



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, REPORTE DE CASO
TESIS**

Para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

PRESENTA

ANDREA TORRES HERNÁNDEZ

MARÍA FERNANDA DÍAZ RODRÍGUEZ

Directora: Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Revisor: Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Sinodales: Dr. Edgar Landa Ramírez

Dra. Angélica Juárez Loya

Mtra. Karla Suárez Rodríguez

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2022



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.

Índice

Introducción	2
Identificación del paciente y motivo de consulta	16
Estrategias de evaluación	17
Formulación clínica del caso	19
Mapa clínico de patogénesis	21
Elección del tratamiento	21
Aplicación del tratamiento	23
Factores relacionados con el o la terapeuta	26
Consideraciones éticas	27
Diseño del estudio	28
Resultados	28
Discusión y conclusión	31
Referencias	35
Anexos	48

Resumen

La vida universitaria puede percibirse como desafiante, debido a que en esta etapa los jóvenes se enfrentan a una serie de eventos, que suman nuevas responsabilidades y presión en sus vidas, lo cual a su vez genera o acentúa problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad que deterioran su calidad de vida. Por lo tanto, es importante atender esta población y realizar intervenciones psicológicas para mejorar el estado mental de los estudiantes. En este estudio se llevó a cabo una breve terapia cognitivo-conductual (TCC) de 12 sesiones para tratar a una estudiante universitaria de 22 años que experimentó síntomas de ansiedad y depresión debido a las condiciones familiares, escolares, laborales y sociales que estaba presentando. Los resultados de la intervención indicaron que hubo una disminución en los puntajes de la sintomatología de ansiedad y depresión, las cuales fueron medidas mediante los inventarios de Beck; el tamaño del efecto al final de la intervención fue medio por lo que, se puede confirmar que la TCC puede mejorar los síntomas de ansiedad y depresión en una paciente joven universitaria.

Palabras claves: Ansiedad, depresión, TCC, estudiante universitario, últimos semestres.

Introducción

La etapa universitaria y en muchos casos el ingreso a la universidad se experimenta como un choque cultural que provoca diferentes sensaciones en los jóvenes, pues no saben en la mayoría de las ocasiones a qué se van a enfrentar (McMillan, 2013). Además, comienzan a asumir mayores responsabilidades e independencia académica, volviéndose un reto para ellos conocer la realidad de un nuevo entorno de aprendizaje. Asimismo,, el paso a la universidad constituye un punto significativo para definir el futuro en la vida de muchos jóvenes, pues en esta etapa se ponen en evidencia las competencias y habilidades personales que tienen para alcanzar sus metas académicas (Juárez y Silva, 2019). Una de las razones por las que se presenta este choque cultural es porque durante la educación básica y media superior, el estudiante es visto como receptor de información,

que va a clases a recibir el conocimiento, en contraste con el nivel superior en el que el estudiante puede verse como un miembro activo en el proceso de aprendizaje, de tal forma que existe una percepción más amplia del conocimiento, encontrando que en este punto los universitarios mencionan que “se debe estudiar más y de otro modo”, que la experiencia universitaria cambia la forma de pensar o que de alguna forma “se abre la cabeza”, modificando el modo de saber y relacionarse con el saber (Cal, 2017).

Los estudiantes en los primeros semestres de la carrera, también visualizan el ser universitario como una oportunidad y un privilegio o como una vía que propicia mejorar el futuro, mientras que los alumnos que cursan semestres más avanzados consideran que ser universitario es un privilegio y un desafío, que significa apostar por una vida mejor y digna, aportando para mejorar la sociedad o visto de manera individual, como un proyecto personal (Guzmán et al., 2013).

Otro aspecto de ser universitario es que ser estudiante significa poder lograr que los contenidos curriculares se conviertan en una experiencia, es decir, que lo visto en clase pueda servir como base para enfrentar la vida profesional/laboral puesto que, es en el campo laboral donde los conocimientos cobran un sentido más tangible (Álvarez, 2017).

Por otro lado, se encuentran las vivencias que experimentan en la universidad, ya que estas provocarán que el estudiante determine qué hacer, en qué formarse, hacia dónde ir, cómo guiar su propia existencia individual, su formación y su perfil profesional. A pesar de esto, durante la universidad los estudiantes también pueden desarrollar ansiedad y depresión, ya que también es a través de estos cambios que pueden verse afectados por distintos acontecimientos en su vida personal y educativa, en diversos contextos sociales, históricos e institucionales, y por lo que le acontece en el día a día universitario (Ruiz y Fachinetti, 2018).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017a), los trastornos afectivos como la ansiedad y la depresión son problemas habituales de salud mental y son una de las principales causas de discapacidad.

La ansiedad por sí sola es inherente al ser humano, ya que todas las personas la han experimentado en algún momento de sus vidas, se puede presentar en diferentes circunstancias cotidianas como al enfrentar un problema laboral, presentarse en una

entrevista, atender a una alerta, etc. dicha ansiedad se considera de nivel bajo en estas condiciones una sensación no patológica, dado que la sensación no es mantenida. Con base en el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association [DSM-IV-TR], 2002) la ansiedad es un trastorno, definido como una crisis de angustia caracterizada por la aparición repentina de una sensación de aprensión intensa, miedo, terror, asociada con sentimientos de catástrofe inminente, con una duración de varios minutos y más rara vez de horas, además de presentarse, (aunque pueden variar) durante un periodo de 6 meses consistentes, resultando en una preocupación constante acerca de su salud, familia, trabajo y situación económica.

Quienes presentan ansiedad a menudo tienen sensaciones de inquietud (aceleración cardíaca), fatiga frecuente, dificultad de concentración (no pueden tener la mente en blanco), irritabilidad, sienten tensión muscular y trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o sensación de tener un sueño insatisfactorio o superficial) (Boletín ANMM, 2013). Entre los síntomas cognitivos que se presentan son pensamientos persistentes, sensación de fallar, vergüenza; en cuanto a expresiones conductuales se encuentran la onicofagia, morderse los labios, inquietud motora (en manos y piernas) tronar sus dedos y como características fisiológicas de la ansiedad se ha documentado la presencia de náuseas, contracturas, diarreas y sudoración (Mendoza, 2016).

En los casos más graves de ansiedad se ha encontrado que conducen a trastornos de pánico en el que las sensaciones de miedo intenso y aprehensión pueden aparecer sin un desencadenante, o en respuesta a un estímulo ambiental, causando gran malestar en quienes lo padecen (Reza, 2012), además de presentar en el trastorno severo de ansiedad, gran alteración en la funcionalidad, síntomas psicóticos, manifestaciones de ideación suicida y homicida (Berenzon et al., 2010) amenazando directamente sus vidas.

Las personas que padecen ansiedad en el mundo son más de 260 millones (OMS, 2017a), mientras que las estadísticas en México revelan que el 28.6% de la población adulta padece algún trastorno mental alguna vez en su vida. Los trastornos de ansiedad (14.3%), por consumo de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) son los tres más relevantes que afectan a la población (Secretaría de salud de la Ciudad de México, [SSA] 2017). Un estudio realizado por Santillán et al. en 2016, en una muestra de 270 estudiantes pertenecientes a la UNAM, mostró que casi un cuarto de esta población tiene síntomas de

ansiedad, siendo las mujeres uno de los grupos que puede presentar mayor riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad.

Por otro lado, la depresión de acuerdo al DSM-IV (1994) es definida como un trastorno mental afectivo que se caracteriza por una tristeza intensa y con una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad. Las personas que padecen depresión a menudo tienen cambios en su carácter como: estar más callados, distantes, serios, aislados, o irritables, ya no se interesan por las actividades que antes les gustaba realizar, porque ya no las disfrutaban o se les dificultan, ya que presentan de igual forma una disminución de energía, refiriendo una gran dificultad para moverse para realizar actividades mínimas (arreglarse, asearse, etc) también tienen sentimientos de culpa y pueden pensar que están deprimidos por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado, incluso pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que lo merecen. Presentan malestares físicos que pueden ser fuertes como: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares, etc. pueden padecer insomnio, típicamente en la última parte de la noche o al contrario refiriendo sentir mucho sueño y dormir entre 9 y 10 horas diarias, entre otros trastornos del sueño. Aunado a esto, las personas con depresión a menudo tienen ideación suicida (Riveros et al., 2007).

Las estadísticas internacionales indican que más de 300 millones de personas sufren depresión (OMS, 2020) y las estadísticas en México, con base en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2017) demuestran que de los integrantes en el hogar con 12 años o más, el 32.5% se ha sentido deprimidos con una frecuencia de: diariamente 9.9%, semanalmente 11.7%, mensualmente 11.5% y el 66.6 % se ha sentido deprimido algunas veces en el año, significando que casi un tercio de la población Mexicana ha presentado varios episodios de depresión durante su vida. A pesar de que en la actualidad existen tratamientos eficaces para tratar la depresión, más de la mitad de los afectados en el mundo (y más del 90% en muchos países) no reciben atención ni tratamiento (OMS, 2020).

Tanto las estadísticas de ansiedad como las de depresión presentan altas tasas cuando se habla de jóvenes universitarios (Arrieta, V., Díaz, C., y González, M.,2014) pues la

prevalencia global de depresión en jóvenes entre 20 y 24 años fue de casi 6% para mujeres y más del 4% en hombres, mientras que la prevalencia global de la ansiedad en jóvenes de la misma edad fue de 5.5% en mujeres y más del 3% en hombres. (Gonzalez y Hermsillo, 2015)

Otro estudio realizado por Auerbach et al., en 2016, a partir de las encuestas epidemiológicas comunitarias que realiza la OMS, “Encuestas Mundiales de Salud Mental” examinaron las asociaciones de trastornos mentales en jóvenes universitarios de 5,750 jóvenes de entre 18 a 22 años, (jóvenes que ingresaban, estudiantes que desertaban, incluidos los no estudiantes quienes recientemente abandonaron la universidad sin graduarse y no estudiantes) llevadas a cabo en 21 países, entre ellos México, con el objetivo de determinar cuáles eran los trastornos mentales más comunes en esta población, y concluyeron que el 20.3% de los jóvenes presentaban algún trastorno durante el último año, de los cuales los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes en los jóvenes presentándose de un 11.7 a un 14-7%, mientras que los trastornos del estado de ánimo siguieron estas estadísticas con una presencia del 6% al 9.9%.

Estas cifras permiten visualizar que los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión, son padecimientos comunes que afectan a la población mundial siendo cerca de 300 millones de personas que se estima, sufren depresión y causan afectaciones en su día a día (OMS, 2017a).

Por otro lado, se sabe que durante la transición de la adolescencia a la vida adulta, los jóvenes lidian con diversos factores que pueden aumentar la aparición de los trastornos de ansiedad y depresión, algunos de estos eventos suelen ser personales, económicos, familiares, sociales, escolares, laborales, entre otros (Juárez y Silva, 2019; Schaie y Willis, 2003; Uriarte, 2006).

Con respecto a cuestiones personales, se ha observado que los síntomas de ansiedad suelen estar relacionados con problemas en las relaciones interpersonales, ya que es dentro de los 18 a los 29 años donde los jóvenes entran en una adultez emergente y podrían experimentar

una inestabilidad que impacta en una serie de relaciones amorosas fallidas antes de hacer perdurar decisiones en la adultez (Arnett et al., 2014).

Durante esta etapa, los jóvenes suelen sentirse ansiosos al estar rodeados de otras personas, se sienten incapaces de crear nuevas amistades y de conservarlas, incluso presentan dificultades para hablar con ellas a pesar de querer hacerlo (National Institute of Mental Health, 2019). Por lo cual es común que generen comportamientos de evitación, y una disminución del comportamiento de socialización, lo cual lleva a los jóvenes a un deterioro significativo en su vida personal (Santillán et al., 2016).

