



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en clínica

Nombre del trabajo

Evaluación del impacto en la salud mental de estudiantes de nivel licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México de Chimalhuacán, al recibir atención por parte del programa interinstitucional de asistencia psicológica (proyecto PAPIME PE303323).

Tipo de investigación

Cuantitativa

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Nombre del alumno

Jazmin Osorno Rodriguez

Director: Mtro. Juan Manuel Montiel Génova



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 08/12/2023



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.

ÍNDICE

Contenido

MARCO TEÓRICO	3
INTRODUCCIÓN:.....	3
1.LA SALUD MENTAL.....	4
1.1 La manifestación de síntomas, somatización.	8
2.La ansiedad.....	13
2.1 Definición.....	13
2.2 Trastornos de ansiedad.....	15
2.3 Evaluación y tratamiento para trastornos de ansiedad.	16
3.La depresión	19
3.1 Definición.....	19
3.2 Trastornos depresivos.....	21
3.3 Evaluación y tratamiento para trastornos de depresión	24
3.4 La depresión y el riesgo suicida.....	27
4.La salud mental en los universitarios	29
5.Programa interinstitucional de asistencia psicológica.....	32
5.1 Que es el programa interinstitucional de asistencia psicológica	32
5.2 En qué consiste el programa interinstitucional	34
5.3. El modelo cognitivo- conductual y la terapia breve	38
6.JUSTIFICACIÓN.....	43
7.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	43
8.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	43
9.HIPÓTESIS DERIVADAS DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	44
10. MÉTODO Y PROCEDIMIENTO	44
10.1- Método utilizado	44
10.2- Población y muestra.....	45
10.3..... -Consideraciones éticas	46
10.4 -Procedimiento seguido para recolección de información y aplicaciones correspondientes.	46
11. Resultados.....	48
12. Discusiones.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

Evaluación del impacto en la salud mental de estudiantes de nivel licenciatura de la Universidad Autónoma del Estado de México de Chimalhuacán, al recibir atención por parte del programa interinstitucional de asistencia psicológica (proyecto PAPIME PE303323).

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN:

La salud de una persona es considerada no solo desde un punto de vista físico o médico, sino también involucra una atención de la salud mental, es decir, que la persona sienta un bienestar emocional y pueda enfrentar cualquier situación de la vida cotidiana sin mayor complicación. Los alumnos universitarios son una población considerada como vulnerable a presentar distintos grados de diversos trastornos debido a los múltiples factores a los que están expuestos y es por ello que son una población en la que se debe poner plena atención para atender las diversas necesidades que puedan presentar y con ello prevenir que se instalen, desarrollen o agraven los distintos malestares psicológicos que les impida llevar una buena calidad de vida y un bienestar psicológico.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través del programa interinstitucional de asistencia psicológica (perteneciente al proyecto PAPIME) a cargo del profesor Juan Manuel Montiel Génova, trabajan brindando atención psicológica centrada en terapia breve bajo el modelo cognitivo conductual a la comunidad estudiantil de la Unidad Académica Profesional (UAP), Universidad Autónoma del Estado de México sede Chimalhuacán (UAEMEX), debido a la fuerte demanda de las necesidades detectadas por personal de la institución universitaria, quienes solicitaron el apoyo a la UNAM sede Iztacala, quien a su vez con objetivo de brindar más espacios para que sus alumnos puedan tener horas prácticas dentro del área clínica; puso en marcha dicho programa interinstitucional, operando con intención de cubrir las necesidades que estén al alcance o en su caso canalizar a las instancias correspondientes aquellas situaciones que así lo ameriten.

El presente trabajo tiene como finalidad evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por los asesores que brindan la atención psicológica a la comunidad estudiantil de la UAP, mediante los datos obtenidos por medio de las distintas técnicas de evaluación usadas para brindar la atención y valoración de esta a los consultantes, con ello fue posible la obtención de datos que permitan vislumbrar el impacto generado en aquellos alumnos que recibieron la atención psicológica.

1. LA SALUD MENTAL

En nuestra actualidad se vive un ritmo de vida bastante acelerado, en el que contribuyen diversos factores que propician que la mayoría de las

personas se enfrenten con situaciones que promueven estrés, ansiedad e incluso depresión provocando en ocasiones que esto pueda llegar a afectar su día a día e incluso desencadenar enfermedades, afectando así la salud tanto física como psicológica.

El concepto de salud mental se remonta a 1908 cuando se inicia a prestar atención a estos temas a raíz de un movimiento de higiene mental en Estados Unidos, siendo la primera guerra mundial un punto importante de partida para despertar conciencia a el trato inhumano que se generaba hacia los enfermos mentales en los asilos. En Francia también surgieron movimientos que iniciaron críticas hacia la práctica psiquiátrica pues ésta estaba basada en lo que se concebía como salud mental; que estaba centrada en un conjunto de medidas de carácter preventivo y corrector regidas por aquellos aspectos morales y sociales que se esperaban de su población. También se inicia a dar la necesidad de diferenciar entre los conceptos de higiene y salud mental. Cuando termina la segunda guerra mundial se lleva a adoptar un concepto de salud general y otro de salud mental derivado de las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas e ideológicas en las que se encontraban, sin embargo, esto se realiza en base a lineamientos de la Organización Mundial de las Naciones Unidas y no precisamente en resultados de investigaciones clínicas y experimentales del campo; sin embargo debido a los estragos de la guerra en cuestiones de respeto a los derechos humanos y a preservar condiciones favorables para que impere la justicia social la Organización

de las Naciones Unidas, (ONU) conforma la Comisión Económica y Social la cual se encarga de un ente mundial encargado de la salud, lo que lleva a conformar la Organización Mundial de la Salud, (OMS) quien sienta las bases para una relación entre higiene mental (o salud mental) y la salud pública (Lopera, J. 2015).

En la actualidad la OMS define la salud mental como un bienestar físico, mental y social; por lo que para poder hablar de una persona sana, no solo debe considerarse bajo una visión de ausencia de enfermedad sino más bien deberá considerarse aquella interacción que el ser humano tiene con los diversos factores de índole biológico, económico, social, político y ambiental que generan condiciones para que se logre un desarrollo pleno de capacidades y potencialidades, pudiendo afrontar tensiones normales de la vida cotidiana, trabajar de manera productiva realizando contribuciones a la sociedad como ser funcional. Al hablar particularmente de salud mental, se hace referencia a un concepto bastante complicado pues ha sido muy polemizado ya que generalmente es un concepto asociado con enfermedad mental como si fuesen sinónimos y quedando en un escenario individual en donde solo están existiendo las personas afectadas, sin embargo la salud mental no está centrada en la enfermedad sino más bien en comprender los sufrimientos mentales de los individuos, tomando en consideración sus relaciones familiares, grupales y sociales; por lo que la salud mental está determinada por condiciones de vida, historia, en como cada persona se relaciona con las actividades en

general de la sociedad, el cómo cada individuo armoniza sentimientos, habilidades, deseos, ideales, valores morales, etc., como herramientas para hacer frente a las adversidades de la vida cotidiana y es por ello que tiene relevancia como se siente el individuo ante sí mismo, frente a otros y cómo es que responde frente a las adversidades de la vida y frente al ambiente (Macaya, et al. 2018).

El intento por dar una definición de lo que es salud se inicia incluso desde tiempos más remotos, por ejemplo, una de estas explicaciones la dio Hipócrates con su famosa teoría de los humores, la cual relacionaba cuatro humores con un órgano que le daba origen; la sangre con el corazón, la flema con el cerebro, la bilis amarilla en el hígado y la bilis negra en el bazo. Estos humores a su vez estaban relacionados a elementos que conforman el universo conocido, siendo el aire, el fuego, el agua, la tierra y por supuesto el hombre que se concebía que estaba compuesto por los cuatro humores y que se encontraba como parte de la naturaleza, que a su vez estaba formada por los elementos por lo que la salud se concebía como un equilibrio de los humores en cuanto a calidad y cantidad. Conforme la ciencia fue avanzando estas ideas fueron quedando completamente obsoletas pues se fue descubriendo cómo estaba conformado el cuerpo humano, entendiéndose desde otro enfoque, por lo que en las primeras concepciones de salud solo se enfatiza en aspectos completamente biológicos y no fue sino hasta principios del siglo XX que se contemplan aspectos psíquicos como detonante de algunas enfermedades, debido a la

influencia de la obra de Sigmund Freud, lo cual abrió paso a una corriente que concibe al término psicosomático, que intenta comprender y explicar la raíz de algunas enfermedades como alergias, colitis, etc., en función de procesos mentales (Gavidia Y Talavera, 2012).

Es por todo ello que el hablar de salud mental es algo que va más allá que solo hablar de la ausencia de enfermedad, pues si tomamos en consideración que también involucra hablar de un bienestar, podemos resaltar esta relación en la medida en que García et al. nos dice que el bienestar psicológico está asociado a aspectos que tienen relación no solo con el sujeto y el entorno sino también a aquellos aspectos internos como el dominio y el crecimiento personal, el óptimo funcionamiento del individuo y el desarrollo psíquico adecuado. Por lo que se resalta el tener presente que al hablar de salud mental es necesario considerarlo bajo la visión de bienestar psicológico pues no solo se involucran aspectos externos sino la visión y percepción subjetiva de la propia persona que está sintiendo malestares o impactos de manera negativa, manifestando desde aspectos emocionales subjetivos internos hasta síntomas físicos notorios a la vista (García et al.,2020).

1.1 La manifestación de síntomas, somatización.

Cuando se habla de sintomatología se hace uso de los términos como el de somatización y psicosomático que aunque usualmente considerados como iguales, la realidad es que solo existe una similitud entre ambos conceptos pues

hacen referencia en la relación entre lo psíquico y lo físico, pero desde diferentes perspectivas ya que en los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos hay presencia de una dolencia a nivel físico que es real y que pueden estar relacionados con factores psicológicos vinculándose por su aparición, mantenimiento o el agravamiento; y desde los trastornos de somatización no se percibe un diagnóstico médico que logre justificar los síntomas que la persona refiere (González, et al., 2009).

El concepto de somatización es remontado a los pensamientos del psicoanálisis y era usado para explicar un proceso que se creía tenía que ver con mecanismos de defensa natural que no permitían la expresión real y consciente de la ansiedad manifestándose sólo una expresión visceral, también se habla de una similitud con el concepto de “conversión” de Freud en el que se decía que la energía psíquica se convertía en síntomas psicógenos. En la actualidad se puede rescatar que las distintas definiciones concuerdan en que la somatización se da cuando una persona busca cuidado médico en repetidas ocasiones con quejas de un problema somático y no siempre hay evidencia de un problema a nivel biológico de alguna enfermedad orgánica o patológica y las causas suelen ser básicamente de origen emocional, social o psiquiátrica (Di Silvestre, 1998; López y Belloch, 2002).

Desde una perspectiva psicológica en el trastorno por somatización se manifiestan síntomas entendidos como una expresión simbólica de conflictos intrapsíquicos, otros son vistos desde una consecuencia directa de estrés y otros más son vistos como un lenguaje de expresión de las emociones (Caballero y Caballero, 2008). En el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos

Mentales (DSM V), es catalogado como trastorno de síntomas somáticos e incluye el trastorno por somatización y el trastorno somatomorfo indiferenciado, tomándose en consideración que la duración de estos deberá ser mayor a seis meses especificando presencia de dolor; además es importante señalar que la presencia de alguna enfermedad en concreto no es motivo para descartar estos trastornos, siempre y cuando se consideren los criterios de manera adecuada (Vallejo, M., 2014).

Por lo que general las personas suelen alarmarse hacia un enfoque médico cuando perciben malestares físicos, sin embargo, una vez que el área médica realiza análisis, pruebas, etc., para intentar encontrar la raíz del problema y se topan con que no se tienen estas pruebas que justifiquen los síntomas, es entonces es cuando podemos hablar de la sospecha de una manifestación de somatización. En el área médica a niveles de atención primaria, estos trastornos son bastante recurrentes y muchas personas llegan a manifestar los síntomas de manera crónica por lo que pasan mucho tiempo buscando la atención médica de manera muy frecuente con el fin de encontrar una solución. En el DSM IV los trastornos de somatización eran definidos como un síndrome crónico y recurrente que provoca síntomas somáticos diversos y que no tienen una explicación bajo justificación de alguna enfermedad pero que se encuentra asociado a un estrés psicológico y en el que la persona se encuentra bajo una búsqueda exhaustiva de ayuda médica, sin embargo es importante señalar que para la versión del DSM V este criterio no excluye la presencia de algún tipo de enfermedad para la manifestación de síntomas siempre y cuando se cumpla con el criterio marcado

para estos trastornos, lo que implica tener un especial cuidado al momento de realizar la valoración de cada caso particular (Guzmán, 2011; Vallejo, 2014).

Los trastornos de somatización están muy asociados a trastornos de ansiedad y depresión y llegan a darse casos en los que suelen imperar los síntomas físicos de manera muy intensa y grave, quedando los síntomas emocionales y cognitivos muy atenuados, ocultos o definitivamente negados y con ello estos trastornos podrían pasar muy desapercibidos, y al no haber un diagnóstico, no se tiene una atención para la salud mental de la persona (López y Belloch, 2002).

Di Silvestre (1998), nos dice que la somatización también está relacionada con el estrés, pues el término llega a aplicarse en casos en los que se hace uso de somatizar el estrés emocional como una forma de manifestarlo y con ello manifestar un apoyo de este.

Debido a la asociación que la somatización tiene con aspectos emocionales y cognitivos es que se habla de una perspectiva multidisciplinar para poder llegar a un buen diagnóstico y por ende una adecuada intervención, ya que tanto el médico como psiquiatra y psicólogos quedan implicados para llevar a cabo una evaluación o valoración de cada caso y con ello lograr intervenir de la mejor manera. La somatización en sí es un concepto bastante complejo siendo por ello que haya sido un tema controversial a lo largo de su evolución, pues sus causas aún no son definidas de manera exacta y lo que se ha logrado concluir de acuerdo a las diversas investigaciones realizadas hasta hoy en día es que sus causas deberán ser tomadas en cuenta en base a diversos factores como lo es el

ambiente tanto positivo como negativo, la personalidad, aspectos culturales, biológicos, psicosociales, genéticos y aquellos recursos con los que cuenta la persona para afrontar situaciones como el estrés o la regulación emocional, etc.,(Sánchez- García, 2013).

