



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**DIFICULTADES EMOCIONALES DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
ANTE LA NUEVA NORMALIDAD DEL COVID-19:  
UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LÍNEA**

TESIS  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
**ANDRÉS MELCHOR AUDIRAC**

TUTOR PRINCIPAL:  
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
*Facultad de Psicología, UNAM*

MIEMBROS DEL COMITÉ:  
DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA  
*Facultad de Psicología, UNAM*  
DRA. CORINA LENORA BENJET MINER  
*Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*  
DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ  
*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*  
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA  
*Facultad de Psicología, UNAM*

CDMX, NOVIEMBRE 2023



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.

*Dedicatorias:*

*A mi familia, por su amor, cuidado y apoyo incondicional. Les amo infinitamente.*

*Y a mis consultantes durante la maestría. Quedo eternamente agradecido por permitirme conocer sus historias y acompañarles en su camino a construir una vida con bienestar y significado.*

**Agradecimientos:**

Al Dr. Sánchez Sosa, por su constante apoyo e invaluable aprendizajes a lo largo de mi formación académica y profesional.

A mi supervisora, la Dra. Angélica Juárez, quien me enseñó a ser un psicoterapeuta cálido, empático y metódico.

A la Dra. Corina Benjet, por sus grandes enseñanzas en la investigación clínica en salud mental.

A mi comité académico, la Dra. Mariana Gutiérrez y Dra. Nancy Caballero, por sus valiosas aportaciones a este estudio.

A mis colegas entrañables, Mtra. Andrea Hernández y Lic. Claudia Rangel en quienes encontré un acompañamiento a través de los momentos más vulnerables y difíciles de esta etapa. Soy tremendamente afortunado de tenerlas en mi vida.

Finalmente, al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías de México (CONAHCYT) que financió la presente tesis de maestría mediante la beca CVU: 996982

## Índice de Contenido

Resumen:.....	6
Introducción .....	8
<b>La Pandemia de COVID-19 y los estudiantes universitarios</b> .....	8
<b>Modelos teóricos</b> .....	10
<i>Modelos de Estrés</i> .....	10
<i>Síndrome de Estrés por COVID-19</i> .....	13
<b>La Telepsicología ante la crisis de COVID-19</b> .....	16
<b>La Nueva Normalidad del COVID-19 y los estudiantes universitarios</b> .....	19
<b>Fundamentación del estudio</b> .....	22
Método.....	23
<b>Preguntas de Investigación</b> .....	23
<b>Fase I: Traducción, adaptación y validación de escalas</b> .....	24
<b>Objetivos:</b> .....	24
<i>Objetivos específicos:</i> .....	24
<b>Participantes</b> .....	24
<b>Diseño de investigación</b> .....	27
<b>Procedimiento</b> .....	27
<b>Resultados</b> .....	28
<b>Discusión de la Fase I del estudio</b> .....	38
<b>Aportaciones</b> .....	39
<b>Limitaciones</b> .....	40
<b>Fase II: Efectividad de una intervención Cognitiva-Conductual para el malestar emocional ante la Nueva Normalidad del COVID-19</b> .....	42
<b>Objetivos</b> .....	42
<b>Diseño</b> .....	42
<b>Participantes</b> .....	43
<b>VARIABLES Y MEDICIÓN</b> .....	46
<b>Procedimiento</b> .....	51
<b>Aspecto Éticos</b> .....	52
<b>Intervención Psicológica</b> .....	53
<b>Análisis de Datos</b> .....	57
<b>Resultados</b> .....	59
<b>Datos clínicos de las participantes</b> .....	59

<b>Resultados individuales de Ansiedad y Depresión.....</b>	<b>60</b>
<b>Significancia estadística de los resultados de Ansiedad y Depresión .....</b>	<b>68</b>
<b>Significancia Clínica de Ansiedad y Depresión.....</b>	<b>71</b>
<b>Significancia Estadística de Estrés, Miedo y Desadaptación a la Nueva Normalidad.....</b>	<b>74</b>
<b>Significancia Clínica de niveles de Estrés, Miedo y Desadaptación a la Nueva Normalidad.....</b>	<b>78</b>
<b>Satisfacción y Aceptabilidad del tratamiento .....</b>	<b>83</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>86</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>93</b>
<b>Aportaciones.....</b>	<b>94</b>
<b>Limitaciones y recomendaciones para estudios futuros .....</b>	<b>95</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>97</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>108</b>
A. Cartel para difusión Fase I del estudio.....	108
B. Consentimiento informado fase I del estudio.....	109
C. Cuestionario CRISIS .....	110
E Consentimiento informado fase II del estudio.....	112
F. GAD-7 .....	115
G. PHQ-9 .....	116
H. Dificultades en la Adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19 .....	117
I. Cuestionario de Satisfacción con la terapia y el terapeuta .....	118
J. Consentimiento Informado Fase II del estudio .....	119

### **Índice de Tablas**

Tabla 1 Datos sociodemográficos de la Fase I .....	26
Tabla 2 Varianza total explicada y error asociado de cada reactivo del CSS.....	30
Tabla 3 Cargas de los Factores de CSS.....	31
Tabla 4 Varianza explicada y error de Miedo al Coronavirus (FCV-19) .....	32
Tabla 5 Estructura factorial de FCV-19.....	33
Tabla 6 Coeficientes de Confiabilidad de las subescalas y escala total de CSS .....	34
Tabla 7 Preguntas acerca de la percepción de riesgo acerca del Coronavirus.....	35
Tabla 8 Medidas de tendencia central de las escalas validadas.....	36
Tabla 9 Matriz de Correlaciones para la validez concurrente.....	37
Tabla 10 Correlaciones percepción de riesgo de coronavirus con escalas CSS y FCV-19 .....	38
Tabla 11 Datos sociodemográficos de las participantes .....	46
Tabla 12 Descripción del tratamiento .....	54
Tabla 13 Datos clínicos de las participantes.....	59
Tabla 14 Datos sobre afectación por el Coronavirus de las participantes .....	60

Tabla 15 Estadísticos Descriptivos de Sintomatología Ansiosa y Depresiva .....	68
Tabla 16 Comparaciones Entre Parejas (Durbin-Conover).....	69
Tabla 17 Comparaciones Entre Parejas (Durbin-Conover).....	70
Tabla 18 Tamaño del Efecto de la Intervención para Ansiedad y Depresión .....	72
Tabla 19 Índice de Cambio Confiable para sintomatología Ansiosa.....	73
Tabla 20 Índice de Cambio Confiable para Sintomatología Depresiva .....	73
Tabla 21 Comparación de gravedad de Ansiedad y Depresión antes y después del tratamiento	74
Tabla 22 Puntuaciones por participante de Estrés al COVID-19 y Miedo al COVID-19.....	75
Tabla 23 Puntuaciones pre y postratamiento de desadaptación a postpandemia .....	77
Tabla 24 Cambio Clínico Objetivo de Estrés, Miedo y Dificultades de Adaptación COVID-19 ....	79
Tabla 25 Resumen de hallazgos del estudio por variable y participante. ....	80
Tabla 26 Resumen de hallazgos cualitativos del estudio.....	81

### **Índice de Gráficas**

Gráfica 1. Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente A.....	61
Gráfica 2. Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente B.....	62
Gráfica 3 Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente C.....	63
Gráfica 4 Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente D .....	64
Gráfica 5 Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente E .....	65
Gráfica 6 Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente F .....	66
Gráfica 7 Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente G .....	67
Gráfica 8 Comparación medias puntajes de ansiedad entre pre, tratamiento y postratamiento.....	69
Gráfica 9 Comparación medias puntajes de depresión entre pre, tratamiento y postratamiento .....	71
Gráfica 10 Comparación medias pre y postratamiento de puntajes de CSS.....	76
Gráfica 11 Comparación medias pre y postratamiento de puntajes de FCV-19.....	77
Gráfica 12 Comparación medias pre y postratamiento de puntajes de DANN COVID-19.....	78

## Resumen:

La pandemia del SARS-CoV-2 provocó un aumento en niveles de ansiedad y depresión de los estudiantes universitarios. Aunque se crearon intervenciones psicológicas en línea para el malestar emocional durante la cuarentena por COVID-19, aún no se ha probado la efectividad de intervenciones psicológicas que ayuden a estudiantes universitarios a transitar y adaptarse a la fase epidemiológica denominada “Nueva Normalidad”. Por lo que el **objetivo** principal de esta investigación es examinar la efectividad de una intervención psicológica, por videoconferencia, individual, Cognitiva-Conductual para disminuir el malestar psicológico (estrés, miedo, ansiedad y depresión) ante la adaptación a la Nueva Normalidad de la pandemia de COVID-19 en estudiantes universitarios de la UNAM. El **método** de investigación está basado en un diseño experimental intrasujetos A-B, con tres líneas base y dos periodos de seguimiento a 1 mes y 2 meses. Se incluyeron siete **participantes**, todas estudiantes de licenciatura de la UNAM, mayores de 18 años, con puntuaciones en GAD-7 o PHQ-9 mayores a 10. Los **resultados** indican que hubo diferencias estadísticamente y clínicamente significativas entre las mediciones pre y postratamiento en ansiedad, depresión, estrés, miedo y desadaptación al COVID-19. El índice NAP determinó que la mayoría de las participantes obtuvieron un efecto grande y medio. **Discusión y Conclusiones.** El tratamiento por videoconferencia fue efectivo para estudiantes universitarios que presentaban problemas emocionales ante la adaptación a la postpandemia de COVID-19.

## Palabras clave:

Postpandemia, Nueva Normalidad COVID-19, Estudiantes universitarios, Terapia Cognitivo Conductual, videoconferencia.

## **ABSTRACT.**

The SARS-CoV-2 pandemic caused increased levels of anxiety and depression in university students. Although online psychological interventions for emotional distress during the COVID-19 quarantine were developed, the effectiveness of individual psychological interventions to help university students adapt to the epidemiological phase called the "New Normal" has not yet been tested. Therefore, the main **objective** of this research is to examine the effectiveness of a Cognitive-Behavioral treatment to reduce psychological distress (stress, fear, anxiety, and depression) in the adaptation to the New Normal of the COVID-19 pandemic of university students at UNAM. The research **method** is based on an A-B intrasubject experimental design, with three baselines and two follow-ups at one month and two months. Seven **participants** were included, all UNAM undergraduate students over 18 years of age, with GAD-7 or PHQ-9 scores greater than 10. The **results** indicate statistically and clinically significant differences between pre-and post-treatment measures of anxiety, depression, stress, fear, and COVID-19's maladjustment. The NAP index determined that most participants obtained a large and medium effect. **Discussion and Conclusions.** The transdiagnostic treatment was effective for university students with emotional problems adjusting to post-pandemic life.

### **Key words:**

Postpandemic, New Normality COVID-19, College Students, Cognitive Behavioral Therapy, videoconference.



## Introducción

### La Pandemia de COVID-19 y los estudiantes universitarios

Lo que comenzó como un brote de un virus llamado SARS-CoV-2 localizado en el mercado de animales de la ciudad de Wuhan en China terminó siendo una de las pandemias más grandes de la historia de la humanidad (Maxmen, 2022; Worobey, et. al, 2022). El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud la designó oficialmente como una pandemia (OMS, 2020) y la manera más eficaz de contener los contagios masivos fue la implementación de restricciones de contacto social (cuarentena) y el cierre de actividades económicas y académicas no indispensables.

Para medir el impacto que tuvo la normatividad mundial del distanciamiento social en la enseñanza universitaria, la Asociación Internacional de Educación Superior realizó una encuesta en abril de 2020 para identificar cuántos, recintos universitarios en el mundo detuvieron sus actividades académicas. Con base en esta encuesta realizada por Marinoni et al., (2020), en el continente americano 72% de las universidades tuvieron que adaptar su enseñanza presencial a una en línea, el 22% de las universidades suspendieron sus actividades y en 3% la educación universitaria se canceló.

Los cambios en la educación universitaria durante la pandemia provocaron diversas afectaciones en los estudiantes alrededor del mundo, incluyendo problemas en la salud mental. Un estudio realizado en China en febrero de 2020 mostró que el 25% de los estudiantes universitarios presentaban sintomatología ansiosa relacionada con la pandemia de COVID-19 (Cao et al., 2020). Un metaanálisis realizado por Chang, et al. (2021) estimó la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios durante la pandemia de COVID-19. Con base en 16 artículos incluidos en este estudio se determinó, con un intervalo de confianza del 95%, que el 31% de los estudiantes presentaba sintomatología

ansiosa y 34% de sintomatología depresiva. Se encontró una gran heterogeneidad en la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva dependiendo de factores asociados al país del estudio. Por ejemplo, los niveles más altos de ansiedad se presentaron en las investigaciones realizadas en Estados Unidos mostrando un 52%, mientras que en China se encontró una prevalencia de solo 15%. Esta diferencia podría reflejar cómo los países lograron controlar el ritmo de contagios, el número de personas hospitalizadas y fallecimientos por el virus o formas de contextualizar los datos. El incremento en nuevos contagios representó una amenaza al bienestar físico de las personas, por lo que tuvo un gran impacto en su estado emocional, contribuyendo muy probablemente a elevar los niveles de ansiedad por temor a contagiarse.

En concordancia con los resultados expuestos por Chang et al., (2021) y el metaanálisis de Li et al., (2021), la prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios fue del 36% a partir de una muestra total de 73,912 participantes alrededor del mundo. No hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la carrera de los estudiantes, el sexo o la edad. Solo resultó significativo el lugar de origen (los participantes de China mostraron menor prevalencia de ansiedad) y el momento en que se recolectaron los datos (después del primero de mayo de 2020). Aún con diferencias en la forma de definir las variables y los procedimientos de recolección de datos, la fluctuación del número de casos activos con el virus, el número de hospitalizaciones y muertes, así como las medidas de distanciamiento social fueron variables que afectaron el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios.

Un estudio longitudinal concluyó que durante la pandemia de COVID-19 los niveles de ansiedad fluctuaban con el número de casos activos de personas contagiadas (si éste aumentaba, también lo hacía el nivel de ansiedad); mientras que, si se relajaban las medidas de distanciamiento social, decrementaba la tasa de ansiedad (Yarrington et al., 2021).

Otro estudio mostró que el malestar emocional reportado por los estudiantes universitarios durante la cuarentena se debía principalmente a cuatro factores: 1. preocupación por el propio contagio o el de alguien de su familia, 2. las normas de distanciamiento social que imposibilitaban la interacción con sus pares, 3. la inestabilidad financiera de su familia provocada por el cese de actividades económicas o pérdida de empleos y 4. el cambio de la modalidad de enseñanza presencial a una virtual, que generaba una percepción de un incremento de carga académica (Tasso et al., 2021).

En el contexto mexicano, un estudio con una muestra de 1250 estudiantes universitarios concluyó que las emociones negativas más frecuentemente reportadas fueron ansiedad, aburrimiento y frustración (Gaeta et al., 2021). Un estudio cualitativo-exploratorio en una facultad de la UNAM, reveló que una de las peores cosas que la pandemia había ocasionado en la vida de los participantes era aumento de estrés, ansiedad, síntomas de depresión y emociones negativas (enojo, tristeza e irritabilidad) además de sensación de aislamiento o soledad. (Melchor-Audirac et al., 2021).

Estas dos investigaciones aproximan un cuadro epidemiológico relativamente amplio pero consistente sobre el estado emocional de los estudiantes universitarios mexicanos durante la pandemia.

## **Modelos teóricos**

### *Modelos de Estrés*

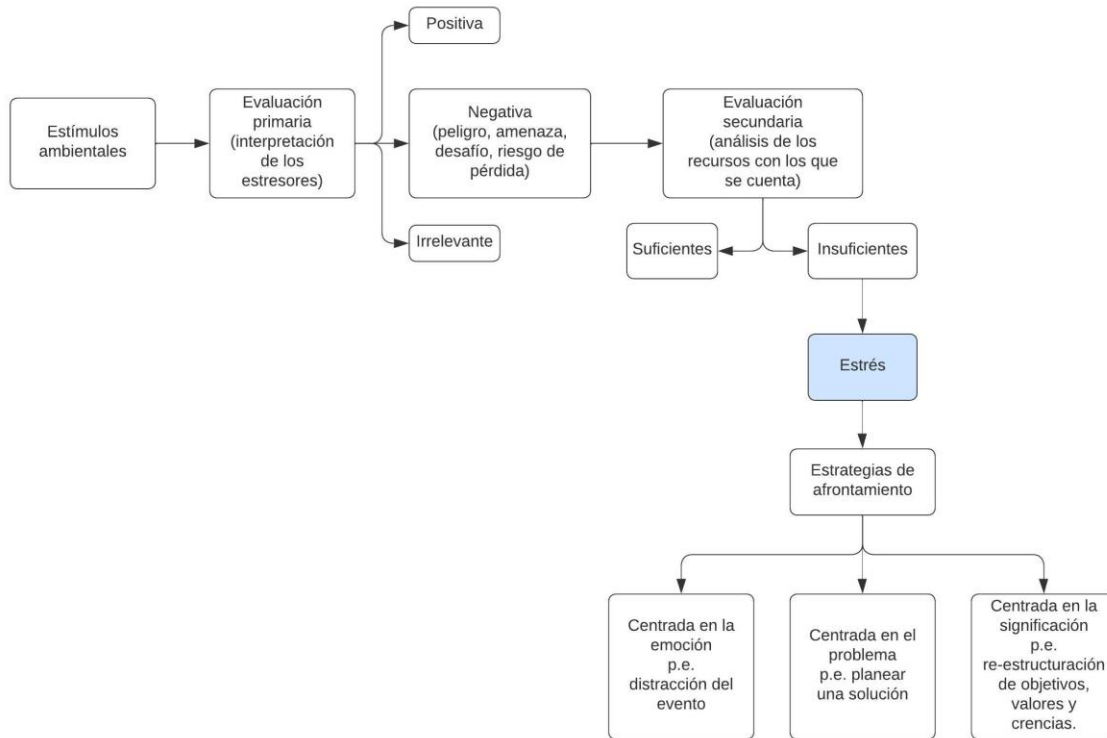
El estrés psicológico se ha definido como una experiencia subjetiva que ocurre cuando el individuo se expone a situaciones o estímulos evaluados o percibidos como dañinos, amenazantes o desafiantes que requieren adaptación o manejo inmediatos. Dichos estímulos (también conocidos como estresores) suelen exceder la capacidad de la persona para afrontarlos, por lo que producen reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y conductuales aversivas (Lazarus & Folkman, 1984).

El modelo transaccional del estrés y afrontamiento creado por Lazarus y Folkman (1985) propone y explica cómo los individuos constantemente evalúan las situaciones y estímulos de su ambiente. Si a estos estímulos se les evalúa como potencialmente peligrosos producen emociones negativas y activan estrategias de afrontamiento para lidiar con ellos.

Los componentes de la propuesta de Lazarus y Folkman se representan en la Figura 1. De acuerdo con esta conceptualización, suelen ocurrir dos formas de evaluación cognitiva: primaria y secundaria. La primaria se refiere a cómo se interpreta el impacto del estresor (benigno, irrelevante o dañino). La evaluación cognitiva secundaria determina si se cuenta con los recursos necesarios para afrontar al estresor y el posible malestar emocional que ocasione. Una vez que se evalúan como estresores, la persona utiliza sus recursos personales de afrontamiento. Las habilidades de afrontamiento involucran modificar continuamente las estrategias cognitivas y conductuales para gestionar las demandas externas o internas que superan los recursos de la persona.

**Figura 1**

*Modelo Transaccional del Estrés*



Se han propuesto tres tipos de estrategias o estilos de afrontamiento: **1.** enfocadas en el problema, **2.** enfocadas en la emoción y **3.** enfocadas en el significado. El estilo de afrontamiento centrado en la emoción (ACE) se centra en regular las emociones que produce el evento desafiante a toda costa. Ejemplos de ACE son: evitación del estresor, distracción, desahogo o espiritualidad. En contraste, el afrontamiento centrado en el problema (ACP) intenta resolver el conflicto de manera directa con estrategias tales como planear una solución, pedir apoyo social y negociar. Por último, el afrontamiento centrado en la significación se utiliza principalmente cuando se evalúa a los estresores como sumamente aversivos e incontrolables. Este tipo de afrontamiento incluye recurrir a los valores, creencias y objetivos personales para reordenar las prioridades de la vida, atribuir un significado positivo a los acontecimientos estresantes y recordar aprendizajes adquiridos de las situaciones desafiantes (Biggs et al., 2017).

Se han realizado diversas investigaciones que han intentado dilucidar si los diferentes estilos de afrontamiento pudieron predecir dificultades emocionales durante la pandemia de COVID-19. Gao et al. (2022) estudiaron el efecto del estilo de afrontamiento como variable moderadora en la relación entre el estrés percibido y las reacciones aversivas de estrés. Sus resultados muestran que las estrategias de afrontamiento positivas o adaptativas están relacionadas con la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, mientras que los estilos de afrontamiento negativos o desadaptativos agravaron el malestar psicológico. Esto apoya la idea de que los diferentes estilos de afrontamiento podrían influir en las dificultades emocionales a la hora de adaptarse a la Nueva Normalidad de la pandemia.

Un estudio investigó el rol de los estilos de afrontamiento con las dificultades emocionales en la Nueva Normalidad del Coronavirus en estudiantes universitarios (Yaing et al., 2022). Los resultados mostraron que el estilo de afrontamiento desadaptativo (centrado en la emoción) predijo significativamente mayores niveles de miedo al contagio de COVID-19. En concreto, los estudiantes que emplearon estrategias de afrontamiento desadaptativas experimentaron mayores niveles de rumiación y estrés, lo que a su vez contribuyó a su miedo al COVID-19.

Estos hallazgos cobran gran relevancia para el presente estudio ya que al modificar y potenciar estilos de afrontamiento más adaptativos (centrados en el problema o en la resignificación) mediante un tratamiento psicológico, se puede agilizar la adaptación a la Nueva Normalidad y reducir los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

### *Síndrome de Estrés por COVID-19*

A partir del inicio de la pandemia del SARS-CoV-2, investigadores alrededor del mundo estudiaron los factores psicológicos que influyen en las conductas durante crisis de salud globales como las pandemias. Varios estudios muestran evidencias de cómo los procesos cognitivos y emocionales se interrelacionan con las conductas que confluyen con la

propagación de un virus, nivel de malestar emocional y conflictos socioculturales (Taylor et al., 2022).

El malestar psicológico generado durante la pandemia de Coronavirus se puede explicar a través de la demanda de adaptación inmediata, repentina e imprevista que se tuvo que realizar para implementar las medidas de autocuidado que buscaron prevenir el contagio del virus (reclusión social, uso de cubrebocas, lavado de manos, estornudo de etiqueta, etc.). A estas demandas se agregan otros estresores (económicos, aislamiento social o xenofobia). Para algunas personas, el miedo al contagio o la muerte desencadenó reacciones emocionales, cognitivas y conductuales intensas y desadaptativas. Estas reacciones intensas, prolongadas y crónicas se han visto en otros brotes epidémicos como el SARS, VIH, Ébola, virus del Zika, entre otros (Taylor, 2022).

Así, Taylor et al. (2021) acuñaron el término *Síndrome de Estrés por Coronavirus* o CSS (por sus siglas en inglés) para explicar el impacto emocional que produjo la pandemia del SARS-CoV-2. Este síndrome se puede definir como una respuesta intensa de distrés emocional (miedo y ansiedad anticipatoria) ante la posibilidad de contagio o contacto con una persona contagiada por Coronavirus; con el miedo de enfermarse como núcleo del síndrome. El malestar emocional que provoca este síndrome está compuesto por los siguientes cinco factores que correlacionan con un malestar emocional general (Taylor, et al. 2020):

1. Miedo de estar contagiado por el virus del SARS-CoV-2.
2. Xenofobia relacionada al coronavirus (evitar estar en contacto con personas extranjeras o con ciertos grupos raciales por el estigma asociado al virus).
3. Distrés por el impacto socioeconómico negativo derivado de la pandemia (pérdida de empleo, crisis económicas, disminución de salario, cambios de residencia, etc.).
4. Conductas compulsivas de revisión de síntomas asociados al COVID-19 o búsqueda excesiva de seguridad.

5. Síntomas de estrés postraumático acerca de la pandemia  
(pensamientos intrusivos, pesadillas, ataques de pánico, etc.)

Los cinco factores incluidos por el CSS se pueden agrupar en nosologías diagnósticas de enfermedades mentales. Por ejemplo, se ha visto que cierto porcentaje de las personas que enfermaron gravemente de COVID-19 y estuvieron expuestas a estresores intensos (hospitalización, respiración asistida o muerte de familiares) mostraron signos del Trastorno de Estrés Postraumático (Yuan et al., 2021). Sus síntomas clásicos son reexperimentación del trauma, recuerdos intrusivos y problemas con el dormir. También se asocia con síntomas como nerviosismo o pánico persistente después de haber presenciado un estresor perturbador (disruptivo) y la dificultad de llevar a cabo actividades cotidianas, como ocurre en el Trastorno de Adaptación. De igual forma, está estrechamente relacionado con síntomas por el Trastorno de Ansiedad por la Salud (miedo por estar enfermo, malinterpretación de reacciones físicas normales con señales de tener COVID-19 y conductas de seguridad para asegurarse de no contagiarse). Por último, suelen ocurrir conductas compulsivas como limpieza excesiva y repetitiva de superficies y evitación de lugares asociados con la presencia de los virus, conductas que se asocian con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Taylor, 2022).

Debido a la importancia de contar con un instrumento que mida el constructo del *Síndrome de Estrés por Coronavirus* Taylor et al., (2020) construyeron cinco escalas que representan los cinco factores que propusieron en su modelo teórico. Se validaron estas cinco escalas mediante estudios con muestras de participantes adultos canadienses y estadounidenses (n=6854). Un análisis factorial exploratorio evaluó la pertenencia de los reactivos a cada escala teórica y se obtuvieron correlaciones con otras escalas que miden la preocupación por la salud (r=.47), xenofobia (r=.23), ansiedad (r=.57) y depresión (r=.48) para la validez convergente y divergente.



Las cinco escalas mostraron estar interrelacionadas y cargan en un solo factor de orden mayor ( $r=.41-.71$ ), mostrando evidencia empírica del Síndrome de Estrés por COVID-19 (Taylor et al., 2020).

Es de resaltarse que el Síndrome de Estrés por el Covid-19 constituye un *desorden de adaptación*, lo cual ayuda a diferenciar a personas que pueden adaptarse a los cambios de la situación pandémica de los que les cuesta trabajo realizar dichas modificaciones en sus hábitos de higiene y aislamiento social (Łaskawiec et al., 2022).

Desde un punto de vista transdiagnóstico, el eje transversal detrás de cada uno de los síntomas enlistados se puede explicar a partir de la evitación experiencial de las emociones desagradables (Barlow, et al. 2017, Stroschal et al., 2012) que ha producido la pandemia de COVID-19, incluyendo la intolerancia a la incertidumbre (Zhuo, et al. 2021).

## La Telepsicología ante la crisis de COVID-19

Durante esta crisis internacional de salud pública, diversos grupos de investigación en el mundo han mostrado la eficacia de intervenciones psicológicas mediante tecnologías de telecomunicación para tratar los problemas de salud mental vinculados al COVID-19. Al buscar respetar la normatividad de distanciamiento social, estos estudios han facilitado un auge en la *telepsicología*.