De igual forma en esta etapa toma mucha importancia las relaciones amorosas, y dependiendo del tipo de relación que establezcan, los recursos y habilidades que tengan para iniciar, mantener o terminar una relación, los jóvenes pueden experimentar o no diversas situaciones de ansiedad o depresión (Blandón y López, 2016)

Otros factores como las crisis económicas que se han vivido en las últimas décadas en México han ocasionado que, en algunos sectores de la sociedad mexicana, los hijos se incorporen a la actividad económica como mano de obra secundaria, como una estrategia familiar de sobrevivencia, generando presiones al mismo tiempo que estrés y ansiedad. Esto dado por situaciones como la pérdida de trabajo de la persona que representa el sostén económico dentro del hogar (García y Pacheco, 2000).

Aunado a esto, las estadísticas mundiales refieren que las condiciones socioeconómicas no favorables para los jóvenes pueden incrementar los riesgos de tabaquismo, alcoholismo, intentos suicidas, morbilidad por accidentes relacionados con el medio laboral y por accidentes de tránsito, tasa de abortos en menores de 20 años y la tasa de incidencias de las infecciones de transmisión sexual (García et al., 2015) y estas conductas pueden llevar a consecuencias nocivas para la salud física y psicológica de los mismos.

En cuanto a factores sociales/familiares, se puede observar que los adolescentes y jóvenes son el sector de la población más sensible a las influencias del entorno; una de las características que se le atribuyen es que transitan por una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, en donde se reafirman algunas tendencias

comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia como la familia, amigos, vecinos, noviazgos, etc. (Mensalus, 2017).

Un ejemplo de esto es que los jóvenes suelen estar muy atentos a las normas, estándares y exigencias familiares y sociales presentes en el entorno, de tal manera que si los jóvenes no cumplen con estas expectativas generan altos niveles de angustia y estrés que puede modificar negativamente los hábitos alimenticios y la propia percepción de la imagen corporal (Skead et al., 2018).

Por lo tanto, están expuestos a una amplia gama de situaciones que podrían generar un gran impacto en ellos, estos pueden ser: la presencia de peleas constantes de los padres y la separación de los mismos (Mayo clinic, 2019). Otras situaciones que pueden ocasionar conductas antisociales son: un clima familiar carente de cohesión y falta de normas claras, una comunicación poco fluida o rígida, insatisfacción familiar, que los hijos experimenten castigos físicos y que los padres consuman drogas o alcohol (Renzo y Cahuana, 2016). Además, es importante resaltar la importancia del apoyo social por parte de los familiares, amigos, profesores, compañeros y la pareja, para solventar situaciones que podrían obstaculizar su estadía en la universidad, entre estos encontramos el traslado a la escuela, la inversión económica e inversión de tiempo. Por lo tanto, un buen apoyo social aumenta el bienestar, disminuye la carga emocional y el estrés (Fernández et al., 2015)

Por otro lado, los estudiantes universitarios que deciden separarse de la familia y vivir solos, suelen sentir nostalgia y deben asumir responsabilidades que usualmente ellos no realizaban cuando se encontraban con la familia como elegir el lugar donde vivir, elegir los alimentos y administrar los gastos realizados, también deben tomar sus propias decisiones con respecto a tiempo de sueño, de actividades, y límites (Juárez y Silva, 2019; Mayo clinic, 2019).

Como factor escolar, los jóvenes de 18-25 años, como se mencionó anteriormente, se enfrentan en el inicio o en el término de una carrera universitaria; en ambos casos, los estudiantes que ingresan a la carrera se enfrentan con una gran carga de exigencias y preocupaciones académicas como; la adaptación a novedades educativas y sociales, los

exámenes continuos, responder preguntas en clase, mostrar un progreso en la escuela debido a las expectativas de los padres y de sí mismos, también puede vivirse competencia con compañeros de clase, fracaso y deserción académica (Gajanan y Minchekar, 2018).

Por otro lado los jóvenes que están por concluir sus estudios inician en muchas ocasiones la vida profesional y esto suele desarrollarse en un ambiente muy estresante y desafiante, debido a que se presentan otro tipo de situaciones como la graduación, servicio social, la titulación incluso el hecho de en algunos casos los alumnos deben quedarse un semestre adicional impacta el comienzo de una vida laboral que se acompaña de nuevas responsabilidades, evaluaciones, realización de trabajos, etcétera que al interactuar con otros factores de riesgo generan eventualmente un deterioro en su salud mental (Arrieta et al., 2014).

En el aspecto laboral se encontró que a pesar de las exigencias que representa el primer empleo en los jóvenes, se tienen muchas dificultades para entrar en el mercado laboral, las elevadas tasas de desempleo empobrecen las aspiraciones de los jóvenes de contribuir a la sociedad como ciudadanos productivos, sumando a ello también puede experimentarse la pérdida laboral y como consecuencia generar una baja del sustento económico (Gajanan y Minchekar, 2018). A su vez, se enfrentan a situaciones como la sobrecarga laboral, la competencia laboral con los compañeros y la constante presión para tener éxito, lo cual genera ansiedad debido a la preocupación por el futuro (Heyam y Dalky, 2018).

Lo anterior enfatiza que no hay una sola causa que desarrolle depresión o ansiedad en los jóvenes, son problemas multifactoriales y durante la vida de los jóvenes se van a presentar diversas situaciones que puedan aumentar la presencia de estos trastornos emocionales, por lo cual, es importante detectar los factores de riesgo a los que esta población se enfrenta con el fin de evitar consecuencias más graves que deterioran su salud física y psicológica (Mayo Clinic, 2020)

Algunas de las consecuencias negativas de estos trastornos emocionales pueden afectar profundamente el desempeño escolar de los jóvenes, ya que a menudo los estudiantes que

presentan depresión tienen dificultad para concentrarse en sus estudios, exámenes o clases, en ocasiones pueden tener limitaciones para recordar cosas y entregar trabajos.

Además se sienten con menos energía como para ir a la escuela o tomar alguna clase, afectando directamente en el rendimiento y la asistencia escolar, lo que puede favorecer la deserción.

También sienten desinterés por salir con amigos y familia, incluso presentan periodos de irritabilidad, tristeza, ganas de llorar, desesperanza o frustración que afectan todas sus relaciones interpersonales, provocando mucha soledad (OMS, 2019a).

Del mismo modo pueden aparecer problemas de salud afectando el bienestar psicológico, a través de la alteración de algunas funciones vitales, como el sueño, el apetito, la alimentación o ingesta, la digestión, la evacuación “estreñimiento y diarreas”, problemas de concentración, problemas cardiovasculares, dermatológicos, entre otras (Cano y Moriana, 2019).

Otra consecuencia negativa es el consumo de sustancias legales e ilegales, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Centros de integración juvenil, 2018) resalta que en la población de 18 a 34 años que han tenido estos padecimientos, el 15% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida (22.8% hombres, 7.6% mujeres), 5% ha consumido cualquier droga en el último año (8.2% hombres, 2.0% mujeres), 2.7% ha consumido cualquier droga en el último mes (4.8% hombres y 0.7% mujeres), y este es el grupo en donde se encuentra la mayor prevalencia global de consumo, a pesar de estas estadísticas los jóvenes no perciben riesgos al consumir sustancias adictivas como la cocaína (62.8%), inhalables (66.9%) y marihuana (18.7%).

El consumo de sustancias se relaciona con la probabilidad de que una persona tenga comportamientos e intentos de suicidio, (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014) puesto que en la literatura se ha determinado que algunos factores asociados al suicidio son: el abuso de sustancias psicoactivas y alcohol a demás de duelos, dificultades familiares o de pareja, desempleo, diagnósticos de enfermedades graves, trastorno mental entre otros que se consideran cofactores de esta conducta (Ramírez y Naranjo, 2014).

La ideación suicida y el suicidio son las consecuencias más graves de estos trastornos mentales, que han sido la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años

(OMS, 2019b). En el año 2016, en México ocurrieron 6 291 muertes intencionales (suicidios) (INEGI, 2018), y en el 2017 la población de 20 a 24 años ocupó la tasa más alta de suicidio con 9.3 por cada 100 mil jóvenes (INEGI, 2017).

El 90% de las personas en México que se suicidan tienen una enfermedad mental diagnosticable como: depresión, abuso de alcohol, trastornos bipolares y esquizofrenia, pero cuando se presentan a la vez “la ansiedad y la depresión” se multiplica el riesgo suicida (Schnaas, 2017).

Por lo anterior, es importante poner especial atención en la salud mental que se presenta en esta población debido a que se ha encontrado que los universitarios sufren más depresión, ansiedad y estrés que la población general (Oppong y Andoh-Arthur, 2015).

A pesar de estos datos, se ha visto que la tendencia a buscar ayuda profesional es muy baja entre los jóvenes en contraste con edades más avanzadas, la cual, desde el aspecto de la salud pública, representa un problema significativo (Hajduk et al., 2019). En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno emocional buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención de los pacientes que acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento, es decir, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo (Salud Pública, 2019).

El principal motivo por el cual los jóvenes no buscan ayuda profesional es porque tienen la creencia de que ellos pueden manejar sus problemas sin ayuda de los demás (Hajduk et al., 2019) y tienen la creencia de que la salud mental es accesorio, incluso es vista como un lujo a la que solo un sector de la población puede acceder ya que cuenta con los recursos para hacerlo (Castellanos, 2017).

Aunado a esto, otros motivos que se pudiera presentar es precisamente la falta de recursos monetarios, ya que se priorizan otras necesidades, la falta de tiempo para acudir a terapia y falta de personal sanitario capacitado, incluyendo profesionales con malas prácticas que pueden generar que el paciente empeore sus síntomas o genere otros nuevos, de igual forma se puede generar por malas prácticas dependencia hacia el psicólogo, disfunción social en

el paciente o daños a terceros, durante la evaluación clínica también se pueden gestar otros errores (Ospina, 2015), ya que al no valorar y tratar al paciente de forma adecuada, está expuesto al riesgo de cronicidad debido a las recaídas y a muerte por suicidio (Schnaas, 2017), además de la estigmatización que da lugar a malos tratos, rechazo y generar aislamiento que a su vez priva a los jóvenes que lo padecen de atención y apoyo de un profesional (Defensor, 2017) de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta o errónea, lo anterior también provoca que reciban un tratamiento equivocado y poco eficaz (OMS, 2017b).

Otro punto a considerar es que las estrategias sobre el tratamiento deben ser adaptadas al contexto cultural y social con la finalidad de generar intervenciones más pertinentes. Además, se deben tomar decisiones basadas en evidencia (OPS, 2014), por esta razón la medicina basada en evidencia ha ocupado un lugar importante dentro de la psicología, destacando en que la elección de tratamiento debe basarse en la mejor evidencia científica disponible, así como en su propia disposición para probar estos tratamientos y seguir con ellos (American Psychological Association, 2017), de igual forma se debe considerar la preferencia del paciente.

En la actualidad se cuenta con diferentes formas de tratamiento disponibles para la depresión: con medicamentos, con psicoterapia o ambos. Los principales medicamentos para el tratamiento de la depresión son los antidepresivos, entre los más comunes están; fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram (Quintana y Velazco, 2018).

Mientras que las psicoterapias que han demostrado ser útiles en el tratamiento de la depresión son la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y psicoanalítica (desde un enfoque sistemático en el que se han desarrollado manuales de tratamiento). La elección de la forma de tratamiento depende sobre todo de identificar el tipo de depresión, la gravedad de los diferentes síntomas y como se mencionaba anteriormente del deseo del paciente (Carrasco, 2017; Zuluaga, 2018).