Los síntomas psicósomáticos están asociados al estrés, sin embargo, esta no es la única variable relacionada pues también están asociados trastornos por ansiedad y depresivos, incluso llega a aparecer junto con condiciones psiquiátricas como la depresión mayor, trastornos de personalidad e incluso trastornos de pánico (González y Landero, 2006). Y según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), son la ansiedad y depresión los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial manteniéndose en una prevalencia alta; variando en cuanto a intensidad y duración, colocándose desde leves a severos y desde meses hasta años. En muchas ocasiones las personas presentan estos trastornos de manera conjunta sin embargo no necesariamente se dan de manera simultánea pues pese a que se pueden considerar síntomas de problemáticas a nivel nervioso son síntomas que se logran diferenciar de manera clara.

Tanto en trastornos de ansiedad como de depresión son más comunes en mujeres que en hombres y se calcula que a nivel mundial 4.4 % de la población sufre de un trastorno depresivo y 3.6 % un trastorno de ansiedad.

2. La ansiedad

2.1 Definición

La ansiedad es un concepto que etimológicamente proviene del latín *anxietas* que se relaciona con agitación, inquietud o zozobra del ánimo y esta definición está relacionada con el término angustia, debido a que comparten una raíz etimológica. Dicha relación se dio debido a la traducción de un vocablo incorporado por Freud en 1894 usado para referirse a aspectos psicológicos; dándose la necesidad en el español y el francés de recurrir a dos vocablos con intención de diferenciar en términos, los aspectos fisiológicos de los psicológicos a los que se refería Freud; quedando el término ansiedad para los aspectos fisiológicos y angustia para los aspectos psicológicos. También es importante señalar que la ansiedad está muy relacionada con el miedo, en función a la pertinencia del miedo como uno de los elementos básicos para definir los trastornos de ansiedad y por último existe una relación más con el concepto de estrés sin embargo, esta relación aún no está del todo clara tampoco pues los conceptos con los que se relaciona a la ansiedad tampoco están completamente entendidos como para poder separarlos del todo o crear un conjunto de ellos (Sarudiansky, 2013; Diaz, 2018).

Debido a la estrecha relación que el concepto de ansiedad guarda con otros conceptos como se ha mencionado anteriormente, el desarrollo de la psicología y el surgir de distintas teorías dieron paso a diversos enfoques acerca de este fenómeno y al ser enfoques desarrollados de manera simultánea lograron nutrirse unos a otros encontrándonos con los enfoques psicofisiológico, psicodinámico,

experimental motivacional, psicométrica factorial y el enfoque cognitivo conductual. Con estos enfoques se logra entender de manera más profunda al concepto y con ello se logra dar paso a una correcta manera de abordarlo (Diaz, 2018).

Para la ansiedad se habla de varias manifestaciones físicas y mentales que se presentan en conjunto y no es posible atribuirle a peligros reales siendo manifestados como crisis o un estado persistente y difuso en donde inclusive es posible que la persona alcance un grado de pánico; lo más característico de la ansiedad es un intenso malestar interior y un sentimiento de no ser capaz de controlar los sucesos futuros, algunos de sus síntomas físicos son tensión muscular, sudor de manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo y taquicardia. También es importante señalar que también pueden presentarse características neuróticas como síntomas obsesivos o histéricos pero que no alcanzan a dominar el cuadro clínico (Tijerina **et. al.**, 2018; Flores et al., 2007).

De acuerdo con Macías et al., (2019) la ansiedad es definida como aquella anticipación a una amenaza a futuro y se da cuando hay una percepción de estímulos que son potencialmente dañinos para quien los percibe presentándose un estado de agitación, preocupación e hipervigilancia. Por ello es por lo que la ansiedad se le conceptualiza como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generada para no causar un daño; por otro lado, también se describe con una perspectiva evolutiva, como una forma de adaptación para promover la supervivencia manteniendo al individuo alejado de situaciones y lugares

considerados con un peligro potencial. Sin embargo, cuando la conducta se convierte en algo muy recurrente, siendo respuesta anticipatoria involuntaria e intensa ante una amenaza potencial; entonces puede estarse tratando de un trastorno de ansiedad.

2.2 Trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad pertenecen a un amplio grupo de trastornos mentales y según la sintomatología que presenta cada individuo, pueden llegar a incapacitar. Algunas de las características con las que cuentan los trastornos de ansiedad son un miedo excesivo, evitación de amenazas que el individuo percibe, angustia, ataques de pánico y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida y que sin embargo se presentan ante situaciones que realmente no representan un peligro real para el individuo. Debido a la gran variedad de trastornos de ansiedad que se han detectado, para su correcto diagnóstico médicos y psiquiatras se basan en los criterios establecidos por el DSM V y este menciona que de manera muy general todos los trastornos de ansiedad están caracterizados por una intensa angustia y miedo que se acompaña de un dolor intenso en el pecho y un deterioro significativo del funcionamiento, una creciente preocupación y una tensión por alguna situación temida; y según sea un trastorno específico se presentaran sintomatologías muy específicas por lo que una correcta revisión de los síntomas presentados podrá apoyar de forma más eficiente a una correcta evaluación e intervención de cada caso particular. Algunos de los trastornos que se catalogan en el DSM V son: Trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico,

agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad por otra afección médica, trastorno de ansiedad especificados y trastorno de ansiedad no especificado (Macias, et al., 20119).

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes incluso a nivel mundial según los datos ofrecidos por la OMS (2015), pues comenta son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante en la región de Latinoamérica y son de gran relevancia para la salud de las poblaciones debido a las complicaciones que generan a nivel de desarrollo psicosocial y psicopatológico. El origen de la ansiedad aun no es muy claro sin embargo se ha encontrado relación con la genética rondando en 30% a un 50% además de datos que influyen como lo es el temperamento, aspectos sociales y ambientales (Chacón, et al., 2021).

Por otro lado, es importante considerar que existen factores de riesgo a considerar, en el desarrollo de la ansiedad como lo son los antecedentes heredofamiliares, algunas experiencias adversas de la infancia como lo es abuso sexual o físico, separación de los padres, factores estresantes de la vida, el consumo de sustancias como el alcohol y el cigarro, etc., (Macias, et al. 2019).

2.3 Evaluación y tratamiento para trastornos de ansiedad.

Es necesario elaborar un historial clínico de las personas a quienes se les evalúan síntomas de ansiedad, pues hay que tomar en cuenta los diversos aspectos que se han mencionado anteriormente además de considerar que cada caso es muy particular por lo que se debe tener especial cuidado al elegir las herramientas, instrumentos o estrategias acordes para que sean efectivas.

Primero es necesario descartar un origen médico o neurológico, después habrá que establecer una categoría nosológica, por lo que los criterios del DSM V suelen ser de mucha utilidad para este paso considerando que cuando los trastornos son muy agudos puede llegar a requerir un apoyo farmacológico y el apoyo de psicoterapia, la duración del tratamiento suele variar pues los casos suelen ser muy particulares por lo que hay una gran relevancia al momento de determinar si los síntomas son causados por trastorno mental, enfermedad médica o el consumo de alguna sustancia e incluso es necesario tomar en cuenta la presencia de una comorbilidad por trastornos psiquiátricos (Navas y Vargas, 2012).

En el ámbito de la psicología es indispensable realizar entrevista de inicio para averiguar los orígenes detonantes de los estados ansiosos o en su caso determinar en qué grado se encuentran para valorar si ya están dentro de una categoría de trastorno de ansiedad y determinar si es el caso, hacia qué tipo de trastorno nos estamos enfrentando. En primera instancia es indispensable hacer el historial clínico mediante preguntas que ayuden a descartar los orígenes antes mencionados y en caso de haber sospechas que los síntomas que la persona presenta tengan relación con alguno de esos orígenes, es necesario canalizar para realizar una valoración por parte de los otros especialistas de la salud y en caso de ser necesario trabajar en una atención en colaboración con estos. Desde una perspectiva del modelo cognitivo- conductual Cano-Vindel et al., (2011), nos dice que es necesaria una planificación en la que se debe de tener especial cuidado en la elección de herramientas con las que se vaya a trabajar cada caso particular, entre estas herramientas para evaluar de manera cuantitativa a la ansiedad existen diversos instrumentos de evaluación y estos permitirán llegar a

confirmar si hay síntomas de ansiedad en la persona que está solicitando la ayuda, para poder tener un mejor parámetro en la evaluación se hace útil la aplicación de escalas, cuestionarios o test que permitan medir estos síntomas y con ello hacer la mejor elección de un camino a la intervención para ello existen por ejemplo el inventario de situaciones y respuestas de la ansiedad, I.S.R.A., inventario de actividad cognitiva en trastornos de la ansiedad, etc.

Dentro de la investigación psicológica el “inventario de ansiedad de Beck” BAI (Beck Anxiety Inventory), actualmente es el instrumento más utilizado para medir la ansiedad ya que permite ayudar a diferenciar entre ansiedad y depresión pues los síntomas entre estos dos trastornos son muy similares y llegan a confundirse con mucha facilidad. El BAI refleja un porcentaje del 44.8% de los síntomas específicos de la ansiedad clínica, pues cubre 13 de los 29 síntomas que el DSM V define en los trastornos de ansiedad primarios; además cubre con el 78% de los síntomas que definen la angustia y estos, son características para evaluar la ansiedad clínica ya que aparecen en todos los contextos de los distintos trastornos de ansiedad, también tiene la ventaja de ser un instrumento breve, es decir permite tener una evaluación continua del progreso terapéutico pues su aplicación y corrección es rápido y fácil (Sanz et al., 2012).

Es importante señalar que el BAI es un instrumento creado con el fin de evaluar conductas de carácter emocional, cognitivas, motoras o fisiológicas que se consideran como anormales o patológicas es decir catalogadas como ansiedad clínica. También es importante resaltar que el tipo de preguntas que se manejan en este instrumento se enfocan en el grado de molestia que se percibe el individuo a lo largo de la última semana (Sanz, 2014).

Una vez que ya se tiene un rumbo sobre el diagnóstico contemplando el nivel de ansiedad que presenta el individuo, es posible iniciar con una planeación para la intervención, considerando que los datos ayudan a complementar el diagnóstico y la dirección que seguirá el plan, la terapia con enfoque cognitivo-conductual (TCC) ha recibido mucho respaldo empírico en las últimas décadas para aquellos problemas de salud mental que son más comunes entre ellos los trastornos de ansiedad incluso se ha demostrado una mejora significativa de los resultados de pacientes que ya reciben tratamientos de farmacoterapia en aquellos trastornos graves como el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Incluso las investigaciones respaldan que la TCC es por lo menos igual de eficaz como la farmacoterapia y a un más bajo costo, además de que tiene un efecto duradero en los tratamientos de depresión y trastornos de ansiedad que reducen el riesgo de recaída, volviéndose un tratamiento ideal en este tipo de problemáticas (González-Blanch et al., 2018).

3. La depresión

3.1 Definición

La depresión es identificada como reacciones exageradas ante un estado de tristeza normal en el que suele manifestarse sensación de vacío y pese a esto puede que la persona sea funcional o caer en una desesperación completa acompañada de una falta de esperanza y postración; en casos de depresión grave incluso las funciones corporales se ven afectadas manifestándose síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza, mareos, etc., (Trickett, 2009).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS,2023) la depresión es definida como un trastorno mental afectivo que es muy común incluso de mucha frecuencia en el mundo; este trastorno se caracteriza por cambios en el estado de ánimo que salen de los cambios habituales y sentimientos del día a día, manifestándose con síntomas tanto cognitivos como físicos teniendo una etiología primaria o secundaria cuando se encuentran enfermedades de base como por ejemplo cáncer, diabetes VIH, etc. Y de acuerdo con el DSM V (2014), se describe a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que tiene como principal característica alteración del humor y se clasifica según su duración y origen sintomático como trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares, como los principales (Tulio, 2021; OMS, 2023; APA, 2014).

Todo ser humano presenta tristeza en distintos puntos de su vida, pues la tristeza es una emoción que forma parte de las funciones afectivas o también llamadas funciones del humor y su presencia es una respuesta a las adversidades de la vida del individuo. Sin embargo, cuando la manifestación de tristeza se presenta sin alguna causa ni motivo, no guarda relación con factores desencadenantes y si se llegase a dar el caso de que los hubiera, no hay proporcionalidad con la intensidad, duración y funcionalidad del individuo entonces estaríamos frente a una tristeza patológica o depresión. Es importante señalar que existe una diferencia entre estado de ánimo y sentimientos, pues son fenómenos diferentes pero que interactúan, se expresan distinto a lo largo del tiempo; los estados de ánimo son duraderos, persistentes y estables, a diferencia de las emociones que son breves (Benavides, 2017).

La depresión es también descrita como un trastorno del estado de ánimo en el que hay dominio de humor disfórico, síntomas físicos, afectivos y emocionales; como lo son el insomnio, la falta de concentración, irritabilidad, pérdida de interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades. Según se presente cierta cantidad de síntomas y determinada intensidad se puede clasificar como leve, moderada o grave; a su vez la depresión puede generar ciertos grados de angustia afectando la capacidad para realizar tareas cotidianas, incluso puede dañar o afectar de forma significativa las relaciones familiares, con amigos o la participación en el área laboral. Se ha encontrado que este trastorno llega a tener grados de afectación que llegan a incapacitar a quienes lo padecen y puede presentarse en edades muy tempranas, también es importante considerar que este trastorno puede estar asociado a enfermedades médicas agudas o crónicas y esto aumenta la tasa de prevalencia de la depresión (Morales, 2017; Mori y Caballero, 2010).

3.2 Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos se catalogan como taxonómicos de trastornos afectivos y se subdividen en tres grupos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado; de los tres subtipos la depresión mayor o también llamada depresión unipolar y la distimia son los más frecuentes. De acuerdo a la categorización del DSM V un episodio de depresión mayor debe durar al menos dos semanas y es caracterizada por la aparición de síntomas como el estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días, disminución del interés o la capacidad para el placer en casi todas las actividades,

alteraciones de peso (pérdida o aumento), alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga o pérdida de energía, agitación o enlentecimiento de psicomotores, sentimientos de minusvalía y/ o de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente. Estos síntomas provocan un deterioro social y laboral pero no es explicado por presencia de un duelo ni debidos al consumo de sustancias o por enfermedad médica. En la depresión mayor se consideran factores genéticos, biológicos y sociales (Montes, 2004). Para la distimia se consideran dos categorías; la distimia temprana que aparece antes de los 21 años y la distimia tardía que se da después de los 21 años; la distimia tiene como características una pobre conciencia del estado de ánimo, pensamiento negativo, baja autoestima y energía, entre otras y se hace importante señalar que este trastorno se cursa con menos intensidad sintomática. Se atribuye su origen a factores genéticos, pero también hay una gran influencia por factores ambientales (Wikinski, 2012).

