inicial y que sirven como medida para afianzarse al tratamiento, durante y después de finalizar la intervención (Arequipa. Ticona, Paucar y Llerena, 2010; Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria, 2012).

Desde el inicio de la intervención se esperaba que el cambio resultante les permitiera a los usuarios afrontar sus adversidades respondiendo de manera adaptativa a la demandas del medio. Según cada caso, los objetivos que se buscaban alcanzar con la intervención diferían en lo particular, pero al poder entender la sintomatología ansiosa como una serie de variables que conforman un cuadro clínico, gran cantidad de estas investigaciones resultaron en casos de éxito al conseguir la disminución de la sintomatología evaluada (Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014).

Las técnicas empleadas siguen una línea determinada, los medios por los cuales se llega a los objetivos específicos están determinados desde el establecimiento del objetivo terapéutico y atravesados por el trabajo que se lleva entre el usuario y asesor, depende de los avances y retroceso del mismo, así como de la pericia del asesor el que los conocimientos sean aprendidos adecuadamente con rapidez (Arequipa. Ticona, Paucar y Llerena, 2010; Chávez-León, Benitez-Camacho y Ontiveros 2014; Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez, 2014; Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria, 2012).

### **3. Modelo Transdiagnóstico**

El modelo transdiagnóstico surge en respuesta a la Terapia Cognitivo conductual la cual aborda cada problemática como síntomas aislados unos de otros con el objetivo de resolver un problema en específico; sin embargo, el modelo transdiagnóstico pretende trabajar una sintomatología común entre diversos trastornos presentes en la persona y que responden a un mismo origen; impulsado por el alto grado de comorbilidad presente en gran número de trastornos mentales, en la cual los problemas de salud mental, entre los cuales destacan ansiedad, depresión entre otros, constituyen 5 de las 10 principales causas de morbilidad (Belloch, 2012; Moreno y Moriana, 2016 y Reyes, 2013).

En vista de que gran número de personas adultas presentan más de un trastorno al momento de ser diagnosticados, se ha llegado a especular la posibilidad de que en vez de ser diversos trastornos en realidad solo sea uno el cual ha sido etiquetado de forma errónea (Aldao, Gee, De los Reyes y Seager, 2016; Sandín, 2012).

#### **3.1. Definición**

Este modelo pretende integrar los procesos asociados a conductas anormales de diversas problemáticas los y de esta manera proponer soluciones genéricas que puedan responder a los diversos cuadros sintomatológicos presentes en las personas, a enfocarse en lo común y genérico presente en los diversos trastornos, dejando en segundo plano, pero sin ignorar, lo específico y diferencial de cada caso (Aldao, Gee, De los Reyes y Seager, 2016; Sandín, 2012).

La investigación de los trastornos emocionales ha encontrado una gran prevalencia de comorbilidad entre depresión, estrés y ansiedad, por lo cual para economizar tiempo y esfuerzo se propone trabajarlo desde un modelo transdiagnóstico, tras lo cual el entendimiento del problema que el usuario tiene se modificará y se espera que el resultado sea adaptativo (Barlow *et al.*, 2011). El

modelo propuesto por Reyes (2013) para el tratamiento de los trastornos emocionales distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para alcanzar su regulación, y supone que la desregulación emocional es consecuencia del uso de estrategias inefectivas; Sandín (2012) propone que el trabajo bajo el modelo transdiagnóstico tiene los mismo resultados en aplicación grupal o individual, y que más bien cada una tiene sus propias ventajas y desventajas pero en ambos casos se logra la consecución de la meta planteada y es una herramienta a explotar en los futuros tratamientos psicológicos.

### **3.2. Eficacia del modelo transdiagnóstico**

Varios estudios han informado que el modelo transdiagnóstico ha mostrado resultados favorables al disminuir la sintomatología específica en cada trastorno al trabajar con herramientas y procesos más generales que atraviesan distintas sintomatologías (Barlow, Allen y Choate, 2004; Barlow *et al.*, 2011; Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; González, Díaz, Fittipaldi y Botella 2016; Hadjistavropoulos, Nugent, Alberts, Staples, Dear y Tutov, 2016; Sandín, 2012):

El PU al aplicarse en trastornos por desórdenes alimenticios, muestra resultados favorables al permitir que el trabajo se centre en situaciones más generales sin enfocarse en las situaciones específicas, que en lo que respecta a este trastorno, es lo que provoca en la gran mayoría de los casos la conducta de sobreingesta, y el cual se divide en cuatro etapas, en las cuales se proporcionarán herramientas para cumplir diversos objetivos, el primero será la educación acerca de su trastorno y las conductas esperadas a modificar, después se realiza un análisis de aquello que se ha obtenido y esos aspectos que se consideren necesarios de cambiar, la tercera parte del tratamiento compone el eje central del mismo, en este se aborda la problemática identificada y se proporcionan las herramientas para poder responder de manera adaptativa ante esta situación, y en la última etapa del tratamiento se enfoca en asegurar que los cambios obtenidos se mantengan a través del tiempo (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003).

El trabajo en los trastornos emocionales bajo una mirada transdiagnóstica permite al usuario salir de la dinámica en la cual intenta controlar sus emociones y al no obtener los resultados esperados, o no contar con las herramientas para realizarlo, provoca que se presenten más dificultades relacionadas con la desregulación emocional, por lo cual, desde este enfoque se le proporcionan al usuario las herramientas para conocer qué son los trastornos emocionales en primer lugar, y después, a que el mismo conozca sus posibilidades y limitantes cuando se encuentra bajo la influencia de alguna emoción, trabajando conceptos como la evitación emocional y la respuesta emocional para establecer respuestas que no estén ligadas a la experiencia emocional (Barlow, Allen y Choate, 2004).

Este tratamiento ha mostrado resultados favorables no solo en la consecución de la disminución de la sintomatología trabajada, sino que aumenta la asistencia a las sesiones de trabajo en comparación con estudios hechos de forma tradicional, por lo cual se espera que con la ayuda de estos factores no solo se cumpla el objetivo de tratamiento, sino que también éste obtenga mayor rapidez (Hadjistavropoulos, Nugent, Alberts, Staples, Dear y Tutov, 2016). El estudio realizado por Hadjistavropoulos *et. al.* (2016) muestra que de los 679 participantes al momento de iniciar el tratamiento, cerca del 50% completo el tratamiento hasta llegar a la sesión de seguimiento, cuando éste se aplica por profesionales pertenecientes a la comunidad en la cual se encuentran los usuarios, y abre el camino para que los protocolos que se basen en el modelo transdiagnóstico sean bien recibidos, tanto por la población objetivo, como por los responsables de su aplicación.

El modelo transdiagnóstico ofrece una alternativa para trabajar las diversas problemáticas que se presentan continuamente en el campo de la psicología y es una forma de economizar tiempo y esfuerzo al permitir ver al usuario como el portador de diversas dificultades conectadas entre sí, y que a su vez influyen en la forma en la cual se interpretan las situaciones del medio, dando respuesta a una situación puntual y a su vez, al trabajar con temáticas generales presentes en varios trastornos que presenten comorbilidad, se pueden generalizar a situaciones similares, por lo cual se otorga al usuario de diversas herramientas que se le invita

a emplear cuando lo crea conveniente (Barlow, Allen y Choate, 2004; Barlow *et al.*, 2011).

### **3.3. Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales**

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) trabaja con la forma en que las emociones impactan las diversas respuestas que el usuario tiene hacia los estímulos provenientes del medio. A lo largo de ocho módulos emplea la psicoeducación con el objetivo de que el usuario realice acciones adaptativas ante los problemas que lo rebasan e impiden que actúe de forma congruente con sus necesidades y capacidades. Estos módulos se enfocan en capacitar al usuario para poder, en primer lugar, observar las emociones y hacerlo consciente de la experiencia emocional y que efectos provoca en su organismo, para después ir introduciendo nuevos conceptos, técnicas y herramientas que le permitan ser un participante activo de su propia experiencia emocional y regular sus emociones. Este trabajo se ve reforzado por la realización de ejercicios que ayudan a entender estos conceptos y se ven reflejados en la conducta y cogniciones del usuario tras ir adentrándose en el PU (Barlow *et al.*, 2011).

### **3.4. Eficacia del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales**

El PU ha mostrado resultados prometedores al reducir la sintomatología ansiosa y depresiva en varias poblaciones y con diversas modalidades, ya sea en tiempo, formato de aplicación o modo de administrarlo, la aplicación del PU se llevó a cabo con la intención de probar sus bondades al ser un protocolo transdiagnóstico para trabajar los trastornos emocionales a diferencia de los Protocolos o técnicas centrados en solo un síntoma, no demeritando su efectividad o eficacia; a continuación se presentan algunos resultados que avalan su aplicación.

En el estudio realizado por Castellano, Osma, Crespo y Fermoselle (2015) aplicaron el PU a 11 usuarios de la Unidad De Salud Mental (USM) del Centro de Salud Rafalafena de Castellón de la Plana, de los cuales 10 fueron mujeres y un participante hombre, a lo largo de 10 sesiones grupales llevadas a cabo en dos meses y medio con una duración aproximada de 100 a 140 minutos por sesión, en la cual se explicaba el sentido de cada módulo y las tareas asignadas a cada usuario. Durante la intervención por diversas razones tres usuarios fueron dados de baja por lo cual 8 completaron el 100% de las sesiones.

Se midieron las variables de ansiedad, depresión, afecto positivo y negativo de los participantes. Los participantes presentaron niveles altos en estas variables, y tras finalizar el tratamiento, el 75% de la muestra dejó de cumplir los criterios de diagnóstico de éstos trastornos, y al realizar la medida posttest, esta situación se extendió al total de la muestra. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre la pre y postevaluación. Los resultados clínicos se presentan como una alternativa eficaz y eficiente para el tratamiento de los trastornos mencionados, de gran prevalencia en nuestra sociedad.

Bullis, Fortune, Farchione y Barlow (2014) desarrollaron un estudio con el objetivo de verificar la sustentabilidad de los resultados obtenidos tras aplicar el Protocolo Unificado en 18 sesiones, las cuales se dividieron en cinco módulos que trabajan problemáticas referentes a estados emocionales, siendo el primer estudio en presentar resultados tras 24 meses de haber concluido satisfactoriamente con la intervención. La muestra consistió de 37 participantes de los cuales 15 terminaron el proceso y 28 se presentaron a la sesión de seguimiento 24 meses después, mostrando diferencia clínicamente significativa en la reducción de la sintomatología correspondiente al trastorno emocional por el cual se solicitó la terapia y esta mejoría permaneció por alrededor de 18 meses tras finalizar la intervención.