La telepsicología se ha abierto paso como una nueva modalidad de consejo psicológico o psicoterapia que derriba barreras como la distancia física, tiempo de traslado a las clínicas o institutos de salud mental, costos de la terapia, estigma asociado a ser visto en la sala de espera, entre otros.

Antes de la pandemia de COVID-19 alrededor de 39% de los profesionales de la salud mental habían utilizado alguna vez las tecnologías de telecomunicación para impartir intervenciones psicológicas. Después del inicio de la crisis de salud pública global un 98% reportó haber utilizado estas modalidades para continuar con sus consultas (Sampaio et al., 2020).

De acuerdo con la Asociación Psicológica Estadounidense (APA, 2022), la telepsicología es la impartición de atención psicológica a través de la tecnología de telecomunicación, incluyendo: el teléfono, los dispositivos móviles, la videoconferencia, el correo electrónico, servicios de chat, e Internet (por ejemplo, sitios web de autoayuda, blogs y redes sociales). Hoy en día se identifican tres tipos de modalidades de servicio de telepsicología: sincrónica, asincrónica e híbrida.

La modalidad sincrónica se refiere a la interacción en tiempo real entre el profesional de la salud mental y el/la consultante al compartir audio, video o texto de manera inmediata en la interacción terapéutica (Varker et al., 2019). Los formatos que incluyen la modalidad sincrónica son: llamadas telefónicas, mensajes de texto y videoconferencias. La modalidad asincrónica se refiere a interacción retardada entre consultante-terapeuta (no en tiempo real) y comúnmente se utilizan intervenciones a través de aplicaciones de teléfonos móviles (apps) y mensajes por correo electrónico. Por último, la modalidad híbrida mezcla los componentes sincrónicos y asincrónicos, utilizando videoconferencias o llamadas telefónicas y el uso de aplicaciones de teléfonos inteligentes que contienen información escrita o herramientas interactivas para reforzar lo visto en sesión con el terapeuta.

La telepsicología sincrónica por videoconferencia ha mostrado ser efectiva para el tratamiento de ansiedad (Rees & Melaine, 2015), depresión (Acimo et al. 2016) y estrés postraumático (Choi, et al. 2014). Una revisión sistemática reseña evidencia suficiente para afirmar que los tratamientos psicológicos a través de videoconferencia son igual de efectivos que el tratamiento presencial para los trastornos mentales previamente mencionados (Varker et al., 2019). No obstante, la capacidad de generalización de dichos resultados es moderada, ya que en su mayoría (antes de la pandemia de Coronavirus), esta modalidad se probó en poblaciones específicas.

Otra revisión sistemática documentó la eficacia de la telepsicología en diversos padecimientos psicológicos durante la pandemia de COVID-19 (Hatami et al., 2022). De los doce estudios incluidos en este análisis, once mostraron efectividad confiable en la reducción de malestar psicológico durante la pandemia del nuevo Coronavirus, concluyendo que su efectividad puede ser comparable con las intervenciones psicológicas presenciales.

La telepsicología asincrónica tuvo un gran avance durante la pandemia de COVID-19, este tipo de atención psicológica que se da a través de internet suele ser autogestiva (los participantes interactúan con el programa psicológico a su ritmo y sin la necesidad de un profesional de la salud mental para todos los consultantes) por medio de sitios web o apps que contienen módulos interactivos con textos, videos y herramientas con las cuales las personas ponen en práctica las habilidades socioemocionales para mejorar su salud mental.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones fue la realizada por Wahlund et al. (2020), en la que examinaron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual breve (tres semanas) por internet y autoguiada, para disminuir la preocupación excesiva acerca del COVID-19 en población general sueca (n=670). Los resultados mostraron que el programa en línea disminuyó significativamente la preocupación asociada al COVID-19 en el grupo de intervención con un efecto mediano ( $d=0.74$  [95% CI: 0.58–0.90]).

Como ejemplos de telepsicología sincrónica se encuentra la investigación realizada por el equipo australiano de Bryant et al. (2021), en la cual valoraron la efectividad de una intervención psicológica grupal breve de seis sesiones por videoconferencia para adultos con ansiedad y depresión a causa de la pandemia del COVID-19. Se trató de un ensayo clínico aleatorizado que analizó la efectividad del tratamiento en línea. El estudio mostró que la intervención grupal breve a través de videoconferencia fue efectiva para reducir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés por COVID-19 (CSS) a los dos meses de haber concluido

e incluso que las mejoras se mantenían en un seguimiento a seis meses. El tamaño del efecto de esta intervención para ansiedad ( $d=0.4$  [95% con un intervalo de confianza de, 0.1 a 0.7]) y depresión ( $d=0.4$  [95% con un intervalo de confianza de 0.2 a 0.7]) fue moderada y para el síndrome de estrés por COVID-19 su tamaño fue pequeño.

La intervención por videoconferencia para disminuir síntomas depresivos y la soledad utilizando la plataforma Zoom, es otro ejemplo del uso de la telepsicología sincrónica en tiempos de pandemia. Un estudio documentó que una intervención basada en la terapia Cognitivo-Conductual que mezclaba técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y “mindfulness” (atención plena) redujo eficaz y significativamente sensaciones de soledad en sus participantes, con un efecto estadístico medio (Shapira et al., 2021). Aunque el estudio también mostró reducir la sintomatología depresiva en comparación al grupo en lista de espera, éste tuvo un efecto débil.

## **La Nueva Normalidad del COVID-19 y los estudiantes universitarios**

Aunque aún no se cuenta con una definición académica de “Nueva Normalidad” por la pandemia por Coronavirus, esta etapa de la pandemia se caracterizó por un decremento significativo de casos de contagio, disminución de fallecimientos por COVID-19, aumento en la capacidad hospitalaria y altas tasas de vacunación alrededor del mundo (Manuti et al., 2022); por ende, constituye un periodo de transición de una pandemia a una endemia.

En epidemiología se ha propuesto que una endemia es la fase en la que el ritmo de propagación del virus se vuelve estable, significando que, la proporción con la que las personas se enferman encuentra un balance con la tasa de reproducción del virus (Katzourakis, 2022). Un virus en fase

endémica, sin embargo, no deja de ser una amenaza a la salud de la población general o significa que su capacidad de contagio disminuya.

El relajamiento de las restricciones para prevenir el contagio, las hospitalizaciones y las muertes causadas por COVID-19 ha conducido a esta Nueva Normalidad. Entre sus características destacan: fin del distanciamiento social (cuarentena), levantamiento del uso obligatorio de cubrebocas en espacios cerrados y reapertura de actividades económicas no esenciales y recreativas. El éxito en la readaptación a la vida cotidiana como se conocía es un proceso que dependerá (entre otras variables) de la capacidad de la población de adaptarse a un ambiente que aún tiene elementos de incertidumbre ante un posible pico de contagios.

Sin embargo, no todas las personas han tenido la capacidad para readaptarse a la Nueva Normalidad del COVID-19. Un estudio señala que durante el relajamiento de las restricciones de la pandemia cerca del 25% de las personas mencionó seguir teniendo dificultades para adaptarse a la reducción de las medidas de prevención al contagio de COVID-19, mientras que alrededor del 45% no tuvieron estos problemas (Fineberg et al., 2021). Estos autores proponen un modelo de mediación por variables predictoras que funcionarían como factores de riesgo para dificultar la adaptación (enfermedad mental previa a la pandemia, síntomas obsesivos-compulsivos y rasgos de personalidad obsesivos compulsivos). Este modelo de mediación determinó que enfermedades mentales previas de las personas predijeran dificultades en la adaptación a la Nueva Normalidad. En efecto, personas con trastornos mentales previos o que llevaban lidiando con problemas emocionales desde antes de la pandemia, afrontaron mayores dificultades para readaptarse al relajamiento de las restricciones sanitarias durante los primeros años de la pandemia de COVID-19.

Otros hallazgos también apuntaron a que las personas con un historial de enfermedades mentales previas al inicio de la pandemia incluyendo estudiantes universitarios, quienes fueron particularmente

vulnerables a experimentar malestar emocional durante la pandemia de coronavirus (Manchia et al., 2022).

En el contexto de estudiantes universitarios con malestar psicológico suscitado por la Nueva Normalidad del COVID-19, Zhuo et al., (2021) descubrieron que el nivel de ansiedad y depresión de estudiantes universitarios de la ciudad de Wuhan que retomaron sus clases presenciales, en promedio, su nivel de ansiedad y depresión medidos con el GAD-7 y el PHQ-9 era moderado y bajo (media de ansiedad=11.3, media de depresión=4.8). Estos hallazgos muestran la importancia de medir el malestar emocional que perciben y experimentan los estudiantes universitarios al retomar sus actividades escolares.

También hay evidencia de que la atención psicológica en esta población es efectiva para reducir el malestar emocional ocasionado por la vida postpandemia. Por ejemplo, la intervención basada en la terapia Dialéctica Conductual por videoconferencia para tratar ansiedad y depresión en la fase de adaptación a la nueva normalidad en China (Liang et al., 2021), demostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y experimental. El grupo intervención mostró menores puntajes de ansiedad ( $t=5.651, p<0.001$ ), depresión ( $t=5.047, p<0.001$ ) y estrés ( $t=3.889, p=0.001$ ). Este estudio refuerza la efectividad de estas intervenciones psicológicas para ayudar a los estudiantes universitarios a readaptarse a las clases presenciales y superar los estresores asociados a la Nueva Normalidad.

## Fundamentación del estudio

A pesar de que la mayoría de la población mexicana cuenta con vacunas contra el SARS-COV2 (Comisión Universitaria para la atención de emergencia de Coronavirus, 2021) y se tuvo un retorno gradual y escalonado a actividades académicas, económicas, sociales y culturales; se esperan otros picos de contagio por las variaciones genéticas del SARS-CoV-2. Con esto, se espera que los síntomas de ansiedad, estrés y miedo puedan intensificarse provocando malestar emocional serio en la población.

Dado que México no ha sido inmune al impacto psicológico de la pandemia de COVID-19, se requieren instrumentos psicométricos traducidos y adaptados a la población mexicana para evaluar el estrés y el miedo específicamente relacionados con el Coronavirus. Contar con estos instrumentos que detectan síntomas de estrés y miedo relacionados con la COVID-19 es fundamental para prevenir trastornos de salud mental más importantes, como la depresión y la ansiedad. Estas herramientas pueden utilizarse para detectar a las personas en situación de riesgo y administrar tratamientos oportunos en entornos clínicos y comunitarios.

Aunado a lo anterior, la pandemia de COVID-19 impactó negativamente la salud mental de los estudiantes universitarios, por lo que es fundamental contar con intervenciones psicológicas basadas en evidencia para ayudar a reducir los niveles de malestar emocional que puedan estar experimentando los estudiantes con la transición epidemiológica de la Nueva Normalidad del COVID-19. a.

Es de destacarse que hay evidencia escasa acerca de la efectividad de los tratamientos psicológicos por videoconferencia. Como lo exponen en su revisión sistemática Lamb et al., (2019). Hay evidencia de que las intervenciones psicológicas por teléfono generan buenos resultados en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo, pocos estudios muestran la efectividad de tratamientos por videoconferencia. Así, el presente estudio busca aportar elementos que ayuden a reducir esta laguna en la literatura de investigación y probar si la terapia Cognitiva-

Conductual por videoconferencia es eficaz para tratar problemas de ansiedad relacionados con el coronavirus.

En efecto, se requiere contar con intervenciones psicológicas dirigidas a los estudiantes universitarios ya que enfrentan a diversos problemas emocionales causados por la pandemia de COVID-19. Esto es de suma importancia ya que los problemas emocionales afectan la calidad de vida de las personas y tienen un impacto directo en el desempeño académico de los estudiantes (Cao et al., 2020).

## Método

### Preguntas de Investigación

- ¿Es válida y confiable la versión mexicana de la escala de Estrés al COVID-19 (Taylor, Landry, Paluszek, et al. 2020) para estudiantes universitarios?
- ¿Es válida y confiable la versión mexicana de la escala de Miedo al COVID-19 (Ahorsu, Lin, Imani, et al. 2020) para estudiantes universitarios?
- ¿Cuál es la efectividad de una intervención Cognitiva-Conductual para problemas emocionales (ansiedad y depresión) causados por la adaptación a la Nueva Normalidad de COVID-19 en estudiantes universitarios?

Para responder a las preguntas de investigación, se realizó un estudio en dos fases. La primera fase constó en la traducción, adaptación y validación de las escalas psicométricas de Estrés al COVID-19 (CSS) y Miedo al COVID-19 (FCV-19) para población mexicana universitaria. La segunda fase examinó la efectividad de terapia Cognitiva Conductual transdiagnóstica por videoconferencia para reducir el malestar emocional de los estudiantes universitarios ante la adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19.



## **Fase I: Traducción, adaptación y validación de escalas**

### **Objetivos:**

- Traducir, adaptar, probar validez de constructo, concurrente y confiabilidad (consistencia interna) de la Escala de Estrés al COVID-19 (CSS) en población universitaria mexicana.
- Traducir, adaptar, probar validez de constructo, concurrente y confiabilidad (consistencia interna) de la Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19) en población universitaria mexicana.

### ***Objetivos específicos:***

1. Describir la validez de constructo de la versión mexicana de ambas escalas (CSS y FCV-19) a través de un análisis factorial exploratorio y confirmatorio.
2. Determinar la confiabilidad de la versión mexicana de CSS y FCV-19 a través de mediciones de consistencia interna como confiabilidad compuesta y coeficientes de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald.
3. Determinar la validez concurrente de la versión mexicana de CSS y FCV-19 al correlacionar sus puntajes con sintomatología ansiosa GAD-7 y preguntas relacionadas con el grado de preocupación de riesgo de contagio y mortalidad ante el coronavirus.

### **Participantes**

Por medio de un muestreo por conveniencia, se invitó a participar a estudiantes universitarios de la UNAM con la ayuda de un cartel digital promocionando la encuesta (véase anexo A). Para promover una participación amplia se realizó una rifa de cinco tarjetas de regalo (Netflix, Amazon y Google Play). El cartel digital se difundió mediante las páginas

web oficiales de Facebook<sup>R</sup> de la Facultad de Psicología de la UNAM y en otras facultades de la UNAM.

#### Criterios de inclusión

- Estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Que estuvieran cursando un semestre o año escolar
- Con 18 años cumplidos o más
- Que aceptaran formar parte del estudio en la fase I al firmar el consentimiento informado en línea.

Se recabaron 292 respuestas, los participantes tuvieron edad promedio de 22.42 años (de 18 a 34 años), 68% fueron mujeres y en su mayoría fueron estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM (63.4%). Las demás variables se muestran en la Tabla 1. Todas las personas que respondieron a la encuesta firmaron electrónicamente un consentimiento informado para dar permiso de usar sus respuestas para la presente investigación (véase anexo A).

**Tabla 1***Datos sociodemográficos de la Fase I del estudio*

VARIABLES	Descriptivos (n=292)	%
Edad	M= 22.42 (D.E.=5.2)	
Sexo	Hombre=89	(30.5%)
	Mujer=199	(68.2%)
	No binario=4	(1.3%)
Lugar de Residencia	CDMX= 193	(66.1%)
	Estado de México= 82	(28.1%)
	Otro= 17	(5.8%)
Facultad de la UNAM	Psicología= 185	(63.4%)
	Ciencias= 33	(11.4%)
	FES Iztacala= 14	(4.8%)
	Derecho= 12	(4.1%)
	Facultad de Filosofía y Letras = 8	(2.7%)
	Economía= 7	(2.4%)
	Música= 6	(2.1%)
	Facultad de Ciencias Políticas y Sociales= 5	(1.7%)
	Facultad de Contaduría y Administración= 5	(1.7%)
	Química=4	(1.4%)
	FES Zaragoza= 3	(1.0%)
	FES Cuautitlán= 2	(.7%)
	Arquitectura= 1	(.3%)
	ENALT= 1	(.3%)
	Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia= 1	(.3%)
	FES Acatlán= 1	(.3%)
	Ingeniería= 1	(.3%)
	Medicina= 1	(.3%)
	Odontología= 1	(.3%)
Años de estudios universitarios	1er año= 82	(28.1%)
	2do año= 58	(19.9%)
	3er año= 55	(18.8%)
	4to año= 50	(17.1%)
	5to año= 30	(10.3%)
	Pasante= 17	(5.8%)
Enfermedad Mental	No= 232	(79.5%)
	Sí= 60	(20.5%)
Tratamiento psicológico	No= 241	(82.5%)
	Sí= 49	(16.8%)
	No contestó= 2	(.7%)
Tratamiento psiquiátrico	No= 264	(90.4%)
	Sí= 26	(8.9%)

Enfermedad crónica	No contestó= 2	(.7%)
	No= 281	(96.2%)
	Sí= 11	(3.8%)

---

## Diseño de investigación

Diseño no-experimental, transversal y descriptivo; ya que tiene el objetivo de identificar las propiedades psicométricas de las escalas de CSS-19 y FCV-19. No se manipularon variables experimentales y se recolectó información una vez en el tiempo.

## Procedimiento

Con base en los criterios de cumplimiento para la adaptación del cuestionario de la Comisión Internacional de Evaluación (ITC) de Hernández et al., (2020) se realizó la traducción de los instrumentos de medición de su idioma original (inglés) al español mexicano. Dicha traducción fue realizada por dos traductoras bilingües con una certificación del dominio del idioma inglés de C2, el más alto dominio del idioma (Cambridge, 2022). Se especificó a los traductores quiénes serían los respondientes de dichas escalas y se les pidió que se apegaran al uso del español mexicano.

Posteriormente, el investigador principal realizó una comparación minuciosa de las traducciones y con ayuda de un juez experto con pericia en psicología, se eligieron las traducciones y adaptaciones más adecuadas de cada uno de los reactivos que componen las escalas y sus instrucciones de llenado.

Las escalas de CSS y FCV-19 traducidas y adaptadas al español mexicano se transcribieron para aplicarse vía internet a la población objetivo. A través de la plataforma de Google Forms<sup>R</sup> se creó un cuestionario con las siguientes secciones:

- A. Datos sociodemográficos
- B. Encuesta de Impacto de la Pandemia de COVID-19 sobre la Salud (CRISIS) creado por Nikolaidis et al., (2020):

El cuestionario busca recabar información sobre las variables que pueden impactar la salud física y mental de las personas durante la pandemia de COVID-19. Para el presente estudio se utilizó únicamente la subescala de “Estado de Salud y Exposición al Coronavirus” compuesta por seis preguntas acerca de haberse enfermado de COVID-19; si un familiar ha enfermado o fallecido a causa del virus, días de la semana que han salido de su casa a realizar actividades cotidianas y el propio esquema de vacunación (véase anexo B).

- C. Preguntas asociadas a la percepción de riesgo de contagio, enfermedad grave y muerte por coronavirus:  
Cinco preguntas que evalúan la percepción de peligro de contagio, enfermedad y muerte por coronavirus con una escala de respuesta que va del “nada probable” 1 al 10 “totalmente probable”.
- D. Escala de Miedo al COVID-19
- E. Escalas de Estrés al COVID-19: subescalas de Miedo al Contagio, Estrés Postraumático y Revisión Compulsiva de Síntomas.

## **Resultados**

Para lograr el primer objetivo de esta fase I del estudio, se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC) para probar la validez de constructo de las Escalas de Estrés al Coronavirus (CSS) y Miedo al COVID-19 (FCV-19).

Con respecto a la CSS, primero se implementó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por medio de un análisis de Extracción de Mínimos Cuadrados no Ponderados, en virtud de que los datos no cumplieron con todos los criterios para uso de estadística paramétrica y se utilizó una rotación de Oblimin. La evaluación de la factorabilidad mostró que la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0.88 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ( $\chi^2 = 1171, df = 91, p < 0.001$ ), lo que indica que los datos fueron adecuados para el análisis factorial. La Tabla 2

muestra la varianza explicada de cada reactivo y su error asociado. Se decidió eliminar los reactivos con un error mayor a .70.

El primer factor denominado “Miedo al Contagio” conservó tres reactivos, con varianza explicada de 21.3%. Este primer componente hace referencia al malestar producido al estar en contacto con otras personas y que por esta interacción se perciba un posible contagio por coronavirus.

El factor “Estrés Traumático” (cinco reactivos con varianza explicada de 17.7%) está constituido por reactivos asociados a síntomas de estrés postraumático relacionado con el coronavirus como dificultad para concentrarse, imágenes y pensamientos intrusivos y reacciones físicas de estrés.

Por último, el tercer factor “Revisión Compulsiva de Síntomas” (seis reactivos con varianza explicada de 12.4%) está compuesta por reactivos que describen conductas compulsivas y poco adaptativas de limpieza o revisión corporal de síntomas de un posible contagio de coronavirus (Tabla 3). La varianza total explicada de las tres escalas fue de 51.4%.

**Tabla 2**

*Varianza total explicada y error asociado de cada reactivo del CSS*

Subescala	Reactivo	Varianza explicada	Error
Miedo al Contagio	1. Me preocupa que las personas a mi alrededor me contagien del virus.	.44	.19
	2. Cuando toco algo en lugares públicos (por ejemplo, barandales, manijas) me preocupa contagiarme del virus.	.79	.62
	3. Me preocupa contagiarme si alguien tose o estornuda cerca de mí	.61	.37
	<b>4. Estoy preocupado(a) que pueda infectarme del virus por tocar dinero o usar el cajero automático**.</b>	<b>.96</b>	<b>.93**</b>
	<b>5. Me preocupa contagiarme del virus al recibir cambio después comprar algo en efectivo.**</b>	<b>.84</b>	<b>.88**</b>
	<b>6. Me preocupa que mi correo haya sido contaminado con el virus por los carteros. **</b>	<b>.80</b>	<b>.70**</b>
	7. He tenido problemas para concentrarme porque sigo pensando en el virus.	.79	.63
Estrés traumático	8. Imágenes perturbadoras relacionadas con el virus me vienen a la mente contra mi voluntad.	.76	.58
	<b>9. He tenido problemas para dormir porque me preocupo por el virus.**</b>	<b>.80</b>	<b>.70**</b>
	10. Pienso en el virus, aunque no quiera hacerlo.	.75	.56
	11. Cuando tengo recuerdos acerca del virus, tengo reacciones físicas como: sudoración, aceleración del corazón, temblores, etc	.77	.59
Revisión Compulsiva de Síntomas	12. He tenido pesadillas sobre el virus.	.73	.53
	13. He buscado en internet síntomas y tratamientos del Covid-19	.72	.52
	14. He pedido consejos de profesionales de la salud (médicos o farmacias) acerca del COVID-19.	.62	.38
	15. He visto videos de Youtube acerca del COVID-19	.67	.45
	16. He revisado si mi cuerpo presenta síntomas de infección, (por ejemplo, me he tomado la temperatura, niveles de oxígeno, etc.)	.73	.54
	17. Busco tranquilizarme con mis amigos y familiares acerca del Covid-19.	.50	.25
	18. Reviso publicaciones en redes sociales acerca de COVID-19	.61	.38

**Tabla 3***Cargas de los Factores de CSS*

Reactivos	Factor			Unicidad
	1	2	3	
CSS_Cont3			0.730	0.438
CSS_Cont2			0.845	0.290
CSS_Cont1			0.552	0.566
CSS_Trauma5	0.724			0.461
CSS_Trauma4	0.817			0.369
CSS_Trauma3	0.668			0.445
CSS_Trauma2	0.779			0.416
CSS_Trauma1	0.734			0.378
CSS_Compuls6		0.581		0.608
CSS_Compuls5		0.368		0.763
CSS_Compuls4		0.648		0.468
CSS_Compuls3		0.750		0.502
CSS_Compuls2		0.516		0.639
CSS_Compuls1		0.712		0.467

Posteriormente, se realizó un AFC de las tres subescalas para identificar si se ajustaban a la estructura factorial propuesta por sus autores. Dicho análisis mostró que el modelo se ajusta aceptablemente a los parámetros necesarios ( $\chi^2= 98.2$ ,  $p=0.02$ ; RMSEA=0.05, CFI=0.96).

El mismo procedimiento se realizó para probar la estructura factorial de la escala del Miedo al COVID-19 (FCV-19). Se realizó un AFE con Extracción de Mínimos Cuadrados No Ponderado y una rotación Oblimin por haber encontrado correlaciones significativas y positivas entre todos los reactivos.



Como se observa en la Tabla 4, la estructura factorial de la muestra recabada para la presente investigación formó un factor con una varianza total explicada de 53.4%. La evaluación de la factorabilidad mostró que la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .86 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ( $\chi^2 = 1018, df = 21, p < 0.001$ ), lo que indica que los datos fueron adecuados para el análisis. No se detectó ningún reactivo con un error mayor a .70, por lo que la escala conservó todos sus reactivos como la propusieron sus autores.

**Tabla 4**

*Varianza explicada y error de Miedo al Coronavirus (FCV-19)*

Reactivo	Varianza explicada	Error
1. Tengo mucho miedo del Covid-19.	.75	.57
2. Me hace sentir incómodo(a) pensar en el Covid-19.	.67	.45
3. Me sudan las manos cuando pienso en el Covid-19.	.76	.58
4. Tengo miedo de morir por el Covid-19.	.69	.48
5. Cuando veo noticias o historias sobre el Covid-19 en redes sociales, siento nervios o ansiedad.	.72	.52
6. No puedo dormir por la preocupación de contagiarme de Covid-19.	.72	.52
7. Mi corazón se acelera o late rápido cuando pienso en que puedo contagiarme del Covid-19.	.79	.62

De igual manera, se realizó un AFC de la escala FCV-19. La prueba de ajuste del modelo ( $\chi^2 = 10.6, p = 0.061$ ) indicó que los datos de la muestra de 292 estudiantes universitarios mexicanos se adecuaron a la estructura de un solo factor propuesta por los autores de la prueba psicométrica (véase la Tabla 5), obteniendo puntajes adecuados para su uso en esta población (CFI=0.99, RMSEA=0.061).

Tabla 5 Estructura factorial de FCV-19

	Factor	
	1	Unicidad
FCV19_7	0.798	0.363
FCV19_3	0.772	0.404
FCV19_6	0.734	0.461
FCV19_1	0.729	0.468
FCV19_5	0.714	0.490
FCV19_4	0.693	0.520
FCV19_2	0.666	0.556

Nota. El método de extracción Mínimos cuadrados no ponderados se usó en combinación con una rotación 'Oblimin'. Se muestran los reactivos de mayor a menor peso.

Para valorar la confiabilidad de las escalas CSS y FCV-19, se realizaron análisis con el Alfa de Cronbach, Omega de McDonald y Confiabilidad Compuesta. Para las escalas de estrés al Covid-19 (CSS) se obtuvieron puntajes adecuados de consistencia interna de la escala total ( $\alpha=.88$  y  $\Omega=.89$ ) significando que las correlaciones entre los reactivos eran consistentes entre sí.

De igual manera se calculó la confiabilidad compuesta, que es una medida más exacta de confiabilidad al tomar en consideración la varianza explicada de cada reactivo y su error asociado. La confiabilidad compuesta se calcula a partir la suma de las cargas factoriales al cuadrado dividido entre la sumatoria de los errores de medida y la suma de cargas factoriales al cuadrado. La CSS arrojó una variabilidad compuesta total de .82, mostrando una excelente consistencia interna y confiabilidad. Para los coeficientes de consistencia interna por factor véase la Tabla 6.