En el caso de la ansiedad, la terapia cognitivo-conductual y los medicamentos contra la ansiedad han demostrado ser efectivos, sin embargo, investigaciones muestran que la psicoterapia es más efectiva que los medicamentos, y que al agregar medicamentos durante

la terapia no mejora significativamente los resultados como los de la psicoterapia por sí sola (APA, 2017). Un ejemplo de esto, es lo hallado por Tolin en 2017, que tras hacer un estudio con meta-análisis, para probar si la terapia cognitiva conductual podría mejorar la depresión y la ansiedad en comparación con los medicamentos, se concluyó que el efecto de los medicamentos antidepresivos no parece ser significativamente más fuerte para cualquier ansiedad específica o trastorno depresivo, para esta revisión se incluyeron ensayos controlados aleatorios, ensayos de doble ciego con población adulta e infantil, posteriormente se consideraron 3 métodos diferentes, en el primero de ellos se utilizaron estudios en los que se aplicó la TCC al mismo tiempo que los fármacos, en el segundo se administró el fármaco para las personas que no respondieron a la terapia según la práctica de cuidado escalonado y en tercer lugar se examinaron estudios que utilizaron otros agentes no recetados para aumentar la TCC sin embargo la TCC tiene un margen de mejora que debe ser considerado en los tratamientos. En cuanto a las especificaciones de su efectividad hay datos que indican que la TCC (una vez retirada) podría mantener sus efectos beneficiosos a largo plazo, superando en este sentido a los tratamientos farmacológicos, cuya discontinuación está asociada con mucha frecuencia con recaídas o recurrencias, aunque los resultados no son consistentes (Fullana et al. 2011).

Un estudio realizado a partir de meta-análisis tuvo el objetivo de buscar las mejores intervenciones para la depresión y ansiedad en estudiantes universitarios, calculando el efecto de las intervenciones en cuatro categorías: 1) intervenciones basadas en terapia cognitivo conductual, 2) terapias basadas en mindfulness, 3) la modificación atención/percepción, 4) otras intervenciones como: música, compañeros de apoyo y retroalimentación personalizada, de igual forma clasificaron como fáciles de difundir o no, reveló que aunque las intervenciones complejas basadas en los principios de la TCC y mindfulness son más efectivas que las intervenciones que son fáciles de difundir, en los próximos estudios se debe examinar la efectividad, la aceptación y la relación costo-beneficio de las mismas en función del acceso al que podrían tener los estudiantes (Huang et al., 2018).

Respecto a la efectividad de la TCC basada en estudios con población universitaria, se realizó en la universidad de Reino Unido en Inglaterra, donde se buscó intervenir en una

muestra de 48 pacientes, siendo 32 mujeres y 16 hombres que fueron remitidos para Terapia Cognitiva Conductual breve de 8 sesiones, en un Centro de salud estudiantil donde fueron atendidos por tres grupos (a) médicos generales adscritos a la universidad, (b) servicio de orientación universitaria, y (c) servicio universitario de asesoramiento en salud mental, dicha muestra presentaba en su mayoría síntomas de depresión, ansiedad y la mezcla de ambos, que fueron diagnosticados bajo los criterios del DSM-IV. Los resultados del tratamiento apoyan la eficacia de la TCC en población estudiantil universitaria puesto que se encontraron reducciones significativas en la ansiedad y depresión autoinformadas durante el curso del tratamiento incluso después de controlar el problema primario (Dickson y Gullo, 2015).

En otro estudio realizado por el hospital General en una universidad de Estados Unidos de Massachusetts, se reclutó a estudiantes con edades de entre 18 y 24 años a través de un examen de detección de suicidio y depresión, una vez detectados se les ofreció una intervención con TCC individual de 6 semanas donde incluyeron varios módulos, como psicoeducación, activación conductual, reestructuración positiva, según los problemas que se presentaran. El primer hallazgo fue que el tratamiento a corto plazo (6 semanas) redujo significativamente la sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes universitarios con puntajes elevados sugiriendo que un tratamiento a corto plazo utilizando la TCC puede ser útil para reducir los síntomas depresivos en esta población, incluso puede llegar a disminuir el comportamiento suicida en población adulta en general (Nyer et al., 2015). De igual forma mediante la TCC en un estudio largo que se realizó en el área de Boston durante los años académicos de 2010-2016, Farabaugh y colaboradores (2018) realizaron intervención en 30 jóvenes universitarios de 18 a 24 años, al inicio del estudio realizaron exámenes gratuitos de salud mental en varias universidades locales para el diagnóstico y tratamiento de los estudiantes. Los principales criterios para elegir a los participantes fueron determinados por la administración del Inventario de depresión Beck (BDI) en el que se consideraron los jóvenes que puntuaron ≥ 13 en el test indicando síntomas leves de depresión, los sujetos que cumplieron con dichas características se sometieron a una breve entrevista clínica realizada por un psiquiatra o psicólogo, posteriormente se invitó a los sujetos a participar en una intervención individual con TCC de 12 semanas, los terapeutas que utilizaron la intervención STAR * D de la TCC eligieron módulos seleccionados del

manual, como relajación, activación conductual, reestructuración cognitiva o exposición, dependiendo de los problemas que presenta cada estudiante y psicoeducación sobre la depresión y la ansiedad. Al finalizar se contrastaron los resultados, de los participantes 11 que reportaron antes de la terapia algún tipo de ideación suicida y depresión, al término del tratamiento, sólo 3 de ellos informaron tener algún tipo de idea suicida, también se encontró que tanto las tendencias suicidas, ansiedad, depresión, pensamientos negativos, estrés percibido y actitudes disfuncionales disminuyeron significativamente después del tratamiento.

Un último estudio en donde los participantes que fueron evaluados, debían ser estudiantes de la universidad y obtener una puntuación de 16 en la escala de depresión de estudios biológicos CES-D, fueron asignados al azar al programa de prevención cognitivo-conductual de la depresión. Cada programa se administró a grupos de cinco o seis participantes en ocho sesiones semanales de 90 minutos, durante las sesiones se incluyeron técnicas de relajación y al finalizar el estudio, se evaluó a cada participante antes e inmediatamente, a los 3 meses y 6 meses después de la intervención, concluyendo que la TCC aunado al entrenamiento en técnicas de relajación es un buen factor para el tratamiento y la prevención de síntomas depresivos (Vázquez et al., 2012)

Tras la evidencia que se ha presentado a lo largo de los años y aún con más fuerza en la última década, se ha observado que la terapia cognitiva conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico que demuestra ser eficaz para el tratamiento de la depresión, trastornos de ansiedad, problemas de consumo de alcohol y drogas, problemas de pareja, trastornos alimenticios y enfermedades mentales graves. Numerosos estudios de investigación sugieren que la TCC conduce a una mejora significativa en el funcionamiento y calidad de vida (APA, 2017). Esto aunado a las diferentes técnicas de relajación potencializan los resultados de la terapia.

A pesar de que la TCC ha demostrado ser efectiva, en su mayoría las modalidades en que se ha implementado son grupales, lo que beneficia en muchos casos a que el paciente observe que lo que padece también les sucede a otros (Grimberg, 2016), aparte del alcance en el número de pacientes que la incluyen por sesión. Sin embargo, durante la terapia individual se posee un ambiente más íntimo y confidencial en donde el paciente puede tener mayor

apertura de expresión de sus sentimientos y emociones (Ortega, 2020). En la mayoría de estos estudios se incluyen alumnos que ingresan a la universidad y se encuentran en sus primeros años, sin embargo son pocos los que incluyen a los estudiantes de los semestres finales, siendo de suma importancia ya que al avanzar en los semestres la ansiedad comienza a incrementar por las prácticas curriculares extrauniversitarias, el servicio social y la inserción al mundo laboral (Cardona et al., 2015). Por otro lado, son pocos los estudios que describen a detalle las intervenciones que se realizaron, en algunos casos solo mencionan el nombre de las técnicas, lo cual impide la posibilidad de replicar las técnicas y procedimientos utilizados (Jiménez, 2012). También, es importante resaltar que en la mayoría de los estudios no se menciona el nivel socioeconómico de los estudiantes, sin embargo, es importante incluir a aquellos con ingresos bajos, ya que no cuentan con los recursos para pagar los servicios psicológicos y que en caso de requerir apoyo no tendrían la facilidad de costearlo. Por lo tanto, el objetivo de este reporte de caso es examinar el impacto de una intervención cognitivo conductual en una joven universitaria con bajos ingresos que presenta ansiedad y depresión.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Paciente femenina “A” de 24 años que se encontraba cursando el décimo semestre de la carrera de derecho, se presentó con sintomatología de ansiedad y depresión al centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el motivo que la trajo a consulta fue la sensación de volubilidad y malestar que se incrementó a razón de la pérdida de su empleo, acompañada de dificultades económicas familiares y sentimientos de baja autoestima, la paciente vive con sus padres ambos de 58 años, su madre dedicada al hogar, su padre dedicado a la venta ambulante y su hermana de 27 años, la situación económica que se presentaba dentro de la familia era crítica debido a que el sustento económico recaía en el padre quien al tener un negocio no formal de venta de pan, no tenía un sueldo fijo por lo cual se generaban interacciones hostiles dentro del núcleo familiar.

La paciente acudió al centro de servicios psicológicos de la facultad de psicología, tras haber perdido su empleo un mes antes, al presentarse manifestaba tener peleas constantes con su novio, además de presenciar peleas cada vez más frecuentes entre sus padres,

sumado a la carga académica que iba en aumento, la paciente que se encontraba cursando su último semestre de la carrera y estaba enfrentando gastos importantes por la graduación, de igual forma el sentimiento de no ser capaz de solucionar los problemas se acrecentaba, ya que le era difícil desenvolverse en entrevistas laborales por las reacciones fisiológicas que presentaba a causa de la ansiedad, impidiendo que obtuviera un empleo; dejó de frecuentar a su círculo social por mantener un estado de ánimo bajo, además de no ser capaz de comunicarse asertivamente ni proponer a sus amistades más cercanas salidas o actividades que realmente disfrutara como anteriormente, pues lo anterior reforzaba el sentimiento de baja autoestima.

Las sensaciones que presentaba eran falta de aire, enojo, desesperación, sonrojamiento en situaciones sociales además de movimientos nerviosos con las manos, llanto fácil, preocupación constante y pensamientos negativos que la abrumaban al grado de intervenir con sus actividades un aproximado de cuatro veces por semana, aunado a eso presentaba padecimientos físicos como: gastritis y colitis controlada con dieta diaria.

Tras la sesión de evaluación emitida por el centro de servicios psicológicos la paciente firmó el conocimiento informado; durante la primera sesión de reconocimiento se le informó a la paciente las condiciones del tratamiento, haciéndole saber que su caso formaría parte del proceso de titulación protegiendo su identidad y sería llevado bajo supervisión, concluyó aceptando el tratamiento psicoterapéutico.

Estrategias de evaluación

Al ingresar al centro los pacientes que solicitan apoyo, responden un cuestionario, firman un consentimiento informado y dependiendo de la gravedad de la problemática se canaliza con alguno de los programas existentes en el centro de servicios, este proceso fue realizado por la paciente "A" quien fue referida a este programa.

Historia clínica: En la cual se indagan los datos de identificación de la paciente; el motivo de consulta; los antecedentes heredofamiliares; los eventos relevantes del periodo de desarrollo que incluyen la historia del desarrollo pre y postnatal, la historia de la primera infancia (de 2 a 6 años), la historia de la segunda infancia (de 6 a 12 años), el periodo de

adolescencia (de 12 a 19 años); los patrones de ajuste de adultos que incluyen el desarrollo académico y profesional, los patrones de trabajo, los ajustes afectivos y emocionales, los patrones de salud, los ajustes sociales, recreativos, y culturales, y la dinámica familiar; mediante esta entrevista, se evalúa también el examen mental de la paciente e información relevante con respecto a las observaciones del entrevistador.