En el estudio realizado por González, Díaz, Fittipaldi y Botella (2016) se mostró que los resultados al aplicar el PU en modalidad a distancia autoaplicado a 12 usuarios pertenecientes a una comunidad de entre 21 y 61 años, de los cuales

cinco participantes fueron diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada, tres participantes con trastorno depresivo mayor, uno con trastorno de ansiedad social, uno con trastorno de pánico, uno con agorafobia y uno con distimia; con la intención de conocer la aceptabilidad del PU en los usuarios; a lo cual todos mostraron alto grado de aceptación.

El estudio realizado por Bentley et al. (2018) mostró resultados favorables al disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva de una población subclínica en estudiantes universitarios, el PU fue administrado por estudiantes de doctorado y se obtuvieron resultados favorables en variables como inestabilidad emocional, calidad de vida y evitación emocional, todas en la dirección esperada después de los seis meses de intervención, lo cual permite observar los beneficios de aplicar el PU en un ambiente cara a cara.

Como se mencionó, los resultados del PU son prometedores, no sólo por la sintomatología en la que incide, sino por las herramientas que emplea para trabajar estas problemáticas, tomando como eje al usuario, su entendimiento de la problemática al modificando su interpretación para establecer nuevas conductas y cogniciones y que pueda emplear estas herramientas cuando se le presente una situación que lo amerite.

Estos resultados avalan los beneficios de trabajar bajo el modelo transdiagnóstico, es de vital importancia tener presente las limitantes y beneficios este modelo, y que aunque la información encontrada ha sido evidencia de su gran utilidad, cada que se presente un nuevo caso se debe de realizar una evaluación para poder identificar cual es el mejor plan a seguir, es decir, aquel que tenga mayor cantidad de beneficios tanto a corto como a largo plazo, y que el usuario decida para conseguir el objetivo establecido.

Tabla 3

## Estudio de los tratamientos realizados que trabajaron bajo el modelo transdiagnóstico

Autor(es)	Año	País	Tratamiento enfocado a:	n	Población	Método de administración	Módulos	Duración (semanas)	Instrumentos	Seguimiento	Resultados
Bullis J., Fortune M., Farchione T. & Barlow D	2014	USA	Disminuir el grado de ansiedad reportada al inicio de la intervención	37	Mayores de 18 años	Presencial, Individual	8	8	Beck Depression Inventory (BDI-II) Beck Anxiety Inventory (BAI)	6 y 24 meses	Trabajar con el PU muestra los resultados esperados al reducir la sintomatología ansiosa
Catellano C., Osma J., Crespo E. & Fermoselle E.	2015	España	Disminuir el grado de ansiedad y depresión de los participantes	11	27 a 66 años	Presencial, grupal	8	10	La Escala de Hamilton para la Depresión y la Escala de Hamilton para la Ansiedad	-	La aplicación del PU en formato grupal fue eficaz para el tratamiento de los trastornos Emocionales
Díaz-García A., González-Robles A., Fernández-Álvarez J., García-Palacios a., Baños R. y Botella C.	2017	España	Evaluar la eficacia del PU incorporando un componente de afecto positivo	207	Mayores de 18 años	Individual, internet, autoaplicado	12 4 módulos de afecto positivo	18 máximo	Beck Depression Inventory (BDI-II) Beck Anxiety Inventory (BAI) Positive and Negative Affect Scale (PANAS)	3 y 12 meses	La investigación está en proceso
Ehrenreich J., Bilek. E., Queen A. & Hernandez J.	2012	USA	Otorgar psicoeducación para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en niños	1	11 años	Presencial, grupal	5	15	Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV, Child Version	-	Tras la aplicación del PU se redujeron los índices de los trastornos emocionales de la participante.
Ehrenreich-May J., Rosenfield	2017	USA	Disminuir la sintomatología ansiosa de los	51	12 a 17 años	Presencial, individual	8 (5 de base y 3 opcionales)	Un máximo de 21 sesiones	Anxiety Disorders Interview	3 y 6 meses	Ambos grupos en los cuales se trabajó el PU



D., Queen A., Kennedy S., Remmes C. & Barlow D.			participantes mediante la aplicación del PU en dos grupos, intervención inmediata o lista de espera						Schedule for the DSM-IV, Child and Parent report		mostraron los resultados esperados al disminuir la sintomatología inicial
Farchione <i>et al.</i>	2012	USA	Disminuir la sintomatología ansiosa de los participantes mediante la aplicación del PU en dos grupos, intervención inmediata o lista de espera	37	19 a 43 años	Presencial, individual	5	18 sesiones	Beck Depression Inventory (BDI-II) Beck Anxiety Inventory (BAI)	6 meses	Los resultados obtenidos reafirman el PU como una alternativa para abordar trastornos de ansiedad
González A., Díaz A., Fittipaldi M, & Botella C.	2016	España	Presentar la aceptabilidad del PU adaptado para su autoaplicación vía internet	12	21 a 61 años	Internet, individual, autoaplicado	12	18 sesiones	Escala de expectativas sobre el tratamiento (eet) y Escala de opinión sobre el tratamiento	-	El PU tiene grandes evidencias de aceptabilidad en los usuarios que han concluido el tratamiento
González-Robles <i>et al.</i>	2015	España	Comparar la eficacia del PU comparándolo con Terapia tradicional en un ambiente autoaplicado alojado en internet	200	Mayores a 18 años	Internet, individual, autoaplicado	12	18 sesiones	Beck Depression Inventory (BDI-II) Beck Anxiety Inventory (BAI)	3 y 12 meses	La investigación está en proceso
Laposa J., Mancuso E., Abraham G. & Loli- Dano L.	2016	Canadá	Verificar la eficacia del PU en formato grupal en usuarios con síntomas de	41	Promedio de 34.46 años ( <i>SD</i> = 11.01)	Presencial, grupal	8	14 sesiones	Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS), Social Interaction Anxiety Scale	-	Disminución en las medidas de ansiedad social, pánico, depresión y afecto negativo

			ansiedad						(SIAS), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)		
Osma J. <i>et al.</i>	2018	España	Verificar la eficacia del PU en población española comparándola con terapia Tradicional	220	Mayores a 18 años	Presencial, grupal	9	12 sesiones	Beck Depression Inventory (BDI-II) Beck Anxiety Inventory (BAI)	3, 6 y 12 meses	La investigación está en proceso
Sauer-Zavala S., Casiello-Robbins C., Conklin L., Bullis J., Thompson-Hollands J. & Kennedy K.	2017	USA	Probar que cada módulo del PU produce un cambio cuando es administrado sin relación a los demás módulos del PU	8	18 a 50 años	Presencial, individual	1	4 sesiones	<i>Beliefs About Emotions Scale</i> <i>Southampton Mindfulness Questionnaire</i> <i>UP-Cognitive Skills Questionnaire</i> <i>Checklist of Emotional Avoidance Strategy</i> <i>Engagement</i>		Cada módulo provee a los usuarios de las herramientas esperadas y cumple su función
Seager I., Rowley A. y Ehrenreich-May J.	2014	USA	Permitir al usuario reconocer y expresar sus emociones mediante el PU	1	17 años	Presencial. individual	5	21 sesiones	Anxiety Disorders Interview Schedule for the DSM-IV, Child Version	6 meses	ÇReducción de la presencia de síntomas ansiosos y depresivos

## 4. Telepsicología

La telepsicología se entiende como la prestación de servicios psicológicos mediante las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC), utilizando los medios electrónicos como canal para establecer la comunicación, lo cual permite eliminar las barreras de la distancia y se permite el acceso a servicios que de otra manera no estarían disponibles para todas las personas (APA, 2017; Asociación de especialistas en Atención psicológica por videoconferencia, 2017; Botella, Baños, García-Palacios, Quero, Guillén y Marco, 2006).

Es una rama que se desprende de la psicología y con el apoyo de las TIC busca que el usuario encuentre una solución adaptativa a sus adversidades o dificultades valiéndose de todas las herramientas que ofrece este medio, busca reducir tiempo y esfuerzo para facilitar la realización de las actividades terapéuticas.

### 4.1. Ventajas y desventajas de la telepsicología

La intervención psicológica bajo el modelo Cognitivo Conductual ha mostrado resultados favorables en el trabajo para la disminución de la sintomatología de los trastornos emocionales, pero algo que ha estado siempre presente, es la evolución y adaptación a las nuevas demandas que presenta la sociedad, por lo cual surge la Telepsicología que es la aplicación de la psicología mediada por TIC, que poco a poco ha tomado fuerza y respaldo de los psicólogos gracias a las grandes ventajas que presenta. Su principal ventaja es que permite acortar la distancia en la cual se establece la relación terapéutica, y a pesar de los prejuicios, conforme pasa el tiempo, el uso de estas herramientas y sus bondades son explotadas y aprovechadas para permitir que las actividades llevadas a cabo durante la intervención, sean reforzadas y bien entendidas (Botella *et al.*, 2006; González-Peña, Torres, Del Barrio y Olmedo 2017).

Botella *et al.*, (2006) presentaron datos que muestran que los usuarios reportan satisfacción tras el trabajo bajo este modelo, mencionando que les permite tener

cierto sentido de autosuficiencia. En éste estudio mediante la auto aplicación de las técnicas empleando las TIC como medio, hacen hincapié en los beneficios que aporta el contar con retroalimentación por parte de un supervisor que vaya guiando al usuario durante el desarrollo del tratamiento y al cual pueda recurrir cuando los materiales no se hayan entendido, o surjan dudas. De igual manera, posibilita que en una herramienta auto aplicada, hasta que el usuario haya entendido de manera correcta los conceptos del módulo mediante una evaluación, se le da acceso al usuario a los módulos subsecuentes, lo cual disminuye la posibilidad de no entender correctamente o malinterpretar la información proporcionada, para lo cual se recomienda que el usuario cuente con un asesor que lo acompañe a lo largo de este proceso.