**Tabla 6***Coefficientes de Confiabilidad de las subescalas y escala total de CSS*

Subescalas	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	Confiabilidad Compuesta
Miedo a la Contaminación	.78	.79	.80
Estrés Traumático	.87	.85	.83
Revisión compulsiva de síntomas	.80	.80	.85
Escala total	.88	.89	.82

Se realizó el mismo procedimiento para la escala del Miedo al Covid-19 (FCV-19). Se obtuvieron puntajes adecuados que indican que la escala posee una consistencia interna muy aceptable ( $\alpha=.88$  y  $\Omega=.89$ ). De igual manera se calculó la confiabilidad compuesta y se obtuvo un coeficiente de .87, mostrando que la escala cuenta con propiedades confiables para ser aplicada en la población objetivo.

Para cumplir con el tercer objetivo y mostrar la validez convergente de las escalas de CSS y el FCV-19, se correlacionaron los puntajes de estas dos escalas con la escala de ansiedad generalizada GAD-7 y cinco preguntas relacionadas con la susceptibilidad de enfermarse y morir por coronavirus.

La lógica subyacente a examinar la asociación entre la ansiedad generalizada y las dimensiones de las escalas de CSS y FCV-19, es que estos fenómenos están compuestos por diversos síntomas que se superponen con los constructos medidos por la escala de GAD-7. Las relaciones más representativas entre estos fenómenos se encuentran: la preocupación excesiva, que permea diversas áreas de funcionamiento de la persona como reacciones físicas de estrés (dolor muscular, dificultad para respirar, etc.), sensación de intranquilidad y miedo excesivo. Adicionalmente, el estrés relacionado con el coronavirus puede causar que los síntomas se perciban

intensificados si la persona tiene antecedentes de trastorno de ansiedad generalizada.

Las cinco preguntas sobre susceptibilidad de enfermarse o morir por consecuencia del coronavirus reflejan la percepción de la persona de ser especialmente vulnerable ante el virus. Dicha percepción puede afectar su respuesta adaptativa de estrés y propiciar estilos de afrontamiento poco útiles como la evitación, conductas compulsivas o emociones desagradables intensas como miedo, preocupación y ansiedad. Estas cinco preguntas se responden en escala del 1 al 10, donde 10 denota máxima probabilidad de consecuencias negativas asociadas a enfermarse por el coronavirus (véase la Tabla 7).

#### **Tabla 7**

*Preguntas acerca de la percepción de riesgo acerca del Coronavirus.*

---

¿Qué tan probable crees que te puedas contagiar de COVID-19 a pesar de contar con el esquema completo de vacunación?

Si te infectaras de COVID-19 ¿en qué medida te preocupa que te enfermes gravemente?

¿Qué tan probable crees que te puedas contagiar de COVID-19 si una persona no cuenta con el esquema completo de vacunación?

Si cuentas con el esquema completo de vacunación ¿qué tan probable crees que si te contagias de COVID-19 puedas ser hospitalizado?

Si cuentas con el esquema completo de vacunación ¿qué tan probable crees que si te contagias de COVID-19 puedas morir?

---

Se realizaron análisis descriptivos de las puntuaciones totales de las escalas de CSS, FCV-19 y GAD-7 para evaluar las medidas de tendencia central, la distribución de los datos de la muestra y si cumplen con los supuestos de la estadística paramétrica para realizar las correlaciones pertinentes. La tabla 8 muestra estos datos.

**Tabla 8***Medidas de tendencia central de las escalas validadas*

N=292		CSS_Total	FCV19_Total	GAD7_Total
Media		34.4	17.7	8.3
Mediana		34.0	17.0	7.0
Moda		32.0	14.0	5.0
Desviación Estándar		9.6	6.1	5.6
Varianza		91.4	37.4	31.3
Asimetría		0.4	0.3	0.5
Curtosis		0.0	-0.3	-0.6
Rango		53.0	28.0	21.0
Mínimo		14.0	7.0	0.0
Máximo		67.0	35.0	21.0
Percentiles	25	27.0	14.0	4.0
	50	34.0	17.0	7.0
	75	40.0	22.0	12.0

Se computaron correlaciones de Pearson ya que los puntajes totales de las escalas cumplieron con los requisitos de la estadística paramétrica. Como se aprecia en la tabla 9, las correlaciones entre CSS, FCV-19 y GAD-19 fueron positivas y significativas. Entre GAD-7 y CSS se obtuvo una correlación media y significativa  $r=.50$   $p<.001$ , entre GAD-7 y FCV-19 también una correlación media y significativa  $r=.48$   $p<.001$ , y por último, entre CSS y FCV-19 una correlación alta  $r=.68$   $p<.001$ . Esto demuestra que los niveles de miedo, estrés al coronavirus, se asociaban y oscilaban en la misma dirección con la ansiedad generalizada.

**Tabla 9***Matriz de Correlaciones para la validez concurrente*

	<b>GAD7_Total</b>	<b>FCV19_Total</b>	<b>CSS_Total</b>
GAD7_Total	—		
FCV19_Total	0.488 ***	—	
CSS_Total	0.508 ***	0.680 ***	—

Nota 1: Correlaciones positivas

Nota 2: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , una cola.

Se calcularon correlaciones de Spearman entre los puntajes de las escalas CSS, FCV-19 y GAD-7 con las preguntas relacionadas a la percepción de riesgo de contagio, enfermedad y muerte por coronavirus. La matriz de correlaciones muestra correlaciones positivas y significativas con potencia baja a moderada ( $r=.189$  a  $.495$ ,  $p<.001$ ) entre la percepción de riesgo (posible contagio, enfermedad grave, hospitalización y muerte) entre las escalas de FCV-19 y CSS. La correlación más grande ocurrió entre el puntaje total del FCV-19 y las preguntas relacionadas a la percepción de riesgo de enfermar gravemente y morir ante un contagio de COVID-19 a pesar de contar con el esquema de vacunación ( $r=.511$  y  $.495$ ,  $p<.001$  respectivamente). Los cuestionarios traducidos, adaptados y validados de CSS y FCV-19 se muestran en el anexo C.

**Tabla 10***Correlaciones percepción de riesgo de coronavirus con escalas CSS y FCV-19*

	<b>GAD7_Total</b>	<b>FCV19_Total</b>	<b>CSS_Total</b>
Contagio con vacuna	.055	.189**	.198***
Enfermar gravemente	.254***	<b>.511***</b>	.381***
Contagio sin vacuna	.115*	.238***	.238***
Hospitalización	.176***	.443***	.316***
Morir por COVID-19	.217***	<b>.495***</b>	.380***

Nota 1: Todas correlaciones positivas

Nota 2: \* p &lt; .05, \*\* p &lt; .01, \*\*\* p &lt; .001, una cola.

Nota 3: GAD7= Cuestionario de Ansiedad Generalizada, FCV19= Miedo al Covid-19, CSS= Estrés al Covid-19.

## Discusión de la Fase I del estudio

La pandemia de coronavirus ha afectado en gran medida la estabilidad emocional de los estudiantes universitarios. En el contexto universitario, las personas requieren afrontar diversos estresores académicos y sociales que pueden vulnerar su salud mental. Aunado a esto, atravesar la etapa universitaria bajo un contexto pandémico que exige cambios radicales al estilo de vida y de estudio, aumenta los factores de riesgo que ponen en límite la estabilidad emocional de las y los universitarios.

Debido a la nueva etapa epidemiológica denominada “Nueva Normalidad” del Coronavirus se requiere contar con instrumentos psicológicos que logren cuantificar el malestar emocional que puedan experimentar las personas al readaptarse a la vida postpandemia. Esta Nueva normalidad se caracteriza por el retorno a las actividades cotidianas como clases presenciales, reapertura de actividades económicas no esenciales y levantamiento de restricciones sanitarias para la prevención del contagio por SARS-CoV-2 (uso de cubrebocas, sana distancia, etc.).

Es esencial identificar los estudiantes universitarios que están experimentando altos niveles de estrés y miedo al coronavirus porque se ha demostrado que estos dos factores forman gran parte del malestar emocional que experimentaban los alumnos universitarios durante la cuarentena. Se espera que ante un escenario lleno de incertidumbre donde emergen nuevas variantes del virus y los niveles de contagio fluctúan, estos dos factores (miedo y estrés al coronavirus) estén sumamente asociados con el malestar emocional y dificultad para afrontar y readaptarse a las clases presenciales de la universidad.

Con base en los resultados expuestos, las escalas de Estrés al Coronavirus (CSS) y Miedo al COVID-19 mostraron propiedades psicométricas aceptables para su uso en la población universitaria mexicana. Ambas escalas replicaron la estructura factorial propuesta por sus autores, asegurando así su validez de constructo. También las escalas CSS y FCV-19 obtuvieron puntajes adecuados de validez concurrente con sintomatología ansiosa y percepción de alto riesgo ante un posible contagio por Coronavirus. Esto significa que las personas que se creían más vulnerables al coronavirus (creían que podrían enfermarse gravemente, ser hospitalizadas o morir por COVID-19) tenían mayores puntajes en las escalas de FCV-19, CSS y GAD-7. Así, el miedo que produce ser contagiado, las reacciones de estrés que la Nueva normalidad produce están asociadas a síntomas de ansiedad.

Por otra parte, las escalas mencionadas obtuvieron coeficientes de confiabilidad excelentes, lo cual indica que los reactivos que las componen tienen alta consistencia interna y miden sus respectivos constructos adecuadamente.

## **Aportaciones**

El estudio cuenta con varias fortalezas que hacen valiosa la aportación de sus hallazgos en el sector de la salud mental y relacionada a la vida postpandemia del COVID-19. En primer lugar, el estudio aborda una



necesidad importante al proporcionar traducciones al español de dos escalas relevantes: Miedo al COVID-19 y Estrés al COVID-19. Esto amplía el acceso a estas herramientas de evaluación en la comunidad de habla hispana, lo que es fundamental en un contexto global.

Por otro lado, realizar análisis estadísticos que prueben la validez concurrente entre los puntajes de miedo y estrés al COVID-19 con el GAD-7 y la percepción de vulnerabilidad al Coronavirus es una fortaleza importante. Esto proporciona evidencia de la validez de las escalas traducidas para identificar personas que, al percibirse más vulnerables al coronavirus, tienden a experimentar estados emocionales asociados al estrés, miedo y ansiedad. Esto que significa que están midiendo constructos relacionados de manera consistente.

### **Limitaciones**

El estudio presenta limitaciones que son importantes describir. El tamaño de muestra, aunque fue adecuado para realizar los análisis estadísticos necesarios para realizar la validación de la escala, no es suficiente para reflejar la población universitaria en su totalidad. Para esto se necesitaría un número mucho mayor de estudiantes universitarios.

Aunado a esto, el tipo de muestreo que se utilizó en el estudio no permitió que existiera una aleatorización adecuada de los participantes para disminuir el sesgo de la muestra. Como se mostró en la tabla 1, más de la mitad de la muestra eran estudiantes de la facultad de Psicología, lo cual restringe la generalización de los resultados. Para futuras investigaciones, se propone realizar un muestreo probabilístico estratificado, donde se invite a participar aleatoriamente a estudiantes de todas las facultades e institutos de la UNAM en nivel de pregrado. Este tipo de muestro asegura una representatividad de los estudiantes universitarios y una alta generalización de los resultados. En el presente estudio no se pudo realizar dicho muestro ya que éste implica altos costos económicos y de tiempo.

Por último, una limitación importante del estudio radica en la ausencia de puntos de corte clínicos para detectar personas que estén

experimentando niveles desadaptativos de estrés y miedo al COVID-19. El establecimiento de puntos de cortes ha sido un tema complejo, ya que como explicaron Taylor y cols. (2020), el malestar psicológico causado por el Coronavirus es un fenómeno que va fluctuando con el paso del tiempo y que depende de factores contextuales como número de contagios, capacidad hospitalaria, nivel de mortalidad del COVID-19 y la percepción de las personas sobre cómo sus gobiernos o instituciones establecen lineamientos y restricciones para prevenir los contagios.

## **Fase II: Efectividad de una intervención Cognitiva-Conductual para el malestar emocional ante la Nueva Normalidad del COVID-19**

### **Objetivos**

Examinar la efectividad de una intervención psicológica, individual, Cognitiva-Conductual, para disminuir el malestar psicológico (estrés, miedo, ansiedad y depresión asociados al COVID-19) y disminuir las dificultades de adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19.

Objetivos específicos:

- a) Evaluar la efectividad de una intervención psicológica sobre la sintomatología ansiosa y depresiva comparando puntajes de GAD-7, PHQ-9 antes, durante después del tratamiento y en seguimiento.
- b) Evaluar la efectividad de la intervención psicológica sobre los niveles de estrés al coronavirus, miedo al COVID-19 y dificultades en la adaptación a la Nueva Normalidad comparando puntajes de CSS, FCV-19, DANN-C19 pretratamiento y en seguimiento.
- c) Evaluar la aceptabilidad de la terapia cognitivo conductual por videoconferencia a través del cuestionario de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4).

### **Diseño**

Investigación clínica cuantitativa, con lógica experimental intra-sujetos A-B y seguimiento (Sidman, 1960). La fase A o línea base contó con tres mediciones, la fase B o experimental con entre 8 y 12 y fase C seguimiento con 2 mediciones (a un mes y dos meses después del tratamiento). Este diseño es particularmente aplicable a estudios clínicos con las limitantes usuales en escenarios institucionales o para números pequeños de participantes (Graham et al., 2012; Kazdin, 1994, 1998, 2004, 2017, 2021; Parker & Vannest, 2009; Vlaeyen et al., 2020).

## Participantes

Estudiantes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México. Con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes de cualquier licenciatura,
- De la Universidad Nacional Autónoma de México,
- Inscritos y cursando un semestre o año escolar.
- Mayores de 18 años,
- Puntaje de GAD-7 mayor o igual a 10.
- Puntaje de PHQ-9 mayor o igual a 10.
- Puntaje en la Dificultad de Adaptación a la Nueva Normalidad mayor o igual a 4.

Criterios de exclusión:

- Tener conducta suicida activa (según la Columbia Suicidal Severity Rating Scale).
- Cumplir criterios de trastornos psicóticos (Composite International Diagnostic Interview Screening Scales).

Criterios de Eliminación:

- Participantes que deseen abandonar el estudio.
- Participantes que falten tres sesiones sin justificación o sin aviso previo.

Al tratarse de un estudio de corte clínico cuya meta final fue evaluar la eficacia de una intervención, se reclutó a los participantes por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La promoción de la intervención psicológica y del estudio se hizo a través de carteles digitales en los cuales se describía la atención psicológica en línea (Anexo D). Por medio de un código QR se daba acceso electrónico al cuestionario de selección de participantes por medio de Google Forms.

Los carteles digitales se distribuyeron en tres facultades de la UNAM: Psicología, Ciencias y Química.

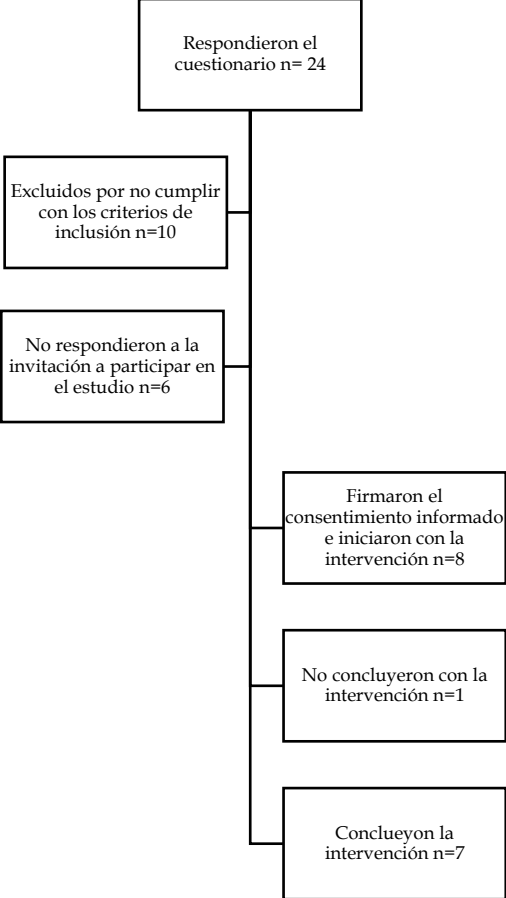
Veinticuatro estudiantes respondieron el cuestionario, de los cuales diez no cumplían los criterios de inclusión (no presentaban dificultades en la adaptación al COVID-19 o no presentaban sintomatología ansiosa o depresiva moderada a grave). Quienes tenían sintomatología ansiosa y depresiva, pero sin problemas para la adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19 se les compartió el cuestionario de detección de riesgos de salud mental de la Dirección General de Atención a la Comunidad (DGACO) para que iniciaran un proceso psicológico en esa dependencia.

A los 14 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión se les envió un correo electrónico invitándoles a participar en el estudio. En dicho correo electrónico se les ofrecía un resumen de la investigación y fechas para agendar una sesión informativa con el investigador principal para explicarles en qué consistía su participación en el estudio, el tipo de terapia psicológica y la modalidad. Seis estudiantes no respondieron a los correos de invitación a pesar de haber recibido dos invitaciones adicionales por correo electrónico.

Ocho estudiantes participaron en la sesión informativa por medio de una videollamada con el investigador principal. Se leyó el consentimiento informado durante la videollamada y se aclararon dudas. Finalmente, los ocho estudiantes firmaron el consentimiento informado (Anexo I) e iniciaron el tratamiento psicológico. La figura 2 muestra el flujograma de reclutamiento de participantes.

**Figura 2**

*Flujograma de reclutamiento*



Como se aprecia en la tabla 11, todas las participantes del estudio fueron mujeres con edad de 20 (rango 18 a 23), la mayoría radica en la Ciudad de México.

**Tabla 11**

*Datos sociodemográficos de las participantes*

ID	Sexo	Edad	Lugar de residencia	Facultad	Semestre
A	Mujer	20	Hidalgo	Ciencias Políticas y Sociales	Sexto
B	Mujer	19	CDMX	Psicología	Cuarto
C	Mujer	23	CDMX	Química	Octavo
D	Mujer	20	CDMX	Química	Tercero
E	Mujer	21	CDMX	Química	Cuarto
F	Mujer	18	Estado de México	Ciencias	Primero
G	Mujer	20	CDMX	Psicología	Cuarto

## **Variables y Medición**

- Variable Independiente: Intervención Cognitivo-Conductual transdiagnóstica, individual y por videoconferencia (a través de la plataforma ZOOM) compuesta por ocho módulos.
- Variables Dependientes:

### 1. Sintomatología Ansiosa:

Emoción que se caracteriza principalmente por la anticipación de una amenaza, catástrofe o desgracia. Se experimenta a través de síntomas somáticos como: sudoración, tensión muscular, disnea y taquicardia. Cognitivamente, la ansiedad incluye pensamientos intrusivos y recurrentes acerca de preocupaciones (APA, 2022). El sentimiento de temor constante puede llegar a ser incapacitante afectando a diversas áreas de funcionamiento de la persona quien la padece (personal, familiar, laboral, escolar, comunitario y social).

En el presente estudio, se midió el nivel de sintomatología ansiosa a través de la **Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)**. Esta escala es un instrumento de tamizaje psiquiátrico que detecta la presencia de síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en contexto clínico y población en general. Cuenta con siete reactivos y un formato de escala Likert con cuatro opciones de respuesta (desde “Nunca” hasta “Casi todos los días”). Se ha traducido y validado al contexto mexicano y cuenta con propiedades psicométricas adecuadas teniendo una sensibilidad de 0.87 y una especificidad de .90 para la detección de síntomas del TAG (Gaitán-Rossi et al., 2021). Sus puntos de corte que identifican la gravedad de la sintomatología ansiosa son: 0-4 mínima, 5-9 leve, 10-14 moderada y 15-21 grave (Anexo F).

## 2. Sintomatología Depresiva

Estado afectivo displacentero, que va desde la infelicidad, hasta un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desesperanza, que interfiere con el funcionamiento en la vida cotidiana de la persona. La sintomatología depresiva se expresa en malestares corporales como: la alteración de los hábitos alimentarios o de sueño, falta de energía o motivación y problemas para concentrarse. Conductualmente, la depresión se puede observar a través del aislamiento de las actividades sociales y la inactivación de la persona ya que pierde interés o placer en hacer cosas que antes disfrutaba realizar (OMS, 2021).

La **Escala de Salud del Paciente (PHQ-9)** evalúa la sintomatología depresiva. La PHQ-9 es un tamizaje de nueve reactivos que sirve para identificar sintomatología depresiva con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV. La escala indaga la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas y tiene una escala de respuesta en formato Likert que va del “nunca” a “casi todos los días”. La puntuación máxima es de 27 puntos, y los puntos de corte establecidos por la investigación de Tadeo-Álvarez, et al. (2019) son: 1-5 leve, 6-10 moderado, 11-15 grave y 17-27 muy grave (Anexo G).



### 3. Estrés al COVID-19:

Malestar psicológico excesivo en respuesta a la pandemia del SARS-CoV-2. Incluye respuestas emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas, que impiden el correcto funcionamiento del individuo en varios aspectos de su vida. (Taylor, et al. 2020, Asmundson & Taylor, 2020). Se asocia con signos y síntomas de nosologías diagnósticas como: el Estrés Postraumático (TEPT) con síntomas similares a la reexperimentación del trauma, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) con conductas compulsivas de seguridad (lavarse las manos, desinfectar superficies, hacerse pruebas de detección del virus) y Trastorno de Ansiedad por Enfermedad, con la interpretación negativa de sensaciones físicas.

Se utilizó la **Escala de Estrés al COVID-19** adaptada a la población mexicana universitaria que evalúa tres de los cinco constructos asociados al Síndrome de Estrés al COVID-19: *Peligro de Contaminación*, *Síntomas de Estrés Postraumático debido al COVID-19* y *Revisión compulsiva de síntomas de infección*. La escala tiene un formato de respuesta Likert con 5 opciones de respuesta que van del “Siempre”, “Muchas veces”, “Algunas veces”, “Raras veces” y “Nunca”. A la fecha no se cuenta con un punto de corte empírico para dichas escalas, por lo que, a mayor puntuación, mayor dificultad para afrontar los estresores relacionados con la pandemia.

### 3. Miedo al COVID-19

El miedo al COVID-19 se puede definir como una respuesta emocional caracterizada por un estado de temor persistente relacionado específicamente a la amenaza percibida del Coronavirus (COVID-19) (Ahorsu et al., 2020). Este miedo puede manifestarse a nivel individual o colectivo y está relacionado con la percepción de riesgo de infección, preocupación por la salud personal y la de los seres queridos, y la incertidumbre asociada a la pandemia.

**Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19):** mide el miedo asociado con la transmisión del virus, la percepción de morbilidad y la mortalidad hacia el

SARS-CoV2 (Ahorsu et al., 2020). Con base en escalas generales de miedo, se diseñó una escala unidimensional con siete reactivos y probaron su validez en población general iraní. Mostró una correcta validez de constructo en el análisis factorial exploratorio con cargas factoriales de los reactivos que iban de .66 a .74, con consistencia interna de .82 (alfa de Cronbach) y validez concurrente con el (HADS) y vulnerabilidad percibida a la enfermedad ( $r=.42$  y  $r=.48$  respectivamente).

## 5. Adaptación a la Nueva Normalidad.

Aunque se carece de una definición académica, se puede describir a la "Nueva Normalidad del COVID-19" como una fase epidemiológica posterior al contagio agudo del Coronavirus, caracterizada por un decremento sostenido en la tasa de mortalidad por el virus, un aumento significativo en la capacidad hospitalaria para atender a pacientes con COVID-19, la disponibilidad generalizada de vacunas efectivas contra la enfermedad de COVID-19 y una relajación gradual y controlada de las restricciones impuestas previamente para evitar el contagio masivo en la población. Esta etapa representa una transición hacia un escenario en el que la sociedad, los sistemas de salud y las políticas públicas han logrado cierto control sobre la propagación del virus. La Nueva Normalidad implica la coexistencia continua del COVID-19 con la implementación de medidas de prevención y respuesta adaptadas a la situación epidemiológica. En este contexto, se busca restablecer, en la medida de lo posible, actividades cotidianas, economía y vida social, al tiempo que se mantienen estrategias de vacunación, monitoreo constante de la salud pública y la capacidad de respuesta hospitalaria.

**La Escala de Dificultades de Adaptación a la Nueva Normalidad de COVID-19 (DANN-C19)** originalmente elaborada por Finerberg et al. (2021) evalúa la capacidad de adaptación al relajamiento de las restricciones impuestas para prevenir el contagio por el SARS-CoV-2. Es un cuestionario de autorreporte con siete preguntas que evalúan manejo del miedo al

contagio, estrés por salir de casa, pensamientos intrusivos acerca de estar contagiado del virus, vulnerabilidad de la salud física, conductas excesivas de desinfección y aislamiento interpersonal una vez designada la fase epidemiológica Nueva normalidad.

La escala carece de un punto de corte empírico, difícil de estimar debido a los cambios en las medidas de protección al virus que dependen de factores temporales. No obstante, los investigadores diferenciaron a personas con facilidad o dificultad para adaptarse a la Nueva Normalidad a partir del puntaje de la primera pregunta. Quienes consideraban tener dificultades en la adaptación a la Nueva Normalidad y respondían “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” se consideraban personas con dificultades para afrontar esta nueva etapa epidemiológica (Anexo H)

#### 6. Satisfacción con el Tratamiento y Terapeuta

La satisfacción del paciente con la intervención se refiere al grado de satisfacción o aprobación que sienten las personas que han recibido servicios de psicoterapia acerca de su experiencia terapéutica. Abarca sus percepciones sobre el terapeuta, el proceso terapéutico y los resultados obtenidos (Attkisson & Zwick, 1982).

**La Escala de Satisfacción con la Terapia y el Terapeuta (ESTT)** es un cuestionario que evalúa el grado de satisfacción del paciente con el proceso terapéutico y su terapeuta (Oei & Shuttlewood, 1999). Esta escala consta de 12 reactivos que se dividen en dos factores: Satisfacción con el tratamiento y Satisfacción con el terapeuta. Los reactivos evalúan la relación terapéutica, progreso percibido, comunicación y colaboración y satisfacción general con el tratamiento y el terapeuta (Anexo I).

La ESTT cuenta con propiedades psicométricas válidas y confiables. La varianza total explicada de 65% del fenómeno y cuenta con una excelente consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach=.90).

## Procedimiento

Los procedimientos clínicos se iniciaron una vez obtenido el consentimiento informado de quienes desearon responder al cuestionario de línea base a través de la plataforma GoogleForms. Este cuestionario contiene preguntas sobre datos sociodemográficos (sexo, edad, lugar donde viven, carrera que cursan), estado de salud respecto al SARS-CoV2 (si ha enfermado a causa del virus, estatus de contagio, severidad de síntomas), estatus de vacunación y las escalas de Estrés al COVID-19, Miedo al COVID-19, Estrés al Coronavirus, GAD-7, PHQ-9 y Escala de adaptación a la Nueva Normalidad.

A quienes cumplieron los criterios de inclusión se les aplicó otro cuestionario en línea: la Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de Ideación Suicida (Al-Halabí, et al., 2016) y el cuestionario de tamizaje de trastornos psicóticos, para descartar a los participantes con estos criterios de exclusión. Solo se detectó un caso de riesgo suicida, por lo que se refirió al servicio de psicología del Centro de Servicios Psicológicos *Guillermo Dávila* y al Departamento de Salud Mental y Psiquiatría de la Facultad de Medicina *Ramón de la Fuente Muñiz* de la UNAM para atención inmediata.