Para los trastornos depresivos no especificados se incluyen aquellos en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causa malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen con todos los criterios de los trastornos depresivos (DSM V, 2014).

Los trastornos depresivos pueden manifestarse en personas de cualquier edad y se ha encontrado que los individuos que presentan depresión generan una reducción volumétrica del hipocampo y cambios estructurales del córtex prefrontal y de la ínsula inferior y de su conectividad con la funcionalidad del cíngulo anterior, así como cambios volumétricos de la amígdala. También se han

encontrado asociaciones de anomalías en el grosor de la corteza cerebral con riesgo de desarrollo de la depresión, presencia menor de materia gris en el córtex cingulado anterior derecho y en la ínsula anterior que dificulta el manejo adecuado de la tristeza (Rodríguez y zarate, 2019).

La depresión es considerada como un problema de salud pública debido a él gran impacto que tiene hacia la sociedad, pues la incapacidad que llega a generar puede ser de un grado alto y suele tener una afectación de incapacidad mayor, incluso en comparación a los problemas de índole físico; esta incapacidad llega a repercutir en actividades personales de la vida cotidiana y en el ámbito social. Además, es importante considerar que la depresión puede ser secundaria a otros problemas de salud y se hace un especial énfasis en la consideración de la depresión ante la vinculación que se tiene con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio en sí; ya que la presencia de la depresión aumenta el riesgo. Por todo ello es indispensable tener presente que la depresión no solo afecta a la persona que padece este trastorno sino también tiene un impacto negativo en las personas de su entorno (Wagner, et al., 2012).

Como ya se ha mencionado algunos factores que pueden volver susceptible a una persona para presentar depresión son los genéticos ya que es posible heredar una predisposición sin embargo aunque haya un gen que pueda influir esto no implica que la persona lo desarrolle como una regla, el tipo de personalidad también puede influir y aunque no hay una personalidad particular que genere el riesgo, si existen ciertas características que pueden contribuir a su desarrollo como lo es personas obsesivas o rígidas; también el estilo de pensamiento influye pues las personas muy negativistas tienen más carga de predisposición; e incluso

quienes padecen enfermedades crónicas, etc. Otros de los factores que pueden contribuir a desarrollar la depresión son el estrés y los sucesos vitales estresantes, suele ser muy frecuente después de 6 meses de una situación estresante o la administración de algunos fármacos también puede desencadenar el trastorno (San Molina y Arranz, 2010).

Gonzales (2018), nos dice que existen factores biológicos, psicológicos y sociales. Como ejemplos de estos factores de riesgo para la depresión están las variables como la edad, sexo, el divorcio, problemas familiares, características socioeconómicas, la violencia, etc.

3.3 Evaluación y tratamiento para trastornos de depresión

Debido a la complejidad que presenta la depresión en cuanto a su origen y a los factores que influyen para su desarrollo, es importante realizar un adecuado proceso de evaluación en el que se consideren factores básicos como la edad, el sexo, etc., para ir tomándolos en cuenta y hacer una buena valoración. Al igual que sucede en el caso de los trastornos de ansiedad, en los trastornos de depresión es indispensable el uso de diversas herramientas como entrevistas, cuestionarios, test psicométricos, etc., que funcionan como complementos para llegar a un adecuado diagnóstico. En la atención primaria las personas llegan por atención de manifestación de síntomas somáticos y no los atribuyen de forma directa a sus problemas emocionales, por lo que es muy común que el diagnóstico adecuado de este trastorno se volque algo complicado pues se suelen presentar dos obstáculos muy frecuentes que son el infra diagnóstico; lo cual se refiere a no diagnosticar la depresión en aquellas personas que realmente la padecen y por

otro lado el sobrediagnóstico; que se refiere a dar el diagnóstico a quienes realmente no sufren de depresión. Por último, se resalta relevancia en considerar que, aunque haya ocasiones en las que la depresión no sea causa primaria, cuando se tienen pacientes con problemas físicos de fondo, el acertar en el diagnóstico de la depresión puede permitir prevenir complicaciones de esas enfermedades de base (Cano et al., 2012).

Desde un enfoque del modelo cognitivo-conductual se considera la elaboración de una correcta evaluación del trastorno mediante herramientas como lo es entrevistas semiestructuradas, cuestionarios, test psicométricos, etc. Sin perder de vista que al igual que en los trastornos de ansiedad es indispensable diferenciar si la raíz es el trastorno de depresión o si hay alguna enfermedad de fondo y que la depresión solo sea un acompañante. Pérez (2017) menciona que en algunos casos se hace indispensable el uso de fármacos para apoyar los tratamientos con el fin de regular neurotransmisores como la dopamina, serotonina o noradrenalina, sin embargo, Puerta y Padilla (2012), nos mencionan que la TCC impacta de manera significativa en la recuperación de las personas con este tipo de trastorno, además de que las estrategias utilizadas también ayudan a prevenir futuras recaídas. Bajo una intervención centrada en TCC se enfoca en ayudar al paciente a cambiar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas considerados disfuncionales por aquellas más adaptativas para el individuo y que le ayuden a combatir los problemas presentados que en estos casos es la depresión y la duración de la terapia se estima entre 10- 20 sesiones reduciendo de forma considerable los síntomas a partir de 4 – 6 semanas del tratamiento.

Por lo anterior se hace relevante considerar una buena valoración por parte de los profesionales y en caso de ser indispensable llevar un manejo multidisciplinar, es decir con una atención psiquiátrica y terapéutica en los casos en que amerite dicha intervención, aunque es importante señalar que las investigaciones se han centrado en la efectividad de ambos tratamientos, el psicológico y el farmacológico y aunque se ha encontrado que en ambos hay un similar impacto a corto plazo, los tratamientos psicológicos tienen un mejor impacto a largo plazo, es decir ayudan a mantener el bienestar por más tiempo y a evitar recaídas. Por lo que podemos considerar la intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo- conductual como tratamiento de primera elección para este tipo de trastornos teniendo plena confianza de que la efectividad es muy alta (Cano et al, 2012).

Para conocer el nivel de depresión que los consultantes experimentan es necesario algún instrumento de medición que sea confiable y para ello Beltrán (2012), nos habla de la teoría de depresión de Beck siendo una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión y está basado en un modelo de vulnerabilidad al estrés en el que se activan esquemas de pensamientos distorsionados que contribuyen a la forma negativa en la que las personas perciben, codifican e interpretan la información sobre sí mismos, sobre el mundo y sobre el futuro; todos estos factores contribuyen al inicio y mantenimiento de los síntomas en la depresión. Partiendo de los principios de este modelo de explicación surge el “Inventario de Depresión de Beck” (BDI), que es una herramienta que ayuda en la detección de síntomas depresivos y su gravedad en adolescentes y adultos. Los síntomas que considera el instrumento son aquellos que coinciden con los del DSM-IV (ya que se crea cuando este era vigente), es

importante resaltar que este instrumento es complementario a otras herramientas ya que por sí solo no es posible dar un diagnóstico certero, con ello en mente el instrumento proporciona datos valiosos para realizar una adecuada evaluación y poder con ello a su vez determinar un adecuado diagnóstico que encamine a una buena y adecuada intervención.

3.4 La depresión y el riesgo suicida.

El trastorno de depresión está catalogado como el principal trastorno mental de riesgo para el suicidio, datos arrojados por la OMS indican que cada año aproximadamente 100, 000 personas mueren por causa de suicidio (a nivel regional) variando de país en país y destacándose que durante los años 2000 – 2019 la tasa regional aumento un 17% siendo las Américas la región en donde ha sucedido este aumento. En México, datos proporcionados por el INEGI (2023) refieren que en 2017 la tasa de suicidio fue de 5.3 por cada 10 mil habitantes y para 2022 fue de 6.3 por lo que refleja un aumento de 1,629 suicidios en comparación con el año 2017, siendo los trastorno de depresión muy asociados a estos datos pues se reporta a través de la aplicación de una encuesta, que el 16.3 % de mujeres en edad mayor de 18 años declararon sentirse con depresión en más de la mitad o casi todos los días de la semana anterior a la aplicación de dicha encuesta y en comparación 9.1% hombres reportaron esta misma condición. Curiosamente los datos analizados para la tasa promedio de suicidio según sexo, durante el periodo de 2017 a 2022 fue de 9.9 hombres por cada 100 mil y de 2.1 mujeres por cada 100 mil, siendo cifras constantes ya que para 2022 la tasa de suicidio en hombres fue de 10.5 por cada 100 mil y en mujeres fue de

2.3 por cada 100 mil; estos datos se traducen en que 8 de cada 10 fallecimientos ocurren en hombres es decir el 81.3% y en que cada 2 de 10 mujeres, es decir el 18.7% siendo los hombres los que mueren más por esta causa.

Estos datos resaltan una gran necesidad de atención a la salud mental de la población sobre todo en la región de las Américas, ya que los datos que se reportan indican claramente que es la región en donde se dan los aumentos de suicidios siendo detonante los trastornos depresivos, sin embargo los datos solo arrojan que son las mujeres quienes detectan sensaciones que asocian a este trastorno, sin embargo las tasas de mortandad son mucho mayores en los hombres siendo causante el suicidio, pese a no reportarse que los hombres sean quienes más se identifican con la depresión, sin embargo son los más afectados, como se ha venido revisando estos trastornos son difíciles de diagnosticar y llega a haber casos en los que se oculte tanto que la persona nunca se percate de que la padece y por ende no reciba la atención necesaria.

Debido a los datos que se han identificado a lo largo del tiempo la OMS ha considerado al suicidio como un problema de salud pública ya que no solo contempla datos sobre las muertes sino también aquellos que solo quedan como intentos, por lo que el suicidio es considerado como consecuencia final de un proceso que inicia como *ideación suicida* en el que existen comportamientos encubiertos dirigidos a terminar con la propia vida; esto implica que la persona tenga pensamientos sobre la muerte o autodestructivos. La ideación suicida está relacionada con depresión y baja autoestima, siendo la depresión una valiosa fuente predictora de ideación suicida entre otras variables más, por lo que para detectarla es importante considerar como un factor de riesgo la presencia de estas

variables relacionadas, además de permitir identificar si una persona presenta ideación suicida también permite discriminar entre los distintos niveles de IS (Solís-Cara et al., 2018).

Por otro lado, hay que recordar que en 2020 se desató una pandemia por el COVID 19 y durante los primeros meses del confinamiento se encontró que de 8,444 jóvenes y adolescentes de entre 13 a 29 años presentaron ansiedad en un total del 27% y un 15% presentó depresión; también se reporta por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS,2020), que más de 700,000 de los casos se quitaron la vida después de varios intentos de suicidio (Tirado y Diaz, 2022). La pasada pandemia dejó muchas secuelas en los aspectos psicológicos pues el impacto económico de las diversas situaciones que se presentaron en la población fue bastante considerable y no hubo siquiera manera de alcanzar a cubrir las necesidades de atención para mantener o mejorar la salud mental de la gran cantidad de población que tuvo efectos negativos derivados de esta situación. Debido a las modificaciones en el estilo de vida de la mayoría de las personas, suscitadas por la pandemia por COVID 19, se presentó un impacto en la salud mental de distintos grupos incluidos los universitarios (Leonangeli et al., 2022).

4. La salud mental en los universitarios

Tomando en consideración que los trastornos de ansiedad y depresión suelen solaparse, es decir pueden llegar a estar presentes sin que la persona se percate o simplemente confundirse; es importante prestar atención a factores de riesgo a los que la persona está más expuesta y recordemos que factores como

situaciones estresantes pueden propiciar apertura para que la ansiedad y depresión puedan manifestarse. De acuerdo con Mosqueda et al. (2019), gran parte de la población mundial sufre de malestar psicológico, el cual hace referencia a el nivel de estrés, desmoralización, disconfort y desasosiego auto percibido derivados de la exposición frecuente a factores estresantes y llevando a una alteración del funcionamiento normal del organismo; se estima que los estudiantes universitarios de paises desarrollados llegan a presentar una prevalencia de malestares psicológicos superior al 40% y en Latinoamérica esta cifra se estima similar rondando entre 45% -47 % y los niveles más altos los llegan a presentar las carreras enfocadas a áreas de la salud y educación. Por lo que se hace evidente que son los jóvenes un sector de la población que no es ajeno a los problemas de salud mental, incluso es considerado parte de un problema de salud pública por lo que se enfatiza en tomar medidas preventivas con el fin de evitar agravamientos y la progresión de los trastornos, además de una pronta intervención que ayude a limitar los agravamientos; pues al atender las necesidades de salud mental se logra que los estudiantes actúen mejor en la sociedad, rindan de manera más eficaz en el ámbito académico y además de que las probabilidades de convertirse en adultos productivos y bien adaptados son más altas que aquellos individuos que no atienden sus necesidades de salud mental.

También es relevante tener presente que la transición por la que los estudiantes pasan al ir de un establecimiento educativo a otro implica un cambio importante tanto en lo social como en lo educativo. En el caso de un nivel universitario es primordial que el estudiante cuente con una mayor autonomía, una adecuada

administración de su tiempo personal, seguridad en la toma de decisiones y una correcta adaptación a la nueva forma de organización cultural, presentándose ante los estudiantes nuevos retos y cambios importantes en su estilo de vida; además de considerar que la carga académica que se tiene de manera semestral es considerada como un factor estresor; por lo que el estrés, ansiedad y depresión suelen ser trastornos que prevalecen sobre todo en estudiantes de los primeros semestres ya que es ahí en donde se inician a adaptar a estos cambios y por ello suele ser más frecuente que quienes cursan el primer año manifiesten la presencia de estos cuadros psicoemocionales. Es importante mencionar que la universidad es el espacio en el que se encuentran más variedad de variables personales, psicosociales y elementos propios de la vida académica (Mosqueda et al., 2019; Trunce et al., 2020).

Cuando una persona no cuenta con herramientas adecuadas para afrontar las situaciones problemáticas que se le presentan, aplica estrategias que no tienen un efecto favorable, convirtiéndose en factores que generan una mayor vulnerabilidad a un deterioro de la salud mental. En el caso de estudiantes universitarios que son una población que ya es vulnerable a manifestaciones de diversos malestares psicológicos comúnmente derivados de la gran carga académica, su vulnerabilidad aumenta gracias a esa falta de herramientas adecuadas, volviéndose susceptibles ante las situaciones y experiencias académicas potencialmente estresantes y a presentar un bajo rendimiento académico; siendo estos determinantes en el desarrollo o instalación de estrés académico, malestar psicoemocional y sintomatología psicológica consecuente. La sintomatología subclínica que hace referencia a las alteraciones que presenta una persona sin manifestación de

signos o síntomas detectables sin embargo son observables en los efectos que generan en el desempeño y funcionalidad general del sujeto; en el rendimiento académico también se genera un impacto pues perturba los procesos intelectuales como análisis, síntesis, etc., afectivos como motivación y actitud, y los comportamientos como el tomar notas, composición de textos, etc., y los factores estresantes contribuyen a agudizar estos efectos y en el caso de aquellos estudiantes que ya presentaban algún problema académico previo afecta de manera general su rendimiento (Mayargo et al., 2019).