Entrevista de motivo de consulta: Es una entrevista estructurada donde se describe el motivo de consulta, sus antecedentes y consecuencias.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que para el entorno clínico es una evaluación muy relevante.

Cada uno de los ítems se puntúa en una escala de 0 a 3 siendo la puntuación máxima de 63 puntos (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, 2013a).

Inventario de Depresión de Beck (BDI): Se empleó la versión mexicana del inventario, mide la gravedad subjetiva de la sintomatología depresiva durante la última semana. Se compone de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos) en escala Likert que se interpreta como; de 8 a 15 leve, de 16 a 25 moderado y de 26 a 63 grave. El inventario inicialmente propuesto por Beck, sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, 2013b). El inventario de depresión obtuvo en un estudio con población mexicana la consistencia interna general adecuada ($\alpha = .87-.92$) (González et al., 2015).

Estas evaluaciones se realizaron en cada una de las sesiones. Además de esto se realizaron evaluaciones de tipo observación natural y observación análoga. El inventario de ansiedad por su parte mostró una consistencia interna de ($r \geq 0.85$) (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, 2013a). Por lo tanto, estas son escalas que cuentan con propiedades psicométricas en población mexicana representando alta consistencia interna (alfas de Cronbach de 0,84 y 0,83) de la varianza respectivamente.

Formulación clínica del caso

Para la formulación de caso se empleó el Mapa Clínico de Patogénesis (MCP), el cual es una descripción gráfica que permite analizar las variables que contribuyen en el surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente, y especifica las relaciones funcionales. Los elementos que constituyen el MCP son las variables distantes, las variables antecedentes, las variables orgánicas, las variables de respuesta y las consecuencias (Nezu et al., 2004).

Como se puede ver en el MCP (Ver Figura 1) se pueden identificar aspectos de su desarrollo o variables distantes que se relacionan con la aparición de la ansiedad tales como: a) bullying escolar en su infancia a causa de la ropa que usaba que heredaba de su hermana, b) problemas económicos familiares por la pérdida de empleo de su padre y c) las constantes comparaciones con su hermana que también le generaban inseguridad en muchos aspectos internos (autoestima) externos (sociales). Estas experiencias significativas de aprendizaje que sucedieron a temprana edad operaron para desarrollar vulnerabilidades orgánicas: a) alta sensibilidad ante las situaciones sociales por miedo a que piensen que no es muy lista o que no sabe hacer las cosas; b) pensamientos negativos respecto a sus capacidades, sus opiniones propias y de las que percibía que los demás tenían de ella; c) fuertes reacciones fisiológicas, por lo que experimentaba notables síntomas de ansiedad emocional y física en reacción a situaciones en las que se sentía expuesta; y d) intensa preocupación ante cualquier síntoma físico que pensara que la hiciera parecer más ansiosa, por lo que ponía demasiada atención.

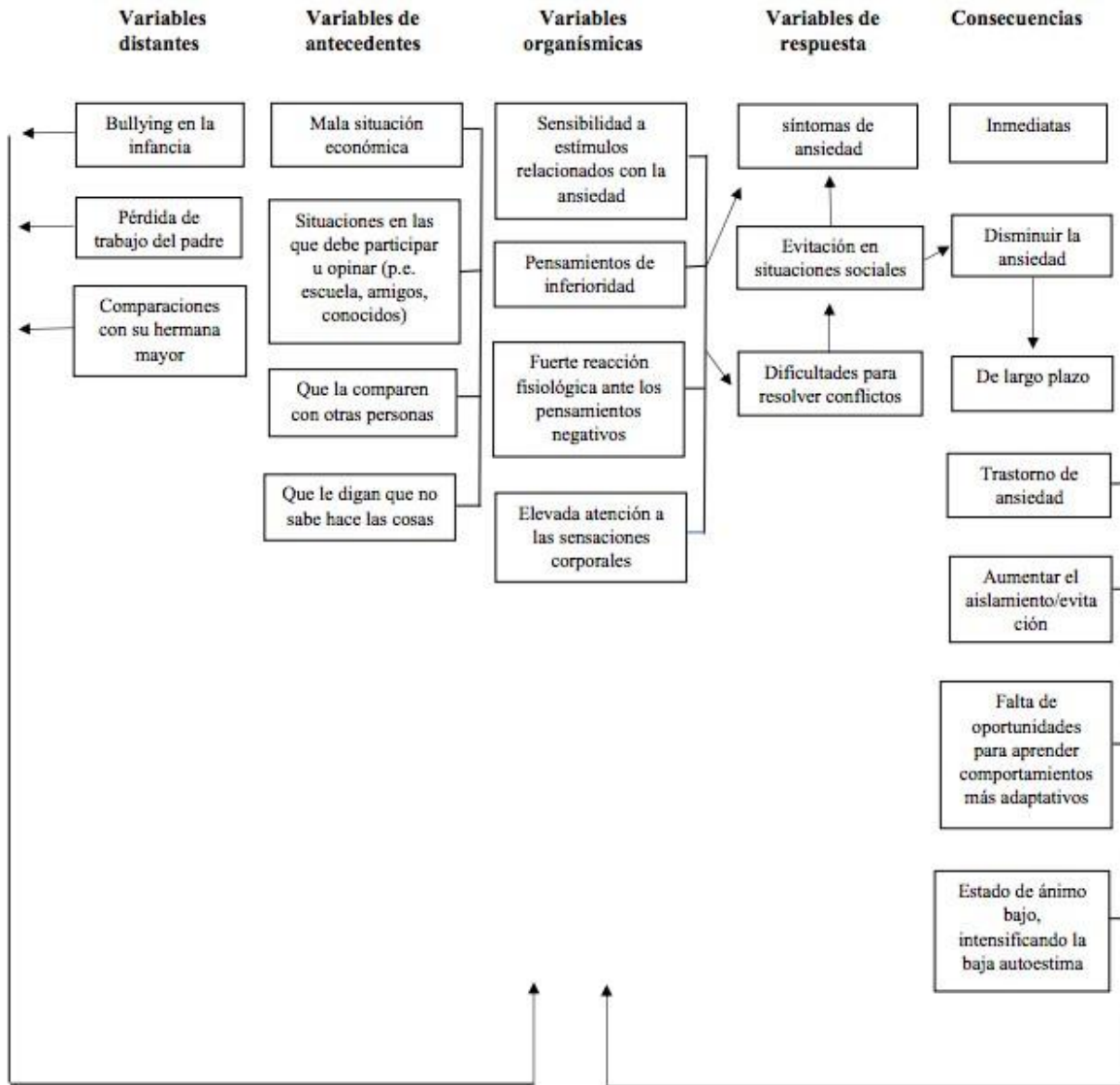
Para la paciente existían diversas situaciones que detonan los síntomas, estas son las variables de antecedentes, como cuando bajaban las ventas de pan y tenían dificultades económicas A se sentía más ansiosa por no poder ayudar en su casa económicamente. En cuanto a las situaciones sociales en las que la paciente debía defender su opinión solía evitar comunicarse o exponerse (p.ej. si había que decidir con sus amigos qué hacer o a dónde ir a comer, ella evitaba que le preguntasen siempre preguntando primero o pidiendo que otros decidieran) entre los desencadenantes más recientes era bajas sus calificaciones escolares a causa de no poder participar, entre otras cosas también aumentaba su ansiedad al ver a sus amigos en los pasillos de la escuela, porque sentía que no podía ignorarlos así que procuraba evitar pasar por donde se encontraban su grupo de amigos o conocidos para

no tener que hablar y pensar mal de ella en referencia a su aspecto físico, intelectual o emocional ya que, estas situaciones en la mayoría de las veces causaba un aumento de ansiedad. Otro detonante se generaba cuando su madre hacía comparaciones entre ella y su hermana mayor diciéndole a la paciente que su hermana había hecho mejor las tareas del hogar o que a su hermana le iba mejor a la escuela. A solía sentirse mal y anticipa sus pensamientos ante esto en otras actividades pensando que otros creían que no sabía hacer las cosas bien.

Conforme avanzaba la recopilación de información se revelaba que, desde el punto de vista funcional, el comportamiento de evitar los sucesos estresantes a pesar de que cuando era eficiente disminuye inmediatamente la ansiedad (consecuencia inmediata) se reforzaba de forma negativa a sí misma y, al final, manteniendo los síntomas de ansiedad. Esto limitaba sus capacidades, por ejemplo, qué tanto ayudaban sus pensamientos negativos autodevaluativos relacionados con sus habilidades para comunicar, además de que le generaba un estado de ánimo depresivo y reducían su autoestima (consecuencias de largo plazo de la respuesta). Estas consecuencias actuaban para reforzar y mantener la relación causa- efecto que ya existía entre otras variables orgánicas y de respuesta, pronosticando que sin intervención, el problema de ansiedad y depresión de la paciente persistía incluso podría acentuarse en el futuro.

Figura 1

Mapa Clínico de patogénesis



Elección del tratamiento

Después de analizar las variables en el MCP, se llevó a cabo un Mapa de Alcance de Metas (MAM), el cual es una representación gráfica, de “la ubicación o situación actual del paciente” y “adónde quiere llegar”, es decir, el objetivo de la intervención (Nezu et al., 2004). El MAM describe:

- Las metas generales del tratamiento que se seleccionaron de forma mutua

(resultados finales).

- Los obstáculos que existen en ese momento para alcanzar dichas metas (las variables de resultados instrumentales seleccionadas).
- Los medios específicos (estrategias de intervención) para vencer dichos obstáculos.

Para obtener el tratamiento se recurrió a la “medicina basada en evidencia”, por lo tanto se inició una investigación en las bases de datos pubmed y psycinfo, acerca de artículos sobre los tratamientos que han demostrado en los últimos años mayor efectividad para la ansiedad y la depresión en población joven, obteniendo como resultado diversos estudios como los mencionados anteriormente donde se ha verificado que ante estos padecimientos la TCC da resultados positivos a corto plazo aunada con técnicas de relajación.

Una vez que se examinó el caso de la paciente tras la primera evaluación otorgada por el centro de servicios psicológicos mostrando puntuaciones altas de ansiedad y depresión, se comenzó con una búsqueda inicial ya que se contaba con los datos de identificación de la paciente. En el análisis de nuestra búsqueda se obtuvo que la TCC se mostraba como la terapia que ha presentado mejores resultados en esta población, adulto joven, estudiante y con el mismo padecimiento.

Posteriormente se le propuso a la paciente el tratamiento de la TCC llevada individualmente, con una duración de una hora por sesión, para estas intervenciones se utilizaron dos técnicas derivadas del manual “actividades y su estado de ánimo” de *community partners in care* (Miranda et al., 2006) acompañadas de técnicas de relajación y sesiones de exposición, que han demostrado en la literatura mejores resultados en el tratamiento de la ansiedad y depresión.

Tabla 1

Mapa de alcance de metas

Estrategias potenciales de intervención	Resultados	Resultados finales
Psicoeducación de ansiedad	Pensamientos negativos	Disminuir síntomas de ansiedad
Entrenamiento de relajación		Disminuir la evitación
Reestructuración cognitiva	Evitación	Mejorar las habilidades de solución de problemas
Técnica de solución de problemas		
Habilidades sociales	Reacciones fisiológicas moderadas antes estrés	

Aplicación del tratamiento

Se llevaron a cabo 12 sesiones semanalmente en el Centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, constaban de 60 minutos cada sesión.

Resumen de las sesiones.

Durante las primeras dos sesiones, el objetivo fue obtener información de la paciente A para su historia clínica, indagando acerca de la historia de su desarrollo y eventos significativos en su vida, durante estas sesiones la paciente se mostró voluble y reflexiva sobre los acontecimientos que narraba.