La telepsicología tiene la capacidad de economizar recursos y explotar las herramientas que proporcionan las TIC para lograr, no solo la comunicación entre usuario y asesor psicológico, también fomenta el uso de estas herramientas para facilitar el entendimiento de los contenidos o poder explicar de forma más clara y esperando genere un cambio cuyos resultados sean duraderos y facilite el cumplimiento del objetivo terapéutico.

El uso de las herramientas está determinado por la planeación que se establece al principio de la intervención, el asesor debe de tener claro con qué elementos o habilidades cuenta el usuario para que mediante las TIC pueda emplearlas y sean empleadas para cumplir con los objetivos planteados. Es un proceso que requiere de mucha atención, puesto que el contacto o cercanía característica de la terapia cara a cara no está presente y para poder establecer el *rapport* y la empatía, debe de realizarse un esfuerzo mayor (Botella *et al.*, 2006; Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009).

El principal inconveniente de la telepsicología es el alto índice de deserción del tratamiento, cuyas causas engloban la poca sensación de cercanía, el mal uso de las TIC, lo que provoca que el objetivo del tratamiento no sea alcanzado por los medios esperados, la falta de atención o prioridad por contar con un espacio privado para llevar a cabo la sesión, entre otros; pero en vista de la gran cantidad

de beneficios que aporta, los estudios que se expondrán en el siguiente apartado los resultados de su aplicación en donde a través de la videoconferencia, no sólo se rescatan muchas partes importantes de la entrevista psicológica, como el lenguaje no verbal, también permiten una comunicación sincrónica, lo cual probabiliza la conclusión de la intervención y la consecución del objetivo de tratamiento (Suelves, 2007).

#### **4.2. Eficacia y eficiencia del empleo de la telepsicología**

Los espacios para trabajar con ayuda de las TIC cada día están aumentando, y la aceptación que tienen los usuarios de estas nuevas herramientas facilitan la obtención de resultados, esto no indica que todas las problemáticas son susceptibles de trabajarse a distancia, sino que se tiene que tener en cuenta los alcances, bondades y dificultades de aplicar cualquier protocolo, herramienta o ejercicio en cualquier modalidad, y que se pueden ocupar estas tecnologías de la información y comunicación como un medio para facilitar que el usuario alcance el objetivo planteado (Flujas-Contreras, Ruiz-Castañeda, Botella, y Gómez, 2017).

La aceptación de esta forma de trabajo cada día va en aumento, lo cual no solo se debe a lo indispensable de estas herramientas en la vida de las personas, sino que han demostrado su efectividad para trabajar la sintomatología escogida y estos resultados son favorables, a continuación, se muestran algunos de estos trabajos:

En el estudio realizado por Flujas-Contreras *et. al.* (2017) se trabajó con niños y adolescentes hospitalizados que presentaron malestar emocional, con el objetivo de valorar el pilotaje de un programa de tratamiento para fomentar el bienestar emocional en niños y adolescentes apoyado por las TIC, el cual mostró resultados positivos hacia la aceptación de este instrumento lo cual apunta a ponerlo a prueba en una población más numerosa. El trabajo realizado por medio de las TIC fue bien recibido por parte de la población.

Otro estudio encontró que el 47% de los tratamientos impartidos por internet para disminuir el consumo de tabaco de los usuarios, mostró resultados favorables a

largo plazo, y aquellos participantes que no consiguieron la mejoría se mantuvieron en su mismo nivel de consumo, en primer lugar, se encontró una de las razones por las cuales existe mucha especulación hacia los tratamientos en línea, pero también demuestra su eficacia siempre y cuando el protocolo propuesto sea seguido. Cabe resaltar que este proceso fue autoaplicado sin supervisión de algún terapeuta, por lo cual hace notar la importancia de contar con un guía que siga la evolución del tratamiento a lo largo de la intervención (Suelves, 2007).

Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios (2009) muestran los resultados tras trabajar con 35 usuarios de un programa auto-administrado vía internet, comparándolo con la terapia tradicional cara a cara, en donde se abordaron problemas relacionados con fobias hacia los animales pequeños. El grupo que trabajó por medio de internet contó siempre con la posibilidad de comunicarse con un especialista por correo electrónico o por teléfono, ambos grupos finalizaron su intervención tras dos meses de iniciar el proceso. Se encontró que los participantes del grupo experimental estaban entusiasmados por la forma en la cual se aplicó el tratamiento por medio de las TIC y mostraron confianza desde las primeras sesiones hasta que finalizaron con los resultados que se pronosticaban.

Como se puede observar, cada estudio tiene una herramienta que ha desarrollado y logrado implementar para la consecución de su objetivo, teniendo siempre presente la población meta y lo que se espera conseguir de este trabajo.

Como se ha expuesto, el adherirse a un protocolo o guía clínica apoya a los responsables de la intervención a seguir lineamientos generales en la intervención psicológica y permite un trabajo de forma sistemática al describir el qué y cómo se propone trabajar las problemáticas que los usuarios presentan, enfocándose en los trastornos emocionales mediante el trabajo propuesto por el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow, Farchione et. al., 2015). Es así que el propósito de este trabajo es comparar la eficacia del PU aplicado en modalidad a distancia contra la eficacia de la terapia Cognitivo Conductual Tradicional en modalidad a distancia, en el marco

del Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) en la FES Iztacala, en donde se le brinda consejería a distancia a los estudiantes del SUAYED Psicología.

Con el propósito de validar el PU mediante el trabajo a distancia como una herramienta eficaz para resolver los problemas de ansiedad y depresión en estudiantes de la carrera de psicología de la modalidad a distancia pertenecientes a SUAYED.

Se espera que tras finalizar el estudio el PU muestre resultados clínicamente significativos al disminuir la sintomatología ansiosa y/o depresiva del usuario reportada en los inventarios utilizados en la pre y postevaluación, y que esta medida sea estadísticamente significativa al compararse entre grupos.

## Método

### *Participantes*

Se inició el tratamiento con 72 alumnos de la carrera de Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), que solicitaron el servicio de atención psicológica al Centro de Apoyo Psicológico y Educativo a Distancia (CAPED) durante los periodos 2016-2 y 2017-1 y que al momento de realizar su solicitud referían como motivo de consulta situaciones relacionadas con malestar emocional (depresión y/o ansiedad). Estos participantes fueron divididos aleatoriamente a cada condición experimental y se procedió a administrar su tratamiento.

Criterios de inclusión:

1. Realizar una solicitud al CAPED para atender un problema psicológico de índole emocional.
2. Tener entre 18 y 65 años.
3. Aceptar participar de manera voluntaria en el grupo de intervención correspondiente.
4. Ser estudiante activo de SUAYEd psicología.
5. Firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

1. Consumir alcohol y/o drogas.
2. Al momento del estudio no haber recibido otro tratamiento psicológico y /o farmacológico para tratar ansiedad y/o depresión.
3. Que el usuario requiera atención psicológica en crisis.
4. Que el tratamiento proporcionado ponga en riesgo la vida del usuario.
5. Que el usuario no cumpla con el perfil para ser atendido bajo la modalidad a distancia.



## Diseño

El diseño que se empleó fue cuasi-experimental con dos grupos independientes y medidas repetidas pre-test y post-test (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## Muestreo

Los participantes fueron distribuidos aleatoriamente a dos condiciones experimentales, como se muestra en el siguiente esquema:

G1 O<sub>1</sub> X<sub>1</sub> O<sub>2</sub>

G2 O<sub>3</sub> X<sub>2</sub> O<sub>4</sub>

X<sub>1</sub>= Tratamiento empleando el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los trastornos Emocionales (PU), llevado a cabo en un promedio de 8 sesiones

X<sub>2</sub>=Tratamiento empleando Técnicas Cognitivo Conductuales de forma libre (TCC), llevado a cabo en un promedio de 6 sesiones

## Variables

V. I. Implementación del Protocolo Unificado Para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales

V. D. Indicadores clínicos de ansiedad y depresión.

## Instrumentos

**Consentimiento Informado.** Se abordan los lineamientos bajo los cuales se otorga la atención psicológica, mediante el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en formato de videoconferencia a través de la plataforma Skype M. R. en sesiones semanales de una hora de duración a lo largo de 6 a 8 semanas aproximadamente. Se menciona que en el CAPED no se atiende a usuarios en caso de que se requiera atención psicológica en crisis, se ponga en riesgo la vida del usuario o que no cumpla con el perfil para ser atendido

bajo la modalidad a distancia; en cuyo caso, se le canalizará a instituciones de atención psicológica, psiquiátrica y/o de salud que puedan brindarle el servicio que requiere de acuerdo a su problemática y área de localización geográfica, además, se presentan los motivos de baja del servicio: Inasistencia a tres sesiones, tener problemas psicológicos crónicos, graves o severos y/o estar bajo tratamiento psiquiátrico.

Tras aceptar este consentimiento informado, los usuarios procedieron a contestar los siguientes instrumentos:

**Ficha de datos Sociodemográficos.** Se utilizó para recolectar la información sociodemográfica del usuario tales como:

- Sexo
- Edad
- Semestre en curso
- Estado Civil
- Ocupación principal

**Inventario de Depresión de Beck (BDI).** Diseñado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) y estandarizado en México por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998). Tiene un alfa = 0.92. Rangos: Normal: 1-10, Leve: 11-16, Moderado: 17-30, Grave: 31 -40 y Severo: +41

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).** (Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988). Diseñado por Beck, Brown, Epstein, y Steer (1988) en su versión en español para población mexicana la llevó a cabo por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Tiene un alfa = 0.82. Rangos: Mínimo: 0-7, Leve: 8-15, Moderado: 16-25 y Severo: +26

**Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS).** *Español-Colombia.* Es un instrumento autoaplicado que mide dos dimensiones mediante 15 ítems, estrategias de regulación emocional y conciencia de las emociones, se adaptó la versión validada en Colombia por Muñoz-Martínez, Vargas y Hoyos-González (2016). Resultados del alfa de Cronbach en las dimensiones de la escala: No

aceptación  $\alpha = .84$ ; Metas  $\alpha = .82$ ; Impulsividad  $\alpha = .87$ ; Estrategias  $\alpha = .54$ ; Consciencia  $\alpha = .71$ ; Claridad  $\alpha = .7$ )

### Procedimiento

Los criterios para formar parte de este tratamiento consistieron en leer y firmar el consentimiento informado proporcionado por el CAPED.