Por lo que podemos considerar una gran relevancia a la atención psicológica en este sector de la población ya que tienen una vulnerabilidad alta para desarrollar o presentar algún tipo de malestar o trastorno psicológico y si prevalece por mucho tiempo puede afectar la vida cotidiana, la salud de la persona en grandes escalas e incluso pueden llegar a poner en riesgo su vida.

5. Programa interinstitucional de asistencia psicológica.

5.1 Que es el programa interinstitucional de asistencia psicológica

Las investigaciones universitarias en México se iniciaron durante el siglo XX, pero el mayor auge para el desarrollo de la investigación educativa en las universidades fue entre las décadas sesenta y setenta y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) tuvo un gran protagonismo pues albergó diversas entidades dedicadas a la realización de investigaciones en el campo educativo (Castro y Casanova, 2022). El 12 de agosto de 1977 fue creada la Dirección

General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), teniendo el fin de integrar aquellas actividades en las que están involucrados las autoridades centrales y el personal académico; y a su vez ayudar en la formación, actualización, superación, desarrollo personal a nivel académico y también a estimular y reconocer sus obras. En la actualidad la DGAPA pretende impulsar la carrera académica dentro del contexto de la UNAM y el entorno del país por medio de sus programas institucionales y funciones en los aspectos de actualización, superación, formación, desarrollo, estímulos y reconocimiento del personal académico. Entre los programas interinstitucionales que se crearon se encuentra el Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME), que tiene como objetivo el impulso a la superación y desarrollo de personal académico por medio de apoyo a proyectos que ayuden en la innovación y mejoramiento de los procesos de enseñanza- aprendizaje, beneficiando a alumnos tanto de bachillerato como de licenciatura de la UNAM. El programa inició en el año 2009 con apoyo de becas en licenciatura como estudiantes o tesistas, en la actualidad las convocatorias del programa PAPIME están dirigidas a profesores, investigadores de carrera de tiempo completo, asociados, titulares y técnicos académicos titulares de tiempo completo (UNAM,2023).

Coordinado por el profesor Juan Manuel Montiel Génova el 28 de marzo se pone en marcha el “Programa Interinstitucional de Asistencia y Atención Psicológica”; perteneciente al proyecto PAPIME (PE 303323), en la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex) siendo esta, un escenario de prácticas y profesionalización para los futuros psicólogos en formación de la Fes Iztacala tanto del Sistema

Presencial como del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) y recién egresados, quienes con el apoyo y supervisión de profesores brindan a la comunidad estudiantil de la UAEMex servicios de evaluación, asesoría e intervención psicológica (UNAM, 2014).

5.2 En qué consiste el programa interinstitucional

El “programa interinstitucional de Asistencia y Atención Psicológica” PAPIME (PE 303323) está estructurado de manera híbrida, es decir mantiene actividades tanto de manera presencial como en modalidad a distancia, la atención que se brinda está dirigida a la comunidad estudiantil de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), de manera general se siguen las siguientes normas para ambos modelos de atención:

1. Para solicitar el servicio los consultantes deben realizar el llenado de un formulario por medio de Google forms (véase en anexo 1) en el cual se menciona un consentimiento informado y datos sociodemográficos como edad, género, carrera en la que se encuentra, semestre que cursan medios de contacto como número telefónico y correo electrónico, motivo de solicitud del servicio, si reciben tratamiento psiquiátrico, si han recibido atención psicológica con anterioridad, etc. Y opciones de disponibilidad para tomar el servicio.

2. Es requisito el llenado de un consentimiento informado (anexo 2) antes de iniciar las sesiones, el cual deberá ser firmado por el solicitante del servicio, el asesor asignado y preferentemente un testigo, el documento menciona acuerdo en día y horario de las sesiones, condiciones, derechos y obligaciones dependiendo la modalidad del servicio recibido, confidencialidad de los datos e información personal proporcionada, etc., así como la mención de un protocolo de emergencia.
3. El solicitante deberá responder 3 instrumentos de evaluación antes de dar inicio con las sesiones de intervención; 1.- Inventario de ansiedad de Beck, 2.- Inventario de depresión de Beck y 3.- escala de riesgo suicida de Plutchik. Estos se responderán a través de un formulario de Google por lo que se compartirá el enlace con los consultantes para que puedan responder. Los resultados se solicitan con el área de administración.
4. Los asesores deberán realizar el llenado de un screening el cual es una guía para la información base que permitirá realizar el análisis funcional. Los datos solicitados están catalogados en información general del solicitante, estructura familiar, motivo de consulta, historia clínica, sintomatología, objetivos de la asistencia psicológica y observaciones. Este debe ser aplicado en un máximo de las dos primeras sesiones.
5. Al ser una atención centrada en terapia breve la duración de la intervención debe ser de entre 8 a 10 sesiones, las cuales deberán tener una duración de entre 40- 60 min. En caso de ser necesario se deberá realizar canalización a las instancias correspondientes, pudiendo realizar un

acompañamiento de contención mientras el consultante recibe la atención adecuada.

6. Todo asesor debe tener asignado un supervisor, quien apoyara en la orientación de las intervenciones aconsejando, corrigiendo, etc., a través de su experiencia y conocimientos con el apoyo en el crecimiento y desarrollo de habilidades necesarias para que la calidad del servicio sea mejor.
7. Los consultantes que incurran en 3 inasistencias injustificadas serán dados de baja del servicio y ese espacio será asignado a un nuevo consultante, por lo que deberán ser informados por parte de los asesores desde el primer contacto.
8. Se da 15 min. de tolerancia para que los consultantes asistan a las sesiones en caso de no llegar en este lapso se considerará una falta injustificada si no se reportó el retraso con antelación (se puede ser flexible dependiendo cada caso particular).

En el caso de la atención presencial se sigue el siguiente proceso:

1. Una vez solicitado el servicio se realiza la asignación del asesor, este debe realizar el acuerdo de la cita con el consultante en un horario de 9:00 a 16:00 hrs que es lo establecido para el uso de las instalaciones dentro de la UAEMex.
2. Antes de iniciar con las sesiones los asesores dan a firmar el consentimiento informado y los 3 instrumentos de evaluación.
3. Posteriormente se realiza el screening.

4. Una vez realizado el screening se procede a la realización de planeación de la intervención tomando en consideración tanto la información del screening como aquella obtenida mediante los instrumentos de evaluación.
5. Una vez que el asesor tenga su planeación debe informar a su supervisor para que este apruebe o apoye en modificaciones necesarias y así poder ponerlo en práctica.
6. Una vez culminado el servicio se debe aplicar un cuestionario de salida en el que se vuelve a recabar información acerca de la percepción del servicio por parte de los consultantes, datos sociodemográficos y la post evaluación de los instrumentos de evaluación antes mencionados.

En el caso de la atención a distancia se sigue el siguiente proceso:

1. Una vez asignado al asesor, este debe ponerse en contacto con el consultante (por lo general vía correo electrónico) para acordar de manera formal día y hora en que se tendrán las sesiones, debe especificarse que la atención será a distancia por medio de videollamada por lo que se debe contar con un dispositivo adecuado, un espacio que permita tomar las sesiones en donde se encuentre a solas y esté cómodo. También se debe realizar el acuerdo de qué aplicación para la videollamada se usará (por lo general meet).
2. Por el mismo medio de primer contacto se les envía el enlace de los formularios para responder los 3 instrumentos de evaluación y el consentimiento informado que deberán de regresar ya con las firmas requeridas.

3. Una vez que ya se tienen los formatos se procede a la realización del screening.
4. Al igual que en la atención presencial se siguen los pasos de planeación y si todo sigue su curso al final el Consultante responde el cuestionario de salida.

Cabe mencionar que a diferencia de la modalidad presencial en esta atención los horarios son mucho más flexibles pues estos se tomarán de acuerdo con la disposición de tiempo tanto de los asesores como de los consultantes con la intención de cubrir con la mayor cantidad de atención posible y que sus necesidades sean cubiertas.

5.3. El modelo cognitivo- conductual y la terapia breve

La terapia cognitivo- conductual surge a partir de tres puntos importantes de su desarrollo, que se dividen en tres generaciones surgiendo la primera en los años 50 donde se aplican las teorías del aprendizaje teniendo de base la teoría del condicionamiento clásico y operante; a este punto surgen técnicas de intervención como lo es la relajación, desensibilización sistémica, exposición, inundación, modelado, reforzamiento diferencial, etc. Dándose prioridad a procesos de retroalimentación y de refuerzo, así como factores ambientales. Luego se pasa a la segunda generación en los años 70 siendo influenciada por la psicología conductual que aplica los principios del aprendizaje vicario y social, dando una importancia a las creencias irracionales, esquemas depresógenos, locus de control, expectativas y atribuciones erróneas, errores lógicos del pensamiento

considerando los causantes de problemas emocionales y conductuales , siendo en este punto la partida de la TCC que lleva como fin básicamente modificar o flexibilizar los errores del pensamiento cognitivo pues con ayuda de dos modelos de la terapia cognitiva; el modelo de Beck y el de Ellis, se logra una transformación e integración entre ambos enfoques, es decir el conductual y el cognitivo. Por último, se presenta la tercera generación en la década de los 90 otorgando un protagonismo a la funcionalidad de la conducta sobre todo verbal, a el contexto y las contingencias contemplando procesos de construcción de significados vitales, de regulación emocional y de plenitud de conciencia (Mías, C., 2018; Núñez y Tobón, 2005).

En los trabajos que destacan por Ellis, en conjunto con su colega Bernard se puede resaltar que distinguieron algunos pensamientos como propios para actitudes racionales: un interés social, búsqueda de la flexibilidad en el pensamiento, una alta tolerancia a la frustración, aceptar la incertidumbre, tener interés por uno mismo, obtener pensamiento científico, el logro de una autoaceptación, búsqueda de autodirección, toma de riesgos, alcanzar hedonismo con visión al futuro, búsqueda de involucramiento en actividades creativas, encontrar responsabilidad de los propios cambios emocionales, aceptación de que las utopías son difíciles de alcanzar. Por otro lado, el modelo de Beck hace referencia a errores en el procesamiento de la información como lo son: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización, pensamientos absolutistas o dicotómicos, etc. (Ramírez, et al., 2012).

En la actualidad el modelo cognitivo- conductual es de los más estudiados y con mayor investigación dentro del área de la psicología clínica y los tratamientos derivados de este modelo tienen sus bases en distintas teorías que permiten compartir algunas de sus bases en sus técnicas siendo efectivas en un componente conductual y complementándose con los aspectos cognitivos que juegan un papel importante para permitir los cambios eficientes. La TCC presenta tres grupos de técnicas 1.- aquellas centradas en fomentar nuevas habilidades a la hora de enfrentar dificultades del presente, 2.- aquellas centradas en apoyar al individuo a percibir racional y objetivamente su realidad y 3.- aquellas centradas en cambiar la manera de afrontar realidades para las que el sujeto cree no tener posibilidad de solución. Por lo que la TCC es considerada como una terapia con capacidad de atender de mejor forma las necesidades sociales mediante su intervención tanto en el ámbito de la salud en general, como en el área educativa, industrial y comunitaria; pues ayuda al individuo en el tratamiento de distintos problemas y trastornos psicológicos que llegan a afectar a la persona en los diversos contextos e incluso en el desarrollo, optimización de potencialidades y habilidades del individuo consiguiendo con todo ello que la persona alcance a favorecer la adaptación al entorno y un incremento en la calidad de vida (Ramírez et al; Ruiz et al.).

La terapia breve tuvo distintos puntos de evaluación durante el paso del tiempo, iniciándose en los años 60-70 y entre los años 70 y 80 constaba de varios puntos importantes que Jaison (2014) menciona que son:

- un enfoque con importancia a fenómenos observables.
- importancia de ser pragmático para lograr un cambio efectivo.

- basada en la teoría de que los problemas son producidos y se mantienen con consecuencias conductuales repetitivas, tanto personales como interpersonales.

Los cambios por los que fue atravesando la terapia breve consistieron en que de estar centrada en el problema y el presente a enfocarse en la solución y el futuro, este tipo de enfoque tiene cinco características principales: el número de sesiones, el foco de atención, la directiva del terapeuta, el cambio de percepción de los problemas en soluciones y la asignación de tareas conductuales (Ramírez et al., 2012). Por lo que uno de los grandes beneficios de este tipo de enfoque terapéutico, radica en gran medida en que es una opción de bajo coste que responde a las exigencias de los sistemas de salud pública y que además generan resultados favorables en la práctica clínica. Aunque no hay un parámetro exacto de cuántas sesiones son las mínimas para considerarse como terapia breve se tiene un estimado de que con más de dos y máximo diez sesiones se puede considerar como tal, sin embargo se hace mucho énfasis en que pese a que es necesario tratar de que la intervención no sea demasiado larga también es indispensable darle el tiempo que necesite cada situación particular; sin perder de vista que limitar las sesiones al menor número posible ayuda a que tanto el terapeuta como el consultante tenga completa concentración, ayudando a elevar la motivación del consultante. Además, se requiere que el terapeuta tenga un activo establecimiento de metas alcanzables y un planeamiento de las sesiones en las que cada una sea una intervención que tenga un resultado particular para que con ello el consultante experimente un cambio lo más pronto posible. También es importante considerar que este enfoque terapéutico de terapia breve desde el modelo cognitivo-conductual, tiene muy buena efectividad en problemas

adaptativos y emocionales de gravedad leve y moderada; y en casos de síntomas ansioso depresivos ha demostrado efectividad en la reducción de síntomas, mejora en habilidades de solución de problemas, disminución de síntomas de estrés post traumático, entre otros; además destaca que estas intervenciones no solo tienen un efecto inmediatamente después de la intervención sino que el consultante permanece con la mejoría tiempo después de finalizar la intervención (Gálvez et al., 2018).