En la sesión tres y cuatro aplicamos el formulario de entrevista de análisis funcional, para ahondar sobre los motivos de consulta y priorizarlos, determinando el comportamiento problemático, describiendo a profundidad, la frecuencia, duración y gravedad de este, en esta sesión la paciente decidió cuál de sus motivos de consulta interfiere mucho más en su día a día a partir de la descripción de las actividades que realiza diariamente, por lo que la paciente decidió priorizar los síntomas de ansiedad que afectan su rendimiento académico y sus intentos por encontrar empleo a parte de generar distanciamientos con su círculo social.

Por lo tanto durante la sesión cinco, se le proporcionó psicoeducación a la paciente sobre ansiedad, así como de técnicas de relajación como: relajación autógena, relajación progresiva de Jacobson, todas ellas acompañadas del entrenamiento en respiración diafragmática estas técnicas servirían para poder contrarrestar las sensaciones de inquietud que presentaba entre las que se encontraba: temblor de manos, sonrojarse, palpitaciones, etc. dándole la instrucción de practicar las técnicas durante cinco minutos cuando identificara que sus pensamientos causaban activación en su cuerpo, con esta técnica la paciente refirió sensación de tranquilidad y descanso incluso sensaciones de calor en el cuerpo, notando que a su cuerpo se le quitaba la sensación de tensión, al salir de la sesión se le notaba a la paciente más sonriente y relajada.

En la sexta sesión explicamos el mapa de patogénesis y alcance de metas, se aclararon dudas del mapa y retroalimentación sobre la información proporcionada en las entrevistas anteriores, acordando el plan de tratamiento.

Comenzamos formalmente con la intervención durante la sesión número siete, aprendiendo sobre la terapia cognitivo conductual, identificando la conexión que existe entre los pensamientos y el estado de ánimo, comprender que notando y lidiando con sus pensamientos le puede ayudar a sentirse mejor. Durante esta sesión la paciente pudo conocer y diferenciar pensamientos dañinos y útiles, que hay relación entre la forma de pensar y cómo se siente. Se le asignó a la paciente la tarea de llenar diariamente las tarjetas de pensamientos y el termómetro del estado de ánimo además de practicar diez minutos diarios la técnica de respiración autógena antes de dormir.

Con la sesión ocho, se aprendió cómo los pensamientos dañinos pueden desanimarse y cómo los pensamientos útiles pueden mejorar su estado de ánimo, también se aprendieron algunos hábitos comunes sobre pensamientos dañinos. Las actividades que se realizaron fueron: la revisión de tarea, actividades de encadenamiento utilizando ejemplos, explicamos pensamientos dañinos que no precisos, completos y balanceados, en donde pudimos observar que la paciente presentaba dificultad para completar y balancear los pensamientos recurrentes, sin embargo con más ejemplos logró decir varios de los mismos ella sola, también mostramos los hábitos comunes de los pensamientos dañinos, al describir cada uno de ellos la paciente comentó: “creo que tengo varios hábitos de los pensamientos y no lo

había notado”. Se asignó tarea: Llenar diariamente las tarjetas de pensamientos y el termómetro del estado de ánimo, continuar con la práctica de la respiración autógena durante diez minutos antes de dormir.

En la sesión nueve el objetivo fue comprender que después de identificar pensamientos dañinos el próximo paso es aprender cómo controlarlos para mejorar su estado de ánimo, aprender 3 estrategias para contradecir los pensamientos dañinos para mejorar su estado de ánimo. Revisamos la tarea, hicimos una actividad de reemplazamiento de pensamientos, actividades de captar, revisar y cambiar los pensamientos negativos. Concluimos con la tarea de la siguiente sesión que fue llenar diariamente las tarjetas de pensamientos y el termómetro del estado de ánimo y practicar diez minutos diarios la técnica de respiración autógena antes de dormir.

El objetivo de la sesión diez fue aprender estrategias para tener más pensamientos útiles, comprender que teniendo más pensamientos útiles puede mejorar su estado de ánimo y ayudarle a vivir la vida que la paciente A quiere. Se revisó la tarea de la sesión pasada, con la actividad de balancear sus pensamientos “si, pero”, apartando tiempo para preocuparse; la tarea de la sesión fue llenar diario las tarjetas de pensamientos y el termómetro del estado de ánimo, practicando diez minutos la técnica de respiración autógena diariamente antes de dormir. Durante esta sesión la paciente comentó en la actividad de apartar tiempo para preocuparse: “puse 10 min para preocuparme creyendo que tenía mucho por pensar y finalmente utilice solo 3 o 4”

En la sesión once trabajamos con la paciente habilidades sociales mediante juego de roles y simulación de experiencias, se comentó la tarea de la sesión anterior y continuamos con las actividades, replicamos una entrevista laboral, una reunión social en la que se puso en práctica las habilidades y técnicas que adquirió, ya que durante las sesiones anteriores la paciente había referido no ser capaz de controlar su cuerpo ni sus expresiones con otras personas, denotando mayor preocupación por las entrevistas laborales, puesto que se bloqueaba mentalmente y se ponía muy nerviosa, lo que desencadenaba en no poder expresar todas sus habilidades para el empleo. En esta sesión se grabaron las simulaciones, con la finalidad de que la paciente observará su desempeño, el lenguaje corporal, sus expresiones,

reflexionando las habilidades que había desarrollado, durante esta sesión la paciente notó muchas de sus expresiones y al repetir la simulación pudo controlar mejor las situaciones.

En la sesión doce se trabajaron técnicas de exposición en un centro comercial en donde se le pidió a la paciente acercarse a las personas y pedir que participaran en una pequeña encuesta impresa, durante la actividad se observó a la paciente interactuar con desconocidos; durante esta actividad la paciente se mostró más confiada al relacionarse, resolvió preguntas y agradeció la participación a los transeúntes, estableció contacto visual, no se vio enrojecimiento ni temblor en el cuerpo, la paciente comentó sentirse mucho más tranquila y confiada al hablar con personas que no conocía, aunque esta situación en otra ocasión habría supuesto un problema, sobre todo en sus reacciones fisiológicas. Al concluir esta actividad se regresó al “Centro de servicios psicológicos” para reflexionar acerca de todo el trabajo y desarrollo que tuvo en la terapia y poder continuar con el cierre de la misma. Al término de la misma la paciente fue capaz de expresar sus mejoras, incluso nos comentó que había logrado presentarse a una entrevista de trabajo y obtener el puesto en el que se postuló.

Factores relacionados con el o la terapeuta

El proceso terapéutico se llevó a cabo por dos psicólogas en formación, creando en la paciente oportunidad de tener durante las sesiones diferentes momentos para dirigirse a cadauna, propiciando variedad de respuestas en ella, durante el proceso terapéutico se presentaron diferentes factores que lograron una buena adherencia al tratamiento como, promover la credibilidad del tratamiento, al mostrar evidencia científica del mismo, tomar en cuenta las preferencias de la paciente, haciendo un consenso de objetivos ya que durante la exploración del motivo de consulta y la priorización de los mismos fue la propia paciente quien decidió sobre la ruta de su tratamiento, la validación de emociones de la paciente, la consideración positiva y afirmación, dándole retroalimentación de sus avances, relacionándolo con las etapas de cambio aunado a las expresiones emocionales que favorecen la confianza con A, de igual forma trabajar con empatía durante las sesiones, todas estas técnicas han demostrado contribuir sustancial y consistentemente los resultados de los pacientes independientemente del tipo específico del tratamiento psicológico utilizado (Norcross y Wampold, 2018).

Así mismo, durante la terapia se utilizaron como ejemplos las experiencias que ella vivió o que ha visto en su círculo familiar para lograr aclarar conceptos o desarrollar algunos ejercicios (p.ej. en la identificación de hábitos de los pensamientos o en ejercicios de encadenamiento). Aunado a esto la participación, la disposición y el compromiso de la paciente hicieron que la intervención logrará ser exitosa.

Toda la intervención y tratamiento se desarrollaron bajo supervisión clínica con una doctora en Psicología, especialista en TCC, con quien se practicaban, planeaban y se comentaban las intervenciones así como el desarrollo que presentaba la paciente a lo largo de las sesiones brindando siempre técnicas, orientación y formas de abordar los diferentes conceptos que presentamos a la paciente, generando confianza y seguridad durante la intervención con A.

Consideraciones éticas

Se resaltan algunos aspectos éticos que tomamos en cuenta durante el desarrollo de esta intervención, primeramente dando a nuestro paciente el consentimiento informado para la intervención, asimismo Mendoza en 2005 menciona algunos de los principios éticos en la práctica clínica, como son: el considerar siempre el beneficio y no maleficio, por ejemplo, hacer siempre uso de las técnicas y procedimientos para los que estamos entrenados, no aprovecharnos de la ignorancia o desconocimiento del paciente para obtener beneficios económicos o de otra índole. Además de que la psicóloga o el psicólogo evita establecer relaciones no profesionales con pacientes, estudiantes, grupos o sujetos de investigación (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Otro punto importante que se manejó y como bien se explica, el psicólogo está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya recibido como información, además de garantizar la protección en la identidad del paciente. Además de comunicar y compartir con el paciente sus resultados informando su avance y situación pre y post tratamiento. De modo que antes, durante y después del tratamiento nuestra acción y conducta se alineó a la práctica ética considerando las pautas antes expuestas y como guía todo lo establecido en el código de ética profesional del psicólogo, llevando la intervención con exigencia y responsabilidad.

Diseño del estudio

Estudio de caso único ($n = 1$) con diseño A-B, donde solo se tuvo una fase de línea base y una de intervención. Estos estudios se caracterizan porque el individuo es estudiado prospectiva e intensivamente y sirve como su propio control; se utiliza una metodología *a priori*; la variable dependiente (comportamiento objetivo) es medida y registrada continuamente de manera estandarizada por observadores entrenados a lo largo de todas las fases del estudio; y la variable independiente (intervención) se manipula sistemáticamente de forma controlada (Tate y Perdices, 2019).

Análisis de datos

Se elaboró un análisis descriptivo de los niveles de ansiedad y depresión que presentó la paciente, en donde se especifican las frecuencias sobre la línea base, la intervención y la post-evaluación.

Posteriormente se realizó el cálculo para el tamaño del efecto, efectuándose mediante la no superposición de todos los pares (NAP, por sus siglas en inglés); se refiere a un índice de superposición de datos entre fases (Línea base e intervención) en la investigación de estudios de caso único. Un NAP de 0-65% se considera un efecto débil, de 66-92% es un tamaño del efecto medio y del 93-100% un efecto grande (Parker y Vannest, 2009).

Resultados

Con respecto a la ansiedad, durante la línea base los puntajes del BAI estuvieron en un nivel leve de ansiedad; durante la intervención la paciente mantuvo los puntajes entre los niveles leve y moderado y al finalizar la intervención la paciente presentó un puntaje leve (Ver Figura 2).

En el caso de la depresión, los puntajes del BDI en la línea base fueron de un nivel moderado; durante la intervención, los puntajes oscilaron entre el nivel leve y medio; y al finalizar la intervención el puntaje se mantuvo en un nivel leve (Ver Figura 3).

Los puntajes elevados en los BAI y BDI que se presentaron durante la intervención, se debieron principalmente a situaciones escolares característicos de los últimos semestres de la carrera (como la graduación) y que junto a los problemas económicos de la familia crean momentos de tensión y preocupación, resultando en las fluctuaciones de los resultados.

El NAP obtenido fue de 0.7812 para el tratamiento de la ansiedad 78% $p= 0.47$, lo que corresponde a un efecto medio; mientras que para la depresión fue de 0.69 es decir un tamaño del efecto de 69% $p= 0.03$, lo que nos indica un efecto medio.

Figura 2

Puntajes del BAI durante la línea base e intervención.