El grupo PU se conformó por los usuarios cuyo tratamiento fue el propuesto por el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU), aplicado por un asesor bajo la guía de un supervisor, este tratamiento se llevó a cabo durante ocho sesiones siguiendo los lineamientos propuestos por el Protocolo Unificado y enfocados a lograr cumplir el objetivo de tratamiento. Los nueve asesores encargados de proporcionar atención a los usuarios de este grupo fueron entrenados en el PU y a la par de su intervención contaron con sesiones semanales para exponer su trabajo y contar con la retroalimentación necesaria para poder resolver las dudas o problemáticas que surgieron a lo largo de su intervención.

El grupo TCC estuvo integrado por los usuarios cuya demanda clínica se abordó con técnicas Cognitivo Conductuales que tanto el asesor como su supervisor consideraron más eficaces para resolver las problemáticas planteadas, este diseño de intervención se realizó después de la entrevista inicial y con el propósito de cumplir el objetivo terapéutico. Los asesores encargados de la atención psicológica de estos usuarios atendieron sus demandas con la técnica que consideraron más adecuada en un periodo de seis sesiones, contaron con el apoyo de un supervisor que les otorgó retroalimentación y sugerencias acerca de su trabajo (figura 1).

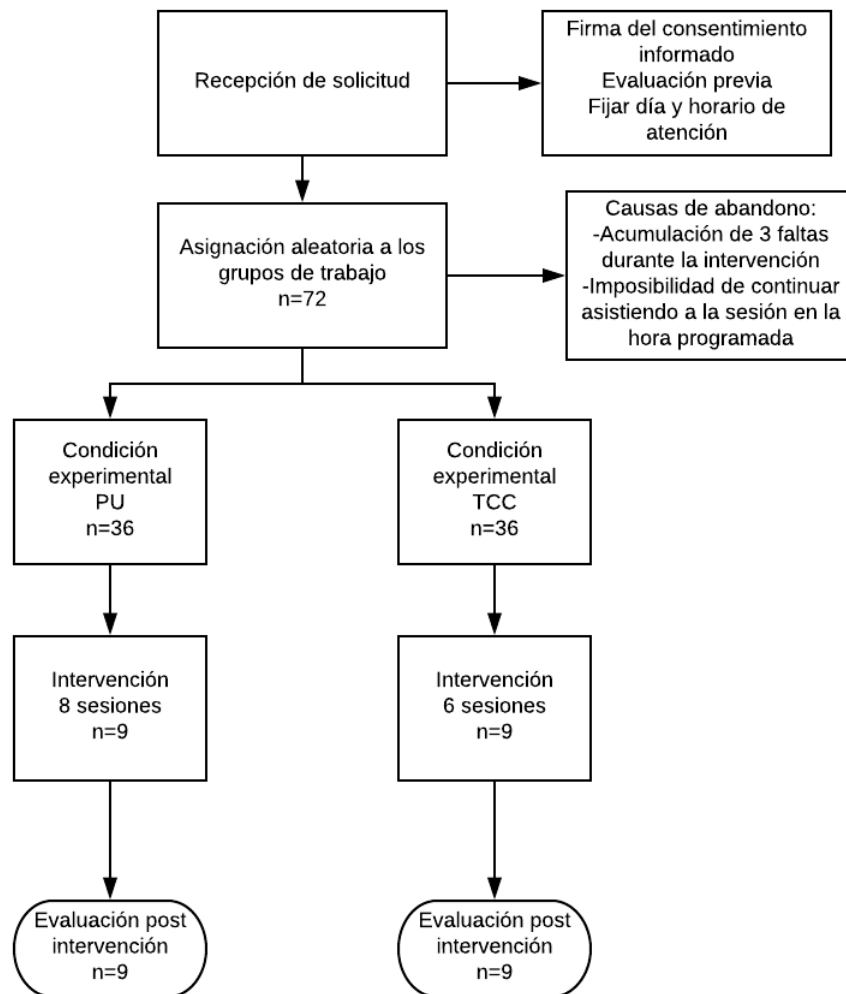


Figura 1. Diagrama del número de participantes evaluados, asignados al azar a dos condiciones de tratamiento, abandonos, número de participantes que finalizaron el tratamiento

## Tratamiento

Se contó con el apoyo de 16 asesores del CAPED a los que les fueron asignados los usuarios del servicio de atención psicológica de este centro para atender la problemática del usuario, siguiendo las variables determinadas de acuerdo al grupo de intervención asignado.

A los asesores asignados al grupo de PU se les adiestró en la aplicación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) dos semanas antes del inicio de su intervención, en la cual se

les mostraron las herramientas y técnicas propuestas por el PU para poder alcanzar el objetivo terapéutico, en donde a lo largo de ocho módulos se propone la forma de trabajo. Se comenzó por llevar a cabo una entrevista motivacional con la que se esperó aumentar la probabilidad de que el usuario se comprometa con el tratamiento y se obtuviera el resultado esperado tras concluir los módulos; después se procedió a explicar las emociones, que entendidas desde este enfoque se clasifican en tres dimensiones: cognitiva, conductual y fisiológica, conceptos que se van desarrollando a lo largo de la duración del PU, con la intención de lograr que el usuario empleara estas técnicas y herramientas para resolver las adversidades que se le puedan presentar.

A la par de esta intervención, el PU propone el uso de dos escalas autoaplicadas en las cuales el usuario fue calificando y observando el efecto que tuvo la intervención en la ansiedad y depresión percibida utilizando la Escala general de gravedad e impedimento de ansiedad (OASIS) y la Escala general de gravedad e impedimento de depresión (ODSIS). Al finalizar la intervención se los resultados obtenidos en estas escalas reflejaron aquellas puntuaciones obtenidas en el *pretest* alcanzando el objetivo terapéutico.

Se adaptaron los materiales propuestos por el PU para su aplicación mediante el uso de TIC, se digitalizó el manual del usuario, un anexo del PU que tiene como objetivo el afianzar los conocimientos obtenidos de acuerdo con el módulo en el que se está trabajando, en donde se realizaron las actividades o exponiendo ejemplos que facilitan el entendimiento del mismo, también se realizó la adaptación del OASIS y ODSIS para su calificación por medio de una hoja de cálculo, todos los materiales se guardaron en un espacio de la nube de Google Drive resguardado por CAPED, garantizando la confidencialidad y uso adecuado de la información recabada.

A los asesores que formaron parte del grupo de Tratamiento Tradicional Cognitivo Conductual (TCC) se les indicó la forma de trabajo, solicitando que justificaran el por qué del uso de las técnicas que emplearon y cuál era el resultado esperado tras esta intervención, todo este proceso quedó registrado en la base de datos del

CAPED en donde los asesores reportaron sus avances, retrocesos, hipótesis y objetivos alcanzados, sesión tras sesión.

Finalizado este procedimiento la coordinación operativa del CAPED asignó a los usuarios con los asesores correspondientes de acuerdo con su condición experimental, y tras las sesiones estipuladas en su planeación de la intervención determinada por el grupo de trabajo se finalizó con el proceso terapéutico para volver aplicar la postevaluación.

Durante este periodo se les otorgó retroalimentación correspondiente con su desempeño para que las sesiones siguientes fueran abordadas intentando alcanzar el objetivo establecido. Los asesores realizaron un reporte de los avances del usuario que se evidenció en las tareas o actividades que realizó a partir de la intervención (registros, gráficas, tareas).

Los asesores del CAPED atendieron a los usuarios que formaron parte de esta investigación, en el momento en que un usuario era dado de alta por alcanzar los objetivos terapéuticos, o dado de baja por no cumplir con los lineamientos de CAPED, o ser canalizado a una institución especializada en su problemática se procedió a asignar un nuevo usuario a ese asesor, este proceso se llevó a cabo durante un año.

En lo que respecta al trabajo realizado en cada condición experimental, se llevó de acuerdo con las normas estipuladas por el CAPED para proporcionar el servicio:

-Los asesores se comunicaron por medio del correo electrónico con los usuarios, en caso de que el usuario no respondiera durante tres semanas se consideraba como baja del servicio

-Si el usuario solo respondía el correo inicial y se tras iniciar la intervención acumulaba tres faltas se le daba de baja del servicio.

-Terminar con la intervención y que el usuario haya contestado los instrumentos de la *post* evaluación se considera alta del servicio.

Al presentarse cualquiera de estas situaciones, el asesor se comunicaba con la coordinación operativa del CAPEd para que ésta le pudiera asignar otro usuario de acuerdo con la condición experimental en la que se encontraba.

Cada asesor contó con la guía de un supervisor *in situ* experto profesor de la carrera de psicología SUAyED y colaborador del CAPEd, que lo asesoró principalmente en la forma de poder establecer un objetivo de tratamiento, qué técnicas y cómo emplearlas para realizar su intervención, cómo lograr alcanzar los objetivos establecidos y poder lograr que los cambios alcanzados se vean reflejados en otros ámbitos de la vida del usuario para poder dar un cierre a la intervención.

## Resultados

### *Datos de abandono*

Este proceso de recibir solicitudes y asignar a un grupo de tratamiento se llevó a cabo de forma continua durante un año tras el cual 18 de los 72 usuarios concluyeron el tratamiento. Por varias circunstancias, principalmente inasistencia se dieron de baja los usuarios, de los cuales nueve correspondían a la condición experimental PU y nueve a la condición TCC.

#### A) Equivalencia de los grupos

Con la finalidad de determinar las diferencias entre los dos grupos de tratamiento (PU y TCC) se realizó un análisis estadístico antes de la intervención para descartar que se pudieran presentar diferencias entre los grupos, este proceso se llevó a cabo utilizando la Chi cuadrada ( $\chi^2$ ). No se observaron diferencias significativas en las variables como sexo ( $\chi^2=0.966$ ,  $p=0.32$ ), estado civil ( $\chi^2=1.791$ ,  $p=0.61$ ) ocupación ( $\chi^2=0.15$ ,  $p=0.92$ ) y edad ( $\chi^2=31.533$ ,  $p=0.44$ ).