La terapia breve desde la perspectiva cognitivo – conductual representa una integración de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de terapia cognitiva por lo que suele ser un enfoque más comprensivo que ayuda en el desarrollo de estrategias que ayuden al consultante a incrementar un control personal sobre sí mismo. Además, es importante señalar que las bases teóricas de la terapia breve involucran la motivación de logro y la teoría de la autoeficacia, teniendo como objetivo buscar la explicación de la relación de las percepciones entre la competencia y la adaptación personal además de un ajuste y un bienestar psicológico. Siendo a través de la base de autoeficacia que se busca que los consultantes sean capaces de autoevaluarse y auto regular su comportamiento obteniendo el control de su ambiente y con ello moldearlo de forma activa. Así la autoeficacia al referirse a las creencias que tienen las personas sobre sus capacidades para controlar aquellas situaciones que afectan su vida para que entre en marcha la motivación, recursos cognitivos y de acción, indispensables para llevar a cabo el control del ambiente; así podemos decir que la autoeficacia se orienta hacia los juicios que tiene la persona acerca de lo que puede hacer con

las habilidades que posee; por tanto la terapia breve está enfocada a fomentar una autoeficacia que permita una disponibilidad al cambio (Ramírez y Gantiva, 2009).

6. JUSTIFICACIÓN

La importancia de brindar una atención psicológica a los alumnos universitarios radica en gran medida en que los niveles de ansiedad y depresión que manifiestan los estudiantes llegan a ser tan elevados que impactan en su vida cotidiana e incluso en el rendimiento académico, además de haber una gran posibilidad de llegar a estados tan críticos como lo es un riesgo de suicidio, debido a no tener apoyo o herramientas con las cuales afrontar todo aquello que detona estos estados en los que llegan a caer, como lo son aquellas situaciones problemáticas de su vida diaria.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo impacta una atención psicológica en alumnos universitarios de la UAP Chimalhuacán, mediante terapia breve de un modelo cognitivo-conductual?

8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

-Evaluar el impacto en la salud mental de los alumnos de la UAP UAEMEX, al recibir atención psicológica.

-Identificar la mejora en los estudiantes a través de los instrumentos de evaluación en pre y post de la atención, realizando una comparativa entre dichos instrumentos.

-Identificar la percepción de mejora por parte de los universitarios que recibieron la atención a través del análisis de la información recolectada por medio de una encuesta aplicada.

9. HIPÓTESIS DERIVADAS DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando los estudiantes universitarios reciben atención psicológica de terapia breve logran resolver situaciones de su vida que no llegan a solucionar bajo sus propios medios o con sus propias herramientas, lo cual logra a su vez ayuda a disminuir sus niveles de depresión y ansiedad, permitiéndoles llevar una mejor calidad de vida, mejorando su salud mental y su bienestar psicológico.

10. MÉTODO Y PROCEDIMIENTO

10.1- Método utilizado

El diseño de la investigación es cuantitativo-descriptivo y cuasiexperimental. Pues se busca conocer el efecto de la intervención mediante análisis de pre y post evaluación sobre el mismo grupo y existe poco control de la muestra, además se hace uso de análisis estadísticos para obtener resultados y comparativas. Para realizar el correcto análisis de resultados se usaron dos tipos de pruebas que son

la prueba ANOVA para análisis de varianza entre grupos y t de student para muestras pareadas o relacionadas.

10.2- Población y muestra

La población total considerada para la presente investigación consta de 172 estudiantes que pidieron el servicio de atención psicológica, llenando el formulario correspondiente para su solicitud, obteniéndose datos sociodemográficos básicos. Para poder realizar los análisis de información se tomaron en consideración aquellos solicitantes que continuaron con la siguiente fase del procedimiento en la atención, que fue el responder los instrumentos de evaluación, por lo que para un primer momento se consideró como criterio de exclusión para aplicar la prueba ANOVA aquellos que solo contaban con la pre evaluación, es decir aquellos que solo respondieron los inventarios de ansiedad y depresión de Beck antes de iniciar con las sesiones de intervención, pues estos fueron los datos con los que se trabajó mediciones; quedando un total de 140 solicitantes. Y para el caso de la prueba t de student se obtuvo una muestra de 34 usuarios del servicio pues aquí el criterio de exclusión considero únicamente a quienes respondieron el cuestionario de salida en el que se aplicó post evaluación, es decir se tomaron en cuenta aquellos alumnos que tenían tanto el pre como el post evaluación.

10.3 -Consideraciones éticas

Los aspectos éticos considerados para el presente trabajo fueron los apegados al programa interinstitucional (proyecto PAPIME), que se apega a las siguientes consideraciones éticas:

- Manejo de un formato de solicitud del servicio en el que se solicita información básica como entrada como lo son los datos demográficos y un medio de contacto para el contacto en el que se especifica la confidencialidad de los datos proporcionados.
- Un consentimiento informado acerca del servicio y el manejo de datos, el cual se solicita que se firme adjuntando copia de INE para cotejar firma.
- Aplicación de instrumentos de evaluación con su correspondiente consentimiento informado en el que se informa de manera breve en qué consiste el instrumento y porque es necesario aplicarlo especificando el uso de datos y confidencialidad.
- Uso de la información recolectada únicamente con fines estadísticos y numéricos sin comprometer ningún dato personal.

10.4 -Procedimiento seguido para recolección de información y aplicaciones correspondientes.

Para conocer los niveles de depresión que presentaban los usuarios se recolectaron los resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI-II), cuya adaptación fue realizada en el año 1994 y mide depresión en

adolescentes mayores de 13 años y adultos, se compone de 23 ítems de tipo Likert con escala de 0 a 3 que indican síntomas de tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso, culpa, pensamientos o deseos de suicidio, etc., los cuales están considerados bajo el criterio del DSM-IV. Este instrumento de medición es el más utilizado actualmente para medir los niveles de depresión contando con una fiabilidad con un alfa de Cronbach de .93 y una validez de .99. Por otro lado, para medir los niveles de ansiedad se realizó la aplicación el inventario de ansiedad de Beck (BAI) creado en 1988, mide la intensidad de los síntomas de ansiedad en adolescentes a partir de 13 años y personas adultas, se compone de 21 ítems de tipo Likert con escala de 0 a 3, tomando en cuenta elementos relevantes de sintomatología como aspectos subjetivos, neurofisiológicos y de pánico, apegados al DSM IV. Este instrumento de evaluación ayuda a diferenciar de manera clara entre ansiedad y depresión, cuenta con una fiabilidad de alfa de Cronbach de .85 y una validez con la prueba de Pearson con puntuación .83.

Los datos usados para fines del presente trabajo de investigación fueron obtenidos de la base de datos con los que se trabaja dentro del proyecto interinstitucional de atención psicológica en la UAP sede Chimalhuacán, desde el tamizaje realizado al inicio de que se arrancó con el programa. Los datos fueron recogidos mediante los formularios que se elaboraron para fines del servicio, el llenado es mediante formularios de Google forms, en este formato se considera la recolección de datos sociodemográficos como lo es edad, semestre que cursan, género, carrera, etc., Debido a los procesos llevados a través de formularios, es

importante señalar que en ocasiones aunque un solicitante ya tenga asignado asesor tardan en responder los formularios de los instrumentos de evaluación por lo que al corte de la información para fines de este trabajo quedaron algunos pendientes.

11. Resultados

Del total de los solicitantes del servicio (172) se obtuvo una media de edad de 20.55 y como se puede observar en la Figura 1 el 84% (N=144) fueron mujeres y el 16% (N= 28) fueron hombres.

Se distinguió también las carreras a las que pertenecían de manera general (figura 2), pudiéndose observar que hay 5 % pertenecientes a la carrera de administración y promoción de la obra urbana, 15 % pertenecen a la carrera de derecho, 39 % a la carrera de educación, 46 % a la carrera de medicina, 8 % a la carrera de seguridad ciudadana, 34 % a la carrera de trabajo social y 25 % a la carrera de turismo. Destacándose que los pertenecientes a la carrera de medicina fueron quienes más solicitan el servicio seguidos por la carrera de educación y la carrera de trabajo social en tercer lugar.

Figura 1

Diferencia entre genero de la población total

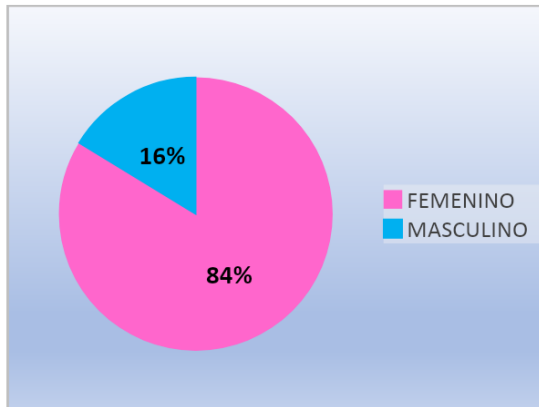
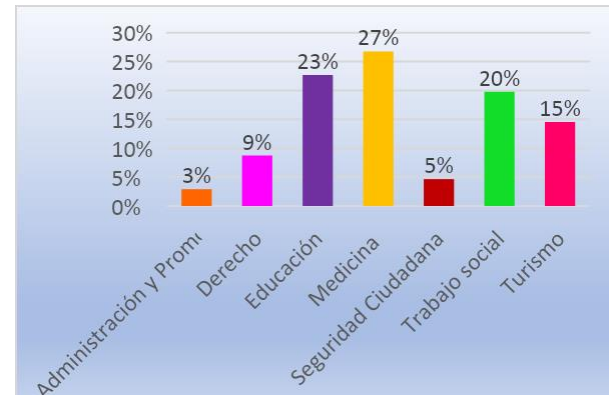


Figura 2

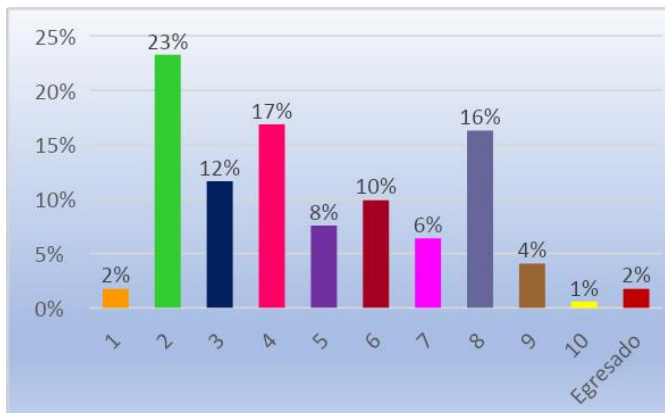
Solicitudes por carrera de la población total



Se realizó también el análisis de los datos de consultantes por semestre (Figura 3), donde se muestra que los tres primeros lugares los tienen los semestres 2°, 4° y 8°.

Figura 3

Solicitudes por semestre de la población total



Por último se realizó el análisis de solicitantes por estatus, (figura 4) donde se puede observar que el estatus de alta y en atención se encuentran con un porcentaje del 22% de la población total, en el estatus de pendientes que son

aquellos solicitantes que aún están por asignación de asesores para tener un primer contacto, se tiene a un 23 % de la población, en el estatus de no contesto que refiere a aquellos solicitantes a los que se les envió un correo de primer contacto pero no hubo respuesta de su parte, se tiene el 19% y en el estatus de bajas tenemos el 15 % que incluye aquellos solicitantes con lo que se tuvo un contacto y recibieron por lo menos una sesión pero que por diversas razones no concluyeron; de todos los mencionados se puede apreciar en la tabla 1 la cantidad de solicitantes por género pudiendo observarse que en el estatus de alta y en atención se encuentran 31 mujeres en cada uno, 7 y 6 hombres respectivamente, en estatus pendientes 37 mujeres y 2 hombres, en el estatus no contesto 26 mujeres y 6 hombres, en estatus de baja se encuentran 19 mujeres y 7 hombres; estos datos permiten concluir que de toda la población general se ha podido dar atención a la gran mayoría de solicitantes pues estos representan el 63%, que equivalen a un total de 140, en los que se incluyen altas, bajas, en atención y pendiente.

Figura 4

Estatus de la atención en población total

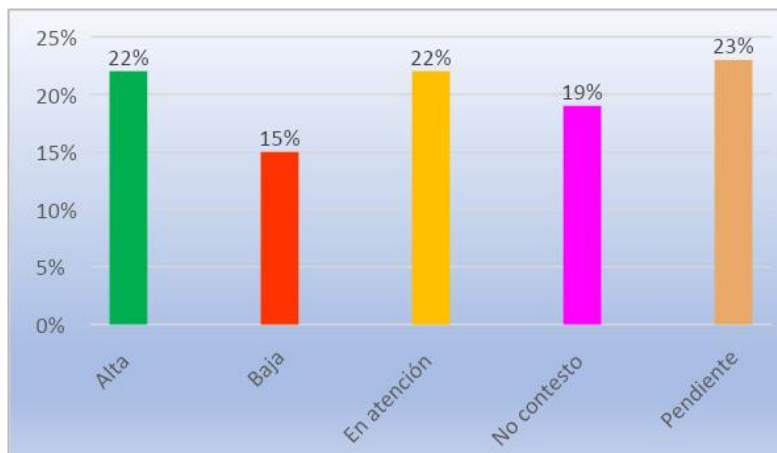


Tabla 1

Estatus de la atención en población total

ESTATUS	SOLICITANTES	TOTAL
Alta	Mujeres	31
	Hombres	7
Baja	Mujeres	19
	Hombres	7
En atención	Mujeres	31
	Hombres	6
No contestó	Mujeres	26
	Hombres	6
Pendiente	Mujeres	37
	Hombres	2
		172

De la población total (172), se tomó a consideración trabajar con los datos de aquellos solicitantes a los que se les aplicó instrumentos de preevaluación para conocer si presentaban síntomas de depresión y ansiedad, obteniéndose un total de 140 solicitantes que cumplieron el criterio. Los datos obtenidos permitieron identificar (figura 5) que en la sintomatología depresiva el 36% de esta población tenía un grado severo, el 25% un grado mínimo, mientras que 21% puntuó un grado moderado y el 17% puntuó en un grado leve.

Por otro lado, en la medición de síntomas de ansiedad (figura 6) se obtuvo un 37 % en grado de ansiedad severa, un 34% en grado de ansiedad moderada, un 21 % en grado de ansiedad leve y 8% puntuaron en grado de ansiedad mínimo.