Por correo electrónico se adjuntó el consentimiento informado para ingresar a la investigación y se envió una liga para una videollamada por Zoom a fin de conversar sobre su participación en la investigación, aclarar dudas del consentimiento informado y explicar los beneficios y posibles riesgos de participar. Se hizo énfasis en que su participación era en todo momento voluntaria y en cualquier fase del estudio podían retirarse sin riesgo de represalia alguna

A las siete participantes que firmaron el consentimiento informado y tuvieron la primera reunión con el investigador principal se les admitió al proyecto de investigación, respondieron en total tres veces el cuestionario de línea base para obtener sus mediciones y observar los posibles cambios en los puntajes en los cuestionarios de GAD-7, PHQ-9, FCV-19 y CSS antes de la intervención. El cuestionario de adaptabilidad a la Nueva Normalidad

solo se respondió dos veces: en la primera medición de la línea base y en el segundo seguimiento.

Durante las mediciones de línea base se realizó la entrevista de contacto inicial para recabar la información básica de la consultante (datos sociodemográficos), datos clínicos relacionados con el coronavirus (contagio, enfermedad, síntomas, muerte de algún familiar cercano, etc.), información detallada acerca del motivo de consulta, antecedentes heredofamiliares, composición familiar y objetivos a alcanzar en la intervención. La entrevista de primer contacto tuvo una duración de dos sesiones de 60 minutos, por lo que para la tercera sesión se iniciaba formalmente con el primer módulo de la intervención.

Respecto a las mediciones semanales de GAD-7 y PHQ-9 durante el tratamiento, las participantes resolvían los cuestionarios en línea (a través de Google Forms) 30 minutos antes de su sesión semanal.

Una vez finalizado el tratamiento se realizó dos seguimientos a un mes y dos meses después de la última sesión. Las participantes resolvieron el cuestionario en línea de seguimiento que incluía las escalas de GAD-7, PHQ-9, FCV-19, CSS, y DANN-C19.

### **Aspecto Éticos**

A todos los invitados a participar se les envió el consentimiento informado por medio de correo electrónico. En dicho documento se explicó cómo el estudio se apega a los estándares éticos y de procedimientos de investigación contenidos en: 1. la Ley General de Salud, 2. el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 3. los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, 4. los Principios Éticos de los Psicólogos, 5. El Código de Conducta de la American Psychological Association (APA) y 6. la norma Oficial Mexicana de ejecución de proyectos de investigación en seres humanos NOM-012-SSA3-2012.

La información y base de datos recabados en los cuestionarios en línea aplicados a través de Google Forms, se resguardaron en la computadora del investigador principal bajo contraseña de acceso y tuvieron un respaldo físico (memoria USB) que se resguardó en el laboratorio de medicina conductual de la facultad de Psicología de la UNAM. Así, se salvaguardaron los datos personales, sociodemográficos y clínicos de las participantes del estudio.

### **Intervención Psicológica**

Se implementó una intervención psicológica en línea (a través de la plataforma de videoconferencia Zoom) tomando como referente intervenciones que probaron su efectividad para reducir sintomatología ansiosa y depresiva asociada al Coronavirus (Wahlund et al., 2020, Bryant, et al., 2021 & Shapira et al., 2021).

La intervención también se basó en el Protocolo Unificado (UP) para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2018). Mediante la combinación de principios terapéuticos de terapia cognitivo-conductual y de tercera generación. Este protocolo unificado aborda una variedad de problemas emocionales e incluye componentes medulares como la evitación experiencial, la regulación emocional y flexibilidad cognitiva (Bullis et al., 2014). Según los estudios realizados por Sherman et al., (2018), Schaeuffele et al., (2010) y Reinholt et al., (2021). El UP es útil para tratar trastornos emocionales como la ansiedad, la depresión y otros asociados, tanto en adultos como en adolescentes.

El UP se ha adaptado para aplicarse por medio de internet lo que lo hace más accesible y eficaz. El UP aplicado por internet redujo significativamente síntomas de ansiedad, depresión y aumento la regulación emocional de los estudiantes universitarios (Yan et al., 2022). Estos estudios muestran que el UP puede ser una alternativa de tratamiento flexible y escalable en población universitaria.

La intervención se estructuró de manera modular, con ocho módulos en total. La duración aproximada de cada sesión fue de 60 minutos de

manera semanal. Al tratarse de una intervención modular, flexible y personalizada a las necesidades de las participantes, el número de sesiones fue diferente por cada participante. El mínimo de sesiones fue de ocho y el máximo de once.

Dependiendo de los puntajes de línea base sobre síntomas de depresión de las participantes, se incluía el módulo de “Activación Conductual”.

**Tabla 12**

*Descripción del tratamiento*

Módulo	Objetivos	Herramientas	Número de sesiones
Conceptualización de caso	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se identifican los problemas cognitivos, conductuales, afectivos y contextuales específicos que se abordaron durante la entrevista inicial con la participante.</li> <li>b. El terapeuta y participante acuerdan los objetivos específicos del tratamiento en forma colaborativa.</li> <li>c. Explicación de las estrategias correspondientes para abordar estos problemas.</li> </ul>	Mapa Clínico de patogénesis  Modelo TCC	1
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Explicación del funcionamiento de la terapia cognitiva-conductual, sus postulados principales (conexión entre los pensamientos, sentimientos reacciones físicas y conductas)</li> </ul>	Mitos y realidades del COVID-19	1

	b. Explicación de qué es el virus del SARS-CoV-2, su forma de transmisión, la enfermedad de COVID-19 y las formas de protegerse del virus.		
Manejo de la incertidumbre	<p>a. Identificación de las problemáticas en la vida del consultante que producen malestar emocional como preocupación, ansiedad, miedo y estrés.</p> <p>b. Aprender a diferenciar los eventos que no puede controlar de los que sí.</p> <p>c. Realizar ejercicios de relajación y Mindfulness para disminuir la intensidad, frecuencia y duración de las emociones desagradables suscitadas por situaciones fuera de su control y aumentar su capacidad de tolerarlas y aceptarlas.</p> <p>d. Generar soluciones alcanzables, medibles y observables para problemas que puede controlar y solucionar.</p>	<p>Solución de Problemas</p> <p>Momentos de Preocupación</p> <p>Respiración diafragmática</p>	1-2
Flexibilidad cognitiva	<p>a. Identificar los pensamientos automáticos negativos que surge en diferentes eventos estresantes o desafiantes.</p> <p>b. Comprender la conexión entre los pensamientos, emociones y conductas.</p> <p>c. Identificar los sesgos cognitivos que tiende a recurrir, con el fin de</p>	<p>Diario de pensamientos</p> <p>Lista de sesgos cognitivos</p>	1-2



	corregirlos y de interpretar a la situación de una forma más realista, flexible y saludable.		
Activación Conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar como la inactivación conductual afectan el estado de ánimo e intensifican el malestar emocional.</li> <li>b. Seleccionar actividades de placer, interacción y éxito para realizar durante la semana.</li> <li>c. Comparar su estado de ánimo antes y después de realizar las actividades agendadas.</li> </ul>	Actividades de logro, placer y éxito	1
Evitación experiencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Comprender como los patrones conductuales de evitación exacerban los problemas emocionales.</li> <li>b. Identificar cuáles conductas de evitación recurre la persona al experimentar emociones desagradables.</li> </ul>	Entendiendo nuestras conductas de evitación	1
Exposición Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar, enlistar y jerarquizar situaciones que producen malestar emocional y que tiende a evitar la persona.</li> <li>b. Planificar exposición gradual de situaciones que producen mayor malestar emocional.</li> <li>c. Realizar exposiciones (interoceptiva, in vivo, imaginación guiada) a disparadores internos o externos para incrementar la tolerancia al malestar.</li> </ul>	Escalera del malestar Ejercicios de exposición	2

Prevención de Recaídas	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identificar posibles situaciones que en el futuro puedan representar un desafío.</li> <li>b. Enlistar qué habilidades y herramientas vistas en terapia pueden ayudar a afrontar dichas situaciones.</li> <li>c. Reconocer qué objetivos terapéuticos se alcanzaron y cómo mantener la motivación para lograr objetivos a largo plazo.</li> </ul>	Plan de seguridad	1
------------------------	--	-------------------	---

## Análisis de Datos

Para determinar la significancia estadística de la disminución de los puntajes de las escalas GAD-7, PHQ-9, CSS, FCV-19 y DANN-C19 a través de los tres momentos de medición (pretratamiento, tratamiento y postratamiento), se analizaron de la mediante pruebas de contraste de hipótesis. Primero se obtuvieron análisis de tendencia central (media, mediana, moda, desviación estándar, curtosis y asimetría). Posteriormente, se compararon los puntajes antes, durante y después del tratamiento con un análisis de ANOVA de Friedman y un análisis post hoc Durbin-Conover para determinar si las diferencias entre mediciones fueron estadísticamente significativas e identificar cuál de los tres momentos de recolección de datos (pretratamiento, tratamiento y postratamiento) tuvo los menores puntajes de GAD-7 y PHQ-9. Por último, para los puntajes que sólo se recolectaron en el pretratamiento y postratamiento, se realizaron prueba T de Wilcoxon para muestras relacionadas con el fin de identificar si la disminución de los puntajes de CSS, FCV-19 y DANN-C19 fue estadísticamente significativos.

Para identificar la significancia clínica del tratamiento se utilizó el índice NAP -Non-overlap of All Pairs- (No traslapamiento de todos los pares) propuesto por Parker & Vannest (2009). Este procedimiento toma

como base un análisis visual de las gráficas de líneas (Gráficas 1 a la 7) donde se comparan los puntajes de las participantes entre las tres fases del estudio (línea base, tratamiento y seguimiento). Se utilizó el método descrito por Lenz (2013) "Percentage of All Non-overlapping Data" (PAND) considerado más riguroso para calcular el tamaño del efecto clínico al tomar como punto de referencia el puntaje más bajo de la línea base y no la media. Este método se utiliza especialmente cuando hay fluctuaciones en el puntaje de la línea base.

Para obtener el índice NAP, primero se identificó el menor puntaje en las tres mediciones de la línea base de cada participante para luego comparar cada uno de los puntajes de la fase de tratamiento y seguimiento Vannest & Ninci (2015). Se identifican los no-traslapamientos, empates y traslapamientos, así como el número total de posibles traslapamientos (3 de línea base por el número de mediciones durante tratamiento y seguimiento). Posteriormente, se suman cada no-solapamiento (1 punto) y cada empate (.5). A esta sumatoria se le resta el total de posibles solapamientos y se divide entre el total de posibles solapamientos. Los valores NAP de criterio para considerar el tamaño del efecto de intervención son los siguientes: 0-.65 (débil), .66-.92 (medio) y .93-1 (fuerte).

También se computó el Índice de Cambio Confiable (ICC) de Jacobson & Truax (1991) para determinar la efectividad del tratamiento. El ICC considera los puntajes pre y post tratamiento ( $X_{pre}$ ,  $X_{post}$ ), el punto de corte de los instrumentos de medición (PC) y la diferencia del error estándar entre  $X_{pre}$  y  $X_{post}$ . Para interpretar este índice, los investigadores establecieron que un ICC mayor o igual a 1.96 (si la dirección del cambio clínico es aumentar cierta conducta o experiencia emocional) o inferior o igual a -1.96 (si la dirección del cambio clínico es disminuir cierta conducta o experiencia emocional) para considerar un cambio clínico significativo.

Por último, para el análisis de datos respecto a la satisfacción y la aceptabilidad del tratamiento en línea, se obtuvieron las frecuencias y su respectivo porcentaje de las respuestas de la ESTT.

## Resultados

### Datos clínicos de las participantes

La tabla 13 muestra los datos clínicos de las siete participantes. Cuatro tenían un diagnóstico psiquiátrico formal hecho por un profesional de la salud mental. Estos diagnósticos fueron previos al estudio y solo dos de las cuatro participantes estaban tomando medicamento para tal diagnóstico. Es de destacarse que la mayoría (cinco) había acudido a terapia psicológica con anterioridad por un motivo de consulta distinto al del presente estudio. Dentro de los datos clínicos relevantes, cuatro de las participantes tenían una afección médica, en su mayoría relacionada con problemas gastrointestinales.

**Tabla 13**

*Datos clínicos de las participantes*

ID	Dx. Psiquiátrico	Tratamientos psicológicos previos	Medicación	Padecimiento físico
A	-	Intervención breve (en línea)	-	Colitis Nerviosa
B	Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno de Déficit de Atención	TCC (presencial)	Fluoxetina	Síndrome de Intestino Irritable
C	Trastorno de Ansiedad Generalizada	TCC (en línea)	-	-
D	-	-	-	-
E	Episodio Depresivo Mayor	Sí (no especificada)	-	Ovario Poliquístico
F	-	-	-	-
G	Trastorno de Ansiedad Generalizada	Terapia familiar (presencial)	Fluoxetina Clonazepam	Síndrome de Intestino Irritable

Respecto a los datos sobre Coronavirus (contagio, enfermedad, estatus de vacunación y afectaciones familiares por la pandemia), cinco de las siete participantes se contagiaron de coronavirus, cuatro de ellas

mostrando síntomas leves y la participante “A” fue hospitalizada por secuelas relacionadas al virus. Tres de las participantes enfermaron de COVID-19 antes del estudio y dos durante la investigación. Seis contaban con un esquema de vacunación completo y la participante “A” solo con dos dosis. A consecuencia de la pandemia, dos de las participantes sufrieron pérdidas de familiares cercanos a causa de complicaciones con el COVID-19, mientras que los abuelos de la participante A (con quienes vivía) fueron hospitalizados e intubados, pero sobrevivieron a la enfermedad.

**Tabla 14**

*Datos sobre afectación por el Coronavirus de las participantes*

ID	Contagio por COVID-19	Síntomas	Vacunación contra el SARS-CoV-2	Afectaciones familiares
A	Sí (antes del estudio)	Fiebre, tos, disnea y hospitalización	Dos dosis	Abuelos hospitalizados e intubados
B	Sí (durante el tratamiento)	Flujo nasal y fiebre	Dos dosis y refuerzo	-
C	-	-	Dos dosis y refuerzo	-
D	Sí (antes del estudio)	Tos, flujo nasal y dolor de cuerpo	Dos dosis y refuerzo	Muerte de tía materna
E	Sí (durante línea base)	Tos y fiebre	Dos dosis y refuerzo	Muerte de abuelo paterno
F	Sí (antes del estudio)	Flujo nasal, tos y fiebre	Dos dosis y refuerzo	-
G	-	-	Dos dosis y refuerzo	-

### **Resultados individuales de Ansiedad y Depresión**

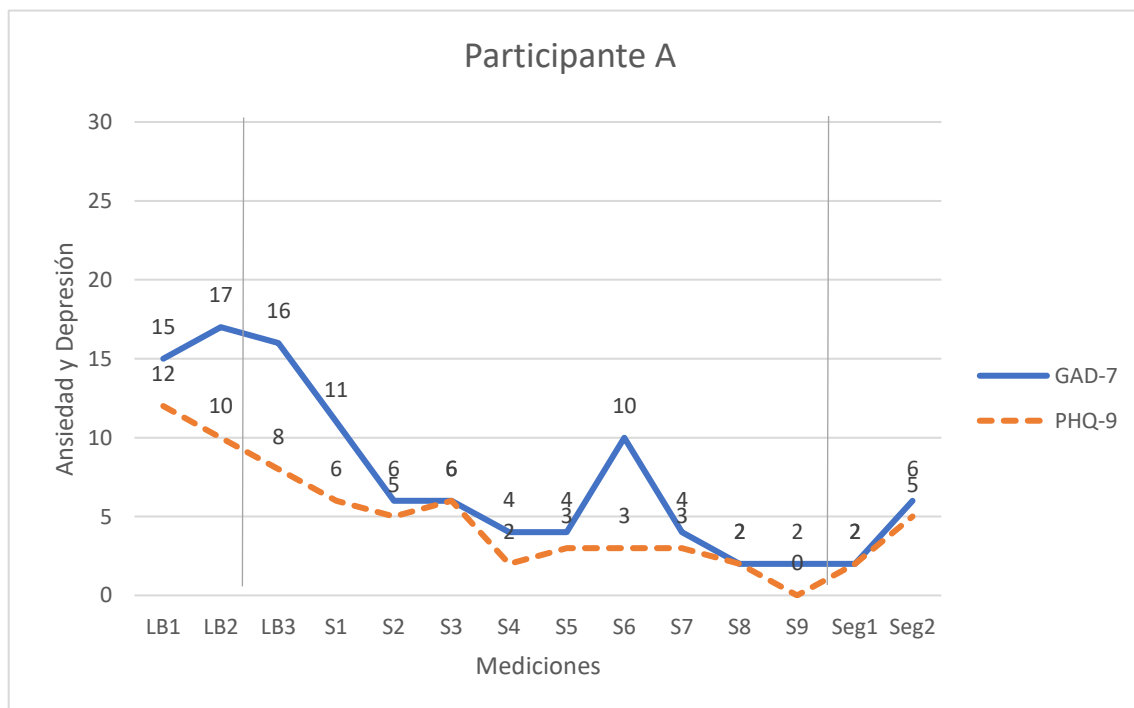
Las figuras 3 a la 9 muestran los cambios en los puntajes de ansiedad del cuestionario GAD-7 (línea azul) y depresión por medio del cuestionario PHQ-9 (línea naranja puntuada) de las participantes a través de la línea

base (LB), intervención (S) y seguimientos (Seg). A continuación, se hará un análisis individual de los siete casos clínicos.

La participante “A” mostró niveles de ansiedad graves y de depresión moderados en la línea base. Como se muestra en la gráfica, los puntajes de GAD-7 fueron disminuyendo a partir de la intervención con un incremento la sesión 6, una semana antes de que se iniciara los ejercicios de exposición a estímulos que le provocaban ansiedad relacionada al contagio por Coronavirus. Esto hace sentido, porque la consultante sufrió eventos traumáticos al inicio de la pandemia: sus abuelos enfermaron gravemente de Coronavirus y fueron hospitalizados con asistencia respiratoria y ella misma se contagió y posteriormente tuvo complicaciones por el virus (bronconeumonía). Por otro lado, los puntajes de PHQ-9 fueron disminuyendo desde la línea base y se aceleró su decremento durante la intervención. En el seguimiento los puntajes de ansiedad y depresión se catalogan con una intensidad leve.

### Gráfica 1.

*Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente A*



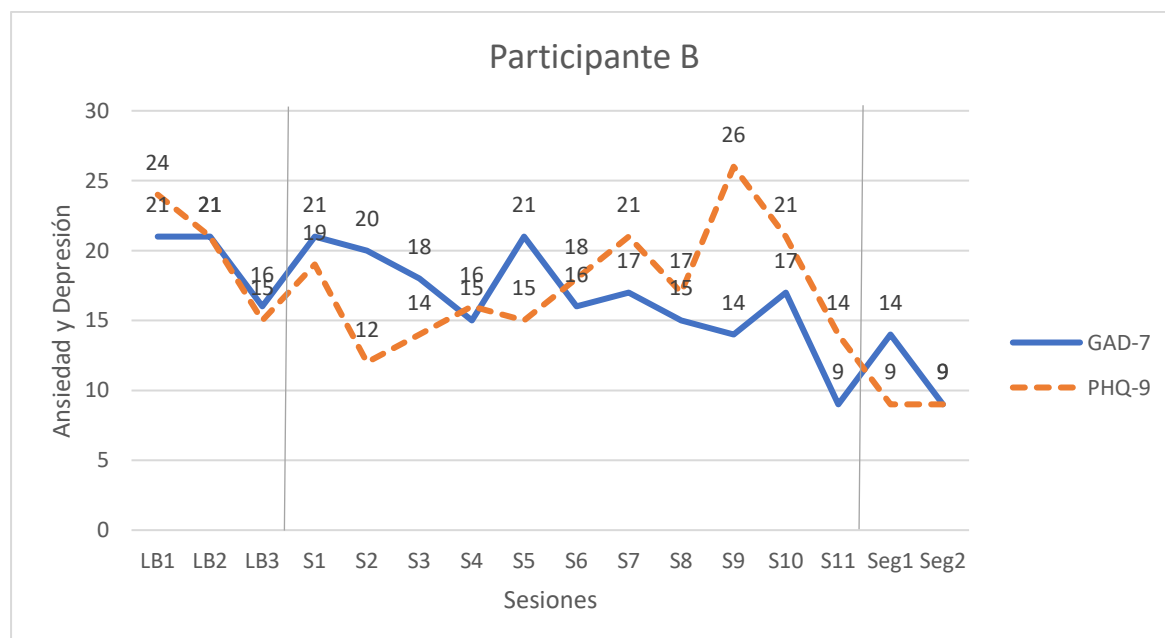
La participante B (gráfica 2) tenía un diagnóstico psiquiátrico formal de Trastorno Límite de la Personalidad y Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, al momento de iniciar el tratamiento se encontraba bajo medicamento psiquiátrico (Fluoxetina). Es de destacarse que la participante, aunque no presentó ideación suicida activa al iniciar su participación en la investigación y en el tratamiento, había tenido un intento suicida seis años antes.

Como se observa en la gráfica 2, en la línea base presentaba puntajes de ansiedad y depresión graves. Estos puntajes fueron fluctuando durante el tratamiento con un pico de síntomas de ansiedad y depresión. El primer pico de depresión se puede explicar porque la participante y su familia enfermaron de coronavirus (sesión 6) y el segundo con mayor intensidad fue ocasionado por una ruptura amorosa (sesión 9).

No obstante, en el seguimiento, los puntajes de ansiedad y depresión disminuyeron a un nivel moderado de malestar a un mes y dos meses de haber terminado la intervención. Este decremento también se pudo deber a que fue referida a un programa de psicoterapia Dialéctico-Conductual.

**Gráfica 2.**

*Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente B*

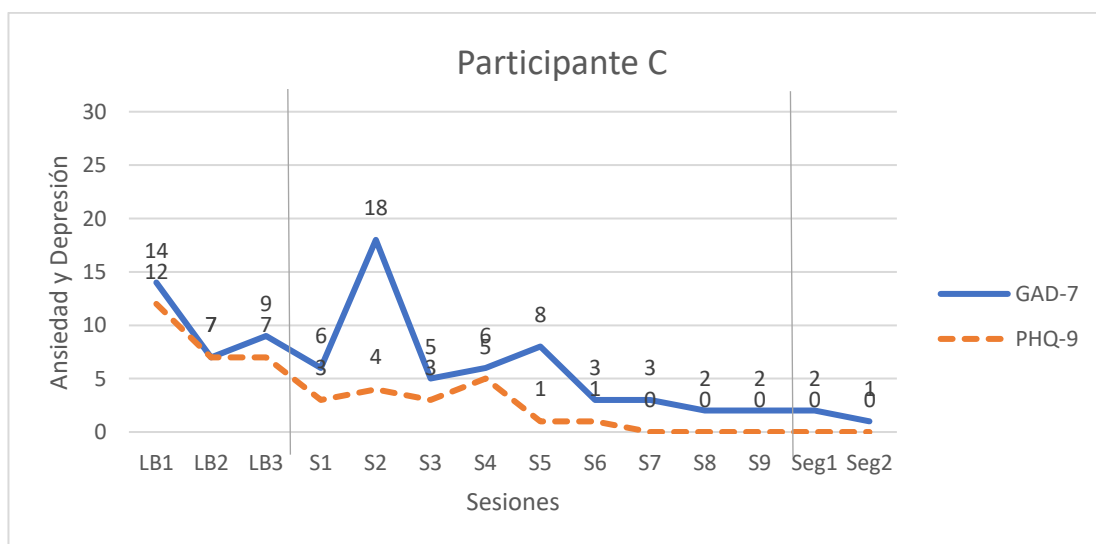


La participante C (gráfica 3) fue diagnosticada antes de iniciar el protocolo con Trastorno de Ansiedad Generalizada (diciembre de 2021) pero al momento de iniciar el tratamiento no estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico refiriendo reacciones adversas al medicamento. Es importante señalar que la participante presentaba varios signos de Trastorno de Ansiedad por la Salud como revisión compulsiva de síntomas físicos (sobre todo reacciones físicas de estrés) y presentaba ataques de pánico.

La participante inició con puntajes moderados de ansiedad y depresión durante la línea base, éstos fueron inestables ya que decrementaron con el paso de tiempo, sin embargo, mostró un pico en sintomatología ansiosa en la segunda sesión (véase gráfica 3). Este incremento súbito de ansiedad se debe a que entre la sesión 1 y 2 la consultante experimentó un ataque de pánico. De igual manera, durante estas sesiones (24 y 30 de mayo de 2022) a nivel nacional se encontraba un incremento exponencial de casos que generó la cuarta ola de contagios en México (julio de 2022). A pesar de estar atravesando esta cuarta ola, los niveles de ansiedad de la participante continuaron disminuyendo hasta el seguimiento.

### Gráfica 3

*Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente C*

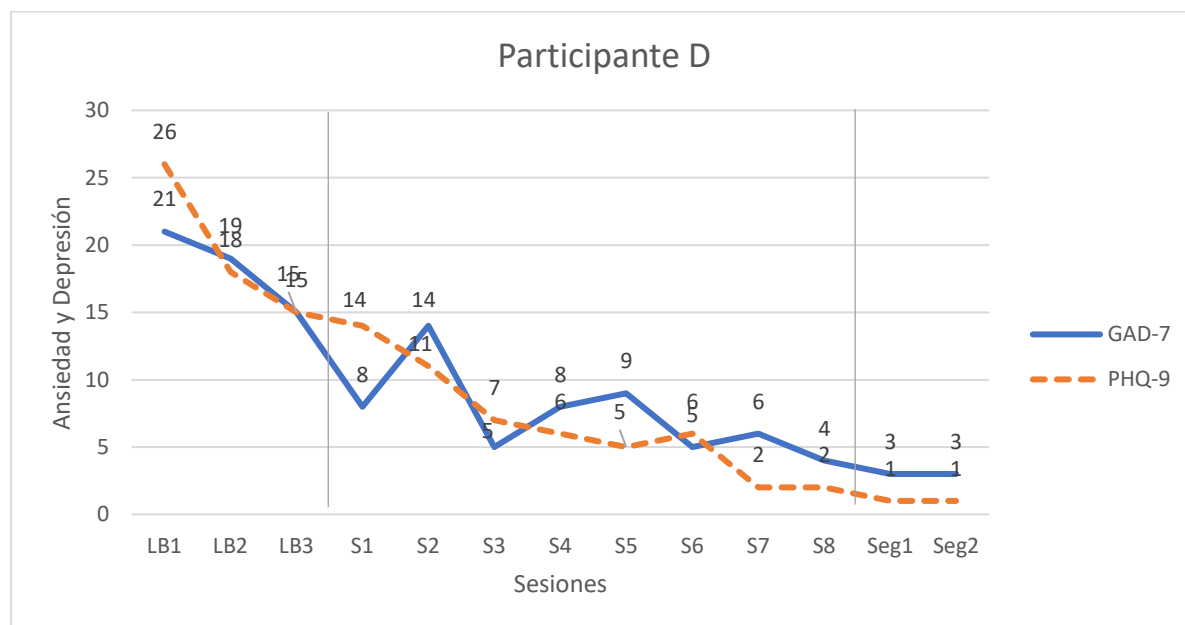




La participante D (gráfica 4) tenía puntuaciones graves de ansiedad y depresión al inicio del estudio. Durante la línea base fueron decreciendo gradualmente, sin embargo, en la fase de intervención, en la sesión dos se puede apreciar un repunte de sintomatología ansiosa. Durante esa semana (19 de julio de 2022) se encontraban el mayor número de casos de la cuarta ola de contagios por COVID-19. No obstante, la sintomatología no alcanzó los niveles de línea base y los siguientes repuntes (sesión 5) fueron menos agudos. Esta participante sufrió grandes afectaciones durante la primera ola de COVID-19 ya que su tía materna (quien era muy cercana) falleció a causa del virus y su madre trabajaba como personal de salud de un hospital público de la CMDX. Aún con estas condiciones, sus niveles de ansiedad a un mes y dos meses de haber concluida la intervención se mantuvieron mínimos.