#### B) Resultados de la intervención

Los resultados presentados por cada grupo demuestran que el tratamiento tuvo el efecto esperado al reducir de forma estadísticamente significativa las puntuaciones en las tres variables evaluadas en ambos grupos de intervención, en ambos grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los indicadores clínicos (depresión, ansiedad y desregulación emocional), en la condición experimental (PU): Inventario depresión de Beck - BDI- ( $z = 0.35$ ,  $p = 0.05$ ,  $d = -1.89$ ), en el Inventario de Ansiedad de Beck -BAI- ( $z=0.38$ ,  $p=0.05$ ,  $d=-2.07$ ) y en el Instrumento de desregulación emocional -DERS- ( $z=0.00$ ,  $p=0.05$ ,  $d=-2.11$ ); en la condición TCC los resultados fueron: BDI ( $z = 0.35$ ,  $p=0.05$ ,  $d=-2.10$ ), en el BAI ( $z=0.15$ ,  $p=0.05$ ,  $d=-2.43$ ) y en el DERS ( $z=0.008$ ,  $p=0.05$ ,  $d=-2.66$ ).



Esta medida concuerda con lo reportado por los asesores que trabajaron semana a semana con estos usuarios en donde reportaron una mejoría gradual en cuanto al desempeño del usuario en diversas áreas y que al finalizar la intervención se vió reflejado en la disminución de la sintomatología evaluada, así como una diferencia clínicamente significativa en cuanto a los resultados obtenidos en la escala de Desregulación emocional.

Tabla 3

Datos socio demográficos de los usuarios que concluyeron el tratamiento

	<b>Condición</b>					<b>Estado</b>
<b>Folio</b>	<b>experimental</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Residencia</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Civil</b>
1	PU	Mujer	32	Edo. Méx.	Hogar	Casada
2	PU	Mujer	26	CDMX	Trabajadora	Casada
3	PU	Mujer	43	CDMX	Hogar	Casada
4	PU	Mujer	46	CDMX	Hogar	Casada
5	PU	Mujer	36	Puebla	Trabajadora	Casada
6	PU	Mujer	33	Edo. Méx.	Trabajadora	Soltera
7	PU	Mujer	41	CDMX	Trabajadora	Casada
8	PU	Mujer	39	Edo. Méx.	Estudiante	Casada
9	PU	Mujer	34	Edo. Méx.	Hogar	Casada
10	TCC	Mujer	34	Edo. Méx.	Trabajadora	Casada
11	TCC	Mujer	31	CDMX	Hogar	Divorciada
12	TCC	Mujer	18	Edo. Méx.	Hogar	Unión libre
13	TCC	Mujer	42	Puebla	Estudiante	Casada
14	TCC	Mujer	44	Edo. Méx.	Estudiante	Soltera
15	TCC	Mujer	47	CDMX	Trabajadora	Casada
16	TCC	Mujer	37	CDMX	Trabajadora	Casada
17	TCC	Mujer	42	Edo. Méx.	Trabajadora	Unión libre
18	TCC	Mujer	56	Edo. Méx.	Trabajadora	Casada

Tabla 4

Puntuaciones de las medidas clínicas (ansiedad, depresión y desregulación emocional) antes y después de la intervención en las dos condiciones de tratamiento.

	<b>Condición</b>					<b>DERS</b>	<b>DERS</b>
<b>Folio</b>	<b>experimental</b>	<b>BDI pre</b>	<b>BDI post</b>	<b>BAI pre</b>	<b>BAI post</b>	<b>pre</b>	<b>post</b>
1	PU	18	3	22	6	38	19
2	PU	18	8	22	9	35	23
3	PU	1	9	15	17	27	17
4	PU	16	3	52	7	4	2
5	PU	19	11	34	7	22	10
6	PU	11	5	5	4	22	11
7	PU	19	11	18	5	11	3
8	PU	8	8	4	6	36	20
9	PU	20	8	22	4	38	5
10	TCC	54	6	54	0	38	15
11	TCC	2	9	15	11	11	6
12	TCC	12	4	6	8	6	3
13	TCC	14	5	8	6	57	11
14	TCC	20	2	10	6	22	12
15	TCC	13	13	8	6	24	18
16	TCC	28	29	23	6	35	23
17	TCC	12	2	14	2	46	7
18	TCC	15	5	32	3	30	13

Cabe recalcar que la diferencia principal entre los grupos fue que el trabajo con el PU siguió sesión a sesión la forma de trabajo propuesta a priori, durante 8 módulos en los cuales se abordó con el objetivo de crear consciencia emocional y poder emplearla para resolver sus dificultades; mientras que el grupo de TCC abordó mediante las técnicas ofrecidas por el modelo Cognitivo Conductual la problemática establecida y buscó la obtención de un objetivo terapéutico en específico, aunque ambos grupos partieron por diferentes vías, los resultados son similares en cuanto a la disminución de la sintomatología evaluada.

### C) Comparación entre grupos

En las siguientes gráficas se puede observar que la mediana de las puntuaciones obtenidas en cada grupo se vio disminuida después de la intervención en cada condición experimental, en el BAI (figura 2), en el BDI (figura 3) y en el DERS (figura 4), los dos grupos en de intervención muestran resultados similares en los tres instrumentos evaluados; ambas condiciones experimentales muestran resultados clínicamente significativos después de la intervención. Específicamente en la variable BDI la mediana disminuyó del parámetro moderado en la condición PU y de leve en la condición TCC a mínimo para ambos grupos, en la variable BDI, la mediana de ambos grupos disminuyó de leve a normal y en la variable DERS se redujo en una desviación estándar con respecto a la preevaluación.

El análisis de las comparaciones entre las dos condiciones experimentales en el pretest y posttest se llevó a cabo mediante la prueba U de Mann Whitney. En ninguno de los casos evaluados se encontraron diferencias significativas entre los grupos, obteniendo en el BDI ( $U=39.5$ ,  $p=0.9$ ), en el BAI ( $U=39.5$ ,  $p=0.9$ ) y en el DERS ( $U=39.5$ ,  $p=0.93$ ).

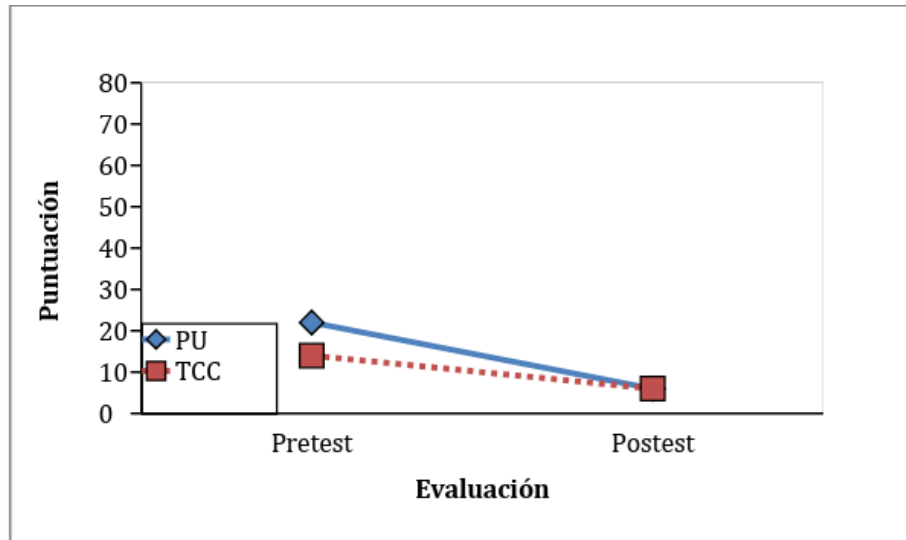


Figura 2. Medianas de los resultados de las evaluaciones obtenidas antes y después de la intervención en el Inventario de Ansiedad de Beck

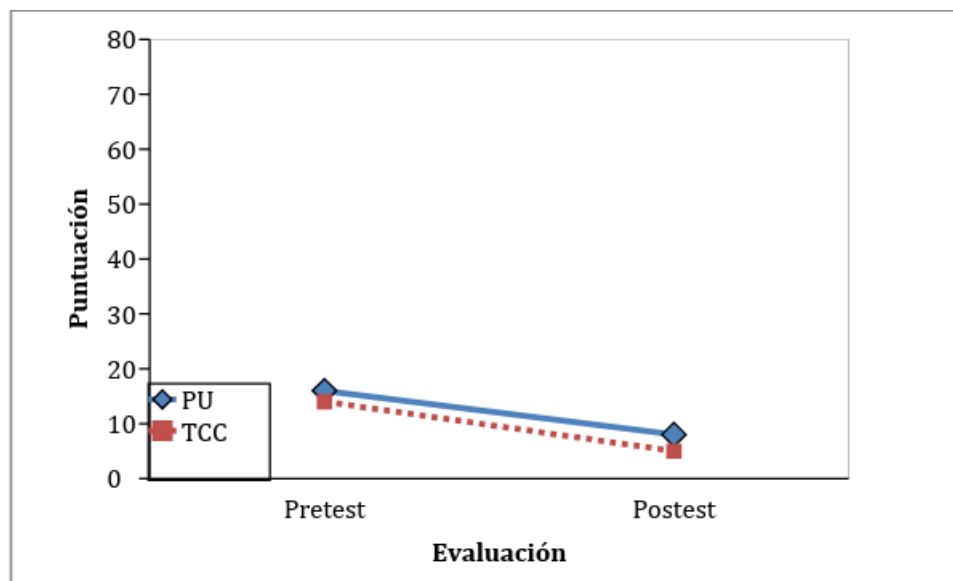


Figura 3. Medianas de los resultados de las evaluaciones obtenidas antes y después de la intervención en el Inventario de Depresión de Beck

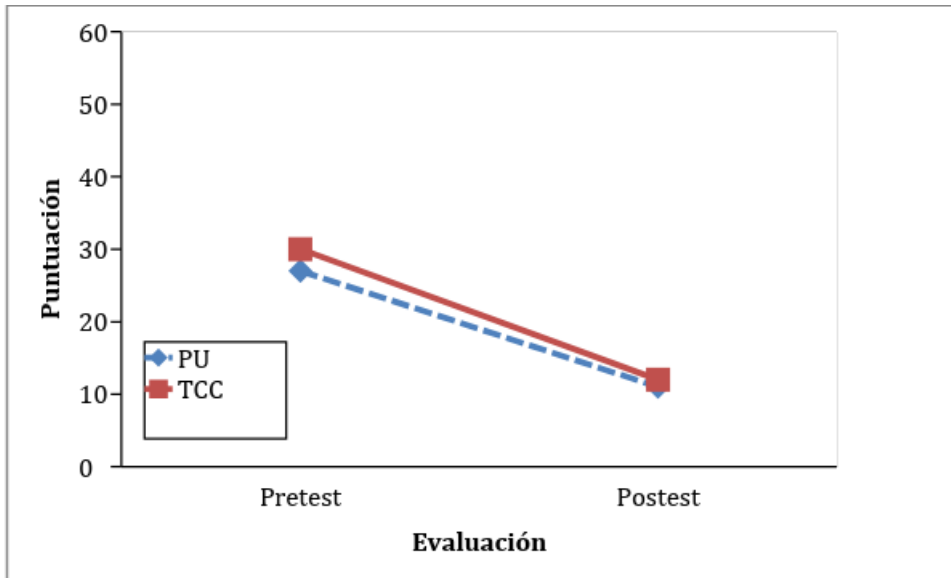


Figura 4. Medianas de los resultados de las evaluaciones obtenidas antes y después de la intervención en la Escala de Dificultades en Regulación Emocional

Estas medianas demuestran la mejoría obtenida en cada condición experimental en las dimensiones evaluadas, en donde como ya se mencionó anteriormente, los objetivos terapéuticos establecidos en cada condición eran diferentes, lo cual demuestra la capacidad de impacto que tiene la regulación emocional en las diversas variables que engloban la conducta, fisiología y cognición de los usuarios evaluados, lo cual abre muchas posibilidades para su uso en el tratamiento de estas dificultades.