Figura 5

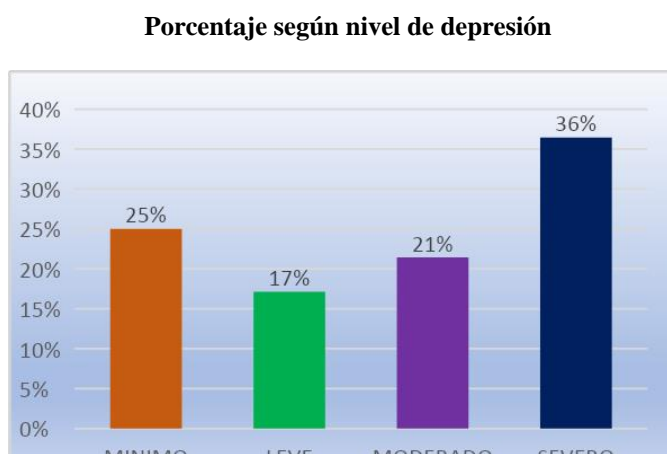
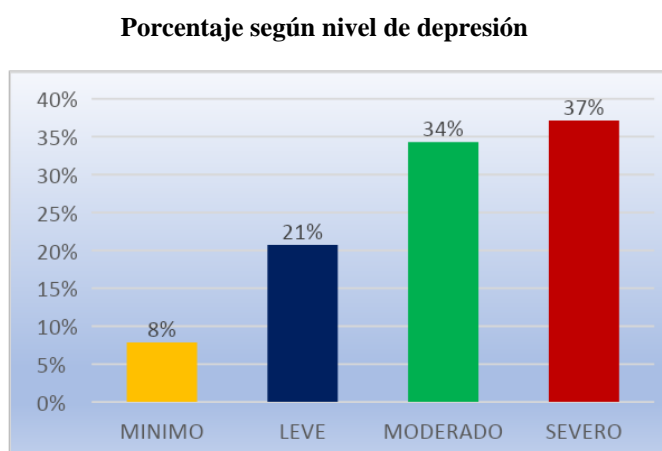


Figura 6



Otro de los resultados obtenidos de la muestra de 140 solicitantes según el análisis realizado fue el derivado de la prueba ANOVA para varianzas en la que se tuvo como hipótesis nula “no existe una diferencia considerable entre el grado de sintomatología de depresión/ansiedad entre los diferentes grupos según el estatus de la población general”. Obteniéndose para depresión las medias de cada grupo (tabla 2), las desviaciones, medias según el estatus y como resultado final (tabla 3) un valor de significancia de 0.366, es decir en este caso la hipótesis nula es aceptada, pues los resultados del pre se comportan de manera similar entre ellos.

Por otro lado, en el caso de ansiedad también se obtuvieron las medias de cada grupo (tabla 4), desviaciones pero para el resultado final (tabla 5) la prueba arrojó un valor de significancia de 0.030, lo que implica que la hipótesis nula es rechazada, es decir que los resultados del pre se comportan de manera distinta; por lo que para este caso se aplicó la prueba “post hoc” para identificar entre qué grupos hubo esta diferencia y se obtuvo como resultado (tabla 6) que entre los grupos no contestó y pendiente es en donde hubo comportamiento distinto significativo, el cual se puede observar resaltado.

Tabla 2

Descripción de datos depresión

Descriptivos								
NIVEL								
Estatus	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
ALTA	31	23.2258	13.5245 7	2.42908	18.2650	28.1867	4.00	58.00

BAJA	16	24.5625	14.2593 5	3.56484	16.9642	32.1608	4.00	51.00
EN ATENCIÓN	27	28.4074	11.3383 6	2.18207	23.9221	32.8927	10.00	52.00
PENDIENTE	36	22.2500	13.3167 5	2.21946	17.7443	26.7557	2.00	51.00
NO CONTESTÓ	30	22.5333	12.2944 7	2.24465	17.9425	27.1242	5.00	53.00
Total	140	23.9786	12.9172 6	1.09171	21.8201	26.1371	2.00	58.00

Tabla 3

Resultados prueba ANOVA para depresión

ANOVA					
NIVEL					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	722.844	4	180.711	1.086	0.366
Dentro de grupos	22470.092	135	166.445		
Total	23192.936	139			

Tabla 4

Descripción de datos ansiedad

Descriptivos								
NIVEL								
Estatus	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
ALTA	31	22.3226	12.1912 2	2.18961	17.8508	26.7944	3.00	51.00
BAJA	16	24.6875	16.6722 1	4.16805	15.8035	33.5715	4.00	57.00
EN ATENCION	27	28.1111	11.3318 2	2.18081	23.6284	32.5938	9.00	49.00
PENDIENTE	36	19.3333	11.8971 8	1.98286	15.3079	23.3588	1.00	46.00
NO CONTESTO	30	28.2333	14.2555 1	2.60269	22.9102	33.5564	2.00	57.00
Total	140	24.2071	13.3252 1	1.12619	21.9805	26.4338	1.00	57.00

Tabla 5

Resultados prueba ANOVA para ansiedad

ANOVA					
NIVEL					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	1866.748	4	466.687	2.762	0.030
Dentro de grupos	22814.245	135	168.994		
Total	24680.993	139			

Tabla 6

Resultados prueba Post hoc

Comparaciones múltiples							
Variable dependiente							
			Diferencia de medias (I-J)	Desv . Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD Tukey	ALTA	BAJA	-2.36492	4.00170	0.976	-13.4296	8.6998
		EN ATENCIÓN	-5.78853	3.42206	0.443	-15.2505	3.6734
		PENDIENTE	2.98925	3.18523	0.881	-5.8179	11.7964
		NO CONTESTÓ	-5.91075	3.32935	0.392	-15.1164	3.2949
	BAJA	ALTA	2.36492	4.00170	0.976	-8.6998	13.4296
		EN ATENCIÓN	-3.42361	4.10137	0.919	-14.7639	7.9166
		PENDIENTE	5.35417	3.90595	0.647	-5.4458	16.1541
		NO CONTESTÓ	-3.54583	4.02434	0.903	-14.6731	7.5814
	EN ATENCIÓN	ALTA	5.78853	3.42206	0.443	-3.6734	15.2505

		BAJA	3.42361	4.10137	0.919	-7.9166	14.7639
		PENDIENTE	8.77778	3.30958	0.067	-0.3732	17.9288
		NO CONTESTÓ	-0.12222	3.44851	1.000	-9.6573	9.4129
	PENDIENTE	ALTA	-2.98925	3.18523	0.881	-11.7964	5.8179
		BAJA	-5.35417	3.90595	0.647	-16.1541	5.4458
		EN ATENCIÓN	-8.77778	3.30958	0.067	-17.9288	0.3732
		NO CONTESTÓ	-8.90000*	3.21363	0.049	-17.7857	0.0143
	NO CONTESTÓ	ALTA	5.91075	3.32935	0.392	-3.2949	15.1164
		BAJA	3.54583	4.02434	0.903	-7.5814	14.6731
		EN ATENCIÓN	0.12222	3.44851	1.000	-9.4129	9.6573
		PENDIENTE	8.90000*	3.21363	0.049	0.0143	17.7857

Por último, se realizó un criterio más de exclusión para aplicar la prueba t de student, considerándose para ello a quienes respondieron, además de los instrumentos de pre los de post evaluación para depresión y ansiedad, quedando un total de 34 consultantes, con un porcentaje de 74% (N=25) mujeres y 26 %(N=9) hombres (figura 7) en una edad comprendida entre los 18- 26 años con una media de 21.35.

Con esta muestra de la población (34), se realizó el análisis de las carreras a las que pertenecen los consultantes (tabla 7) mostrándonos que medicina es la que más consultantes tiene con un total de 11 y le siguen turismo y trabajo social con 7 cada uno. Siendo así, que la carrera de medicina es en la que más necesidad se percibe. Al realizar el análisis de la cantidad de consultantes por semestre se detectó que los primeros tres lugares los ocupan 3° semestre con 10 consultantes, 5° con un total de 6 y 9° con 5 consultantes (tabla 8).

Figura 7

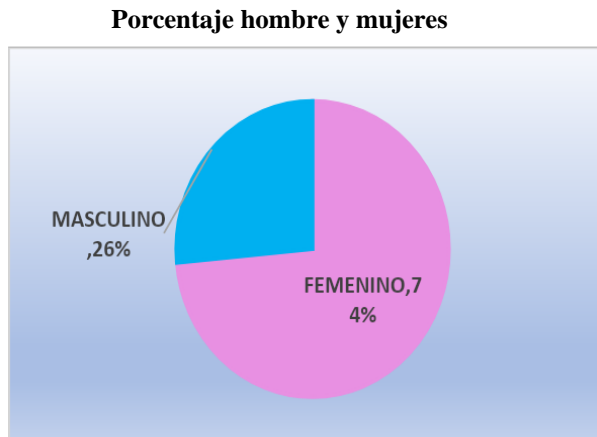


Tabla 7

Número de consultantes

CARRERA	CONSULTANTES
Administración y promoción de la obra urbana	1
Derecho	2
Educación	5
Medicina	11
Seguridad Ciudadana	1
Trabajo Social	7
Turismo	7
TOTAL	34

Tabla 8

consultantes por

SEMESTRE	CONSULTANTES
1	2
2	2
3	10
4	2
5	6
6	1
7	4
8	1
9	5
EGRESADO	1
TOTAL	34

En esta muestra se realizó el análisis de aumento o disminución de puntajes para comparar entre el pre, post evaluación diferenciando por género, (figuras 8 y 9). Lo cual arrojó que en depresión el 24% de los consultantes obtuvo un aumento y el

74% una disminución; un 3% no tuvo cambios. Para el caso de ansiedad 38 % del total de los consultantes tuvo un aumento y el 59% una disminución, el 3% restante no tuvo cambios.

Con el fin de identificar si estos cambios entre muestras son significativos o no, se realizó también una prueba t de student para muestras relacionadas, con los puntajes de los resultados de pre y post evaluación de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. En el caso de depresión se arrojaron datos estadísticos (tabla 9) en los que se puede apreciar las medias, desviaciones y como resultado de la prueba t de student (tabla 10) un valor de significancia de 0.001 es decir que es posible descartar la hipótesis nula que fue: “la disminución de los puntajes no es una disminución relevante”, puesto que la significancia es menor a 0.05. Por lo que se puede determinar que si hay un cambio importante. En el caso de los datos de depresión se obtuvieron los datos estadísticos (tabla 11) de medias, desviación y como resultado de la prueba t de student (tabla 12) un valor de significancia de 0.146, lo cual significa que en este caso la hipótesis nula es aceptada pues el valor es mayor a 0.05 indicando que la disminución en los puntajes no es relevante.

Figura 8

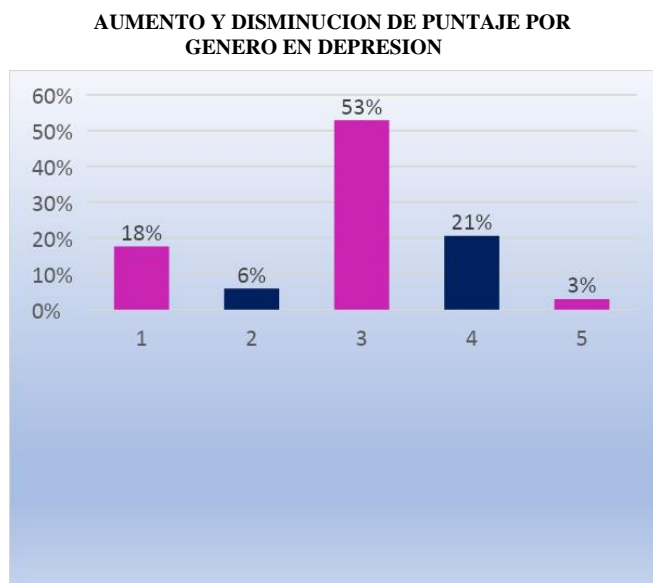


Figura 9



Tabla 9

Estadísticos depresión prueba t de student

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
1	Par PRE_DEPRE	26.1176	34	12.40177	2.12689
	E POST_DEPRE	17.1765	34	12.01633	2.06078

Tabla 10

Resultados t de student para depresión

Prueba de muestras emparejadas									
		Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	PRE_DEPRE - POST_DEPRE	8.94118	14.21254	2.43743	3.98219	13.90017	3.668	33	0.001

Tabla 11

Estadísticos ansiedad prueba t de student

Estadísticas de muestras emparejadas					
		Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Par 1	PRE_ANSIEDAD	23.8235	34	12.49356	2.14263
	POST_ANSIEDAD	19.8529	34	13.24623	2.27171

Tabla 12

Resultados t de student para ansiedad

Prueba de muestras emparejadas									
		Diferencias emparejadas					t	l	Sig. (bilateral)
		Med ia	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
					Inferio r	Superio r			
P ar 1	PRE_ANSIED AD - POST_ANSIEDAD	3.97 059	15.559 24	2.668 39	- 1.45829	9.39946	1. 488	3 3	0.146

Por último, el análisis de los cuestionarios de salida aportó también datos acerca de la percepción personal de los consultantes arrojando datos complementarios. En este cuestionario se preguntó cómo se sintieron una vez culminado el servicio y se dio opción de elegir entre 5 respuestas 1. Muy bien, 2. Bien, 3. Regular, 4. Mal y 5 muy mal. Y las respuestas quedaron con 17 consultantes percibieron sentirse muy bien después de recibir la atención, 14 percibieron sentirse bien y 3 se percibieron regular.

También se dio un espacio para que los consultantes expresaran con sus propias palabras en que impactó su vida la atención, por lo que la mayoría comentaba aspectos del aprendizaje llevado durante las sesiones de intervención que recibieron; controlar mis emociones, cambios en mi forma de pensar o de percibir mi realidad, sentirme escuchado, a solucionar mis problemas, etc., fueron el tipo de comentarios en estas respuestas todas muy positivas. Debido a que el formulario se les envió algunas semanas después de terminada la atención se solicitó también puntuaran como se sentían en la actualidad respecto a la situación por la que

recibieron la atención psicológica, en escala de 0 al 10 donde 0 es muy mal y 10 excelente. En los resultados (tabla 13) podemos apreciar la escala de puntaje de más a menos con su respectivo número de consultantes, además de notarse que la escala mínima que puntuaron los consultantes de esta muestra fue de 4 y la mayoría puntuó con 8 presentándose un total de 17 consultantes en este puntaje, por lo que podemos decir que el resultado de la percepción por individuo fue bueno.