#### Gráfica 4

*Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente D*



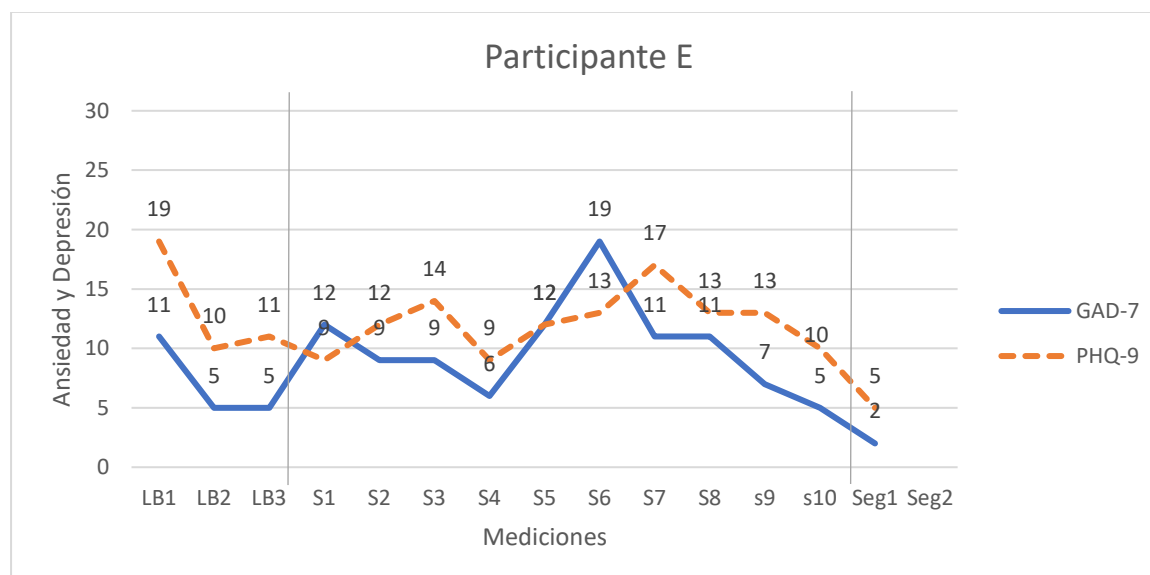
En el caso de la participante E (gráfica 5) sus niveles de depresión durante la línea base fueron de muy grave a moderados mientras que sus niveles de ansiedad iban de moderados a leves.

Antes de iniciar el estudio y durante la cuarentena de COVID-19 fue diagnosticada con un episodio depresivo mayor a causa de la muerte de su abuelo paterno y el aislamiento provocado por la cuarentena. En el primer contacto con la consultante se identificó que el motivo de consulta era trabajar el duelo por la pérdida de su abuelo y cambios repentinos asociados al retorno a clases presenciales (dejar su lugar de origen para mudarse a la CDMX). De igual manera, el estrés académico asociado a sus estudios y la indecisión por cambiar su elección de carrera fueron temas que incrementaban la sintomatología ansiosa y depresiva en la fase de tratamiento.

Aunque hubo fluctuaciones durante el tratamiento, en la fase de seguimiento la participante tuvo puntuaciones de ansiedad y depresión que en niveles mínimos y leves respectivamente. No se pudo recolectar el segundo seguimiento debido a que la participante no respondió a los cuestionarios.

### Gráfica 5

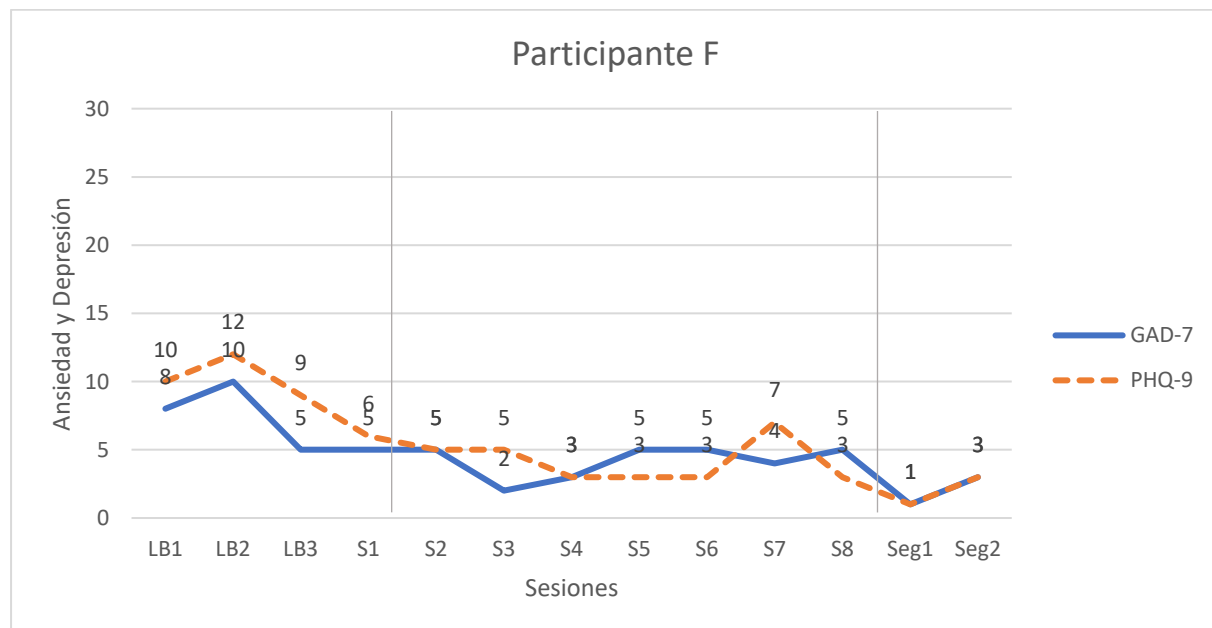
*Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente E*



Los niveles de ansiedad y depresión de la participante F (gráfica 6) durante la línea base fueron moderados. La consultante inició el tratamiento con el objetivo de mejorar sus habilidades sociales que veía mermadas a partir de la cuarentena por COVID-19 ya que al momento que iniciaba con su tratamiento, comenzaba su carrera universitaria. Adicionalmente su situación familiar y económica en casa era difícil ya que sus padres se estaban separando y enfrentaban problemas económicos. La sintomatología depresiva fue decreciendo con un ritmo constante con un pequeño incremento en la sesión 7 debido al final del semestre académico en la universidad. En los dos seguimientos los niveles de ansiedad y depresión se mantuvieron en niveles mínimos.

### Gráfica 6

*Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente F*

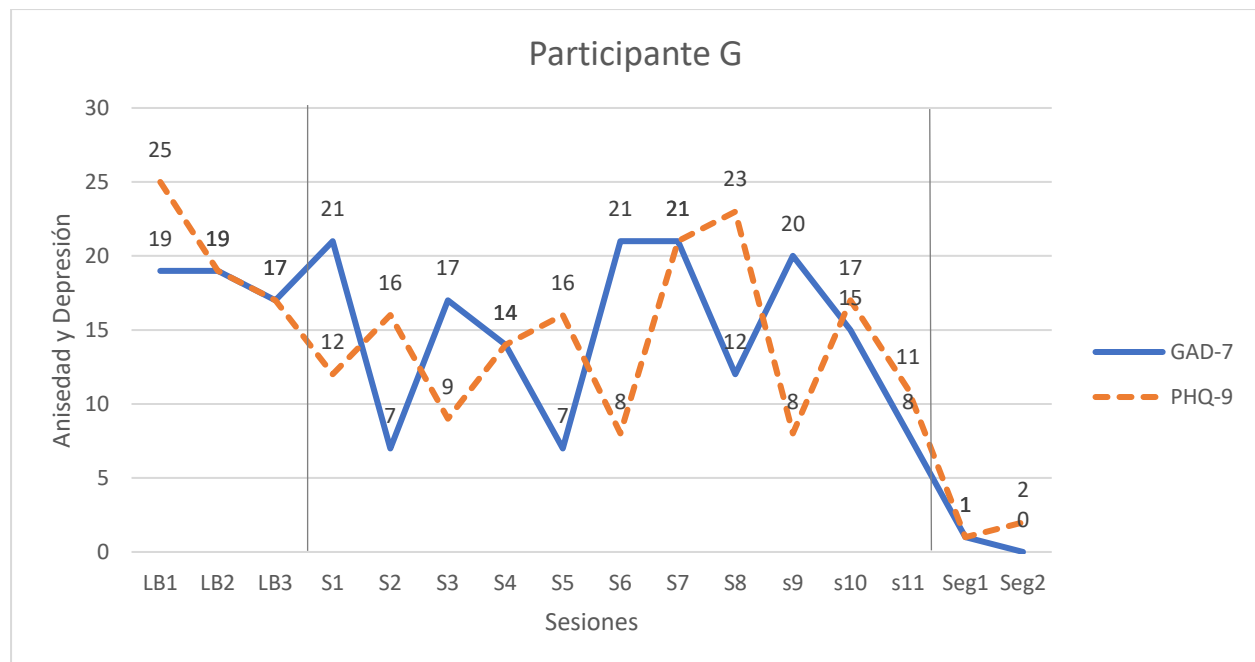


La participante G (gráfica 7) tenía un diagnóstico de Ansiedad Generalizada con ataques de pánico. El contexto familiar de esta participante era sumamente desafiante ya que su madre tuvo un intento de suicidio en febrero de 2022, debido a la separación con el padre de la consultante. Esto afectó gravemente la estabilidad emocional de “G”.

La gráfica muestra niveles muy graves de ansiedad y depresión. A partir del inicio del tratamiento los niveles de malestar fueron fluctuantes, concentrándose en el mayor pico en la sesión 8 y 9 donde se realizaron los ejercicios de exposición. La consultante presentaba conductas de evitación sumamente desadaptativas (evitar transporte público, aulas con muchas personas y reuniones familiares/amistades), por lo que se aplicaron exposiciones in vivo e interoceptivas. Éstas fueron efectivas ya que los síntomas de ansiedad y depresión cayeron súbitamente a niveles mínimos en el seguimiento a un mes y dos meses.

### Gráfica 7

*Puntajes Ansiedad y Depresión de la paciente G*



## Significancia estadística de los resultados de Ansiedad y Depresión

Para identificar si los cambios en los puntajes de ansiedad y depresión entre las fases de tratamiento eran estadísticamente significativos se compararon medidas repetidas a través del estadístico no paramétrico de ANOVA de Friedman. Se considera apropiado este estadístico ya que la muestra es pequeña, no cumple con todos los criterios de la estadística paramétrica y en lugar de comparar las medias de los grupos, compara los rangos de cada medición en el tiempo. La tabla 15 muestra los datos descriptivos (media, mediana, D.E., asimetría y curtosis) de los puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva por cada participante.

**Tabla 15**

*Estadísticos Descriptivos de Sintomatología Ansiosa y Depresiva*

	Pre	GAD-7 Trata- miento	Post	Pre	PHQ-9 Trata- miento	Post
N=7						
Media	13.80	9.21	3.50	14.61	8.57	3.07
Mediana	16	7.4	2	13.3	6.6	2
Desv. Estándar	5.37	4.82	3.69	5.22	6.01	2.90
Asimetría	-.35	.75	2.17	.13	.43	1.18
Curtosis	-2.33	-1.191	5.102	-2.53	-1.64	1.11

Nota 1: GAD-7= Escala de Ansiedad Generalizada, PHQ-9= Escala de Depresión

El análisis estadístico arrojó diferencias significativas entre las tres mediciones en el tiempo (pre-tratamiento-post) de las 7 participantes en sus puntajes de ansiedad ( $\chi^2=12.3$ ,  $p=0.002$ ), determinándose así una reducción estadísticamente significativa en los síntomas ansiedad. Se hizo un análisis post hoc Durbin-Conover y se comprobó que todas las diferencias entre las distribuciones de los rangos eran estadísticamente significativas (véase la Tabla 16).

**Tabla 16**

*Comparaciones Entre Parejas (Durbin-Conover)*

			<b>Estadístico</b>	<b>p</b>
GAD_Pre	-	GAD_trat	3.54	0.004
GAD_Pre	-	GAD_Post	9.19	< .001
GAD_trat	-	GAD_Post	5.66	< .001

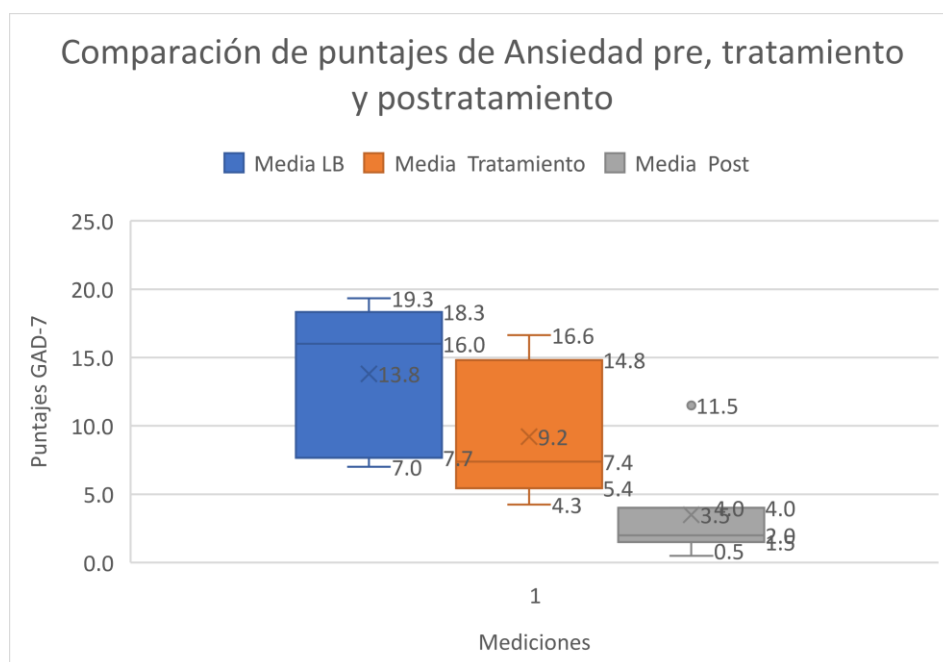
Nota 1: p=significancia estadística

Nota 2: GAD= Ansiedad Generalizada, pre=pretratamiento, trat= tratamiento, post= postratamiento.

En la gráfica de cajas y bigotes (véase la gráfica 8) se muestran las medidas de tendencia central de los puntajes de ansiedad antes, durante y después del tratamiento. Se observan las medias de pretratamiento ( $\bar{x}$ =13.8, máx.=19.3, min=7.0), tratamiento ( $\bar{x}$ =9.2 máx.=16, min=4.4) y seguimiento ( $\bar{x}$ =3.5 máx.=4, min=0.5) con lo que se visualizan las diferencias entre los promedios de ansiedad de las participantes entre cada fase del estudio.

**Gráfica 8**

*Comparación de puntajes de ansiedad entre pre, tratamiento y postratamiento*



Se aplicó el mismo procedimiento estadístico para los puntajes de depresión a través del análisis estadístico no paramétrico de ANOVA de Friedman con análisis post hoc de Durbin-Conover. De igual manera, se corrobora que también las distribuciones de los rangos entre las mediciones pretratamiento, tratamiento y seguimiento son estadísticamente significativas, mostrándose la efectividad del tratamiento para la reducción de la sintomatología depresiva de las participantes ( $\chi^2=12.28, p=0.002$ ). La tabla 17 muestra la comparación entre pares de mediciones en el tiempo (pretratamiento vs. Tratamiento vs. Postratamiento).

**Tabla 17**

*Comparaciones Entre Parejas (Durbin-Conover)*

			Estadístico	p
PHQ_Pre	-	PHQ_Trat	5.66	< .001
PHQ_Pre	-	PHQ_Post	9.19	< .001
PHQ_Trat	-	PHQ_Post	3.54	0.004

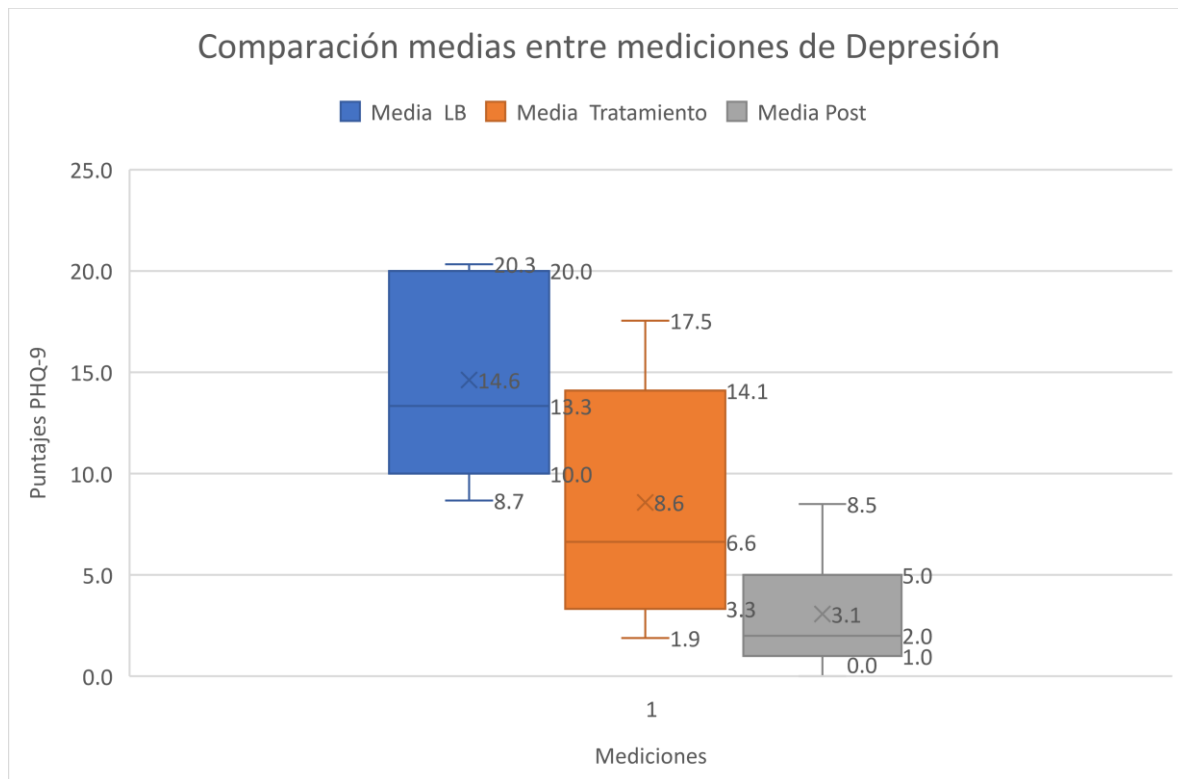
Nota 1: p=significancia estadística

Nota 2: PHQ= Patient Health Questionnaire, pre=pretratamiento, trat= tratamiento, post= postratamiento.

Las gráficas de cajas y bigotes ayudan a visualizar las diferencias entre medidas de tendencia central (véase la gráfica 9). Las medias de depresión a lo largo del tratamiento fueron: pretratamiento ( $\bar{x}=14.6$ , máx.=29.3, min=8.7), tratamiento ( $\bar{x}=8.6$  máx.=17.5, min=1.9) y seguimiento ( $\bar{x}=3.1$  máx.=8.5, min=0.0). Las diferencias entre los promedios de ansiedad obtenidos por las participantes entre cada fase del estudio quedan más comprensibles.

## Gráfica 9

Comparación de puntajes de Depresión entre pre, tratamiento y postratamiento



## Significancia Clínica de Ansiedad y Depresión

La tabla 18 muestra los tamaños del efecto de la intervención para sintomatología ansiosa y depresiva. Para ansiedad, la mayoría de las participantes tuvo un efecto medio (.67 a .91), dos obtuvieron un efecto fuerte y la participante E con efecto débil. Con respecto al tamaño del efecto para la sintomatología depresiva, la mayoría tuvo un efecto fuerte (cuatro participantes) dos con efecto medio y la participante E con efecto débil.



**Tabla 18***Tamaño del Efecto de la Intervención para Ansiedad y Depresión*

Participante	NAP GAD-7	Tamaño del efecto	NAP PHQ-9	Tamaño del efecto
A	1	Fuerte	1	Fuerte
B	0.78	Medio	0.75	Medio
C	0.87	Medio	1	Fuerte
D	1	Fuerte	1	Fuerte
E	0.30	Débil	0.54	Débil
F	0.91	Medio	1	Fuerte
G	0.67	Medio	.88	Medio

Nota 1: NAP=Non-overlap of All Pairs

Nota 2: Efecto débil 0-0.65, efecto medio 0.66-0.92, efecto fuerte 0.93-1

Para calcular el ICC se determinó como punto de corte 10 para la sintomatología ansiosa y depresiva (establecido por Gaitán et al., 2021 y Tadeo Álvarez et al., 2018). A partir de sus niveles de cambio se clasifican los participantes en *recuperados* si la diferencia de Xpre-Xpost es menor o igual al PC y su ICC es menor o igual a -1.96, *mejora* si la diferencia de Xpre-Xpost no es menor o igual al PC, pero su ICC sí es menor o igual a -1.96, *no mejora* aquellos que no cumplen con los dos criterios anteriores y *empeoraron* son los participantes que tienen un ICC que tienen un valor mayor o igual a -1.96. Para calcular el ICC en la presente muestra se consideró la primera evaluación de la línea base como pretratamiento y el último seguimiento como postratamiento.

La tabla 19 muestra los ICC por cada participante con respecto a la sintomatología ansiosa. Las participantes C, D, E, F y G lograron alcanzar puntuaciones de GAD-7 que las ubica en un nivel mínimo de malestar, mientras que para las participantes A y B sus niveles de ansiedad en el seguimiento a dos meses se encontraba en un nivel leve. Mediante el ICC se puede determinar que todas las participantes tuvieron una recuperación respecto a la sintomatología ansiosa, con excepción de la participante F quien tuvo una mejora confiable de su sintomatología ansiosa.

**Tabla 19***Índice de Cambio Confiable para sintomatología Ansiosa*

ID	Xpre	Xpost	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio Clínico
A	15	6	10	cumple	-2.77	Cambio confiable	Recuperacion
B	21	9	10	cumple	-3.69	Cambio confiable	Recuperación
C	14	1	10	cumple	-4.00	Cambio confiable	Recuperacion
D	21	3	10	cumple	-5.54	Cambio confiable	Recuperacion
E	11	2	10	cumple	-2.77	Cambio confiable	Recuperacion
F	8	3	10	cumple	-1.54	No cambio	Mejora
G	19	0	10	cumple	-5.85	Cambio confiable	Recuperacion

Nota: Xpre: Primera línea base del estudio, Xpost: segundo seguimiento del estudio, ICC: Índice de Cambio Confiable.

Se realizó el mismo procedimiento para la sintomatología depresiva en las siete participantes. Como se aprecia en la tabla 20, todas las participantes obtuvieron un puntaje menor al punto de corte establecido por el PHQ-9 situado a la mayoría en sintomatología depresiva mínima (con excepción de la participante B con síntomas depresivos moderados al término del estudio). Todos los ICC demostraron cambios clínicos confiables.

**Tabla 20***Índice de Cambio Confiable para Sintomatología Depresiva*

ID	Xpre	Xpost	PC	Interpretación	ICC	Interpretación	Cambio Clínico
A	12	5	10	cumple	-2.38	Cambio confiable	Recuperacion
B	24	9	10	cumple	-5.10	Cambio confiable	Recuperacion
C	12	0	10	cumple	-4.08	Cambio confiable	Recuperacion
D	26	1	10	cumple	-8.50	Cambio confiable	Recuperacion

E	19	5	10	cumple	-4.76	Cambio confiable	Recuperacion
F	10	3	10	cumple	-2.38	Cambio confiable	Recuperacion
G	25	2	10	cumple	-7.82	Cambio confiable	Recuperacion

Nota: Xpre: Primera línea base del estudio, Xpost: segundo seguimiento del estudio, ICC: Índice de Cambio Confiable.

En la tabla 21 se aprecia la comparación de la gravedad de los puntajes de la línea base (promedio de las tres mediciones) con los puntajes del seguimiento (promedio de las dos mediciones).

Respecto a la ansiedad, cuatro de las siete participantes presentaban síntomas graves y después del tratamiento, todas excepto la participante “B” terminaron con niveles mínimos de ansiedad. Por otro lado, cuatro participantes antes del tratamiento tenían síntomas depresivos muy graves y en el seguimiento, todas excepto la participante B redujeron su sintomatología a leve (el nivel más bajo de esta escala).

**Tabla 21**

*Comparación de gravedad de Ansiedad y Depresión antes y después del tratamiento*

Participante	Gravedad GAD-7		Gravedad PHQ-9	
	Pretratamiento	Postratamiento	Pretratamiento	Postratamiento
A	Grave (16)	Mínima (4)	Grave (12)	Leve (5)
B	Grave (19.3)	Moderada (11.5)	Muy grave (24)	Moderada (9)
C	Moderada (10)	Mínima (1.5)	Grave (12)	Leve (0)
D	Grave (18.3)	Mínima (3)	Muy grave (26)	Leve (1)
E	Leve (7)	Mínima (2)	Muy grave (19)	Leve (5)
F	Leve (7.7)	Mínima (2)	Moderada (10)	Leve (3)
G	Grave (18.3)	Mínima (0.5)	Muy grave (25)	Leve (2)

## **Significancia Estadística de Estrés, Miedo y Desadaptación a la Nueva Normalidad.**

Para determinar la efectividad de la intervención en la reducción de estrés al COVID-19 y Miedo al Coronavirus, se obtuvo el promedio de las puntuaciones en las tres mediciones de línea base para tener una

puntuación general pretratamiento y de las dos puntuaciones de seguimiento para tener una variable postratamiento.