El trabajo que se llevó a cabo mediado por TIC muestra que al usuario y terapeuta resulta útil emplear estas herramientas, y para lograr el objetivo esperado según el tipo de intervención, debe de estar presente por qué y para qué de las mismas, entender que la intervención tiene como objetivo a través de la consecución de pequeños objetivos, lograr el cambio en el área esperada y que mediante este proceso el resultado sea duradero y pueda verse generalizado.

La comparación entre grupos sólo se realizó antes y después del tratamiento, se sugiere que existan mediciones durante la intervención para poder evaluar en qué condición, ya sea TCC o PU los cambios se presentan más prontamente y cómo se modifica la situación del usuario.

El PU propone el empleo de dos instrumentos de autoevaluación que ayudan al usuario a verificar la evolución de su percepción respecto a la sintomatología, se propone que esta herramienta sea empleada de igual manera en la TCC para que los asesores tengan otro dato que enriquezca su práctica y les sirva de retroalimentación sobre el trabajo que están realizando.

## Discusión

La gran mayoría de los resultados obtenidos concuerdan con la literatura revisada, demuestran que el tratamiento fue eficaz al reducir la sintomatología ansiosa y depresiva de los usuarios a través de un programa psicológico aplicado a distancia, mediado por TIC, en ambas condiciones experimentales, no se encontraron diferencias entre grupos al evaluar la eficacia de los tratamientos para reducir la sintomatología ansiosa y/o depresiva, pero el dato más relevante fue que en ambas condiciones experimentales, se presentó una disminución estadísticamente significativa en relación al pretest. Reyes (2013) menciona que al trabajar bajo el modelo transdiagnóstico se espera obtener resultados positivos, reflejados en la regulación emocional, al disminuir la sintomatología presente. El trabajo aquí presentado se extrapola a otros ámbitos de la vida del usuario; lo cual concuerda con lo encontrado en el trabajo de Puerta y Padilla (2011) que remarca la utilidad de trabajar TCC centrada a la solución de una dificultad para disminuir esta medida cínica.

En el estudio de Osma, Crespo y Castellano (2016), se abordó mediante terapia Cognitivo Conductual en modalidad a distancia mediada por videoconferencia un tratamiento, con la intención de disminuir la sintomatología ansiosa del usuario, aumentar su autoestima y la prevalencia de emociones positivas; los autores hacen énfasis en las experiencias post intervención del usuario, en las cuales mencionan la efectividad del tratamiento, y el uso de las TIC para mediar la intervención no presentó problema para el usuario debido a su familiaridad con estas tecnologías, pero obviamente debe de existir este acercamiento previo, o en su caso, una pequeña instrucción de cómo emplear estas herramientas en la intervención con usuarios inexpertos.

Estos resultados se consiguieron al seguir una serie de pasos determinados según cada grupo de intervención, en ambos casos se procuró fomentar la adherencia al tratamiento con la intención de aumentar las posibilidades de que el usuario concluyera el tratamiento, de igual manera, se espera que estos cambios

continúen presentes a largo plazo y tengan un efecto adaptativo en cómo se desarrolla el usuario en su medio (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2001). En el estudio realizado por Cassiello-Robbins *et al.* (2018) no se encontró diferencia significativa entre los resultados obtenidos entre ambos grupos de intervención, en uno se abordó la problemática desde la perspectiva transdiagnóstica empleando el PU, mientras que el grupo control trabajó bajo un protocolo para manejar la ansiedad social, en ambos el tratamiento se desarrolló en formato presencial cara a cara siendo el terapeuta un estudiante de doctorado participante del proyecto, pero se presentaron resultados favorables en ambos grupos al disminuir los resultados en el posttest en lo que respecta a la variable de ansiedad social.

Los casos que concluyeron la intervención para cada condición experimental no reportó anomalías, semana a semana los asesores se presentaron con su supervisor *in situ* reportando los datos que consideraron relevantes para atender la demanda presentada, qué hipótesis tenían acerca de la dificultad del usuario, qué técnicas planearon utilizar, cómo pensaron implementarlas y con qué finalidad las propusieron; los supervisores proporcionaron la retroalimentación que consideraron adecuada para resolver estas problemáticas, también proporcionaron materiales o le indicaron al asesor en qué materiales investigar para poder realizar su trabajo. Esta práctica arrojó resultados favorables, permitiendo que los terapeutas pudieran contar con una retroalimentación para poder resolver dudas y actuar de la manera más adecuada para obtener resultados positivos.

Minici *et al.* (2001) mencionan que es necesario contar con un supervisor que guíe la práctica y otorgue retroalimentación de manera inmediata y continua al trabajo que se realiza, los resultados expuestos en este estudio son positivos, realizar el moldeamiento permite observar la forma en la cual se administra la intervención y en qué puntos se necesita profundizar etc., gran cantidad de los materiales que se utilizaron fueron mediados por las TIC lo cual demuestra su usabilidad. La retroalimentación fue enfocada a las evidencias presentadas y no solo a la



experiencia después de llevar a cabo la intervención, es decir, se toman en cuenta éstas variables que de otra forma pasarían desapercibidas.

En lo que respecta a la condición experimental del PU, el trabajo se realizó a lo largo de ocho módulos/sesiones en los cuales se buscó que el usuario fuera capaz de regular sus emociones para que le resultaran adaptativas al desenvolverse en el medio, este trabajo fue guiado *in situ* por los supervisores asignados, conscientes de que en el trabajo con su usuarios se tenían que seguir los lineamientos propuestos en el PU (tareas, técnicas, forma de aplicación), y en una sesión grupal entre los terapeutas, en la cual a la par de entrenarse en la aplicación del PU, se compartían los resultados obtenidos tras la aplicación en los usuarios, con la finalidad de retroalimentar a cada terapeuta para la consecución del objetivo establecido (Linares-Ortiz, Robles-Ortega y Peralta-Ramírez 2014).

Bentley *et al.* (2018) presentaron un estudio que pretendía disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva de una población subclínica en una Universidad en Estados Unidos, en la cual se aplicó el PU administrado por estudiantes de doctorado y obtuvieron resultados favorables en variables como inestabilidad emocional, calidad de vida y evitación emocional, todas en la dirección esperada después de finalizar la intervención, observando los beneficios de aplicar el PU en un ambiente cara a cara.

De igual manera, se han encontrado resultados estadísticamente significativos que apoyan la hipótesis de que al trabajar utilizando el PU con alguna sintomatología que presente comorbilidad entre dos diagnósticos de índole emocional, se tienen resultados favorables en las dimensiones esperadas, y en a comparación de los tratamientos enfocados a una sintomatología, la reducción en las variables de depresión y ansiedad fue más pronunciada. Esto difiere con lo encontrado en este estudio en donde en ambos casos se mostró una disminución en todas las variables, lo cual puede sugerir la posible inclusión de más medidas que permitan evidenciar si es que estos tratamientos son eficaces para reducir medidas clínicas en más variables (Steele, *et al.*,2018).

Las diferencias que se observan entre grupos radican en el objetivo terapéutico, cada uno tenía demandas diferentes, pero en ambos casos se presentó una disminución en los rasgos de la sintomatología evaluada, lo cual evidencia los impactos positivos de la TCC en estas dificultades (Caldera, Pulido y Martínez, 2007; Chávez-León, Benitez-Camacho y Ontiveros, 2014; García, 2005; Linares-Ortiz *et al.* 2014; Mendoza y Saldivia, 2015; Prats *et al.* 2014; Rosique y Sanz, 2013; Sales, Atiénzar, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez, 2015; Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas y Irigoyen-Coria, 2012; Ticona, Paucar y Llerena, 2010).

En el estudio realizado por Steele, *et al.* (2018) se obtuvieron resultados estadísticamente significativos que apoyan la hipótesis de que al trabajar utilizando el PU con alguna sintomatología que presente comorbilidad entre dos diagnósticos de índole emocional, tiene resultados favorables en las dimensiones esperadas, y que a comparación de los tratamientos enfocados a una sintomatología, la reducción en las variables de depresión y ansiedad fue más pronunciada. Esto difiere con lo encontrado en este estudio en donde en ambos casos se mostró una disminución en ambos síntomas, lo cual nos puede sugerir la posible inclusión de más medidas que permitan evidenciar si es que estos tratamientos son eficaces en reducir medidas clínicas en más variables. El trabajo realizado en esta investigación es uno de los primeros intentos por poder adaptar el PU a una modalidad a distancia que permita contar con una gran cantidad de beneficios para que los usuarios puedan desarrollarse y logren alcanzar sus objetivos durante y tras finalizar la intervención.