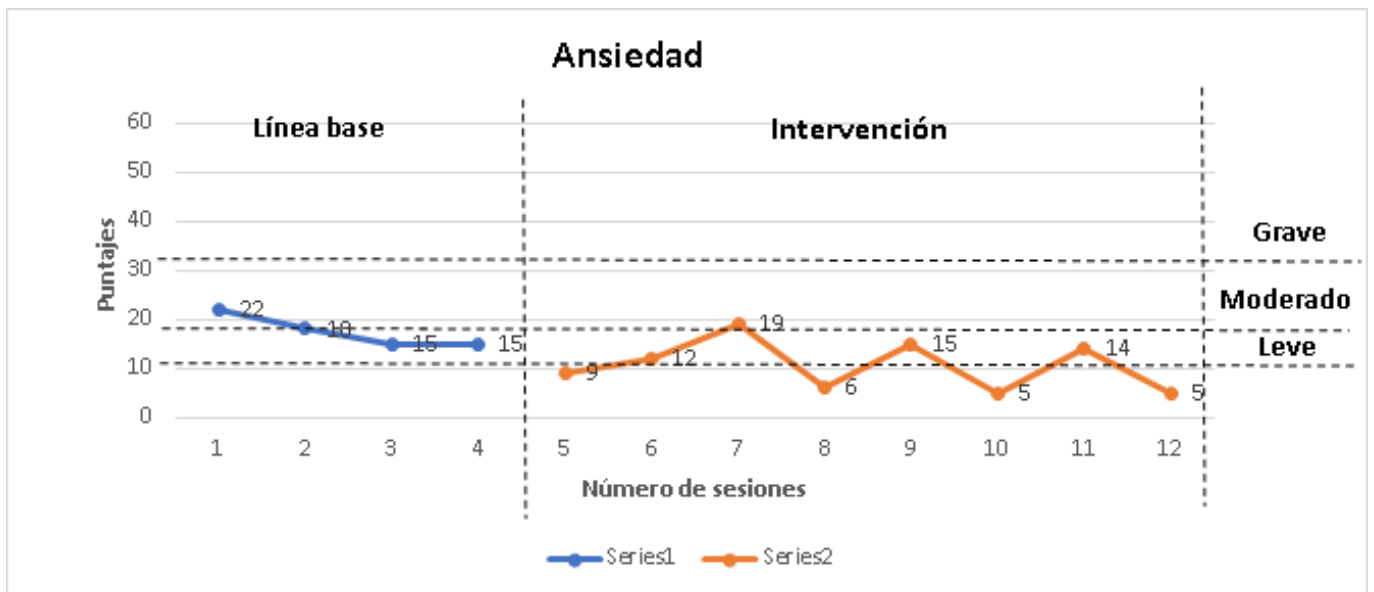


Figura 3

Puntajes del BDI durante la línea base e intervención.

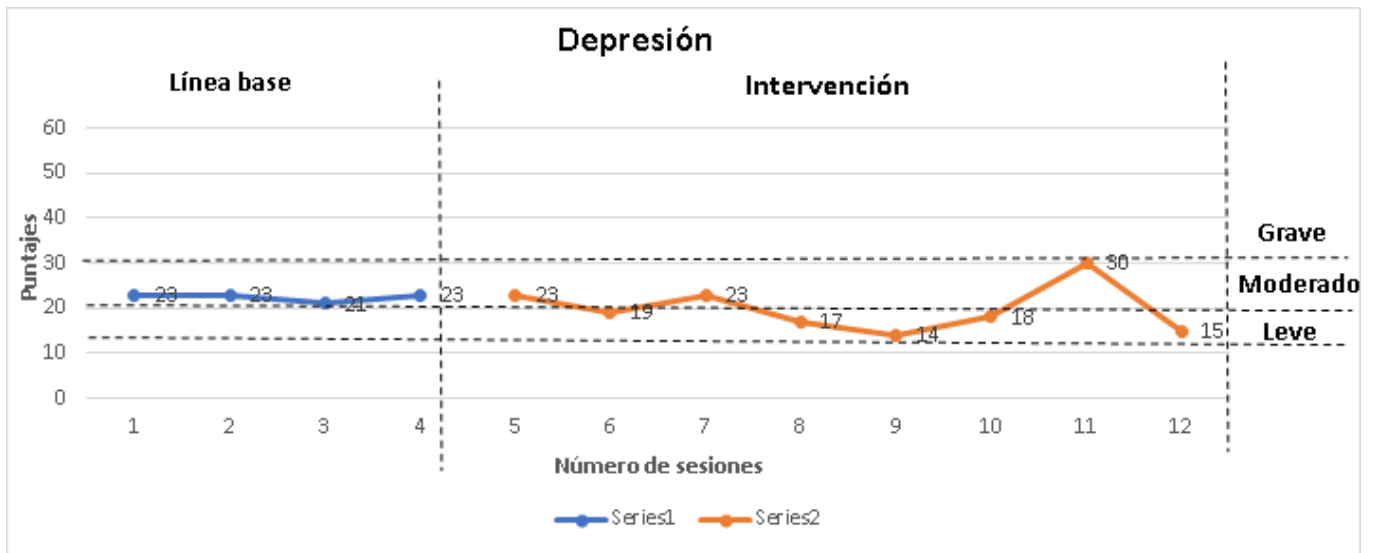


Tabla 1

Pensamientos antes y después del tratamiento.

Antes	Después
Cuando me siento mal sólo pienso en “no llores, no llores, sólo hasta que estés sola”	“No estás sola, tienes personas en las que puedes apoyarte”
“No sirvo para nada”	“Si sabes lo que haces, aprende a confiar en ti”
“No me salen las cosas cómo yo quiero”	“ Algunas cosas no me salen como lo esperaba, pero he hecho cosas buenas”
“No me parezco a mi hermana”	“Soy diferente a mi hermana y soy inteligente también puedo tener éxitos”
“Estoy segura de que algo malo va a pasar”	“Puedo encontrar soluciones cuando lo que pasa no es lo que yo esperaba”
“No entiendo por qué siempre me pasan cosas malas o lo bueno no llega a mí”	“No todo lo que pasa es malo, me han pasado cosas buenas en la vida”
“Fue una muy mala entrevista, no sabes nada de tu carrera, no te van a volver a llamar y debería darme pena asistir sin estudiar”	“Si te están llamando para entrevistas es porque ven algo bueno en ti”

Discusión y conclusión

El objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en una paciente universitaria que presentaba sintomatología ansiosa y depresiva.

Los resultados obtenidos después de la intervención indicaron que hubo una disminución en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva lo cual concuerda con los estudios llevados a cabo por Nyer et al. (2015), Farabaugh et al. (2018) y Tolin (2010), quienes encontraron reducciones en ambas sintomatologías en los jóvenes universitarios; los autores argumentan que estas disminuciones se debieron principalmente a las diferentes estrategias

utilizadas durante la TCC como la psicoeducación, las técnicas de relajación, la reestructuración cognitiva y la activación conductual, las cuales se centran directamente en la disminución de síntomas y en mejorar el funcionamiento general.

Por otro lado, es importante resaltar que la intervención brindada en este estudio fue breve e individual, y al igual que otros autores coincidimos en que un tratamiento corto puede ser útil para reducir los síntomas depresivos en población universitaria (Dickson y Gullo, 2015; Nyer et al., 2015; Vázquez et al., 2012). Además, una de las ventajas de la terapia individual es que posee un ambiente más confidencial y el paciente puede tener mejor apertura para expresar sus emociones (Ortega, 2020).

Por otro lado cabe resaltar la edad en la que se encontraba nuestra paciente ya que coincide con las estadísticas en México las cuales revelaron que el 28.6% de la población adulta (18 a 40) padece algún trastorno mental alguna vez en su vida, siendo la ansiedad uno de los más relevantes que afectan a la población (SEDESA, 2017), lo que también concuerda con un estudio realizado por Santillan et al. en 2016 el cual menciona que casi un cuarto de la población estudiantil de la UNAM tienen síntomas de ansiedad, siendo las mujeres uno de los grupos que puede presentar mayor riesgo a desarrollar dicha sintomatología.

Por lo cual es importante actuar y detectar los factores de riesgo a los que esta población se enfrenta con el fin de evitar consecuencias más graves que deterioran su salud física y psicológica (Mayo Clinic, 2020).

Dentro de la historia de la paciente se pueden identificar diversos factores de riesgo que coinciden con los que se describen en la literatura por un lado encontramos las dificultades interpersonales, dentro de las cuales resaltan los problemas familiares, con su pareja y dificultad para establecer nuevas amistades así como dificultad para conservar las más cercanas, todas estas implicaciones sin duda son factores que contribuyen a la aparición de ansiedad y depresión en los jóvenes (Arnett et al., 2014; Blandon y Lopez, 2016; Gajanan y Minchekar, 2018; National Institute of Mental Health, 2019; Santillán et al., 2016).

Otro factor de riesgo importante para el desarrollo de ansiedad fueron sin duda las crisis económicas que se han vivido en las últimas décadas en México ya que generan que los hijos

e hijas se incorporen al campo laboral para ayudar con los gastos del hogar, en el caso de la paciente que se presenta en este estudio fueron los problemas económicos uno de los motivos por los cuales, la paciente tuvo que conseguir un empleo volviéndose un importante sostén económico dentro del hogar (García y Pacheco, 2000; Mayo Clinic, 2019).

Es importante resaltar que estas dos situaciones, las dificultades interpersonales, aunadas a los problemas económicos impactaron negativamente su desempeño escolar, ya que a menudo presentaba dificultad para concentrarse, poca participación en clases, sentía menos energía para ir a la facultad (OMS, 2019), lo cual a su vez aumentaba su carga emocional y estrés, tal y como lo mencionan Fernández et al. (2015). Concretamente, al ser una estudiante de último semestre que al mismo tiempo laboraba, fue un aspecto sumamente estresante ya que situaciones como la graduación, el servicio social y la titulación influyeron en su pobre rendimiento laboral (Arrieta et al., 2014), lo cual la llevó a perder el empleo y a tener dificultades para entrar de nuevo en el mercado laboral, lo que en consecuencia generaba una baja del sustento económico familiar (Gajanan y Minchekar, 2018).

La limitación más importante que pudimos observar en nuestro estudio fue que no hubo seguimiento post tratamiento, por lo que no se pudo determinar lo establecido por Tolin en 2017 acerca de la efectividad en los efectos de la TCC a largo plazo debido a la falta de comunicación posterior al final en el tratamiento, las condiciones de tiempo y disponibilidad de nuestra paciente, dado que al final de nuestra intervención fue capaz de conseguir un empleo, reduciendo la posibilidad de establecer comunicación. Aunado a esto había reglas dentro del centro de servicios psicológicos que se debían cumplir en cuestión de tiempos institucionales, ya que era limitado el tiempo para llevar a cabo la intervención y de esta manera no se podía practicar con mayor profundidad o reforzar algunas técnicas con la paciente que en otros estudios se recomendaban. Otro punto a considerar es respecto a la deseabilidad social que pudo presentarse durante las evaluaciones sesión por sesión dado que tras el avance de las citas de terapia la paciente procurara tener de igual forma un puntaje menor en las evaluaciones a fin de presentar más mejoría.

Por otro lado, hablando una de las fortalezas del estudio es que hemos intervenido con una estudiante de último semestre de la universidad, lo cual como habíamos mencionado anteriormente, son pocos los estudios que los incluyen a pesar de la carga escolar, familiar y laboral que se va acumulando en esta última etapa universitaria (Cardona et al., 2015). Otra fortaleza es que hemos seguido un proceso estructurado donde tenemos una fase de evaluación, una fase de formulación de caso, una fase de elección de tratamiento que se base en la práctica psicológica basada en la evidencia para seleccionar las estrategias más efectivas para estos trastornos emocionales y una fase de implementación de intervención donde hemos detallado las técnicas y las actividades de todo el proceso de intervención, lo que permite replicar la intervención en estudios posteriores (Vázquez et al., 2012) y por último otro aspecto que podemos resaltar como bien dice Ortega (2020) es el tipo de terapia que se aplicó, puesto que se llevó de manera individual, contando con un espacio libre y confidencial en el que la paciente podía expresarse con mayor confianza.