**Tabla 22**

*Puntuaciones por participante de Estrés al COVID-19 y Miedo al COVID-19*

ID	LB1	LB2	LB3	Seg1	Seg2	Media	Media
						pretratamiento	postratameinto
<b>Estrés al Coronavirus (CSS)</b>							
A	49	57	55	40	31	53.7	35.50
B	65	60	57	44	20	60.7	32.00
C	56	44	45	22	26	48.3	24.00
D	52	51	51	19	21	51.3	20.00
E	56	42	45	27	-	47.7	27.00
F	38	37	37	23	21	37.3	22.00
G	50	53	48	24	25	50.3	24.50
<b>Miedo al Coronavirus (FCV-19)</b>							
A	25	27	24	13	13	25.33	13.0
B	32	32	30	20	11	31.33	15.5
C	30	27	29	20	20	28.67	20.0
D	33	26	26	14	19	28.33	16.5
E	18	24	18	19	-	20.00	19.0
F	16	15	14	9	10	15.00	9.5
G	31	33	30	16	10	31.33	13.0

Nota 1: LB= Línea Base, Seg= Seguimiento

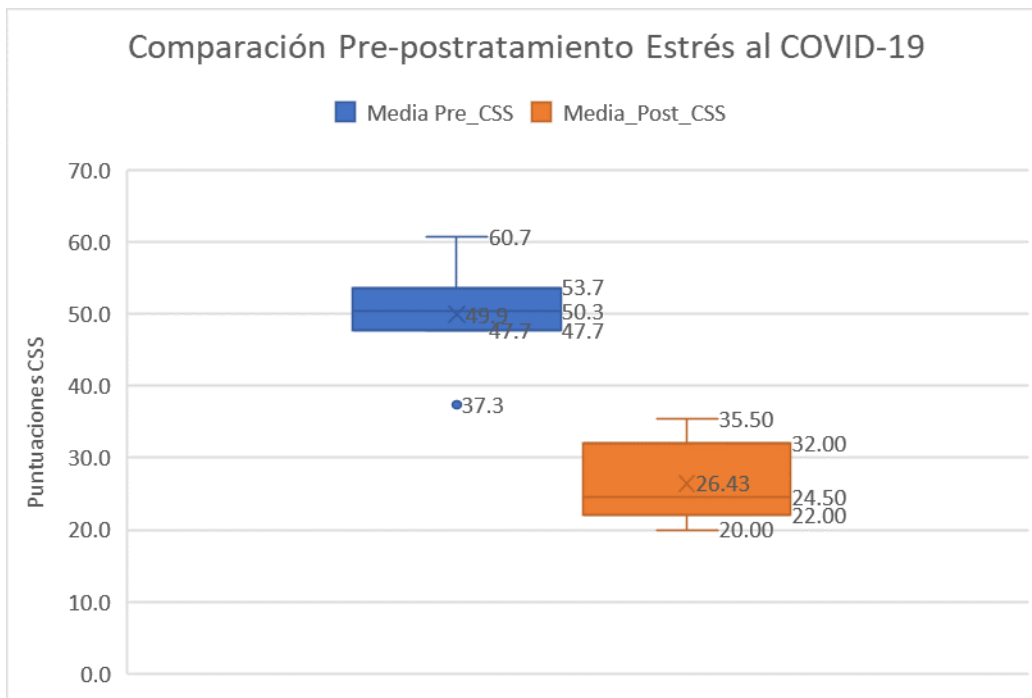
Nota 2: CSS= Escala de Estrés al COVID-19, FCV-10= Escala de Miedo al COVID-19.

Se realizó una comparación de medias de dos grupos relacionados (pretratamiento vs. Postratamiento) de los puntajes de CSS y FCV-19 mediante la prueba estadística no-paramétrica T de Wilcoxon que compara las diferencias entre dos conjuntos de datos relacionados o apareados. La T de Wilcoxon no compara las medias, sino compara la distribución de rangos de los datos.

Se puede concluir que hubo diferencias estadísticamente significativas ( $t=28$ ,  $p=.008$ ), entre los puntajes de Estrés al Coronavirus pretratamiento ( $\bar{x}=49.9$ , D.E.=7.06) y de postratamiento ( $\bar{x}=26.4$ , D.E.=5.54). En el gráfico de caja y bigotes se aprecia los estadísticos descriptivos y la diferencia de las medidas de tendencia central (véase gráfica 10).

## Gráfica 10

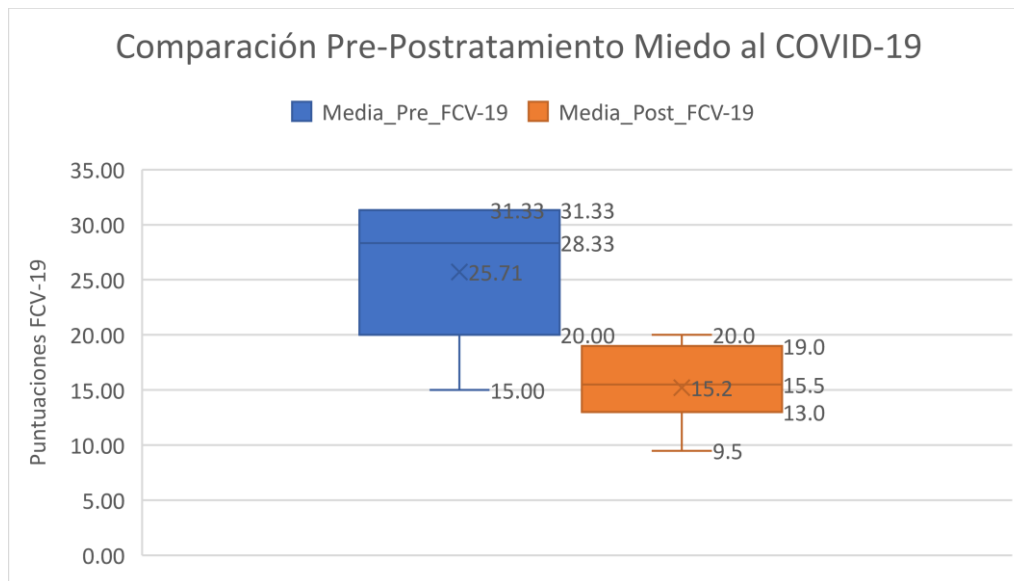
Comparación mediciones pre y postratamiento de puntajes de CSS



De igual manera, se demostró que la medición pretratamiento de miedo al Coronavirus ( $\bar{x}=25.7$ , D.E.=6.14) era significativamente mayor a la medición de postratamiento ( $\bar{x}=15.2$ , D.E.=3.68) significando que la intervención logró una reducción estadísticamente significativa ( $t=4.66$ ,  $p=0.002$ ). En el gráfico 11 se puede observar los estadísticos descriptivos de las mediciones pre y postratamiento de los puntajes de FCV-19.

## Gráfica 11

Comparación mediciones pre y postratamiento de puntajes de FCV-19



Respecto a los niveles de dificultades en la adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19, se aplicó dicha escala dos veces: en la primera medición de la línea base y en el segundo seguimiento del estudio. La tabla 23 muestra los puntajes pretratamiento (primera línea base) y postratamiento (segundo seguimiento) de esta escala.

Tabla 23

*Puntuaciones pre y postratamiento de desadaptación a postpandemia*

ID	Pretratamiento	Postratamiento
A	32	17
B	32	14
C	34	18
D	32	17
E	24	19
F	26	13
G	26	9

Para determinar si hubo reducciones estadísticamente significativas en los puntajes pre y postratamiento de la desadaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19, se obtuvieron los estadísticos descriptivos y al

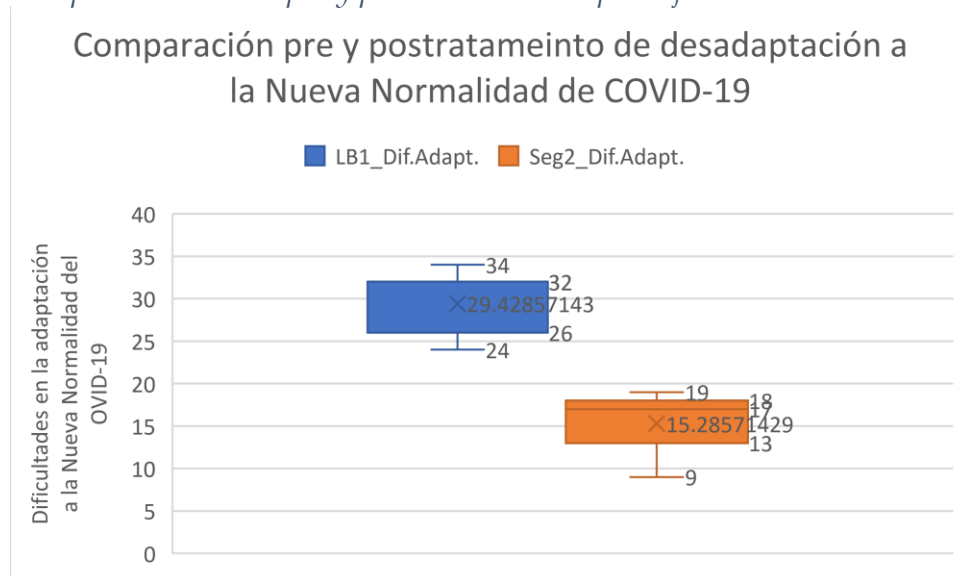
ver que se cumplía con los criterios paramétricos (distribución normal), se realizó la prueba T de Student para la comparación de medias de muestras relacionadas.

Se puede concluir que el efecto de la intervención psicológica generó cambios estadísticamente significativos en la reducción de las dificultades para adaptarse a la Nueva Normalidad del COVID-19 ( $t=8.63$ ,  $p=.001$ ). La media de pretratamiento ( $\bar{x}=29.42$ , D.E.=3.95) fue significativamente mayor que la del postratamiento ( $\bar{x}=15.28$ , D.E.=3.50), demostrándose la reducción efectiva que produjo el tratamiento.

En la gráfica 12 se pueden observar los estadísticos descriptivos de los puntajes pretratamiento vs. Postratamiento respecto a las dificultades en la adaptación a la vida postpandemia.

### Gráfica 12

*Comparación medias pre y postratamiento de puntajes de DANN*



### Significancia Clínica de niveles de Estrés, Miedo y Desadaptación a la Nueva Normalidad.

Para determinar si los cambios en el estrés (CSS), miedo (FCV-19) y dificultades en la adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19 fueron clínicamente significativos, se utilizó el índice de Cambio Confiable (ICC)

Cardiel (1994). El ICC se puede calcular al restar la puntuación obtenido en el postratamiento menos la puntuación del pretratamiento, dividida entre la puntuación del pretratamiento. Los cambios clínicamente significativos se consideran que sean mayor a .20 (en el caso de la direccionalidad de cambio que sea reducir el malestar, que éstos sean menores a  $-.20$ ). Este índice es útil cuando se carece el punto de corte en las escalas psicométricas utilizadas para medir el fenómeno que se pretende modificar a partir de una intervención.

Para calcular los cambios clínicos del estrés, miedo y dificultades ante la Nueva Normalidad del COVID-19, se utilizaron únicamente los datos de la primera línea base (pretratamiento) y los datos del segundo seguimiento a dos meses después de la intervención (postratamiento). En la tabla 24 se muestran los puntajes y la interpretación del ICC.

**Tabla 24**

*Cambio Clínico Objetivo de Estrés, Miedo y Dificultades de Adaptación COVID-19*

ID	CCO	Significancia	CCO	Significancia	CCO	Significancia
	CSS		FCV19		DANN-C19	
A	-0.37	Cambio	-0.48	Cambio	-0.47	Cambio
B	-0.69	Cambio	-0.66	Cambio	-0.56	Cambio
C	-0.54	Cambio	-0.33	Cambio	-0.47	Cambio
D	-0.60	Cambio	-0.48	Cambio	-0.47	Cambio
E	-0.52	Cambio	0.06*	No cambio	-0.21	Cambio
F	-0.45	Cambio	-0.38	Cambio	-0.50	Cambio
G	-0.50	Cambio	-0.68	Cambio	-0.65	Cambio

Nota 1: CCO= Cambio Clínico Objetivo

Nota 2: CSS= Escala de Estrés al COVID-19, FCV-19= Escala de Miedo al COVID-19, DANN-C19= Dificultades en la Adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19

Todas las participantes mostraron reducciones clínicas significativas respecto a sus niveles de estrés, miedo y dificultades para adaptarse a la Nueva Normalidad del COVID-10. La excepción fue la participante E, quien no mostró un cambio clínico significativo respecto al miedo que le producía el Coronavirus (véase tabla 25).



**Tabla 25***Resumen de hallazgos del estudio por variable y participante.*

Participante	ICC GAD-7	NAP GAD- 7	ICC PHQ-9	NAP PHQ- 9	Estrés al COVID- 19 CCO	Miedo al COVID- 19 CCO	Desadaptación a la Nueva Normalidad
A	Recuperación	Fuerte	Recuperación	Fuerte	Cambio	Cambio	Cambio
B	Mejora	Medio	Recuperación	Medio	Cambio	Cambio	Cambio
C	Recuperación	Medio	Recuperación	Fuerte	Cambio	Cambio	Cambio
D	Recuperación	Fuerte	Recuperación	Fuerte	Cambio	Cambio	Cambio
E	Recuperación	Débil	Recuperación	Débil	Cambio	No cambio	Cambio
F	Mejora	Medio	Recuperación	Fuerte	Cambio	Cambio	Cambio
G	Recuperación	Medio	Recuperación	Medio	Cambio	Cambio	Cambio

Nota 1: ICC= Índice de Cambio Confiable

En la tabla 26 se expone los datos clínicos cualitativos relevantes por participante. En resumen, la mayoría de las participantes presentaba conductas de evitación causadas por la necesidad de evitar la experimentación de emociones o sensaciones físicas de estrés relacionadas (en su mayoría) por la posibilidad de contagio por Coronavirus o por el retorno a clases presenciales en la universidad.

De igual manera, un hallazgo cualitativo relevante de este estudio fue que la mayoría de las participantes reportaron dificultades en la interacción social después del confinamiento por la pandemia de COVID-19. Estas dificultades en la interacción social eran provocadas por el miedo al contagio (en algunos casos) y provocaban emociones desagradables como tristeza y soledad.

Al ser una población universitaria el malestar emocional reportado por las participantes giraba en torno al estrés y demanda académica. La procrastinación

fue una problemática recurrente (véase la información reportada de las participantes B, D y E).

**Tabla 26**

*Resumen de hallazgos cualitativos del estudio.*

Participante	Dificultades	Logros
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitación de lugares con muchas personas por miedo de contagiarse de COVID-19</li> <li>• Rumiación de preocupaciones respecto a la salud de sus abuelos.</li> <li>• Aislamiento social debido al miedo al contagio de COVID-19.</li> <li>• No inscribir cursos en la universidad que fueran presenciales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exponerse a situaciones con otras personas (acudir a restaurantes, ir a parques sin cubrebocas, viajar con sus primas y sus parejas)</li> <li>• Usar la respiración diafragmática para regular su ansiedad y rumiación.</li> <li>• Activar redes de apoyo para cuidar de sus abuelos.</li> <li>• Iniciar su servicio social de manera presencial.</li> <li>• Habilidades de aceptación sobre situaciones que no queda dentro de su control (salud de sus abuelos).</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procrastinación en tareas y proyectos de la universidad.</li> <li>• Desregulación emocional intensa (miedo al COVID-19, angustia, tristeza, soledad).</li> <li>• Aislamiento social por anticipar el rechazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular sus emociones a través de ejercicios de mindfulness.</li> <li>• Ser más flexible con sus pensamientos (autoimagen, relaciones interpersonales y académicas).</li> <li>• Disminución de la procrastinación.</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipervigilancia a síntomas físicos que interpreta como enfermedad de COVID-19.</li> <li>• Ataques de pánico por síntomas físicos intensos de estrés.</li> <li>• Evitación de situaciones sociales por miedo al contagio de COVID-19.</li> <li>• Conflictos con su novio ya que no tenía los mismos cuidados que ella para evitar el contagio del virus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor flexibilidad cognitiva respecto a la creencia “soy vulnerable ante las enfermedades”.</li> <li>• Disminución de la rumiación y preocupación excesiva acerca de reacciones fisiológicas de estrés.</li> <li>• Exponerse a actividades sociales (comer en la cafetería de la universidad).</li> <li>• Regular crisis de ansiedad a través de la respiración diafragmática, ejercicios de mindfulness y reestructuración cognitiva.</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar asistir a clases presenciales y lugares de esparcimiento con amistades (restaurantes, cines, bares).</li> <li>• Crisis de angustia durante exámenes de la universidad.</li> <li>• Procrastinación de tareas y horas de estudio por miedo a reprobar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y corrección de conductas de evitación y seguridad.</li> <li>• Regular crisis de ansiedad durante clases y exámenes con la respiración diafragmática e identificación de sesgos atencionales.</li> <li>• Disminución de la procrastinación académica por medio de calendarización</li> </ul>

de actividades de logro y  
autoreforzamiento.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| E | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tristeza profunda respecto a la pérdida de su abuelo, cambio de su lugar de residencia y retorno a clases presenciales.</li><li>• Pensamientos de minusvalía relacionados con su desempeño académico.</li><li>• Rumiación respecto al cambio de carrera universitaria</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Resolución del duelo de su abuelo.</li><li>• Programar actividades de logro, placer y éxito para aumentar su estado de ánimo.</li><li>• Toma de decisión de cambio de licenciatura.</li></ul>  |
| F | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dificultades en la interacción social al ingreso a la vida universitaria (primer semestre de su licenciatura).</li><li>• Enojo, frustración y tristeza respecto al ambiente familiar (separación de sus padres y constantes peleas entre ellos).</li><li>• Aislamiento social.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Interactuar con más personas de sus clases en la universidad.</li><li>• Exponer en público.</li><li>• Regular sus emociones desagradables (frustración y enojo)</li><li>• Expresar su malestar emocional con su red de apoyo.</li></ul>  |
| G | <ul style="list-style-type: none"><li>• Evitación de diversas situaciones sociales (clases presenciales, fiestas con amistades y reuniones familiares) y estímulos relacionados con un posible contagio por COVID-19 (transporte público).</li><li>• Crisis de angustia causadas por la interpretación catastrófica de síntomas de estrés.</li><li>• Preocupación excesiva por la salud física.</li><li>• Conflictos con su madre por conductas de control y manipulación.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar el transporte público, acudir a clases presenciales y socializar con compañeros de clase.</li><li>• Normalizar reacciones físicas de estrés y regularlas mediante ejercicios de relajación y mindfulness.</li><li>• Identificación de pensamientos inflexibles y distorsionados (catastrofización, todo o nada, saltar a conclusiones) lo cual incrementó su flexibilidad cognitiva.</li><li>• Comunicación asertiva con su madre y establecimiento de límites.</li></ul> |

## Satisfacción y Aceptabilidad del tratamiento

Por último, se evaluó la satisfacción con tratamiento a través de la Escala de Satisfacción con el Tratamiento y el Terapeuta (ESTT) de Oei & Shuttlewood (1991) con cuatro preguntas sobre el grado de aceptación de la modalidad de la intervención por videollamada. De las siete participantes cinco lo respondieron.

En resumen, sobre las preguntas concernientes al tratamiento, 4 de las 5 se sintieron completamente satisfechas con como el terapeuta manejo su problema, todas (5) concluyeron que la terapia hizo que las cosas mejoraran para ellas, antes del tratamiento la mayoría (3) se sentía muy mal, apenas lograban hacer frente a las cosas, pero después del tratamiento la mayoría (3) se sienten muy bien o regular con altibajos (2).

Respecto a las preguntas sobre el terapeuta, las cinco concluyeron que el terapeuta *sabía de lo que hablaba*, la mayoría estuvo totalmente de acuerdo con que el terapeuta *fue cálido* (4), *no fue negativo ni crítico* (4), proporcionó una *explicación adecuada del tratamiento* y que parecía *entender lo que estaba sintiendo y pensando la participante* (4).

Respecto a la aceptabilidad del tratamiento en línea, las cinco participantes respondieron que no estaban de acuerdo ni en desacuerdo respecto a la afirmación que la terapia hubiera sido mejor presencial. Más de la mitad (3) consideró que el tratamiento en línea es más efectivo que la terapia presencial. Al identificar barreras durante las sesiones por videollamada, todas identificaron periodos donde se perdía la conexión a internet, tres sentían poca privacidad en el lugar donde tomaban la sesión y dos de ellas tenían distracciones en donde tomaban las sesiones en línea. Sin embargo, las opiniones respecto a si estas dificultades afectaron la efectividad del tratamiento fueron variadas, dos participantes indicaron que no estaban ni de acuerdo ni en desacuerdo, y otras dos participantes estaban desacuerdo y totalmente en desacuerdo con que la efectividad se vio mermada por fallas técnicas en las videollamadas.

Tabla

Datos de satisfacción y aceptabilidad del tratamiento psicológico en línea

N=5						
	Completa mente satisfecha	Muy satisfecha	Bastante satisfecha	Algo satisfecha	Muy insatisfecha	Completa mente insatisfec ha
Satisfacción general con el tratamiento	80% (4)	20% (1)	0%	0%	0%	0%
Percepción de utilidad del tratamiento	Hizo que las cosas mejoraran mucho.	Hizo que las cosas mejoraran algo.	No ha habido cambios	Hizo que las cosas empeoraran un poco	Hizo que las cosas empeoraran bastante	No estoy segura
	100% (5)	0%	0%	0%	0%	0%
Estado emocional antes del tratamiento	Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas.	Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura	Regular tenía mis altibajos	Estaba bastante bien, no tenía problemas graves	Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba	
	60% (4)	20% (2)	0%	0%	0%	
Estado emocional después del tratamiento	Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo	Estoy bastante bien, no tengo problemas graves	Regular tengo mis altibajos	Estoy bastante mal, la vida me resulta a menudo muy dura	Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas	
	20% (1)	40% (2)	40% (2)	0%	0%	
Satisfacción con el terapeuta						
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo	
Conocimiento del terapeuta	100% (5)	0%	0%	0%	0%	
Amabilidad y calidez	80% (4)	20% (1)	0%	0%	0%	
Empatía y validación	80% (4)	20% (1)	0%	0%	0%	

Explicación del tratamiento	80% (4)	20% (1)	0%	0%	0%
Conexión	80% (4)	20% (1)	0%	0%	0%

Aceptación del tratamiento en línea

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo
Tratamiento por internet igual de útil que presencial	0%	60% (3)	40% (2)	0%	0%
Tratamiento hubiera sido mejor presencial	0%	0%	100% (5)	0%	0%
Problemas técnicos durante el tratamiento en línea		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodos en los que se perdía la conexión a internet 100% (5)</li> <li>• Poca Privacidad en el lugar 60% (3)</li> <li>• Distracciones en el entorno 40% (2)</li> </ul>			
Las dificultades afectaron la efectividad	0%	20% (1)	40% (3)	20% (1)	20% (1)

## Discusión

En respuesta a los cambios epidemiológicos de la pandemia de COVID-19, las sociedades y las comunidades han tenido que adaptarse y establecer nuevas pautas de comportamiento, medidas de salud pública y formas de funcionamiento ante el incremento de vacunación de la población general. Esto se conoce como "Nueva normalidad" del COVID-19. Esta nueva realidad conlleva cambios significativos en la vida cotidiana, incluida la forma en que las personas interactúan, trabajan, estudian y se cuidan a sí mismas y a los demás del SARS-CoV-2.

El regreso a clases presenciales en la etapa de la Nueva Normalidad del COVID-19 ha generado desafíos emocionales para ciertos estudiantes universitarios. La ansiedad, depresión, estrés y miedo relacionados al COVID-19 son reacciones emocionales que se suscitaron desde la primera ola de contagios (Cao, et al., 2020; Lancaster & Arango, 2021; Chang et al., 2021) y estos síntomas tuvieron un impacto negativo en la salud mental y en su desempeño académico (Garris & Fleck, 2022; Tasso et al., 2021).

Los estudiantes universitarios se enfrentaron a múltiples cambios en su vida diaria cuando se estableció el retorno a clases presenciales y el levantamiento de restricciones para evitar el contagio, como el uso de mascarillas, aislamiento social, cierre de negocios no fundamentales, etc. (Fineberg et al., 2021). Este cambio repentino que exige una adaptación inmediata a un mundo donde existe el riesgo de contagio, hizo necesaria atención psicológica a los estudiantes universitarios con dificultades emocionales para adaptarse al mundo postpandemia.

Así, la segunda fase del estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención modular cognitiva-conductual por videollamada para reducir sintomatología ansiosa, depresiva, estrés, miedo y dificultades de la adaptación en la fase epidemiológica Nueva Normalidad de COVID-19 en estudiantes universitarios.



Con base en los resultados respecto a la comparación pre y postratamiento de las siete participantes, hubo reducciones estadística y clínicamente significativas en la sintomatología ansiosa, depresiva, estrés al COVID-19, miedo al COVID-19 y dificultades en la adaptación a la Nueva Normalidad. Esto muestra que la intervención fue exitosa para reducir el malestar emocional ocasionado por el retorno a clases presenciales bajo un contexto epidemiológico cambiante con picos de contagio.

Todas las participantes que concluyeron la intervención se vieron favorecidas clínicamente por sus efectos. Los índices de cambio clínico confiable determinaron que las siete participantes tuvieron mejoría significativa en sintomatología de ansiedad y depresión. Los resultados de este estudio se apoyan de otras intervenciones cognitivas-conductuales a distancia (videollamada o por internet) que tuvieron éxito para reducir el malestar emocional relacionado con la adaptación a la Nueva Normalidad (Ling et al., 2021) y durante la cuarentena de COVID-19.

Respecto a la ansiedad, todas menos las participantes B y F tuvieron una remisión de síntomas ansiosos (de acuerdo con la interpretación del ICC) ya que sus puntajes de GAD-7 estaban por debajo del punto de corte (10). Para las participantes B y F, sus ICC indicaron que tuvieron una mejoría en su sintomatología ansiosa. Por otro lado, el índice NAP (más sensible a las variaciones de los puntajes durante las tres fases del estudio) determinó que para la sintomatología ansiosa las participantes A, D y F tuvieron un efecto clínico fuerte, indicando el éxito del tratamiento para remitir la ansiedad generalizada. Tres participantes (B, C y G) obtuvieron un índice NAP con mediano efecto y solo una (participante E) obtuvo un efecto débil.

También, respecto a la sintomatología depresiva, las siete participantes obtuvieron un ICC que indicaba la remisión de estos síntomas. Tomando en cuenta el índice NAP, cuatro participantes (A, C, D y F) obtuvieron un efecto clínico fuerte en la reducción de su sintomatología depresiva, mientras que dos participantes (G y B) un efecto

moderado. Solo la participante E obtuvo un efecto débil respecto a la reducción de su sintomatología depresiva.

Es de destacarse que las participantes B, C, E y G ya presentaban un diagnóstico psiquiátrico antes de iniciar el estudio y fueron las participantes que obtuvieron un tamaño del efecto moderado y débil (mediante el índice NAP). Esto puede deberse a la cronicidad del malestar emocional, ya que se encontraban comorbilidades con otros problemas de salud mental previamente detectados como TLP, TDAH (participante B), duelo complicado (participante E), y problemas familiares graves como intento suicida (G).

Estos hallazgos concuerdan con los de los estudios de Fineberg et al., (2021), Rettie & Daniels (2021) y Alonzi et al., (2020) los cuales reportan que las personas que presentaban problemas para adaptarse a la Nueva Normalidad y que sufrieron mayor malestar durante la cuarentena fueron personas con una enfermedad mental preexistentes a la pandemia del Coronavirus.