### **Limitaciones**

Una de las grandes dificultades con las cuales fue el alto grado de abandono que se presentó entre los participantes, el 25% de los usuarios concluyeron el tratamiento (18 de 72 que iniciaron el proceso; nueve en cada grupo), las causas de las bajas fueron principalmente a la acumulación de tres inasistencias a lo largo del proceso, lo cual rebasa lo esperado como media en la literatura (50%); hay que tener en consideración las variables que intervinieron: los usuarios del

servicio del CAPED son estudiantes del sistema SUAyED psicología, y a lo largo de la intervención tienen actividades académicas que realizan, a las cuales les otorgan mayor prioridad, dejando de lado las tareas y/o asistencias a las sesiones semanales en CAPED, esto se encuentra documentado por McCord, Saenz, Armstrong y Elliott (2015), quienes proponen realizar durante las primeras sesiones una comunicación que permita establecer claramente el sentido de la intervención, y la necesidad del trabajo continuo para alcanzar los cambios esperados.

Para poder disminuir los índices de deserción, la APA (2017) recomienda establecer *rapport* con los usuarios de telepsicología, se han encontrado resultados favorables al trabajar con entrevista motivacional, permitir que los usuarios identifiquen su necesidad y puedan a partir de ella significar la intervención, para que todas las actividades y objetivos tengan un sentido explícito del porque se abordan y la forma en la cual se trabaja.

Una de las grandes diferencias con otras aplicaciones del PU mediado por TIC es la forma en la cual se suministró el tratamiento, en el trabajo realizado por Miguel, Díaz, Mira, Bretón & Botella (2018), se llevó a cabo adaptando el PU para ser autoaplicado mediado por TIC, teniendo a un terapeuta a cargo de la intervención, pero que no formaba parte activa del tratamiento con el usuario, es decir, monitoreaba los avances y/o retrocesos de los usuarios con la finalidad de que concluyeran el tratamiento pero nunca se presentó para tener una sesión de chat y/o videoconferencia, lo cual reafirma la necesidad por parte de los usuarios de contar con una persona que esté presente y sea participe durante su intervención.

La experiencia previa de los usuarios puede ser una limitante al no entender la forma en la cual el PU va a resolver su dificultad por lo cual se propone que en futuras aplicaciones se lleve a cabo una plática mencionando la intención del protocolo, y cómo es que siguiendo los módulos propuestos se pretende alcanzar el objetivo. Esto podría influir en la comunicación presente con los usuarios y la adherencia al tratamiento, en el sentido de que los usuarios consideren como útil o

satisfactorio el trabajo realizado (Ehrenreich-May, Rosenfield, Queen, Kennedy, Remmes y Barlow, 2017).

Al trabajar con población subclínica, muchas veces la dificultad se puede resolver con unas cuantas sesiones, y no es necesario el concluir el tratamiento para que los usuarios consideren como un éxito la misma, y puedan decidir dejarlo ya que para ellos el objetivo ha sido alcanzado, si se implementan medidas a la mitad de la intervención, y se emplean para medir la satisfacción y percepción del usuario, podría ser una herramienta para disminuir el alto grado de deserción encontrado en este estudio (Miguel *et al.*, 2018).

### **Aportaciones**

Osma *et al.* (2018) proponen comparar la eficacia del PU contra la TCC tradicional, en la disminución de las medidas clínicas evaluadas con la intención de incorporar el PU como una herramienta viable para atender los desórdenes emocionales en la comunidad española.

Tras los resultados encontrados, se puede colocar al PU como una alternativa viable para el entrenamiento de nuevos terapeutas, no presenta resultados estadísticamente significativos que lo diferencien de la Terapia Cognitivo Conductual tradicional, pero se podría proponer su uso para el entrenamiento de asesores psicológicos como una guía de tratamiento psicológico en la cual se describen los pasos para establecer el objetivo terapéutico, qué técnicas emplear, cuál es la finalidad de las mismas, que elementos explicar y con qué tipo de tareas y/o ejercicios se recomienda trabajar para poder lograr que el cambio sea significativo y tenga resultados tanto a corto como a largo plazo. Todas estas variables facilitan el trabajo de los asesores y permiten que la retroalimentación por parte de los supervisores esté enfocada en perfeccionar estas técnicas.

Se encontró que el PU es apto para llevarse a cabo mediado por las TIC, sus herramientas pueden adaptarse fácilmente a esta modalidad y aprovechan el uso de las mismas para poder otorgar la retroalimentación de forma oportuna y directamente sobre aquel punto que se considere importante, por ejemplo en qué

dimensión de la emoción se podría intentar modificar, profundizar sobre algún tema en específico en los ejemplos propuestos, revisar las auto-evaluaciones para poder tomar las medidas adecuadas y trabajar sobre el tema que se considere sea adecuado para lograr la mejoría, economizando tiempo y esfuerzo.

Se propone realizar una selección de los módulos más importantes y que presenten resultados más eficaces para la sintomatología de los usuarios, para poder llevar a los usuarios por un proceso más rápido y que no interfiera con las demás actividades, que muchas veces, los llevan a la acumulación de tres faltas y por ende a la baja del servicio.

Las altas tasas de abandono en los programas de atención psicológica auto aplicados pueden estar relacionadas con el grado de satisfacción de los usuarios; en el estudio realizado por Miguel *et al.* (2018) puede observarse una disminución de esta tasa al proponer el uso de una llamada telefónica semanal de no más de dos minutos con la intención de recibir retroalimentación referente al programa y monitorear los avances, en ambos grupos, tanto el que presentó esta llamada y el que no. Más del 50 % de los usuarios en ambos grupos consideró como útil su empleo, ya sea porque formaron parte del grupo que lo experimentó, o porque consideraron como una buena opción para realizar el tratamiento.

### **Líneas de investigación**

El trabajo que se realizó en esta investigación se llevó a cabo mediante videoconferencia, en sesiones de una hora de duración, pactadas con anticipación, se propone replicar este trabajo para poder validar si los datos obtenidos e incluir medidas a lo largo de la intervención para poder observar el proceso de mejoría que presentan los usuarios y posiblemente determinar cuál módulo es el que presenta este cambio de manera más marcada.

De manera general, se encontró que al igual que el grupo de TCC, aquellos usuarios que formaron parte del grupo PU, lograron reducir sus síntomas de manera similar, se propone continuar con esta línea de investigación con la misma población, entrenando a nuevos asesores para su aplicación y poder obtener su

retroalimentación referente a si encuentran adecuado el PU para intervenir en dificultades emocionales y si los módulos expuestos sirven para su entrenamiento como asesores psicológicos.

En la población con la cual se trabajó utilizando el PU, se presentan resultados favorables para la consecución del objetivo terapéutico al servir como una guía clínica que permite a los terapeutas y usuarios seguir una serie de pasos pre-establecidos encadenados y que buscan desarrollar en el usuario nuevas habilidades y que obtenga los conocimientos necesarios para aplicar estas nuevas herramientas en otros ámbitos de su vida y no solo al problema o dificultad abordado durante la intervención, facilitando así el trabajo de los responsables de la intervención.

Una pregunta interesante que surge tras finalizar esta investigación es la de evaluar las causas del abandono de la terapia psicológica mediada por tecnologías, sería interesante centrarse en la población estudiantil y conocer qué variables intervienen en esta situación, lo cual ha sido abordado por Fernández-Álvarez, Díaz-García, González-Robles, Baños, García-Palacios y Botella (2017) en donde en un estudio cualitativo muestran algunas razones: entre las que destacan falta de disponibilidad de tiempo, poca cercanía con el terapeuta, no cumplir con las expectativas del tratamiento, no confiar en el medio por el cual se administra el tratamiento; pero es de vital importancia tenerlos presentes y poder sortearlos en futuras investigaciones.

Se recomienda contar con una medida a mitad del tratamiento que permita a los terapeutas y usuarios ver el estado de la intervención, que metas se han alcanzado para poder cambiar el plan de intervención si es necesario, puede que los usuarios reporten haber alcanzado su satisfacción, pero debido a las variables de la intervención que aún continua por varias sesiones puede ser una causa de baja.

Siguiendo esta idea, realizar una sesión de sensibilización, tanto con los usuarios y terapeutas, en donde se explique por qué se está trabajando el PU, y como el

poder abordar las emociones desde un enfoque transdiagnóstico puede presentar ventajas y en qué puntos éstas pueden hacerse visibles.

Otra recomendación es el fomentar que los terapeutas estén conscientes de la necesidad de establecer *rapport* y los beneficios que se presentan al intentar alcanzar los objetivos terapéuticos.

En el estudio realizado por Miguel *et al.* (2018) se lleva a cabo el seguimiento semanal para evaluar la satisfacción del servicio, y mostró resultados favorables al momento de evaluar los casos que finalizaron el tratamiento, lo cual puede servir como una herramienta para emplear a lo largo de las intervenciones a futuro que se desprendan de la aplicación del PU.

## Referencias

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidad (2014). *La depresión. Información para pacientes, familiares y allegados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Aldado A., Gee D., De los Reyes A., y Seager I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*, 28, 927-946.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. México. Manual Moderno.
- American Psychiatric Association (APA) (2017). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800.
- Asociación de especialistas en Atención psicológica por videoconferencia (2017). *Guía práctica para la atención psicológica por videoconferencia*. Recuperado de: [http://caminoshumanos.com/wp-content/uploads/2017/05/GUIA\\_AE APV.pdf](http://caminoshumanos.com/wp-content/uploads/2017/05/GUIA_AE APV.pdf)
- Barlow D., Allen L. y Choate M. (2004) Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behaviour Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow D., Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen y Ehrenreicj-May. (2011). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente*. Madrid. España. Alianza Editorial.
- Belloch A, (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 295-311.



- Bentley, K. H., et al. (2018). Development of a Single-Session, Transdiagnostic Preventive Intervention for Young Adults at Risk for Emotional Disorders. *Behavior Modification*, 42(5), 781–805
- Bericat, E. (2012). *Emociones*. Sociopedia.isa, España. Recuperado de: <http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Emociones.pdf>
- Bermejo, B y López, J. (2013). *Estudio de los efectos psicofisiológicos, cognitivos y emocionales de la sorpresa audiovisual publicitaria mediante triangulación metodológica*. Actas del 2º Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación. ISBN: 978-084-616-4124-6.
- Botella C., Baños R., García-Palacios A., Quero S., Guillén V. y Marco H. (2006). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *Revista sobre la sociedad del conocimiento*. Num. 4, 32-41. ISSN 1885-1541.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R., y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología*, 40(2), 155-170.
- Bullis, J., Fortune, M., Farchione, T., y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920-7.
- Caldera M. J., Pulido C. B. y Martínez G. M. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educación y Desarrollo.*, 7, 77-82.
- Catellano C., Osma J., Crespo E. & Femoselle E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los trastornos Emocionales. *Agora de Salut*, 2(15), 151-162.