Tabla 13

Resultados percepción consultantes	
ESCALA	NÚMERO DE CONSULTANTES
10	5
9	3
8	17
7	2
6	1
5	3
4	3
TOTAL	34

12. Discusiones

Debido a que la depresión y ansiedad pueden detonarse derivado de muchos factores y de la vulnerabilidad que tienen los estudiantes universitarios, sumándose el encubrimiento que surge en casos de ansiedad y depresión, la sintomatología que presentan cobra extrema relevancia al momento de realizar una primera evaluación por ello conocer los niveles que presentan los consultantes en el inicio

de la atención permite elaborar un mejor plan de abordaje para cualquier problemática que se requiera trabajar. La literatura menciona ampliamente que las mujeres suelen ser quienes manifiestan con mayor frecuencia sintomatología depresiva y los datos arrojados en el análisis de este trabajo evidenciaron esto, pues de los 172 solicitantes que representan la población general que busco el servicio la gran mayoría fueron mujeres representando el 84% del total, sin embargo la evidencia de riesgo suicida habla de que las mujeres refieren más que los hombres sufrir más de estos trastornos que lo hombres pero los datos indican que son estos últimos quienes más mueren por causa del suicidio; por lo que podría ser de gran relevancia prestar atención a la población masculina con el fin de identificar quienes requieren el apoyo para así ayudar a disminuir las tasas en el riesgo suicida del que tanto se habla. Por otro lado, las edades de los consultantes también logran evidenciar que el adulto joven es quien más situaciones problemáticas atraviesa pese a estar en una etapa de la vida en la que ya debería de tener suficientes herramientas como para saber afrontar cualquier problemática, pero que al tener influencia de diversos factores esto se vuelve más difícil para esta población, por lo que se enfatiza en la importancia de una atención psicológica para los estudiantes universitarios, pues el aprendizaje de herramientas que le permitan apoyarse para solucionar problemáticas de la vida cotidiana impactaran de manera considerable no solo en un mejor rendimiento académico sino también para la propia vida. El análisis de la información recolectada también permitió identificar y confirmar que son los estudiantes de las áreas de la salud, en específico de la carrera de medicina, son quienes suelen tener mayor dificultad para afrontar situaciones problemáticas y literatura suele mencionar que existe asociación por la carga académica a la que

los estudiantes de estas áreas están expuestos, sin embargo esto no se pudo corroborar por lo que sería interesante realizar un análisis con el enfoque de entender qué es lo que detona que sea esta área la que tenga mayor carga, conocer sus contextos, etc. Otro dato analizado y en el que se encontró relevancia fue que la mayoría de los solicitantes se encontraban cursando el segundo semestre al momento de solicitar la atención, lo cual corrobora lo que la literatura dice referente a que es en los primeros semestres donde se percibe más necesidad de apoyo siendo un momento de adaptación de la transición a la universidad. Los resultados también evidencian que la mayoría aprovecha el programa de manera positiva pues son menos las bajas que se presentan, y solo en el caso de los que no contestaron podría analizarse qué medio se usa y porque es que no se recibe respuesta, si es por falta de interés por parte de los solicitantes o por cuestiones operativas, etc.

Otro aspecto para considerar es que en la muestra de los 140 solicitantes a quienes se aplicó el pre- test, en los resultados de las pruebas ANOVA que se realizó con intención de conocer la significancia de los resultados obtenidos diferenciando entre grupos catalogados según su estatus. Dicha prueba se realizó con la intención de evidenciar si existían diferencias significativas entre los niveles presentados de los síntomas y así poder encontrar datos relevantes que permitieran saber si había relación, por ejemplo, que el nivel bajo de ansiedad se relacione con la baja del usuario. Encontrándose una diferencia significativa solo en los síntomas de ansiedad; pues en los síntomas de depresión se encontró aceptación de la hipótesis nula. También se logró observar un comportamiento de las gráficas de los distintos niveles de depresión muy variantes, a diferencia del comportamiento de los

datos de la gráfica de ansiedad donde se notan los niveles más escalonados, con más severos y menos mínimos y una vez aplicada la prueba ANOVA se confirmó que había cambios significativos lográndose identificar que estos cambios eran diferenciados dependiendo el estatus y para identificar específicamente entre grupos sucedía este comportamiento se aplicó la prueba post hoc permitiendo identificar que los grupos en donde se presentaba esta diferencia fue entre el estatus no contestó y pendiente con lo que puede suscitarse una hipótesis que podría ser una línea nueva a investigar pues se puede analizar que niveles pertenecen a estos grupos y si habrá relación con que no reciban el servicio pues los pendientes aún están en lista de espera y son propensos a pasar al estatus de no contestó.

Para el caso del análisis de los 34 usuarios que sí lograron responder el pre y post de los inventarios de depresión y ansiedad, se encontraron como datos relevantes que se mantiene que la mayoría en la muestra de consultantes son estudiantes de medicina, pero a diferencia de los lugares siguientes que en inicio de la población (N=172) eran estudiantes de educación y trabajo social para la muestra de quienes respondieron el pre y post fueron trabajo social y turismo los que más imperaron; y el semestre que más imperó entre los 34 fue 3°, seguido de 5° y 9°, cabe señalar que este dato puede estar relacionado a la muestra de población total ya que muchos consultantes estaban en lista de espera o llegaban a transitar de semestre durante la atención y se puede apreciar que los semestres de los solicitantes de la población de 175 eran precisamente un semestre antes, es decir 2°, 4° y 8°. Aunque lo interesante también radica en que no es la misma carrera,

esta si cambio; pudiendo también confirmar lo que la literatura habla acerca de que es en los primeros semestres donde más se tienen dificultades ya que se consideran importantes por ser el inicio a nuevos cambios y adaptación.

Cuando se realizó el análisis de la comparación entre aumento o disminución de los puntajes en la evaluación de pre y post , se obtuvo como resultado en los síntomas de depresión un porcentaje de disminución más alto que en el caso de aumento, es decir la intervención permitió reflejar disminución, de igual forma pasó en el caso de los resultados en niveles de ansiedad sin embargo, en este último el aumento fue ligeramente más elevado en comparación con el de depresión y su tasa de porcentaje de disminución fue menor que en el caso de depresión por lo que esto pone en tela de duda que la diferencia fuera significativa solo a simple vista, por lo que se corroboró con la prueba t de student en la que se obtuvo como resultado que en los síntomas de depresión bajo la prueba de muestras emparejadas una significancia de 0.001. Al contrario de la prueba aplicada a los síntomas de ansiedad en donde no hubo significancia pues el resultado fue de 0.146, es decir mayor a 0.05 que es el requisito para esta prueba (<0.05). Esto permitió encontrar en cuál de las sintomatologías hubo un impacto importante por lo que también podría abrirse una línea de investigación para encontrar qué factores pudieron influir a que hubiese cambios en ambas sintomatologías, depresión y ansiedad,

Los resultados arrojados a lo largo del análisis presentado en este trabajo, abre una amplia puerta a nuevas líneas de investigación, pues es viable tratar de entender qué factores influyeron para que solo en los síntomas de depresión

hubiese una disminución de los síntomas lo suficientemente significativa para considerar que el efecto de la intervención por parte del programa interinstitucional y saber porque en ansiedad este cambio no fue significativo. Una buena forma sería identificando más específicamente cuales son las técnicas que los asesores están aplicando a los usuarios para con ello ir evaluando su forma de intervención e identificar qué es lo que está teniendo mayor influencia, los motivos podrían ser muy diversos sin embargo es posible descartar que este sea causado por que aun haga falta mejorar la estructura de las intervenciones para que surtan un mejor efecto. Bajo esto que se comenta no solo se trata de buscar una causa sino de identificar si hay características más específicas con las que cuente la población de la UAEMEX con intención de ayudar a mejorar las estrategias de intervención con esta información.

Algunas de las limitaciones que se presentaron para la realización de la presente investigación fueron sobre todo al momento de la filtración de información ya que es complicado recopilar información cuando hay tantas diferencias, por ejemplo, en los nombres pues en pre y post muchos tenían detalles de diferencias que alentaban el proceso de búsqueda de los usuarios. Por lo que se puede superar realizando formatos que permitan información un poco más homogénea.

Otra de las limitaciones presentadas fue la ausencia de resultados en la preevaluación de los instrumentos ya que esto disminuye la población de inicio y con más datos es posible realizar un mejor análisis comparativo.

Por último algunas de las competencias adquiridas durante el proceso de elaboración del presente trabajo puedo mencionar las teórico – conceptuales, pues el hecho de tener que investigar en el marco teórico lo que es depresión, ansiedad, qué síntomas se presentan, etc., permitió enriquecer aún más las bases que nos brinda ya la propia formación de la licenciatura, también puedo mencionar la competencia metodológica pues para realizar el escrito fue necesario llevar a cabo un proceso metodológico, es decir seguir una estructura ordenada para poder llevarlo a cabo, desde el momento de pensar en un tema hasta escribir mis aprendizajes, investigar no solo implica un trabajo ajeno a lo que haremos de forma cotidiano pues en cada intervención por ejemplo en un caso único, de atención a un solo usuario es necesario seguir la metodología para investigar y obtener información que permita ayudarnos a elaborar las intervenciones y asegurarnos de que estas sean eficientes. En competencias integrativas puedo señalar que es necesario entender procesos que se compaginan, se habla de estas competencias en termino de saber procesos biológicos y psicológicos en este caso el trabajo tiene relación con síntomas de ansiedad y depresión por lo que entender que son y cómo se dan permitió poder entender cómo se comporta el fenómeno y qué factores se relacionan y se pueden tomar en consideración y es relevante y cuáles no. En las competencias contextuales puedo señalar que para poder realizar el análisis de la información reunida y los resultados obtenidos es necesario tener una crítica basada en aquellas bases teóricas siguiendo por supuesto una ética en el uso y manejo de la información ya que tuve a acceso a datos personales de todos los solicitantes del servicio al programa. Por lo que desde mi perspectiva ha sido una experiencia muy enriquecedora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (APA). (2014). *Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM 5)*. American Psychiatric Association.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Beltrán, M., Freyre, M.A. y Hernández Guzmán, L. (2012). *El inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente*. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100001&script=sci_arttext&tlng=en
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución desde el concepto de melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista puce*, 105, 171-188.
<https://revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/119/149>
- Caballero Martínez, L. Y Caballero Martínez, F. (octubre de 2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Monográfico. Salud mental en atención primaria*, 1.714, 15-29.
[https://hipnosis.org/documentos/clinica/patologias-abordables-hipnosis/Sindrome del Intestino Irritable.pdf](https://hipnosis.org/documentos/clinica/patologias-abordables-hipnosis/Sindrome%20del%20Intestino%20Irritable.pdf)
- Cano- Vindel, A., Gongil-Collado, Esperanza., Salguero, J. M. y Wood, C.M. (2011). Intervención Cognitivo-Conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información psicológica*, 102, 4-27.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/63/51>
- Cano Vindel, A., Salguero, J. M., Mae Wood, C., Dongil, E. y Latorre, J.M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33 (1), 2-11. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77823404001.pdf>

- Chacón Delgado, E., Xatruch, D., Fernández Lara, M. y Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Castro, I. y Casanova, H. (2022). La investigación educativa en la UNAM. líneas y proyectos en la segunda mitad del siglo XXI. *Perfiles educativos*, 44 (178), 112-129. <https://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v44n178/0185-2698-peredu-44-178-112.pdf>
- Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. *Universidad de Chile*, 4, 181- 189. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100407>
- Díaz Kuaik, L. (julio de 2018). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual. *Suma psicológica*, 16(1), 42-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
- Flores Ocampo, R., Jiménez Escobar, D.S., Pérez Hernández, R., Ramírez Serrano, P. B. y Vega Valero, C. Z. (junio de 2007). Depresión y ansiedad en Estudiantes Universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 1(2), 94-105. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6V10N2jun07.pdf>
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Vencesla, J.M., García, F. y Moriana, J.A. (2018). Aproximación a un modelo de intervención psicológica en atención primaria basado en la terapia breve. *Información psicológica*, 115, 25-38. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/864/795>
- García Álvarez, D., Hernández- Lalinde, J. y Espinosa- Castro, J. F. (2020). Salud mental en la adolescencia montevideana: una mirada desde el bienestar psicológico. *Universidad Simón bolívar*, 39 (2), 182-190. <http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/6341/PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gavidia, V. Y Talavera, M. (2012). La construcción de concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, pp. 161-175. <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
- González Ramírez, M.T. y Landero Hernández, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12(1), 45-61. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2006/anyes2006a4.pdf>
- González- Blanch, C., Ruiz-Torres, M., Cordero-Andrés, P., Umaran- Alfageme, O., Hernández -Abellán, A., Muñoz Navarro, R. y Cano Vindel, A. (2018). Terapia

Cognitivo-conductual transdiagnostica en atención primaria: un contexto ideal. *Revista de psicoterapia*, 29 (110), 37-52.
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70569/133339.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González Lugo, S. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas psychologica*, 17(3), 1-10.
<https://www.redalyc.org/journal/647/64755358008/64755358008.pdf>

González Ramírez, M.T., Landero Hernández, R. y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panam Salud Publica*, 25(2), 141-145. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n2/141-145/es>

Guzmán Guzmán, R. M. (2011). Trastornos por somatización: su abordaje en atención primaria. *Revista clínica médico familiar*, 4(3), 234-246.
<https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n3/especial5.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Día mundial para la prevención del suicidio.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf

Jaison, B. (2014). *Integración de la terapia experiencial y la terapia breve*. Desclee de Brouwer. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mKX-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=en+que+consiste+la+terapia+breve&ots=7CWntn-y_l&sig=dXX2hvAZU1o_pPAwFPToZWdWo#v=onepage&q=en%20que%20consiste%20la%20terapia%20breve&f=false

Leonangeli, S., Michelini, J. y Rivarola Montejano, G. (2022). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios antes y durante los primeros tres meses de cuarentena por COVID -19. *Revista colombiana de psiquiatría*, 30(29), 1-11.
<https://pdf.sciencedirectassets.com/287714/AIP/1-s2.0-S0034745022000567/main.pdf>

López Santiago, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(2), 73-93. <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/01.20022.Santiago-Belloch.pdf>

Lopera, J. (2015, 1 marzo). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista facultad nacional pública*, 32, 11-20.