Los resultados sobre la efectividad del tratamiento en la reducción de estrés al COVID-19, todas las participantes mostraron un cambio clínico objetivo significativo, demostrándose así, que el tratamiento transdiagnóstico dotó a las participantes de estrategias más adaptativas para afrontar los estresores generados por el Coronavirus. Por ejemplo, en el módulo *Manejo de la Incertidumbre* las participantes adquirieron habilidades de afrontamiento centrado en el problema con la técnica de *Solución de Problema*; en el módulo *Evitación* identificaron sus conductas de evitación y sus consecuencias y en el módulo de *Exposición Emocional* aprendieron a tolerar el malestar emocional; también adquirieron habilidades que fortalecen su flexibilidad psicológica (módulo *Flexibilidad Cognitiva*) como detectar pensamientos sesgados y rígidos para modificarlos por pensamientos más flexibles y saludables respecto a la anticipación del contagio, sus posibles consecuencias, etc.

Paralelamente, la intervención del presente estudio pudo lograr un cambio clínico significativo respecto a los niveles de miedo al COVID-19. Todas las participantes con excepción de la participante E tuvieron un cambio clínico significativo. Aunque el miedo es una respuesta normalmente adaptativa, cuando se vuelve sumamente intenso y bloquea los mecanismos de afrontamiento se convierte en un problema serio (Rosen & Schulkin, 1998). En el contexto del miedo al Coronavirus, altos niveles de miedo se asocian positivamente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Bakioğlu et al., 2021). Los hallazgos de esos autores llevaron a proponer un modelo por el cual si se reduce la incertidumbre se reducen los niveles de miedo al COVID-19, favoreciendo así la salud mental.

Un análisis individual de las participantes del presente estudio se nota que aquellas con un diagnóstico psiquiátrico previo (participantes B, C, E y G) tuvieron los puntajes más altos en sintomatología ansiosa y depresiva. No obstante, todas las participantes se vieron favorecidas por la intervención logrando reducir significativamente su sintomatología ansiosa y depresiva a niveles mínimos a excepción de la participante B.

En especial, se puede observar que los puntajes de ansiedad y depresión de la participante B (quien tenía un diagnóstico de TLP y TDAH) fluctuaban demasiado durante el periodo de tratamiento. De hecho, a pesar de mostrar mejoría clínica significativa, sus puntajes de ansiedad y depresión durante las mediciones de seguimiento tenían una intensidad moderada. Esto puede deberse a la naturaleza del TLP y la comorbilidad con TDAH, ya que incluye una grave desregulación emocional que causa sentimientos de vacío, rechazo y miedo intenso. Esto a su vez provocaba grandes dificultades para completar sus tareas académicas y en el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Las necesidades terapéuticas de la participante iban más allá de los objetivos planteados para la presente investigación, ya que además de tener dificultades para adaptarse a la Nueva Normalidad (miedo a ser contagiada, dificultades al retorno a clases presenciales y sentimientos de aislamiento) ella tenía

episodios de desregulación emocional causados por problemas con las personas con quien se relacionaba amorosamente, sentimientos de vacío crónico y problemas de conducta alimentaria.

Con lo cual, se puede concluir que, aunque fue benéfica la intervención transdiagnóstica enfocada en la reducción de la evitación experiencial, incremento en la regulación emocional y flexibilidad cognitiva relacionada al COVID-19; puede no tener la potencia suficiente para una persona con un diagnóstico de TLP. Se recomienda el plan de tratamiento completo propuesto por Linehan (Linehan, 2015; Stoffers et al., 2012) que además de la terapia individual, incluye terapia grupal donde se practican habilidades de regulación emocional, comunicación y solución de conflictos y “coaching” telefónico en situaciones de crisis.

El caso de la participante “E” también tuvo particularidades. Dicha participante obtuvo efectos débiles en la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva en términos del NAP y no hubo una disminución clínica significativa respecto al miedo al Coronavirus. Esto se puede deber a que la participante presentaba un episodio depresivo mayor causado principalmente por un duelo complicado (fallecimiento reciente de su abuelo) y por el estrés académico e indecisión de cambiar su carrera universitaria. Sin embargo, la atención psicológica logró reducir el estrés que presentaba respecto a un posible contagio y consecuencias catastróficas anticipadas, sin embargo, el malestar emocional de la participante se fue intensificando con el final de semestre y su decisión de dejar la carrera en la facultad de Química y estudiar Contaduría.

Respecto a los resultados cualitativos reportados en el estudio, uno que resulta de particular importancia y que no es muy reportado en la literatura de investigación es el impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 en las habilidades sociales de los estudiantes universitarios. Como se describió con anterioridad, varias participantes reportaron un déficit en sus habilidades sociales al retorno a clases presenciales. Estos resultados también fueron reportados en la investigación realizada por Rashid et al.

(2022). En su estudio se halló que alrededor de la mitad de la muestra de estudiantes universitarios reportó sentir ansiedad social al interactuar de nuevo con personas en clases presenciales. Nervios, tensión, incomodidad fueron emociones reportadas (en su mayoría mujeres) ante la interacción con sus pares y profesores.

Por último, es importante analizar que, en el presente estudio participaron únicamente mujeres. Esto no constituye necesariamente una casualidad, diversos estudios han comprobado que la crisis del Coronavirus afectó desproporcionadamente a sectores específicos de la población en general (Lindert, Jakubauskiene & Johan, 2021). En la revisión de la literatura científica, Powell et al., (2022) siguieron las trayectorias de problemas de salud mental relacionados con la pandemia a lo largo del tiempo y detectaron factores de riesgo muy definidos. Ser mujer joven (entre 16 y 24 años), estudiante universitaria, con enfermedades mentales preexistentes y de un nivel socioeconómico medio-bajo fueron factores de vulnerabilidad a presentar problemas de salud mental durante y después de la pandemia.

Esto probablemente se debe a problemas socioculturales de género y que hacen a las mujeres jóvenes más vulnerables a estresores cotidianos (cuidar de familiares, dependencia económica, violencia de pareja, conflictos familiares, escasez de oportunidades laborales) y encima de esto, tener que afrontar las adversidades que conlleva la pandemia del Coronavirus.

Otra posible explicación respecto al bajo nivel de participantes hombres en el estudio está relacionado con el rol tradicional masculino que influye en gran medida en los comportamientos de búsqueda de ayuda psicológica (Vanheusden et al., 2008). Este rol de género se refiere a las creencias y valores aprendidos a través de las influencias culturales y sociales que promueven la idea de que los hombres deben ser fuertes, competitivos, tener el control y carecer de emociones (Rice et al., 2018). En relación con este último punto, la vulnerabilidad emocional es

negativamente valorada entre los hombres y se asocia directamente con un rasgo femenino. Así, las emociones desagradables como el estrés, la tristeza, el miedo y la ansiedad pueden interpretarse como un signo de debilidad y una fuente de vergüenza (Addis & Mahalik, 2003). Esto hace que los hombres sean reacios a buscar servicios psicológicos.

## Conclusiones

En conclusión, el presente estudio muestra que los instrumentos psicométricos utilizados para medir el estrés, el miedo al COVID-19 son válidos y confiables para su aplicación en la población mexicana universitaria. Estos instrumentos han sido herramientas efectivas para identificar y comprender las dificultades emocionales que han surgido como resultado de la pandemia de Coronavirus.

Se ha confirmado que la intervención cognitiva-conductual transdiagnóstica y modular implementada en este estudio es exitosa en la reducción de síntomas de ansiedad, depresión, estrés, miedo y desadaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19. Esta intervención ha mostrado un tamaño de efecto medio a grande en la mejora de la salud mental de las participantes y ha sido ampliamente aceptada y valorada por ellas.

Es importante destacar que esta investigación es uno de los pocos estudios realizados en Latinoamérica que aborda las problemáticas emocionales que enfrentan los estudiantes universitarios en el contexto de la adaptación a un mundo marcado por la incertidumbre constante provocada por la evolución de la postpandemia de Coronavirus. La necesidad de desarrollar habilidades de aceptación, flexibilidad psicológica y tolerancia a la incertidumbre se ha vuelto esencial en este nuevo entorno, y los resultados de este estudio contribuyen significativamente a la comprensión de cómo abordar estas demandas emocionales en la población estudiantil mexicana. En resumen, esta investigación proporciona evidencia sólida de la eficacia de las intervenciones psicológicas en el contexto de la Nueva Normalidad del COVID-19 y su importancia para promover la salud mental y el bienestar en tiempos de incertidumbre y cambio.

## Aportaciones

Una de las fortalezas del presente estudio fue el uso de un diseño experimental intrasujetos que permitió una implementación rápida del tratamiento para la población objetivo (estudiantes universitarios). Estudios como los ensayos clínicos aleatorizados requieren números grandes de participantes que comparan dos o más grupos y toman usualmente más tiempo para su instrumentación.

Los estudios intrasujetos son válidos y confiables al evaluar la efectividad de la intervención con pocos participantes, ya que cada participante en la línea base sirve como su propia comparación y demuestra la efectividad del tratamiento sobre variables dependientes (Graham et al., 2012; Kazdin, 1994, 1998, 2004, 2017, 2021; Parker & Vannest, 2009; Vlaeyen et al., 2020). De igual manera, los estudios intrasujetos son flexibles y permiten evaluar cómo, a las variables dependientes (en este caso, malestar emocional) las afectan variables contextuales como la cuarta ola de contagios de COVID-19 y ver su efecto real e inmediato en los participantes.

Contar con la aceptación y grado de satisfacción del tratamiento psicológico por videoconferencia es otra fortaleza del estudio. Las participantes evaluaron positivamente el tratamiento y sus opiniones respecto a la modalidad por videoconferencia indican ser una opción viable para la población objetivo. Se identificaron las barreras percibidas o problemas específicos que los pacientes habían experimentado durante el tratamiento (pérdidas de conexión de internet, falta de privacidad y distracciones en su entorno al momento de las sesiones. Esto proporciona información valiosa para mejorar la calidad de la atención a distancia y abordar los obstáculos señalados.



## Limitaciones y recomendaciones para estudios futuros

No obstante, el presente estudio tiene algunas limitaciones, diversas investigaciones han identificado que la tolerancia a la incertidumbre es un factor transdiagnóstico subyacente a los trastornos de ansiedad (Strout et al., 2018). La tolerancia a la incertidumbre se puede definir como la capacidad del individuo para aceptar o manejar situaciones, estímulos o información caracterizados por la ambigüedad, complejidad y la falta de información completa. Esta habilidad implica la capacidad de tolerar el malestar, la ansiedad o la angustia que puede evocar la incertidumbre (Hillen, et al., 2017). La habilidad de las personas de tolerar la incertidumbre influirá en la forma en cómo responden y afrontan la situación estresante (Einstein, 2014). Es decir, las personas que tienen una alta tolerancia a la incertidumbre suelen sentirse más cómodas en situaciones en las que el resultado es incierto, mientras que las personas con una baja tolerancia pueden sentirse más ansiosas o tener dificultades para tomar decisiones en estas situaciones.

Aunque hubo un módulo orientado a enseñarle a las participantes cómo manejar la incertidumbre, no se incluyeron escalas de autorreporte que permitiera evaluar el nivel de tolerancia a la incertidumbre antes y después del tratamiento. Esto representa una limitación ya que Rettie & Daniel (2021) mostraron que la poca tolerancia a la incertidumbre predice el malestar emocional (ansiedad, depresión y ansiedad por la salud) ocasionado por el Coronavirus estaba y el uso de estilos de afrontamiento poco adaptativos. Se recomienda en futuras investigaciones incluir mediciones válidas y confiables para medir dicho constructo. Una de las opciones viables es la Escala de Tolerancia a la Incertidumbre creada por Buhr & Dugas (2002) con traducción al español (González Rodríguez et al., 2006) pero sin una adaptación o validación en población mexicana.

No contar con registros conductuales es otra posible limitación. Los registros conductuales de comportamientos objetivo proporcionan datos

más fidedignos del efecto clínico real en la vida de los participantes. Conviene contar con registros conductuales para evaluar su frecuencia de aparición, intensidad o latencia fortalece la validez interna del estudio. Aunque en la presente investigación existen datos cualitativos de conductas que indican un cambio clínico evidente (uso de transporte público, asistencia a clases presenciales, ir a fiestas o reuniones familiares, etc.) no era viable un registro de manera para evaluar los efectos del tratamiento sobre conductas específicas operacionalizadas.

Se recomienda en futuras investigaciones registrar conductas asociadas al miedo, estrés o indicadores de inadaptabilidad a la Nueva normalidad del Coronavirus. Un ejemplo de estos indicadores podría ser la frecuencia de conductas de hipervigilancia a posibles síntomas del coronavirus (tomarse la temperatura, medir niveles de oxigenación, entre otras), higiene excesiva de manos (uso excesivo de gel antibacterial, toallas húmedas o limpieza de manos) o evitación de lugares concurridos.

## Referencias

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American Psychologist*, 58(1), 5–14. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Ahorsu, D.K., Lin, CY., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M.D., y Pakpour, A.H. (2020) The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction* DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Al-Halabí S, et al. (2016) Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Alonzi, S., La Torre, A., Silverstein, M.W. (2020) The psychological impact of preexisting mental and physical health conditions during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*, 12(S1):S236-S238. doi:10.1037/tra0000840
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and program planning*, 5(3), 233-237.
- Asociación Psicológica Americana (2022) Guidelines for the practice of telepsychology. Recuperado el 14 de febrero de 2022. <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bakioğlu, Korkmaz & Ercan (2021) Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, pp. 2369-2382. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00331-y>
- Barlow, D., Curreri, A., & Woodard, L. (2021). Neuroticism and disorders of emotion: a new synthesis. *Current Directions in Psychological Science*, 30(5), 410-417. <https://doi.org/10.1177/09637214211030253>
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Sauer-Zavala, S., Murray, H., Ellard, K.K., Burris, J.R., Bently, K.H., Boettcher, H.T. & Cassiello-Robbins, C. (2018) Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (2<sup>nd</sup> Edition). Oxford University Press.

- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 351–364). Wiley Blackwell. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Bryant, R.A., Dawson, K.S., Keyana, D., Azevedo, S., Yadava, S., Trana, J., Rawson, N. & Harvey, S. (2021) Effectiveness of a Videoconferencing-Delivered Psychological Intervention for Mental Health Problems during COVID-19: A Proof-of-Concept Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. DOI: 10.1159/000520283
- Bullis, J., Fortune, M., Farchione, T., & Barlow, D. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920-1927. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.016>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. & Zheng, J. (2020). The Psychological Impact of the Covid-19 Epidemic on University Students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Cautela, J.R. & Groden, J. (2012) *Técnicas de Relajación: Manual Práctico para Adultos y Niños y Educación Especial*.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana McGraw Hill.
- Chang, J.J., Ji, Y., Li, Y., Pan, H.F., y Su, P.P. (2021) Prevalence of anxiety symptoms and depressive symptoms among University students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 292, pp. 242-254. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.109>
- Comisión Universitaria para la atención de emergencia de Coronavirus (2021) Observatorio de vacunas [consultado el 19 de noviembre de 2021] <https://observatoriovacunasovid19.unam.mx>
- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014) Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach. *Behav Res Ther*. Vol 58, pp. 10–23. DOI:10.1016/j.brat.2014.04.006.

- D'Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971) Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 78(1), pp. 107-126. DOI: 10.2196/31273
- Einstein, D. A. (2014). Extension of the transdiagnostic model to focus on intolerance of uncertainty: A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 280–300. DOI: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12077>
- Fahrion, S.L., Norris, P.A. (1999) Self-regulation of anxiety. *Bull Menninger Clin*. Vol. 54(2), pp. 217-31. PMID: 2194609.
- Fineberg, N.A., Pellegrini, L., Wellsted, D., et al. (2021) Facing the “New Normal”: How adjusting to the easing of the COVID-19 lockdown restrictions exposes mental health inequalities. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 141, pp. 276-286. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.001>
- Gaeta, M.L., Gaeta, L. y Rodríguez, M.S. (2021) The impact of COVID-19 home confinement on Mexican university students: emotions, coping strategies and self-regulated learning. *Frontiers in Psychology*. Vol. 12, pp. 1323. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.642823>
- Gaitán-Rossi P, Pérez-Hernández V, Vilar-Compte M, Teruel-Belismelis G. (2021) Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica Mex*. Vol. 63, pp. 478-485. DOI: <https://doi.org/10.21149/12257>
- Gao, Q., Xu, H., Zhang ,C., Huang, D., Zhang, T., et al. (2022) Perceived stress and stress responses during COVID-19: The multiple mediating roles of coping style and resilience. *PLOS ONE* 17(12). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279071>
- Garris, C. P., & Fleck, B. (2022). Student evaluations of transitioned-online courses during the COVID-19 pandemic. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*, 8(2), 119–139. <https://doi.org/10.1037/stl0000229>
- González Rodríguez, M., Cubas León, R., Rovella, A.T. & Darias Herrera, M. (2006) Adaptación Española de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(2), 219-233.
- Graham, J. E., Karmarkar, A. M., & Ottenbacher, K. J. (2012). Small sample research designs for evidence-based rehabilitation: issues and methods. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(8 Suppl), S111–S116. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.12.017>

- Hatami, H., Deravi, N., Danei, B., Zangiabadian, M., Shahidi Bonjar, A.H., Kheradmand, A. & Nasiri, M.J. (2022) Tele-medicine and improvement of mental health problems in COVID-19 pandemic: A systematic review. *Int J Methods Psychiatr Res.* Vol. 31 DOI: <https://doi.org/10.1002/mpr.1924>
- Haucke, M., Liu, S. & Heinzl S. (2021) The Persistence of the Impact of COVID-19-Related Distress, Mood Inertia, and Loneliness on Mental Health During a Postlockdown Period in Germany: An Ecological Momentary Assessment Study. *JMIR Ment Health*, 8(8):e29419 doi: 10.2196/29419
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K. & Gómez-Benito, J. (2020). International Test Commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*. Vol. 32 (3), pp. 390-398. DOI: 10.7334/psicothema2019.306
- Hillen, M.A., Gutheil, C.M., Strout, T.D., Smets, E.M.A. & Han, P.C.K. (2017) Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare, *Social Science & Medicine*, 180, 62-75. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.024>.
- Jassi, A., Shahriyarmolki, K., Taylor, T., Peile, L., Challacombe, F., Clark, B., et al. (2020) OCD and COVID-19: a new frontier. *Cognitive Behavioral Therapy*. Vol. 13. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000318>.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 19–71). John Wiley & Sons.
- Kazdin, A. E. (2004). Cognitive-behavior modification. In J. M. Wiener & M. K. Dulcan (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 985–1006). American Psychiatric Publishing.
- Kazdin, A.E. (2017) *Research Design in Clinical Psychology*. Pearson Education.
- Kazdin, A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1), 56–85. <https://doi.org/10.1002/jeab.638>
- Lamb, T., Pachana, N.A. & Dissanayaka, N. (2018) Update of Recent Literature on Remotely Delivered Psychotherapy Interventions for Anxiety and Depression. *Telemedicine and e-Health*. DOI: 10.1089/tmj.2018.007

- Lancaster, M. y Arango, E. (2021) Health and Emotional Well-being of urban university students in the era of COVID-19. *Traumatology*, Vol. 27(1), 107–117. DOI: <https://doi.org/10.1037/trm0000308>
- Li, Y., Wang, A., Wu, Y., Han, N. & Huang H (2021) Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychol.* 12:669119. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.669119
- Liang, L., Feng, L., Zheng, X., Wu, Y., Zhang, Z. & Li, J. (2021) Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: a randomized study. *Ann. Palliat. Med* Vol. 10 No. 10, pp. 10591-10599 DOI:<https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-2466>
- Linehan, M. M. (2015). DBT skills training manual (2nd ed.). Guilford Press.
- Lindert, Jutta, Jakubauskiene, Marija & Bilsen, Johan (2021). The COVID-19 disaster and mental health: Assessing, responding and recovering. *European Journal of Public Health*, Vol. 31, pp. 31-35. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab153>
- Manchia, M., Gathier, A.W., Yapici-Eser, H., Schmidt, M.V., de Quervain, D., van Amelsvoort, T., Bisson, J.I., Cryan, J.F., Howes, O.D., Pinto, L., van der Wee, N.J., Domschke, K., Branchi, I & Vinkers, C.H. (2022) The impact of the prolonged COVID-19 pandemic on stress resilience and mental health: A critical review across waves. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 55, 22-83. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.864>
- Manuti, A., Van der Heijden, B., Kruijen, P., De Vos, A., Zaharie, M., & Lo Presti, A. (2022). Editorial: How Normal Is the New Normal? Individual and Organizational Implications of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychology*, 13, 931236. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.931236>
- Marinoni, G., van't Land, H. & Jensen, T. (2020). The impact of COVID-19 on Higher Education around the World. Global Survey Report. *International Association of Universities*. [https://www.iau-aiu.net/IMG/pdf/iau\\_covid19\\_and\\_he\\_survey\\_report\\_final\\_may\\_2020.pdf](https://www.iau-aiu.net/IMG/pdf/iau_covid19_and_he_survey_report_final_may_2020.pdf)
- Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca A., Criado- Álvarez, J.J., Cabanas Armesilla, M.D. y Latorre, J.M. (2020) The Fear of COVID-19 Scale: Validation in Spanish university students. *Psychiatry Research* DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.11335>



- Maxmen, A. (2022) Wuhan Market Was Epicenter of Pandemic's Start, Studies Suggest. *Nature*, Vol. 603, pp. 15-16.
- Melchor-Audirac, A., Hernández-Zúñiga, A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2021) Universitarios mexicanos: lo mejor y lo peor de la pandemia de COVID-19. *Revista Digital Universitaria*. Vol. 22, Núm. 3, mayo-junio 2021. DOI: <http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2021.22.3.12>
- Nikolaidis, A., Paksarian, D., Alexander, L. (2021) The Coronavirus Health and Impact Survey (CRISIS) reveals reproducible correlates of pandemic-related mood states across the Atlantic. *Sci Rep*, 11, 8139. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87270-3>
- Nikopoulou, V. A., Holeva, V., Parlapani, E., Karamouzi, P., Voitsidis, P., Porfyri, G. N., Blekas, A., Papigkioti, K., Patsiala, S. & Diakogiannis, I. (2020) Mental Health Screening for COVID-19: a Proposed Cutoff Score for the Greek Version of the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S). *International Journal of Mental Health and Addiction*. Vol. 20, pp. 907-920 DOI: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00414-w>
- Oei, T.P.S. & Shuttlewood, G.J. (1999) Development of a Satisfaction with Therapy and Therapist Scale. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(5):748-753. doi:10.1080/j.1440-1614.1999.00628.x
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Coronavirus. World Health Organization. Recuperado el 27 de junio de 2022, de: [https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tracking sars-cov-2 variants*. World Health Organization. Recuperado el 9 de enero de 2023, de: <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
- Organización Panamericana de la Salud (2022) *Coronavirus*. OPS. Recuperado el 31 de Agosto de 2022, de: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
- Parker, R. I. & Hagan-Burk, S. (2007) Useful Effect Size Interpretations for Single Case Research. *Behavior Therapy*. Vol. 38, pp. 95-10.
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Powell, S.K., Saali, A., Serafni, R.A., O'Shea, C.P., Frere, J.J. & Katz, C.L. (2022)



Psychological Impacts of the COVID-19 Pandemic. Adibi, S., Griffin, P., Sanicas, M., Rashidi & Lanfranchi, F. (Eds.) *Frontiers of COVID-19: Scientific and Clinical Aspects of the Novel Coronavirus 2021*, Springer.

Reinholt, N., Hvenegaard, M., Christensen, A., Eskildsen, A., Hjorthøj, C., Poulsen, S., & Arnfred, S. (2021). Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(1), 36-49.

<https://doi.org/10.1159/000516380>

Rice, S.M., Purcell, R., McGorry, P.D. (2018) Adolescents and young adult male mental health: Transforming system failures into proactive models of engagement. *Journal of Adolescent Health*, 62, (3), pp. S9-S17. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2017.07.024.

Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological review*, 105(2), 325–350. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-295x.105.2.325>

Salian, V.S., Wright, J.A., Vedell, P.T., Nair, S., Li, C., Kandimalla, M., Tang, X., Carmona-Porquera, E.M., Kalari, K.R. & Kandimalla, K.K. (2021) COVID-19 Transmission, Current Treatment, and Future Therapeutic Strategies. *Molecular Pharmaceutics*. Vol. 18 (3), pp. 754-771 DOI:

<https://dx.doi.org/10.1021/acs.molpharmaceut.0c00608>

Sampaio, M., Navarro-Haro, M.V., De Sousa, B., Vieira Melo, W. & Hoffman, H.G. (2021) Therapists Make the Switch to Telepsychology to Safely Continue Treating Their Patients During the COVID-19 Pandemic. *Virtual Reality Telepsychology May Be Next*. *Front. Virtual Real.* 1:576421. DO: 10.3389/frvir.2020.576421

Schaeuffele, C., Homeyer, S. L., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C. & Boettcher, J. (2020). The Unified Protocol as an Internet-based Intervention for Emotional Disorders: Randomized Controlled Trial.

<https://doi.org/10.31234/osf.io/528tw>

Secretaria de Salud. (2021). covid-19 – *Coronavirus*. *Coronavirus México*. Recuperado el 16 de noviembre de 2021 de: <https://coronavirus.gob.mx/covid-19/>

Shafran R, Coughtrey A, Whittal M. (2020) Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *Lancet Psychiatry*. Vol 7, pp. 570–2.

DOI: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30222-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30222-4)

Shapira, S., Yeshua-Katz, D., Cohn-Schwartz, E., Aharonson-Daniel, L., Sarid, O., & Clarfield, A. M. (2021). A pilot randomized controlled trial of a group

intervention via zoom to relieve loneliness and depressive symptoms among older persons during the COVID-19 outbreak. *Internet Interventions*, Vol. 24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100368>

Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. New York: Basic Books.

Strosahl, K., Robinson, P. & Gustavsson, T. (2012) *Brief Interventions for Radical Change: Principles and Practice of Focused Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications

Summers, C., Wu, P., Taylor, A. (2021) Supporting Mental Health During the COVID-19 Pandemic Using a Digital Behavior Change Intervention: An Open-Label, Single-Arm, Pre-Post Intervention Study. *Journal of Medical Internet Research*. 5(10): pp.31273 DOI: <https://formative.jmir.org/2021/10/e31273>

Tadeo Álvarez, M.A., Muguía Ortiz, C.D., Benitez López, V., Valles Medina, A.M., Delgadillo Ramos, G., Flores Castillo, P.M. & Romo Guardado, M. (2018) Presence of depressive symptoms in medical students in a Mexican public university. *Salud Mental*, 42(3), DOI: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.017>

Tasso, A. F., Hisli Sahin, N., & San Roman, G. J. (2021). COVID-19 disruption on University students: Academic and socioemotional implications. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(1), 9–15. <https://doi.org/10.1037/tra0000996>

Taylor, S. (2019) *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.

Taylor, S. (2021) COVID Stress Syndrome: Clinical and Nosological considerations. *Current Psychiatry Reports*. 23(13) DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01226>

Taylor, S. (2022) The Psychology of Pandemics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, pp. 581–609 DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>

Taylor, S., Landry, C.A., Paluszek, M.M., Fergus, F.A., McKay, D., y Asmundson, G.J.G (2020) Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>.