- Cassiello-Robbins C., *et al.* (2018). A Preliminary Examination of the Effects of Transdiagnostic Versus Single Diagnosis Protocols on Anger During the Treatment of Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease.*, 0(0), 1-6.
- Castellano B. C., Osma L. J., Crespo D. E. y Fermoselle E. E. (2015). *Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales*. *Agora de Salut*. Vol 2(15), 151-162. ISSN 2443-9827.
- Chávez-León E., Benitez-Camacho E. y Ontiveros U. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud Mental*, 37(2),111-117. ISSN 0185-3325
- Cholíz, M. (2005). *Psicología de la emoción: El proceso emocional*. Universidad de Valencia. España. Recuperado de: <https://www.uv.es/=choliz/>
- CIE-10-ES (2014). *Manual de Codificación. CIE-10-ES Diagnósticos*. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad.
- Cruz, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista electrónica d psicología de Iztacala*, 15(4), 1310-1325.
- Darwin, C. (1872). *La expresión de las emociones en el hombre y los animales*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Intermuni.
- Denzin, N, K, (2009) *On Understanding Emotion*. New Brunswick. USA. Transaction Publishers. ISBN: 1412830192, 9781412830195.
- Díaz-García A., González-Robles A., Fernández-Álvarez J., García-Palacios A., Baños R y Botella C. (2017). Efficacy of a Transdiagnostic internet-based treatment for emotional disorders with a specific component to address positive affect: Study protocol for a randomized controlled trial. *Psychiatry*, 17 (145), 1-14.
- Ehrenreich-May J., Bilek E., Queen A. & Hernandez J. (2012). A Unified Protocol for the Group Treatment of Childhood Anxiety and Depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 219-236.

- Ehrenreich-May J., Rosenfield D., Queen A., Kennedy S., Remmes C. & Barlow D. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46–55.
- Electronic Code of Federal Regulations (2016). *Title 34. Subtitle B, Chapter 3, Part 300, Subpart A, 300.8*. Recuperado de: [http://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=59205506c419261ae7634af94b52cd2b&mc=true&node=se34.2.300\\_18&rgn=div8](http://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?SID=59205506c419261ae7634af94b52cd2b&mc=true&node=se34.2.300_18&rgn=div8)
- Fairburn C., Cooper Z. y Shafran R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-28.
- Farchione T. *et al.* (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.
- Fernández-Álvarez J., Díaz-García A., González-Robles A., Baños R., García-Palacios A. y Botella C. (2017). Dropping out of a transdiagnostic online intervention: A qualitative analysis of client’s experiences. *Internet interventions*, 10, 29-38.
- Flujas-Contreras J., Ruiz-Castañeda D., Botella C., y Gómez I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en Realidad Virtual y Terapia Online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: La Academia Espacial. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.*, 4(3),17-25. ISSN 2340-8340.
- García C. B. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*, 4(2), 205-219. ISSN 1657-9267
- González R. A., Díaz G. A., Fittipaldi M. M. y Botella A. C. (2016). La aceptabilidad de un protocolo de tratamiento transdiagnóstico autoaplicado a través de Internet: datos preliminares. *Agora de Salud.*, 3(42), 165-173. ISSN: 2443-9827.
- González-Robles A. *et al.* (2015). Effectiveness of a transdiagnostic internet-based protocol for the treatment of emotional disorders versus treatment as usual in

specialized care: study protocol for a randomized controlled trial. *TRIALS*, 16 (488), 1-13

González-Peña P., Torres R., Del Barrio V. y Olmedo M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91.

Gross (2008) *Handbook of emotions*. Chapter 3. New York. USA. The Guilford Press.

Hadjistavropoulos H.D., Nugent M.M., Alberts N.M., Staples L., Dear B.F. y Titov N. (2016). Transdiagnostic Internet-delivered cognitive behaviour therapy in Canada: An open trial comparing results of a specialized online clinic and nonspecialized community clinics. *Journal of Anxiety disorders.*, 42, 19-49.

Heinze, M., G. y Camacho, S.P. V. (2010). *Guía Clínica Para el Manejo de la Depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal. México. ISBN: 978-607-460-144-2.

Hernández S. R., Fernández C. C. y Baptista L. P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. México. McGraw-Hill. ISBN: 978-607.15-0291.9

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf)

Instituto Nacional de la Salud Mental (2015). *Depresión*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. USA. National Institute of Mental Health.

Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). *Trastornos de Ansiedad*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. USA. National Institute of Mental Health.

Izzedin, B. R. y Cuervo, M. A. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*. (2), 35-47.

- Jazaieri, H., Morrison, A.S., Goldin, P.R. *et al.* (2015) The Role of Emotion and Emotion Regulation. *Social Anxiety Disorder*, 17, 531.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de Depresión de Beck Para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental* (21)3, 26-31.
- Laposa J., Mancuso E., Abraham G. y Loli-Dano L. (2017). Unifies Protocol Transdiagnostic treatment in Group Format: A Preliminary Investigation with Anxious Individuals. *Behavior Modification*, 41 (2), 253-268.
- Linares-Ortiz J., Robles-Ortega H. y Peralta-Ramírez M. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de psicología*, 30(1), 114-22.
- McCord, Saenz, Armstrong y Elliott (2015), Training the next generation of counseling psychologists in the practice of telepsychology. *Counselling Psychology Quarterly*
- Mendoza B. C., Saldivia S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile* 2015,, 143, 887-894.
- Meza C. L. G. (2015). *El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento*, (En Línea), Recuperado de: <http://entremaestros.files.wordpress.com/2010/02/el-paradigmapositivista-y-la-concepcion-dialectica-del-conocimiento.pdf>.
- Miguel C., Diaz L., Mira A., Bretón J. & Botella C. (2018). Influencia del apoyo por parte del terapeuta en la satisfacción de un programa auto-aplicado a través de Internet para la depresión. *Ágora de Salud.*, 5, 265-274.
- Minici A., Rivadeneira C. y Dahab J. (2001). ¿Qué es la terapia cognitivo Conductual?. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1(11), 1-6.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención*

*Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid. España. Agencia Laín Entralgo.

Moreno E. y Moriana J. (2016). Estrategias para la implementación de guías clínicas de trastornos comunes de salud mental. *Rev. Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*, 9(1), 51-62.

Muñoz-Martínez, A., & Vargas, R., y Hoyos-González, J. (2016). ESCALA DE DIFICULTADES EN REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS): ANÁLISIS FACTORIAL EN UNA MUESTRA COLOMBIANA. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (1), 225-236.

Myers, D. G. (2015). *Excerpted from Psychology*. 11th edition. New York, USA. Worth Publishers.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Comunicado de prensa. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Depression. Disponible en: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Osma J., Crespo E. & Castellano C. (2016). Multicomponent cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder by videoconferencing: a case study. *Anales de psicología*, 32(2), 424-432

Osma J. et al. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16-46

Paredes, V. y Augusto, C. (2002) *La exigente de miedo insuperable en el código penal peruano de 1991, su aplicación por los juzgados y salas penales de Junín. Capítulo 3 Concepto Médico psiquiátrico y psicológico de miedo*. Tesis UNMSM. Lima. Perú.

- Pérez, N. M. A. y Redondo, D. M. M. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción.*, 11(28), 1-19.
- Piqueras R. J. A., Ramos L. V., Martínez G. A. E. Y Oblitas G. L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica.*, 16(2), 85-112.
- Prats E., Domínguez E., Rosado S., Pailhez G., Bulbena A. y Fullana M. (2014). Efectividad de la terapia cognitivo- conductual grupal para el trastorno de pánico en una unidad especializada. *Actas Esp Psiquiatra.*, 42(4),176-84.
- Puerta P. & Padilla D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.*, 8(2), 251-257.
- Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol* 2001,18, 211-218.
- Reyes O. M. (2013). Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 7-18. ISSN 1405-0943.
- Rodríguez, L. (2010). *Psicología de la emoción. Procesamiento emocional*. Psicologiauned.com. Recuperado de: <http://www.psicocode.com/resumenes/2EMOCION.pdf>
- Rosique S. M., Sanz A. T. (2013). Tratamiento cognitivo-conductual en depresión mayor, distimia e ideación autolítica persistente. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159-160), 17-23.
- Ruiz F. M. A., Díaz G. M. I y Villobos C. A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid. España. Desclée De Brouwer, S.A.
- Sales A., Atiénzar A., Mayordomo T., Satorres-Pons E. y Meléndez J. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.*, 20(2),165-172.

- Sandín B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 181-184. ISSN: 1136-5420-/12.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M., y Olmedo, M. (2008). Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 64-66.
- Sauer-Zavala S., Cassiello-Robbins C., Conklin L., Bullis J., Thompson-Hollands J. y KennedyK. (2017). Isolating the Unique Effects of the Unified Protocol Treatment Modules Using Single Case Experimental Design. *Behavior Modification*, 41(2), 286-307.
- Seager I., Rowley A. y Ehrenreich-May J. (2014). Targeting Common Factors Across anxiety and depression Using the Unified Protocol for the Treatment of Emotional disorders in adolescents. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 32, 67-83
- Secretaria de Salud (2013). Programa de acción específico. Salud mental 2013-2018. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud\\_Mental.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf)
- Sotelo-Alonso I., Rojas-Soto J. E., Sánchez-Arenas C. y Irigoyen-Coria A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5-13.
- Steele S. J. et al. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 211–216
- Suelves J. J. (2007). Experiencias de intervención en línea en un ámbito: el tabaquismo. *Revista sobre la societat del coneixement*. (4), 7-10. ISSN 1885-1541.



Ticona B. S., Paucar Q. G. y Llerena C. G. (2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería - UNSA Arequipa. 2006. *Enfermería Global*. (19), 1-18. Versión On-line ISSN 1695-6141.

Zaccagnini, G. M. (2010). *El miedo. Como nace y como se trasciende*. Madrid. España. Escuela Española de Desarrollo Transpersonal.