- Macaya Sandoval, X. G., Pihan Vyhmeister, R. y Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades médicas*, 18(2), 338-355. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202018000200338
- Macias- Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López- Meraz, M., Beltrán- Parrazal, M. Y Morgado-Valle, C. (mayo de 2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista electrónica eneurobiología*, 10(24), 1-11. <https://eneurobiologia.uv.mx/index.php/eneurobiologia/article/view/2544>
- Mayorga, M. y Moreta, R. (2019). Síntomas clínicos y subclínicos y necesidades de atención psicológica en estudiantes universitarios con bajo rendimiento. *Revista educación*, 43(2), 452-467. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/edu/v43n2/2215-2644-edu-43-02-00452.pdf>
- Mías, C. (2018). Bases teóricas y fundamentos clínicos para una cuarta generación en Terapia Cognitivo Conductual. *Integración y aportes de las neurociencias. Facultad de psicología UNC*, 1-11. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Mias/publication/348634587_Bases_teoricas_y_fundamentos_clinicos_para_una_cuarta_generacion_en_Terapia_Cognitivo_Conductual_Integracion_y_aportes_de_las_Neurociencias/links/60089d10a6fdccdc86ba9a6/Bases-teoricas-y-fundamentos-clinicos-para-una-cuarta-generacion-en-Terapia-Cognitivo-Conductual-Integracion-y-aportes-de-las-Neurociencias.pdf
- Morales, C. (2004). La depresión y su etiología. Una patología completa. *Academia biomédica digital*, 1-15. <https://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiquiatria/ArchivosPDF/psiquiatria.pdf>
- Morales Fuhrmann, C. (2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista cubana de salud pública*, 43(2), 136-138. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
- Mori, N. y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista peruana de epidemiología*, 14(2), 86-90. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203119666002.pdf>
- Mosqueda Diaz, A., González Carbajal, J., Dahrbacon Solís, N., Jofre Montoya, P., Caro Castro, A., Camposano Colona, E. y Escobar Ríos, M. (2019). Malestar psicológico en estudiantes universitarios: una mirada desde el modelo de promoción de la salud. *SANUS*, (1), 48-57. <https://sanus.unison.mx/index.php/sanus/article/view/58>

Navas Orozco, W. y Vargas Balderas, M.J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para la atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>

Núñez Rojas, A.C. y Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo- conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica*. Universidad de Manizales. https://www.researchgate.net/profile/Cesar-Nunez-3/publication/293654257_Nunez_Tobon_2005_Terapia_cognitivo-ctual_y_MPSM/links/56ba636408ae0a6bc9556b28/Nunez-Tobon-2005-Terapia-cognitivo-ctual-y-MPSM.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. *Organización Panamericana de salud*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la facultad de medicina (México)*, 60(5), 7-16. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007

Puerta Polo, J.V. y Padilla Diaz, D.E. (2011). Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) como tratamiento para la depresión una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Ramírez, J. y Rodríguez, J.C., (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo- conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2), 610-635. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122n.pdf>

Ramírez, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica. *Avances en psicología latinoamericana*, 27 (1), 165-176. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v27n1/v27n1a12.pdf>

- Rodríguez- Puentes, M. y Zarate- Guerrero, S. (2019). Factores neurobiológicos asociados a la adquisición de los trastornos depresivos: una revisión. *Documentos de trabajo areandina*, 1, 1-32.
<https://revia.areandina.edu.co/index.php/DT/article/view/1510/2086>
- Ruiz, A., Diaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales. Desclee.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54408968/Manual_de_Tecnicas_de_Intervencion_TCC-libre.pdf
- San Molina, L., Arranz Martí, B. (2010). *Comprender la depresión*. (Ed.) AMAT.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yC_1xY4jzNUC&oi=fnd&pg=PA7&dq=depresi%C3%B3n+&ots=nKnNQaUPEX&sig=5uJjpblohaVIVkQzITdpJ4WADIk#v=onepage&q=depresi%C3%B3n&f=false
- Sánchez- García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4261838>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf>
- Sanz, J., García- Vera, M Y Fortun, M. (2012). El “inventario de ansiedad de Beck” (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral psychology/psicología conductual*. 20(3), 563-583.
https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Sanz-8/publication/286536823_THE_BECK_ANGIETY_INVENTORY_BAI_psychometric_properties_of_the_Spanish_version_in_patients_with_psychological_disorders/links/596bae01458515e9afb1cb24/THE-BECK-ANGIETY-INVENTORY-BAI-psychometric-properties-of-the-Spanish-version-in-patients-with-psychological-disorders.pdf
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Solís – Cámara, P., Meda Lara, R.M., Moreno Jiménez, B. y Palomera Chávez, A. (2018). Depresión e ideación suicida. Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana de psicología*, 11(1), 11-22.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6598581>

- Tijerina, G.L., González, G.E. Gómez. N.M., Cisneros, E.M., Rodríguez, G.K. y Ramos, P.E. (2018, 29 noviembre). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista salud pública y nutrición*. 17(4), 41-47. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=84412>
- Tirado Chacaliaza, K. P. y Diaz Manrique, J. (2022). Depresión e ideación suicida en adolescentes: una revisión narrativa. *Revista científica digital de psicología*, 11(1), 108-116. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/1918/1817>
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y depresión*. (5 ° ed.). Hispano Europea. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xpmFOiLu5_cC&oi=fnd&pg=PA7&dq=porque+se+habla+de+depresion+y+ansiedad+juntos&ots=XBrkm7WiCZ&sig=8BvHTf-B7ulPIV-Q1pSEkrTiEUU#v=onepage&q=porque%20se%20habla%20de%20depresion%20y%20ansiedad%20juntos&f=false
- Trunce Morales, S. T., Villaroel G. P., Arntz Vera, J. A., Muñoz Muñoz, S. I. y Werner Contreras, K.M. (2020). Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación en educación médica*, 9 (36), 8-16. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000400008
- Tulio, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica hondureña*, 88(1), 46-52. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (noviembre 2023). Dirección general de asuntos de personal académico (dgapa). Marco institucional. <https://dgapa.unam.mx/index.php/conoce-la-dgapa/marco-institucional>
- Vallejo, M. (2004). De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Revista Iberoamericana de psicología*, 110, 75-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803025>
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez -García, S., García – Peña, C. y Gallo, J.J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci_arttext

Winski, S. (2012). Distimia o depresión crónica: ¿Qué sabemos de su tratamiento farmacológico? *Revista argentina de psiquiatría*. 23, 260-264.
<https://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex104.pdf#page=21>

Anexos y apéndices.

4/12/23, 22:10

Solicitud de Asistencia Psicológica

Solicitud de Asistencia Psicológica

El presente formulario tiene la finalidad de recabar algunos datos que nos apoyen para programar la asistencia psicológica solicitada por su parte.

Responsables del Programa:

Dra. Nancy Aidée Arzate Salgado

Mtro. Juan Manuel Montiel Génova

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Correo electrónico *

CONSENTIMIENTO INFORMADO

2. Declaro que solicito de manera voluntaria el servicio de asistencia y atención psicológica por lo que acepto responder el presente formulario en el cual se me solicitan algunos datos generales, los medios de contacto e información sobre el motivo de consulta. *

Se da por informado que la solicitud del servicio es totalmente confidencial, la información que proporcione solamente se utilizará con fines científicos para llevar a cabo la asistencia y atención psicológica.

Me doy por enterado leyes de privacidad protegen la confidencialidad de mi información, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, notificación obligatoria de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo o para otros; planteamiento de la salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal).

Marca solo un óvalo.

Acepto

Datos Generales

3. Nombre completo empezando por apellidos *

4. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

5. Edad *

6. Género *

7. Proporciona un correo electrónico *

8. Proporciona algún número telefónico donde podamos ponernos en contacto *

9. Carrera en la que estás inscrito *

Marca solo un óvalo.

- Educación
- Administración y Promoción de la Obra Urbana
- Derecho
- Medico cirujano
- Turismo
- Trabajo social
- Seguridad Ciudadana

10. Semestre que estás cursando *

Marca solo un óvalo.

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto
- Quinto
- Sexto
- Séptimo
- Octavo
- Noveno

Información sobre la solicitud de consulta

11. Describe el motivo por el cual solicitas el servicio. *

12. ¿Qué esperas del servicio de asistencia y atención psicológica? *

13. ¿Estás recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento psicológico? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

14. ¿Estás recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento psiquiátrico? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

15. En algún momento de tu vida has recibido algún tipo de tratamiento psicológico. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

16. En algún momento de tu vida has recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico. *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

17. Señala si en los últimos 6 meses has experimentado algunas de las siguientes situaciones: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Si	NO
Síntomas de Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síntomas de tristeza extrema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas por el consumo de alguna droga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ideación Suicida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intentos suicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultades en el desempeño escolar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de salud constantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas por actos violentos con mi pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas por actos violentos en mi familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas relacionados		

relacionados
~~problemas~~
~~señalados~~
~~por violencia~~
sexual

18. Si presentas alguna otra problemática que no está señalada en la pregunta anterior, *
describela en este espacio.

19. Señala que modalidad de asistencia y atención psicológica prefieres y/o se te
facilita. *

Marca solo un óvalo.

- Modalidad presencial
 Modalidad a distancia (Por medio de las plataformas ZOOM o MEET)
 Indistinto

20. Señala los días que tienes mayor disponibilidad para tomar el servicio. *
Selecciona todas las opciones pertinentes

Selecciona todas las opciones que correspondan.

	Mediodía (entre las 11 y 14 horas)	Tarde (entre las 14 y 17 horas)	Noche (entre las 16 y 20 horas)
Lunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miércoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jueves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viernes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: Estado Civil..... Edad: Sexo.....

Ocupación Educación: Fecha:

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este cuestionario no exige para su funcionamiento de una conexión a Internet, pudiendo por tanto ser utilizado en

ordenadores sin acceso a la Red. La versión más reciente está disponible en la dirección <http://espectroautista.googlepages.com/BAI-es.html>.

Para cualquier comentario relacionado con esta página puede contactar con espectroautista@googlegroups.com

En absoluto Levemente Moderadamente Severamente

- 1 Torpe o entumecido.
- 2 Acalorado.
- 3 Con temblor en las piernas.
- 4 Incapaz de relajarse
- 5 Con temor a que ocurra lo peor.
- 6 Mareado, o que se le va la cabeza.

7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.

8 Inestable.

9 Atemorizado o asustado.

10 Nervioso.

En absoluto Levemente Moderadamente Severamente

11 Con sensación de bloqueo.

12 Con temblores en las manos.

13 Inquieto, inseguro.

14 Con miedo a perder el control.

15 Con sensación de ahogo.

16 Con temor a morir.

17 Con miedo.

18 Con problemas digestivos.

19 Con desvanecimientos.

20 Con rubor facial.

21 Con sudores, fríos o calientes

En absoluto Levemente Moderadamente Severamente

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL CHIMALHUACÁN

Formato de Consentimiento Informado para dar Asistencia Psicológica a Distancia
Yo _____,

doy consentimiento para participar en asistencia psicológica clínica a distancia y estrictamente confidencial, de forma gratuita, los días

_____ en el horario _____, siendo

semanal, y con duración de una hora, mediante la plataforma que el psicólogo asignado me informe, como parte de mi psicoterapia. Entiendo que esta modalidad es la práctica necesaria de brindar servicios de atención psicológica clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un psicólogo y un/una paciente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes.

Una copia de este Consentimiento Informado me será entregado. Asimismo, debo entregar una copia de mi credencial de elector por ambos lados, ya sea como paciente, o tutor de un menor o persona vulnerable (Art. 450 del Código Civil Federal), con el fin de corroborar que la firma que aparece en ésta, coincida con la que se plasme en este consentimiento.

Asimismo, **ENTIENDO** lo siguiente por asistencia psicológica a distancia:

1) Que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios de los programas futuros a los que tendría derecho.

2) Que recibiré orientación a distancia mediante la aproximación conductual, o cognitivo conductual.

3) Que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la orientación psicológica a distancia, que incluyen, entre otros: la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, la interrupción y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o la capacidad limitada del terapeuta para responder a emergencias. El principal beneficio será que obtendré una orientación psicológica reduciendo el tiempo de espera, así como que la calidad de esta atención será igual que la que en otras circunstancias sería recibida bajo modalidad presencial.

4) Que ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos pertenecientes a esas sesiones serán confidenciales y no podrán ser divulgadas a nadie, sin la autorización por escrito del paciente, o bien, por su representante o familiar más cercano, en caso de que se trate de un menor de edad o de una persona que pertenezca a un grupo vulnerable (Artículo 450 del Código Civil Federal), excepto cuando la divulgación esté permitida y/o requerida por la ley.

5) Que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información psicológica protegida, también se aplican a la orientación psicológica a distancia, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, notificación obligatoria de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo o para otros; planteamiento de la salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal).

6) Que, si presento una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de orientación psicológica a distancia no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.

7) Por otra parte, aunque en un inicio se haya considerado que mi caso se pudiera atender vía online, podría suceder que a lo largo del tiempo esta condición se modifique, y si el psicólogo/a o los psicólogos/as encargados/as determinan en algún momento, que la atención psicológica en esta modalidad es inadecuada para mi bienestar y los beneficios obtenidos, entonces podrán interrumpirla y plantear otras opciones, como terapia presencial con las debidas precauciones de distancia o canalización a otro tipo de servicios profesionales

8) Que, durante una sesión de salud psicológica a distancia, podríamos encontrar dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalizaré la sesión y volveré a solicitar la entrada a la plataforma. Si no podemos conectarnos en línea, por favor llámeme al _____ para reprogramar.

8) Mi terapeuta puede necesitar comunicarse con mi contacto de emergencia proporcionado, y/o a las autoridades apropiadas en caso de una emergencia. Asimismo, trabajaré con mi terapeuta para identificar un medio de comunicación alternativo, como el teléfono, en caso de que la videoconferencia falle.

9) Yo, como paciente, me haré responsable por: 1. Contar con una computadora o el dispositivo electrónico necesario para las sesiones de orientación psicológica a distancia o tele terapia y 2. Arreglar un lugar con suficiente iluminación y privacidad, que esté libre de distracciones o intrusiones para mis sesiones de tele terapia. 3. Ser puntual al ingreso de la sesión, ya que las plataformas se reservan con determinado tiempo de uso. Asimismo, el terapeuta se compromete a lo mismo.

Protocolo de emergencia

El terapeuta necesita saber su ubicación en caso de emergencia. Usted, como paciente, se compromete a informarle de la dirección donde se encuentra al inicio de cada sesión. También se requiere saber quién será su persona de contacto a quien pueda llamarse en su nombre; esto solo en una emergencia que ponga en riesgo su vida o su seguridad. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia.

En caso de una emergencia, declaro como paciente, que mi ubicación es: _____ y el nombre, dirección y teléfono

de la persona de contacto de emergencias es:

Nombre _____

parentesco: _____

_____ teléfono _____.

He leído la información proporcionada anteriormente y la hablé con mi terapeuta. Entiendo y estoy de acuerdo con la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del cliente / padre / tutor legal _____ Fecha _____

Firma del terapeuta _____ Fecha _____

Firma Testigo 1 _____

Esta información se proporciona como un servicio a los miembros y la comunidad de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la UAEMex, con fines educativos, de atención a la salud e informativos únicamente y no constituye asesoramiento legal. La transmisión de la información no tiene la intención de crear casos, ya que estos, sus expedientes y archivos son propiedad de la Unidad Académica Profesional Chimalhuacán de la UAEMex, y su recepción no constituye una relación terapeuta particular-cliente, o entre esta institución y usted.