Por todo lo anterior se puede concluir que la intervención breve con enfoque cognitivo conductual fue eficaz para reducir la sintomatología ansiosa y en consecuencia la sintomatología depresiva en la estudiante universitaria que participó en este estudio. Esto resulta relevante porque como hemos mencionado, los jóvenes se encuentran en una etapa crucial para el desarrollo adulto, debido a que transitan de la vida de estudiantes a la vida laboral, y la presencia de problemas de salud mental durante esta transición son muy comunes, pero también se pueden disminuir o mitigar si los jóvenes reciben un tratamiento a tiempo.

Es importante destacar que las intervenciones a corto plazo podrían ser flexibles y de fácil acceso, lo cual las hace una buena opción para introducirlas como parte de los servicios dentro de algún espacio académico en donde los estudiantes pueden tener intervenciones más económicas. Y por medio de estas intervenciones se podrían proporcionar a los estudiantes estrategias y habilidades concretas para hacer frente a las presiones académicas y sociales, así como los problemas de salud mental, los dilemas de desarrollo, de transición, los problemas de comunicación general y la resolución de problemas (Nyer et al., 2015), y de esta manera disminuir su malestar psicológico. Finalmente, creemos que se requieren mantener los esfuerzos continuos para identificar y tratar a los estudiantes vulnerables en esta

etapa de desarrollo ya que si se deja o se ignoran los síntomas mínimos pueden existir graves consecuencias emocionales, físicas y psicológicas, que sin duda afectan diferentes aspectos de su vida.

Referencias

- Álvarez, H. (2017). La experiencia de ser estudiante en el proceso formativo de la licenciatura en pedagogía en la FES-Aragón. *Congreso nacional de investigación educativa-COMIE*. 25 (1), 1-10
<https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v14/doc/2212.pdf>
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>.
- American Psychological association. (2017). How Do I Choose Between Medication and Therapy. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/medication-or-therapy>
- American Psychological association. (2017). What is Cognitive Behavioral Therapy?
Source: *American psychological association*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Arnett, J., Žukauskienė, R., y Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *Pubmed*
[https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Arrieta, V., Díaz, C., y González, M. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 42(2), 173-181. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80629187004>
- Auerbach, RP., Alonso, J., Axinn, WG., Cuijpers, P., Ebert, DD., Green, JG., Hwang, I., Kessler, R., Liu, H., Mortier, P., Nock, M., Pinder, S., Sampson, N., Gaxiola, S., Hamzawi, A., Andrade, L., Benjet, C., Caldas de Almeida, J., Demyttenaere, K.,...Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biblioteca Nacional de*

Medicina de EE . UU. 46(14):2955–70.

<https://dx.doi.org/10.1017%2FS0033291716001665>

Berenzon, H., Lara, M., Robles, R., y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México.* 55(1), 74-80.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011

Berenzon, S., del Bosque, J., Alfaro, J. y Medina, M. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz..

https://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_ansiedad.pdf

Blanco, M., Aguilera, C., Cuevas, A.L., Mena, A., Olry de Labry y Venceslá, J.F. (2018). Tratamientos basados en la evidencia para la ansiedad. *Boletín Psicoevidencias n° 51*

Psicoevidencias. <https://www.psicoevidencias.es/>

Blandón, A., y López, L., (2016). Estudiantes Universitarios y sus Relaciones de Pareja. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud,* 14(1), 505-517

<https://www.redalyc.org/pdf/773/77344439034.pdf>

Boletín de la ANMM. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la facultad de Medicina.* 56(4) 53-55.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009

Boletín UNAM. (2018). Con problemas de depresión, dos millones y medio de jóvenes mexicanos. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2018_655.html

Cardona, J, A., Pérez, D., Rivera, S., Gómez, J, y Reyes, Á. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología,* 11

(1), 79-89 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67943296005>

- Cal, R. (2017). Ser estudiante universitario. Significaciones en estudiantes de distintos servicios de la UdelaR. *Maestría en enseñanza universitaria*. 144-188.
https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/02/tesis_r_cal_2017.pdf
- Cano, A., y Moriana, J. (2019). Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico. *Revista de Estudios de Juventud*. 121(8), 133-149.
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/8._tratamiento_de_los_problemas_emocionales_en_jovenes_un_enfoque_transdiagnostico.pdf
- Carreño, S. Medina, E. (2018). Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo familia. *Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente Muñiz*. 1-30.
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
- Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la depresión: Hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*. 51(2), 181-189.
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Castellanos, H. (2017). El derecho humano a la salud mental, la prevención y atención de la depresión y el suicidio de personas jóvenes en la Ciudad de México. *Defensor, revista de derechos humanos*. 9.(25), 44-48 https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2019/01/dfensor_09_2018.pdf
- Centros de Integración Juvenil. (2018). Diagnóstico del consumo de drogas en el área de influencia del CIJ Gustavo A. Madero Norte.
<http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9310/9310CD.html>
- Código F, la revista de la CALIFARMA. (2019). Día Mundial de la Salud Mental.
<https://codigof.mx/dia-mundial-de-la-salud-mental-2019-40-segundos-para-actuar/>

Consejo general de colegios oficiales de psicólogos (2013a). Evaluación del inventario BAI. *Miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología*.
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>

Consejo general de colegios oficiales de psicólogos (2013b). Evaluación del inventario BDI-II. *Miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Psicología*.
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Dickson, J. y Gullo M. (2015). The role of brief CBT in the treatment of anxiety and depression for young adults at a UK university: a pilot prospective audit study. Text Revision. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8(14), 1-9.
<https://doi.org/10.1017/S1754470X15000240>

Defensor, Revista de derechos humanos (2017). Salud mental, depresión y suicidio en personas adolescentes y jóvenes. https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_09_2017.pdf

García, B. y Pacheco, E. (2000). Esposas, hijos e hijas en el mercado de trabajo de la Ciudad de México en 1995. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (43), 35-63.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31204303>

González, D., Rezendiz, A. y Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. 38(4), 237-244. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.033>

Guzmán, N., Marta., Caram., Gladys., Gil, A., Bordier, M., y Silvina, M. (2013). ¿Qué significa ser estudiante universitario? representaciones de los alumnos de ciencias de la educación de la UNT. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -*

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 232- 236.

<https://www.aacademica.org/000-054/451>

Espinosa, C., Orozco, A. y Ybarra, L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental. 38*(3), 201-208. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n3/0185-3325-sm-38-03-00201.pdf>

Farabaugh, A., Maren, B., Daphne, J., Lauren, B., Joey, C., Anton, J., Petrie, S., Baer, L., y Mischoulon, D. (2018). CBT Delivered in a Specialized Depression Clinic for College Students with Depressive symptoms. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther 37*, 52–61 <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0300-z>

Fernández, L., González, A., y Trianes, M. (2015). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, Optimismo-pesimismo y autoestima en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology. 13*(1), 111-130. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.35.14053>

Fullana, MA., Cruz, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica. 138*(5), 215-219. <https://doi:10.1016/j.medcli.2011.02.017>.

Gajanan, R. y Minchekar, V. (2018). Academic stress and depression among college students. *International journal of current research. 10* (12), 76429-76433. <https://doi.org/10.24941/ijcr.33132.12.2018>

Galindo, O. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Servicio de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología. 2*(1), 51-5. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903

García, R., Muñoz, R., Ramírez, G. y Mérida, H. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar, 44*(2), 218-229. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v44n2/mil10215.pdf>

González, A., Cano, A., y Canga, A. (2016). Experiencias de la familia que convive con la Enfermedad mental grave: un estudio cualitativo en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 39(2), 203-212.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200003

Gonzalez, C., Hermosillo, A., Vacio, M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 72(2), 149-155

<https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>

Gonzalez, F., Hernandez, A. y Torres. (2015). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, optimismo-pesimismo y autoestima en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 13(1), 111-130.

http://www.investigacion-psicopedagogica.com/revista/articulos/35/espanol/Art_35_950.pdf

Grimberg, H. (2016). Beneficios de la terapia de grupo. Topdoctors España.

<https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/beneficios-de-la-terapia-de-grupo#>

Gudiño, A., (2018). Ansiedad aumenta 75% en los últimos cinco años en México. *Milenio*.

<https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/ansiedad-aumenta-75-en-los-ultimos-cinco-anos-en-mexico>

Hajduk, M., Heretik, J., Vaseckova, B., Forgacova, L., y Pecenak, J. (2019). Prevalence and correlations of depression and anxiety among Slovak college students. *Bratisl Lek Listy*. 019; 120 (9). https://doi.org/10.4149/BLL_2019_117.

Heyam, F., y Dalky, R. N. (2018). Depression, anxiety, and stress among college students in Jordan and their need for mental health services. *Nursing Forum and independent voice for nursing*. 54(2), 205-112, <https://doi.org/10.1111/nuf.12316>

Huang, J., Nigatu, Y. T., Smai, R., Zhang, X., y Wang, J. (2018). Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*. 107(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.09.018>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.docx.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

International Journal of Current Research. (2018). Academic stress and depression among college students. *International Journal of Current Research*. 10 (12) 76429-76433. https://www.researchgate.net/publication/330598568_ACADEMIC_STRESS_AND_DEPRESSION_AMONG_COLLEGE_STUDENTS

Jiménez, Ch. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Research Gate*. 8(1), 141-150. https://www.researchgate.net/publication/277275374_El_estudio_de_caso_y_su_implementacion_en_la_investigacion

Juárez, L. y Silva, G. (2019) La experiencia de ser universitario. *Revista de Investigación Educativa*. 28 (1), 6-30. <https://doi.org/10.25009/cpue.v0i28.2597>

Lorenz, K., (2000). Código ético del psicólogo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 32(1), 1-18. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532121.pdf>

Maren, B., Cassiello, C., Matthew, K., Petrie, S., Fisher, L., Jaeger, A., y Pedrell, P. (2015). A Case Series of Individual Six-Week Cognitive Behavioral Therapy With Individually Tailored Manual-Based Treatment Delivery for Depressed College Students With or Without Suicidal Ideation. *Springer*. 33(1), 134–147. [https://DOI 10.1007/s10942-015-0206-y](https://doi.org/10.1007/s10942-015-0206-y)

Mayo Clinic. (2019). La salud de los preadolescentes y adolescentes. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/tween-and-teen-health/basics/tween-and-teen-health/hlv-20049436>

Mayo Clinic. (2020). La salud de los adolescentes y pre adolescentes. Depresión universitaria: qué deben saber los padres. <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/tween-and-teen-health/in-depth/college-depression/art-20048327#:~:text=Los%20signos%20y%20s%C3%ADntomas%20que,de%20proporci%C3%B3n%20con%20la%20situaci%C3%B3n>

Mendoza, C. (2016). La ansiedad y sus trastornos. *Revista de salud Mental*. 1, 29-71. <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/ANSIEDAD2.pdf>

Mendoza, R. (2005). Ética y psicología clínica. *Perspectivas psicológicas*. 18-22 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a04.pdf>

Mensalus Psiquiatría. (2017). Conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes. <https://mensalus.es/blog/infanto-juvenil/2017/11/conductas-de-riesgo-en-adolescentes-y-jovenes/>