Taylor, S., Landry, C.A., Paluszek, M.M., Fergus, T.A., McKay, D., Asmundson, G.J.G. (2020) Covid stress syndrome: concept, structure, and correlates. *Depress Anxiety*, 37, pp.706–14. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.23071>

- Taylor, S., Paluszek, M., Landry, C., Rachor, G.S., Asmundson, G.J.G. (2020) Worry, avoidance, and coping during the COVID-19 pandemic: A comprehensive network analysis. *Journal of Anxiety Disorders* DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102327>
- UNESCO-IESALC. (2020). *COVID-19 and higher education: Today and tomorrow*. [Recuperado 16 de noviembre de 2021] [https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/UNESCO\\_IESALC\\_Covid-19%20and%20higher%20education\\_2020\\_en.pdf](https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/UNESCO_IESALC_Covid-19%20and%20higher%20education_2020_en.pdf)
- Varker, T., Brand, R. M., Ward, J., Terhaag, S., & Phelps, A. (2019). Efficacy of synchronous telepsychology interventions for people with anxiety, depression, posttraumatic stress disorder, and adjustment disorder: A rapid evidence assessment. *Psychological Services, 16*(4), 621–635. DOI: <https://doi.org/10.1037/ser0000239>
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C. L., van Lenthe, F. J., Verhulst, F. C., & Mackenbach, J. P. (2008). The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 43*(10), 808–815. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0367-4>
- Vlaeyen, J. W. S., Wicksell, R. K., Simons, L. E., Gentili, C., De, T. K., Tate, R. L., Vohra, S., Punja, S., Linton, S. J., Sniehotta, F. F., & Onghena, P. (2020). From boulder to Stockholm in 70 years: Single case experimental designs in clinical research. *The Psychological Record, 70*(4), 659–670. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00402-5>
- Wahlund, T., Mataix-Cols, D., Olofsdotter Lauri, K., de Schipper, E., Ljótsson, B., Aspvall, K. & Andersson, A. (2020) Brief Online Cognitive Behavioural Intervention for Dysfunctional Worry Related to the COVID-19 Pandemic: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. DOI: 10.1159/000512843
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), pp. 208–225. DOI: <https://doi.org/10.1037/int0000223>
- Worobey, M., Levy, J. I., Malpica Serrano, L., Crits-Christoph, A., Pekar, J. E., Goldstein, S. A., Rasmussen, A. L., Kraemer, M. U., Newman, C., Koopmans, M. P., Suchard,

- M. A., Wertheim, J. O., Lemey, P., Robertson, D. L., Garry, R. F., Holmes, E. C., Rambaut, A., & Andersen, K. G. (2022). The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. *Science*, 377(6609), 951–959. <https://doi.org/10.1126/science.abp8715>
- Yang, C., Chen, A., Chen, Y. (2021) University students' stress and health in the COVID-19 pandemic: The role of academic workload, separation from school, and fears of contagion. *PLoS ONE*, 16(2): e0246676. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246676>
- Yang, L., Yang, Z. & Ying, X. (2022) Relationship between negative coping style and fear of COVID-19 among Wuhan University students during the post-pandemic period: A moderated chain mediation model. *Frontiers in Psychiatry*, 13. DOI: 10.3389/fpsy.2022.994685
- Yarrington, J.S., Lasser, J., Garcia, D., Vargas, J.H., Couto, D.D. (2021) Impact of the COVID-19 pandemic on mental health among 157,213 Americans. *Journal of Affective Disorders*, 286, 64–70.
- Yuan, K., Gong, Y.M., Liu, L., Sun, Y.K., Tian, S.S. (2021). Prevalence Of Posttraumatic Stress Disorder After Infectious Disease Pandemics in the Twenty-First Century, Including COVID-19: A Meta-Analysis And Systematic Review. *Mol. Psychiatry*, 26, pp. 4982–98.
- Zhuo, L.; Wu, Q.; Le, H.; Li, H.; Zheng, L.; Ma, G.; Tao, H. (2021) COVID-19-Related Intolerance of Uncertainty and Mental Health among Back-To-School Students in Wuhan: The Moderation Effect of Social Support. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18 pp. 981. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph180309>



## Anexos

### A. Cartel para difusión Fase I del estudio.

# ¡Tu Universidad quiere saber cómo te sientes!

Te invitamos a responder a una encuesta que nos ayudará a conocer cómo te has sentido últimamente con respecto al regreso a clases presenciales en la "Nueva Normalidad" del COVID-19.

¿Quién puede participar?  
Universitarios(as) inscritos(as) en cualquier licenciatura de la UNAM, que tengan 18 años cumplidos y que deseen participar en la encuesta.

**Cuestionario en Google Forms**  
<https://forms.gle/EdmdijWUuXVGanT56>



Como agradecimiento por tu participación se hará una rifa de 5 tarjetas de regalo.

 @MedicinaConductualCU 



## Validación escalas de Estrés y Miedo al COVID-19 en estudiantes universitarios.



Este documento tiene como objetivo invitarte a participar en una investigación y proporcionarte la información que necesitas para decidir si quieres participar o no. El estudio se llama "Traducción y Adaptación de las Escalas de Estrés y Miedo al COVID-19". Esta fase del estudio a la que te estamos invitando a participar tiene el objetivo de probar la validez y confiabilidad de las escalas de Estrés al Covid-19, Miedo al COVID-19 en población universitaria mexicana.

### ¿Quién puede participar en el estudio?

Este estudio va dirigido a estudiantes \*inscritos y vigentes de licenciatura\* de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que cursan actualmente un semestre o año académico y que tienen 18 años cumplidos o más.

### ¿En qué consiste la participación?

Tu participación consiste en responder a una encuesta en línea que tarda entre 10 y 15 minutos en contestar. En la encuesta te realizaremos preguntas que cubren temas sobre cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado tu salud física y mental. También hay preguntas sobre la vacunación contra el SARS-COV2 y la adaptación paulatina de la "Nueva Normalidad". Algunas preguntas se refieren a cuestiones sensibles. Tu participación es totalmente voluntaria y confidencial. Tu decisión de participar o no en el estudio, no tendrá

ninguna consecuencia académica ni de otra índole y puedes dejar de contestar en cualquier momento.

### Confidencialidad

Todas las respuestas son estrictamente confidenciales y seguras. No se proporcionarán a las autoridades escolares ni a nadie más. Los resultados se presentarán en forma grupal sin identificar a ninguna persona. Esta investigación se apega a los estándares éticos y de procedimientos de investigación contenidos en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como a los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la American Psychological Association (APA), así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.

### ¿Cuáles son los beneficios de participar?

El beneficio directo para ti es que si se detecta que estás experimentando niveles elevados de estrés y ansiedad relacionados con la pandemia de COVID-19, se te ofrecerá participar en una intervención psicológica. Un beneficio indirecto es proporcionar datos que pueden ayudar a las investigaciones en el futuro a detectar en sus alumnos malestar emocional causado por el COVID-19.

### ¿Cuáles son los riesgos de participar?

Algunas preguntas se refieren a cuestiones sensibles y a veces las personas se sienten incómodas o les provoca una emoción desagradable.

Si necesitas más información sobre este proyecto de investigación, no dudes en ponerte en contacto con nosotros a los correos: [andres.ma505@psicologia.unam.mx](mailto:andres.ma505@psicologia.unam.mx) // [medicinaconductual.cu20@gmail.com](mailto:medicinaconductual.cu20@gmail.com)  
 Gracias,

Lic. Psic. Andrés Melchor Audirac, responsable principal

Dr. Juan José Sánchez Sosa, co-responsable

Si quieres participar favor de leer lo siguiente y aceptar la comprobación de tu elegibilidad:

Declaro que:

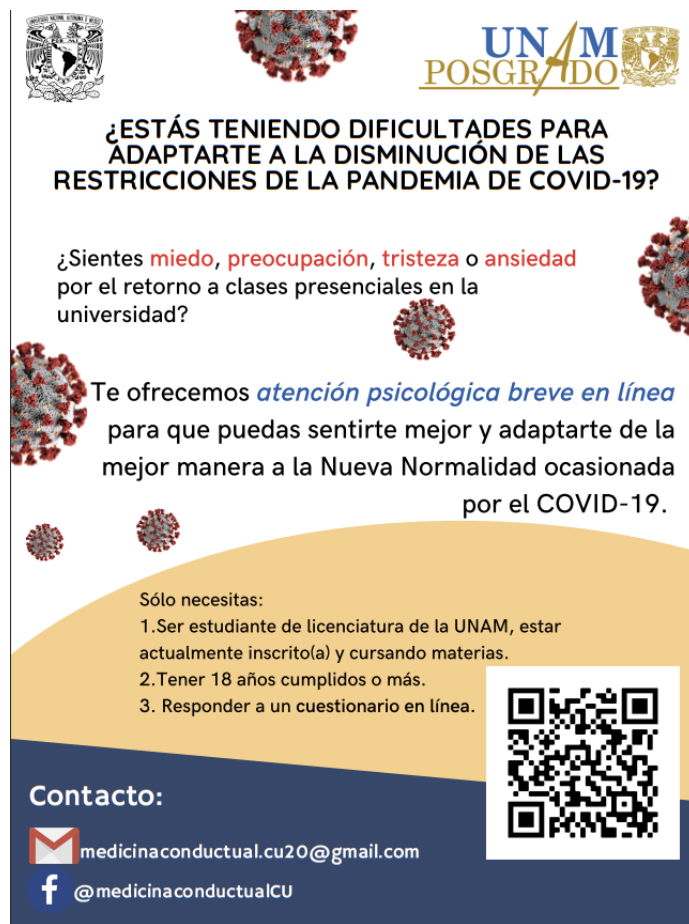
- Tengo 18 años cumplidos o más.
- He leído la información referente al proyecto de investigación.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He podido solicitar información complementaria sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento.
- Doy mi conformidad para participar en el estudio.
- He leído la información referente a la adopción de medidas para garantizar la confidencialidad y protección de mis datos.
- Autorizo la publicación de los resultados del estudio, a condición de que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, mis datos personales serán resguardados y permanecerán confidenciales.



### C. Cuestionario CRISIS

Encuesta del Impacto sobre la Salud del Coronavirus-19 (CRISIS)				
INSTRUCCIONES: En las últimas DOS SEMANAS...				
1. ¿Has estado en contacto con alguien que probablemente tenga covid-19?	a) Sí, tuve contacto con alguien con un test positivo.	b) Sí, tuve contacto con alguien con diagnóstico médico formal.	c) Sí, tuve contacto con alguien con síntomas pero sin un diagnóstico médico formal.	d) No, que yo sepa.
2. ¿Has sospechado de estar contagiado del covid-19?	a) Sí, he tenido una prueba positiva.	b) Sí, un diagnóstico médico pero sin prueba.	c) Sí, he tenido algunos posibles síntomas pero sin diagnóstico formal.	d) No, sin síntomas
3. ¿Has tenido algunos de los siguientes síntomas? (Marca todos los que apliquen).	a) Fiebre b) Tos c) Falta de aire d) Dolor de garganta e) Fatiga/cansancio f) Pérdida del olfato g) Pérdida del gusto h) Otro			
4. ¿Alguna persona de tu familia ha sido diagnosticada con covid-19?	a) Sí, alguien de mi familia que vive conmigo	b) Sí, alguien de mi familia que NO vive conmigo	c) No.	
5. A alguien de tu familia, le ha pasado alguna de las siguientes situaciones por el COVID19:	a. Se ha enfermado físicamente. b. Ha sido hospitalizado. c. Se ha puesto en cuarentena por síntomas de covid-19. d. Se ha puesto en cuarentena sin síntomas por haber estado expuesto a alguien contagiado.			



## D. Cartel difusión estudio fase II




**¿ESTÁS TENIENDO DIFICULTADES PARA ADAPTARTE A LA DISMINUCIÓN DE LAS RESTRICCIONES DE LA PANDEMIA DE COVID-19?**

¿Sientes **miedo**, **preocupación**, **tristeza** o **ansiedad** por el retorno a clases presenciales en la universidad?


Te ofrecemos *atención psicológica breve en línea* para que puedas sentirte mejor y adaptarte de la mejor manera a la Nueva Normalidad ocasionada por el COVID-19.


Sólo necesitas:

1. Ser estudiante de licenciatura de la UNAM, estar actualmente inscrito(a) y cursando materias.
2. Tener 18 años cumplidos o más.
3. Responder a un cuestionario en línea.



**Contacto:**

 [medicinaconductual.cu20@gmail.com](mailto:medicinaconductual.cu20@gmail.com)

 @medicinaconductualCU

E Consentimiento informado fase II del estudio.



Universidad Nacional Autónoma de México  
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología  
Residencia en Medicina Conductual

Consentimiento Informado para la investigación:  
**“Dificultades emocionales de la adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19: una Intervención Cognitivo-Conductual”**

Este documento tiene como objetivo invitarte a participar en una investigación y proporcionarte la información que necesitas para decidir si quieres participar o no. El estudio se llama **“Dificultades emocionales de la adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19: una Intervención Cognitivo-Conductual”**. Esta fase del estudio a la que te estamos invitando a participar tiene el objetivo de probar la eficacia de una intervención psicológica en línea e individual para las y los estudiantes universitarios de la UNAM que presentan sintomatología ansiosa y depresiva relacionada a las dificultades de adaptación a la fase epidemiológica “Nueva Normalidad” de la pandemia de COVID-19.

#### **¿Quién puede participar en el estudio?**

Este estudio va dirigido a estudiantes inscritos y vigentes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que cursan actualmente un semestre o año académico y que tienen 18 años cumplidos o más.

#### **¿Quién NO puede participar en el estudio?**

Estudiantes universitarios de otras instituciones de educación superior, estudiantes de la UNAM que hayan concluido créditos académicos y/o no estén inscritos actualmente a algún semestre o año escolar. Tampoco podrán participar estudiantes con conducta suicida activa y/o con trastornos psicóticos (esquizofrenia, bipolaridad, etc.) Esto debido a que la intervención psicológica no sería de mucha ayuda para esos participantes.

#### **¿En qué consiste la participación?**

Tu participación consiste en recibir una terapia Cognitivo-Conductual a distancia por videoconferencia de aproximadamente doce sesiones en total. Esta intervención psicológica tiene como objetivo reducir la ansiedad, miedo, preocupación, estrés y síntomas de ansiedad o depresión que estén ocurriendo debido a dificultades en la adaptación a la “Nueva Normalidad” de pandemia de COVID-19 y que pueda estar afectando tu vida personal y académica con la transición a las clases presenciales en la universidad.



Tu participación requerirá que completes unos cuestionarios antes de iniciar el tratamiento y antes de cada sesión, esto para medir la eficacia del tratamiento cada semana. Al finalizar el tratamiento, nos podremos en contacto de nuevo contigo dos veces, la primera un mes después y la segunda tres meses de haber concluido el tratamiento. Las sesiones incluirán: entrevista inicial, información acerca de la Terapia Cognitivo-Conductual, información acerca de la ansiedad y la depresión e información sobre del virus del SARS-CoV-2, técnicas de relajación para manejar emociones y reacciones corporales negativas, herramientas para detectar tus emociones, pensamientos y acciones que produzcan malestar en ti, técnicas para manejar pensamientos negativos, solucionar problemas y un resumen de lo aprendido junto con la identificación de señales de alerta que te indiquen cuándo tu estado de ánimo está siendo afectado. Tu decisión de participar o no en el estudio, no tendrá ninguna consecuencia académica ni de otra índole y puedes dejar el estudio y la terapia en cualquier momento.

### **Confidencialidad**

Toda la información que proporciones será estrictamente confidencial y segura. No se proporcionarán a las autoridades escolares ni a nadie más. Los resultados se presentarán en forma grupal sin identificar a ninguna persona. Esta investigación se apega a los estándares éticos y de procedimientos de investigación contenidos en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como a los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la American Psychological Association (APA), así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.

### **¿Cuáles son los beneficios de participar?**

El beneficio directo para ti es recibir una terapia psicológica Cognitiva-Conductual de corta duración por videoconferencia por ocho semanas. Un beneficio indirecto es proporcionar datos que pueden ayudar a las intervenciones en el futuro a aliviar o reducir el malestar emocional causado por el COVID-19 en estudiantes universitarios.

### **¿Cuáles son los riesgos de participar?**

Algunas preguntas en los cuestionarios se refieren a cuestiones sensibles y a veces las personas se sienten incómodas o les provoca una emoción desagradable.



Si necesitas más información sobre este proyecto de investigación, no dudes en ponerte en contacto con nosotros a los correos: andres.ma505@psicologia.unam.mx // medicinaconductual.cu20@gmail.com

Gracias,

Lic. Psic. Andrés Melchor Audirac, responsable principal

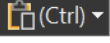
Dr. Juan José Sánchez Sosa, co-responsable

Si quieres participar favor de leer lo siguiente y acepta la comprobación de tu elegibilidad:

Declaro que:

- Tengo 18 años cumplidos o más.
  - Soy estudiante actualmente inscrito(a) a un programa de licenciatura de la UNAM.
  - He leído la información referente al proyecto de investigación.
  - He recibido suficiente información sobre el estudio.
  - He podido solicitar información complementaria sobre el estudio.
  - Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento.
  - Doy mi conformidad para participar en el estudio.
  - He leído la información referente a la adopción de medidas para garantizar la confidencialidad y protección de mis datos.
  - Autorizo la publicación de los resultados del estudio, a condición de que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, mis datos personales serán resguardados y permanecerán confidenciales.
-

F. GAD-7

GAD-7				
<b>Instrucciones:</b> Durante las últimas 2 semanas ¿qué tan seguido has experimentado los siguientes problemas?				
 (Ctrl) ▾	0	1	2	3
	Ningún día	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Me he sentido nervioso (a), ansioso (a) o con los nervios de punta				
2. No he sido capaz de parar o controlar mi preocupación				
3. Me he preocupado demasiado por motivos diferentes				
4. He tenido dificultad para relajarme				
5. Me he sentido tan inquieto (a) que no he podido quedarme quieto (a)				
6. Me he molestado o irritado fácilmente				
7. He tenido miedo de que algo terrible vaya a pasar				



G. PHQ-9

PHQ-9				
<b>Instrucciones:</b>				
Las siguientes preguntas son sobre sentimientos recientes de tristeza o desánimo. En la última semana... ¿con qué frecuencia has tenido cada uno de los siguientes problemas?				
	0	1	2	3
	Ningún día	Varios Días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Te has sentido decaído (a), deprimido (a) o sin esperanzas				
3. Has tenido dificultad para quedarte o permanecer dormido (a)				
4. Has tenido dificultad para quedarte o permanecer dormido (a)				
5. Sin apetito o has comido en exceso				
6. Te has sentido mal contigo (a) mismo (a) - o que eres un fracaso o que has quedado mal contigo (a) mismo (a) o con tu familia				
7. He tenido dificultad para concentrarme en ciertas actividades, tales como leer o ver televisión				
8. ¿Te has movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario - muy inquieto (a) o agitado (a) que has estado moviéndote mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto (a) o de lastimarte de alguna manera				

## H. Dificultades en la Adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19

Dificultades en la Adaptación a la Nueva Normalidad de la Pandemia de COVID-19					
<p><b>Instrucciones:</b>                      Las siguientes preguntas son acerca de las posibles dificultades que puedas estar afrontando en tu vida a partir de la reducción de las restricciones de la pandemia de COVID-19.                      Recuerda que no hay respuestas buenas o malas. Por favor responde de la manera más honesta para conocer cómo la fase epidémica de la "Nueva Normalidad" del COVID-19 está afectándote.</p>					
	1	2	3	4	5
	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo grandes dificultades para adaptarme al relajamiento de las restricciones de la pandemia de Covid-19.					
2. Me resulta más difícil controlar mis miedos sobre el coronavirus ahora que las restricciones se están relajando en comparación a cuando las restricciones estaban en pleno vigor.					
3. Me resulta muy estresante salir de casa ahora que las restricciones de la pandemia de COVID-19 se están relajando.					
4. Estoy pensando demasiado en que me puedo contagiar de coronavirus ahora que las restricciones por la pandemia de Covid-19 se están relajando.					
5. Estoy pensando demasiado en otros riesgos para mi salud física o la de otros, ahora que las restricciones de la pandemia de Covid-19 se están relajando.					
6. Ahora me resulta difícil parar el distanciamiento social o evitar el contacto con las personas, ya que las restricciones por la pandemia de Covid-19 se están relajando.					
7. Me resulta difícil dejar de realizar acciones de desinfección (por ejemplo, lavarse las manos, usar toallitas, uso de guantes, etc.), ahora que las restricciones					

## I. Cuestionario de Satisfacción con la terapia y el terapeuta

Cuestionario de Satisfacción con el tratamiento y terapeuta						
<b>Instrucciones:</b>						
Es muy importante contar con tu opinión acerca del tratamiento que recibiste como parte de la investigación titulada "Adaptación a la Nueva Normalidad del COVID-19: Una intervención Cognitiva-Conductual". Las siguientes preguntas son acerca del grado de satisfacción con el tratamiento en línea y con tu terapeuta.						
Por favor, responde con total honestidad a cada una de las preguntas. Recuerda que tu opinión es anónima.						
	Completamente insatisfecho(a)	Muy insatisfecho(a)	Algo insatisfecho(a)	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)	Completamente satisfecho(a)
En general, ¿qué tan satisfecho(a) estás con la forma en que tu terapeuta ha tratado el problema por el que iniciaste la terapia?						
¿En qué medida te ha ayudado el tratamiento en relación con el problema específico que te llevó a pedir ayuda psicológica?	No estoy seguro/a	Hizo que las cosas empeoraran bastante	Hizo que las cosas empeoraran un poco	No ha habido cambios	Hizo que las cosas mejoraran algo	Hizo que las cosas mejoraran mucho
¿Cuál era tu estado emocional general cuando empezaste el tratamiento?	Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas	Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura	Regular, tenía mis altibajos	Estaba bastante bien, no tenía problemas graves	Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba	
¿Cuál es tu estado emocional general en este momento?	Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas	Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí	Regular, tengo mis altibajos	Estoy bastante bien, no tengo problemas graves	Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo	

De las dificultades que pudiste haber tenido durante las sesiones por videollamada ¿consideras que éstas afectaron la efectividad del tratamiento?						
--	--	--	--	--	--	--



Las siguientes preguntas son acerca de las habilidades clínicas del terapeuta que te atendió. Por favor, responde de la manera más honesta a las siguientes preguntas.					
El terapeuta parecía saber de lo que hablaba.	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo
El terapeuta fue amable y cálido					
El terapeuta no fue negativo ni crítico (fue empático y validante)					
El terapeuta proporcionó una adecuada explicación del tratamiento.					
El terapeuta parecía entender por lo que estabas sintiendo y pensando.					
¿Te gustaría dar algún comentario? Escríbelo aquí					
Las siguientes preguntas son acerca de la diferencia que puede haber entre el tratamiento presencial y por videollamada.					
¿Consideras que el tratamiento hubiera sido mejor de manera presencial?	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo
¿Consideras que el tratamiento por internet (a través de videoconferencia) es igual de útil que la terapia cara a cara?					
Durante el tratamiento por internet ¿tuviste alguno de los siguientes problemas? (Marca todos los que apliquen a ti)	a) Periodos cuando se perdía la conexión a internet b) Poca privacidad en el lugar donde tomaba las sesiones c) Dificultades para escuchar o ver al terapeuta d) Dificultades para que el terapeuta me pudiera escuchar o ver e) Desfase en el audio o en la imagen de la videollamada f) Distracciones en el entorno donde tomaba las sesiones g) Otro:				

## J. Consentimiento Informado Fase II del estudio

Universidad Nacional Autónoma de México  
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología  
Residencia en Medicina Conductual  
Consentimiento Informado para la investigación:

### **“Intervención Cognitivo Conductual para Estudiantes Universitarios con ansiedad y depresión asociada al COVID-19”**

Este documento tiene como objetivo invitarte a participar en una investigación y proporcionarte la información que necesitas para decidir si quieres participar o no. El estudio se llama **“Intervención Cognitivo Conductual para estudiantes universitarios con ansiedad y depresión asociada al COVID-19”**. Esta fase del estudio a la que te estamos invitando a participar tiene el objetivo de probar la eficacia de una intervención psicológica en línea e individual para las y los estudiantes universitarios de la UNAM que presentan sintomatología ansiosa y depresiva relacionada por la pandemia del COVID-19.

#### ¿Quién puede participar en el estudio?

Este estudio va dirigido a estudiantes inscritos y vigentes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que cursan actualmente un semestre o año académico y que tienen 18 años cumplidos o más.

### **¿Quién NO puede participar en el estudio?**

Estudiantes universitarios de otras instituciones de educación superior, estudiantes de la UNAM que hayan concluido créditos académicos y/o no estén inscritos actualmente a algún semestre o año escolar.

### **¿En qué consiste la participación?**

Tu participación consiste en recibir una psicoterapia Cognitiva-Conductual a distancia por videoconferencia de ocho sesiones semanales. Esta intervención psicológica tiene como objetivo reducir la ansiedad, miedo, preocupación, estrés y síntomas depresivos que la pandemia de COVID-19 pueda estar afectando tu vida. Tu participación requerirá que completes unos cuestionarios antes de iniciar el tratamiento y antes de cada sesión, esto para medir la eficacia del tratamiento cada semana. Al finalizar el tratamiento, se harán dos seguimientos a un mes y seis meses después de haber terminado con las sesiones psicoterapéuticas. Las sesiones incluirán: entrevista inicial, información acerca de la Terapia Cognitivo-Conductual, información acerca de la ansiedad y la depresión e información sobre del virus del SARS-CoV-2, ejercicios de relajación y meditación para reducir emociones y reacciones corporales negativas, herramientas para detectar tus emociones, pensamientos y acciones que produzcan malestar en ti, técnicas para manejar pensamientos negativos, solucionar problemas y un resumen de lo aprendido junto con la identificación de señales de alerta que te indiquen cuándo tu estado de ánimo está siendo alterado. Tu decisión de participar o no en el estudio, no tendrá ninguna consecuencia académica ni de otra índole y puedes dejar el estudio en cualquier momento.

### **Confidencialidad**

Toda la información que proporcionas será estrictamente confidencial y segura. No se proporcionarán a las autoridades escolares ni a nadie más. Los resultados se presentarán en forma grupal sin identificar a ninguna persona. Esta investigación se apega a los estándares éticos y de procedimientos de investigación contenidos en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como a los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la American Psychological Association (APA), así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.

### **¿Cuáles son los beneficios de participar?**

El beneficio directo para ti es recibir una psicoterapia por videoconferencia por ocho semanas. Un beneficio indirecto es proporcionar datos que pueden ayudar a las intervenciones en el futuro a aliviar o reducir el malestar emocional causado por el COVID-19 en estudiantes universitarios.

### **¿Cuáles son los riesgos de participar?**

Algunas preguntas en los cuestionarios se refieren a cuestiones sensibles y a veces las personas se sienten incómodas o les provoca una emoción desagradable.

Si necesitas más información sobre este proyecto de investigación, no dudes en ponerte en contacto con nosotros a los correos: andres.ma505@psicologia.unam.mx // medicinaconductual.cu20@gmail.com

Gracias,

Lic. Psic. Andrés Melchor Audirac, responsable principal

Dr. Juan José Sánchez Sosa, co-responsable

Si quieres participar favor de leer lo siguiente y acepta la comprobación de tu elegibilidad:

Declaro que:

- Tengo 18 años cumplidos o más.
- Soy estudiante actualmente inscrito(a) a un programa de licenciatura de la UNAM.
- He leído la información referente al proyecto de investigación.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He podido solicitar información complementaria sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento.
- Doy mi conformidad para participar en el estudio.
- He leído la información referente a la adopción de medidas para garantizar la confidencialidad y protección de mis datos.
- Autorizo la publicación de los resultados del estudio, a condición de que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, mis datos personales serán resguardados y permanecerán confidenciales.