- McMillan, W. (2013). Transition to university: the role played by emotion. *European Journal of Dental Education*. 7(3), 169-176. <https://doi.org/10.1111/eje.12026>
- Miranda, J., Woo, S., Lagomasino, I., M. D. M. H. S., Hepner, K., Wiseman, S. y Muñoz., R. (2006). Actividades y su estado de ánimo. Community Partners in Cares. *Clínica de tratamiento cognitivo-conductual para la depresión, División de Medicina Psicosocial Hospital General de San Francisco, Universidad de California, San Francisco*. <https://hss.semel.ucla.edu/wp-content/uploads/2015/07/CBT-Provider-Spanish.pdf>
- Montoya, R., Parra, H., Jiménez, P., Ojeda, A., Baldenebro, S., y Pimienta, P. (2019). Diagnóstico de comportamientos de riesgo en adolescentes y jóvenes universitarios. *Universidad Autónoma de Nayarit*. 20-28. <https://doi.org/10.25009/uvserva.v0i0.2655>
- National Institute of Mental Health. (2019). La depresión y los estudiantes universitarios: Respuestas a preguntas frecuentes de los estudiantes universitarios sobre la depresión. <http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion-estudiantes-universitarios.pdf>
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. *Manual moderno*. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2014/05/Cognitivo-Conductuales-1edi1.pdf>
- Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2018) A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *J. Clin. Psychol.* 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Nyer, M. B., Cassiello-Robbins, C., Nock, M. K., Petrie, S., Holt, D., Fisher, L., Jaeger, A., Pedrelli, P., Baer, L., y Farabaugh, A. (2015). Una serie de casos de terapia

cognitivo-conductual individual de seis semanas con administración de tratamiento basado en manuales y adaptados individualmente para estudiantes universitarios deprimidos con o sin ideación suicida. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther.* 33(1) , 134-147. <https://doi.org/10.1007/s10942-015-0206-y>

Oppong, A., K. y Andoh-Arthur, J. (2015). Prevalence and determinants of depressive symptoms among university students in Ghana. *Journal of Affective Disorders.* 171(1), 161-6. <https://doi:10.1016/j.jad.2014.09.025>

Organización Mundial de la Salud. (2017a). Depression and Other Common Mental Disorders. *Global Health Estimates.*
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017b). Suicidio.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2019a) Salud mental del adolescente.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2019b) Suicidio.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2020) Depresión.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Salud mental y uso de sustancias.
<https://www3.paho.org/hq/index.php?Itemid=39870&lang=es>

Ortega, L. (2021) Terapia Individual. [http://www.luciaortega.com/psicologia-
psicoterapia/terapia-individual/](http://www.luciaortega.com/psicologia-psicoterapia/terapia-individual/)

- Ospina, C. (2015). El Daño en la Responsabilidad Civil del Psicólogo: por un Consentimiento Informado Ausente o Inadecuado en la Terapia Clínica. *Revista CES*. 6(2), 138-174. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v6n2/v6n2a11.pdf>
- Parker, R. I., y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *40* (4). 357–367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., y Salgado, H.(2017). Prevalencia, causas y Tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*. 28 (2) 89-115. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Quintana, I., y Velazco, Y., (2018). Reacciones adversas de los antidepresivos: considerados actuales. *Revista Medica Electronica*. 40(2), 1684-1824. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200017
- Ramírez, L. A., y Naranjo, C. A. (2014). Comportamiento del suicidio. Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <http://www.medicinalegal.gov.co/.../Forensis...2014.../9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab9>.
- Renzo, R. y Cahuana, M. (2016). Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*, 30(120), 84-96. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.18814>
- Reza, J., (2012). Trastornos de ansiedad. Reporte de caso Clínico. *Revista Casos Clinicos*. 5(20), 16-19. <https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/20/3.pdf>
- Riveros, Q. M., Hernández, V. H., y Rivera, B. J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación UNMSM*. 10(1). 91-102. http://ateneo.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1550/revista_de_investigacion_en_psicologia03v10n1_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rosas, F., J., Tello, A., Temores, G. y Martínez, A. (2016). Ansiedad, depresión y modos de afrontamiento en estudiantes preuniversitarios. *Salud y administración*. 3(7), 3-9.
<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/48/45>
- Ruiz, M. y Fachinetti, V. (2018). Los estudiantes, los sentidos de la formación universitaria. *InterCambios*. 5(1) 60-69.
<https://ojs.intercambios.cse.udelar.edu.uy/index.php/ic/article/view/148>
- Salud pública. (2019). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México.
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>
- Santillán, C., Hernández, M. R., Bravo, Y., Castro, A., y Romero, M. (2016). Prevalence of anxiety symptoms in a sample of college students at a faculty of health sciences in Mexico. *Revista Tesis Psicológica*. 11(2), 12-22.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139053829001>
- SEDESA. (2017). Depresión y ansiedad: Principales problemas de salud mental.
<https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/depresion-y-ansiedad-principales-problemas-de-salud-mental-sedesa>
- Sociedad mexicana de psicología. (2009). *Código Ético del Psicólogo* (4a ed.). Trillas.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.p
- Schnaas, F. (2017). Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurología, neurocirugía y psiquiatría*. 45(1), 22-25.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2017/nnp171e.pdf>
- Schaie, K.W. y Willis, S.L. (2003). Psicología del desarrollo de la edad adulta Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*. 16 (2) 601-619.

<https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/download/RCED0505220601A/15990/>.

Skead, K., Rogers, L., y Doraisamy, J. (2018). Looking beyond the mirror: Psychological distress; disordered eating, weight and shape concerns and maladaptive eating habits in lawyers and law students. *International Journal of Law and Psychiatry*, 61, 90-102. [https://doi: 10.1016 / j.ijlp.2018.06.002](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.06.002).

Tate, R. y Perdices, M. (2019). *Single-Case Experimental Designs for Clinical Research and Neurorehabilitation Settings. Planning, Conduct, Analysis and Reporting*. Routledge Taylor y Francis Group. <https://www.routledge.com/Single-Case-Experimental-Designs-for-Clinical-Research-and-Neurorehabilitation/Tate-Perdices/p/book/9781138595637>

Tolin, D. (2017). Can Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression Be Improved with Pharmacotherapy? A Meta-analysis. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 715–738. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.007>

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 30 (6), 710-20. [https://doi: 10.1016 / j.cpr.2010.05.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003).

Valdés, Camila, Morales-Reyes, Irma, Pérez, J. Carola, Medellín, Adriana, Rojas, Graciela, y Krause, Mariane. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000801005

Uriarte, J. (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de Psicodidáctica*, 11(1), 7-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17514747002>

Vázquez, L. ,Torres, A., Blanco, V., Díaz, O., Otero, P. y Hermida, E. (2012). Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: A randomized controlled trial.

Journal of Psychiatric Research. 46 (11), 1456-1463.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.007>

Zuluaga, D. (2018). Aplicación de la terapia cognitiva en un paciente con trastorno mixto de ansiedad y depresión y trastorno de la personalidad. *Facultad de Psicología Universidad del Norte Barranquilla, Colombia*.

<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8288/133804.pdf?sequence=1&isAllowed=ydf>

Anexos

ANEXO 1. Consentimiento informado para el paciente.

ANEXO 2. Formato de historia clínica proporcionado por el centro de servicios psicológicos.

ANEXO 3. Formulario de entrevista de análisis funcional

ANEXO 4. Escala de Ansiedad de Beck

ANEXO 5. Escala de Depresión de Beck



III. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

III.a	Edad y condición actual de salud de familiares directos (abuelos, padres, hermanos)
III.b	Historia de enfermedades crónicas y/o mentales (abuelos, padres, hermanos)
III.c	Descripción de la dinámica de la familia de origen.

IV. PERIODO DEL DESARROLLO (2 a 19 años)

IV.a	Historia del desarrollo pre y postnatal
IV.b	Historia de la primera infancia (2 a 6 años)



V.d Patrones de Salud (índique peso y talla), Adicciones y Sexualidad

V.e Ajustes Sociales, Recreativos y Culturales

V.f Dinámica Familiar

VI. EXAMEN MENTAL

VI.a Conducta y aspecto general del paciente (*habitus exterior*)

3-FE4-R4

14



IV.c Historia de la segunda infancia (6 a 12 años)

IV.d Período de adolescencia (12 a 19 años)

V. PATRONES DE AJUSTE ADULTOS (más de 19 años)

V.a Desarrollo Académico y Profesional

V.b Patrones de Trabajo

V.c Ajustes Afectivos y Emocionales



VI.b Cognición y estado sensorio-motor

b.1 Grado de orientación en las tres esferas b.2 Atención y concentración b.3 Memoria b.4 Recursos intelectuales

VI.c Discurso

VI.d Contenido del pensamiento

VI.e Creencias y experiencias anormales de la interpretación de eventos

e1. Especificar contenidos, inicio y el grado de fijación e2. Experiencias anormales

VI.f Afectividad

VI.g Juicio



VI.h Personalidad

h.1 Actitudes hacia sus relaciones h.2 Actitudes hacia el mismo h.3 Actitudes morales y religiosas
h.4 Humor y ánimo h.5 Intereses y actividades libres h.6 Reacción a situaciones críticas h.7 Rasgos de carácter

VII. INFORMACION DEL EXAMINADOR

VII.a	Sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente
VII.b	Información técnica de la aplicación de la entrevista
VII.c	Observaciones

Nombre del Entrevistador: _____
Programa de pertenencia: _____
Supervisor del programa: _____
Firma: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL SUPERVISOR:

Indique el nivel de competencia del alumno (en el desarrollo de la historia clínica).

Insuficiente	Regular	Aceptable	Satisfactorio	Excelente
0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%



Entrevista Inicial

No. Expediente: _____ N/A ()

No. Cuenta o de trabajador/CURP: _____

Fecha: _____

Nombre:		
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno

1. Motivo de consulta

2. ¿Desde cuándo empezó la problemática?

3. Repercusiones/consecuencias que ha tenido en la vida del consultante



4. Acontecimientos que agudizan el problema

5. Intentos de solución

SITUACIÓN SOCIAL-FAMILIAR

Familiograma



- Funciones cognitivas (memoria, atención, concentración y orientación tiempo, lugar y persona)

- Estado emocional del usuario (Estado emocional predominante, estado emocional que acompaña al discurso):

- Principales conflictos:

- Fortalezas personales y/o sociales

8. Otros datos relevantes



Observaciones:

--

8. Impresión diagnóstica

10. Sugerencias terapéuticas

ENTREVISTADOR (NOMBRE Y FIRMA): _____

PROGRAMA AL QUE PERTENECE: _____

SUPERVISOR / A (NOMBRE Y FIRMA): _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE A. BECK

NOMBRE:	FECHA:
---------	--------

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

SÍNTOMAS	POCO O NADA (0)	MAS O MENOS (1)	MODERADAMENTE (2)	SEVERAMENTE (3)
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de piernas				
Incapacidad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustada				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

Puntuación _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:	FECHA:
---------	--------

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **sintió la semana pasada inclusive el día de hoy**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
En general veo alentador el futuro	Me siento desalentada por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
No me siento fracasada	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecha y hastiada de todo
En realidad, no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
No me siento castigada	Siento que tal vez seré castigada	Siento que voy a resultar castigada	Me siento castigada
No me siento desilusionada de mí misma	Estoy desilusionada de mí misma	Estoy fastidiada conmigo misma	Yo no me soporto
No creo ser peor que otras personas	Me critico a mí misma por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar, pero no puedo

No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritada todo el tiempo	Ya no me irritan las cosas que antes me irritaban
No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesada en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
No siento que me vea peor que lo normal	Me preocupa verme vieja o poco atractiva	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva	Creo que me veo fea
Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero esforzarme más para empezar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como antes	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga, me canso	Estoy muy cansada para hacer cualquier cosa
No he bajado mucho de peso últimamente	He bajado más de dos kilos	He bajado más de cinco kilos	He bajado más de ocho kilos

A propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos SI _____. NO _____.

No estoy más preocupada por mi salud que antes	Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupada por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más.	Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	Estoy menos interesada en el sexo de o que estaba	Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo