



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

---

---

**“INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN  
PACIENTE CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA”**

**TESIS**

Que para obtener el título de:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

Alejandro Alamina Ana Paula

Colín Acosta Samantha

**DIRECTORA:** Dra. Aimé Edith Martínez Basurto

**REVISOR:** Dr. José Alfredo Contreras Valdez

**SINODALES**

Dra. Angélica Juárez Loya

Dr. Edgar Landa Ramírez

Dra. Karla Suarez Rodríguez



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2021



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.

## Dedicatoria

A mi padre, que si bien hoy en día ya no está conmigo, siempre fue mi más grande fan y soporte desde el momento en el que yo escogí estudiar Psicología en la UNAM, y continuó siéndolo hasta su último día. Contarle cómo me iba día con día en la universidad, esas pláticas y debates de diversos temas de la psicología, y esas palabras de aliento para conseguir mis sueños, se convirtieron en mi llegando a ser una profesionista. Sé que él sería el más feliz en estos momentos, pero sobre todo sé que sigue orgulloso de mi hasta el cielo.

A mi madre, quien ha estado conmigo a través de todos los procesos, los altibajos de la carrera y también de la vida, mi vivo ejemplo de que hay que seguir adelante por mucho que cueste y cumplir las metas propuestas con esfuerzo y constancia. Espero que este sea uno de muchos logros más que vivas conmigo a lo largo de mi camino y que podamos así, seguir caminando de la mano, aprendiendo una de la otra.

Finalmente, a mi hermana menor, si bien nuestras diferencias son marcadas eso nos ha brindado la oportunidad de aprender muchísimo una de la otra, como una simbiosis, ya que tu también has demostrado ser un gran ejemplo para mi. La enseñanza que pretendo brindarte aquí es que cuando algo te apasiona se vuelven fáciles los obstáculos, no hay nada como hacer lo que te gusta, y confío en que serás la mejor en lo que te apasiona, recuerda que venimos a ser felices.

Los amo con todo mi corazón

- Ana Paula -

## Dedicatoria

El presente proyecto quiero dedicarlo a mi familia, así como a aquellas personas que estuvieron conmigo dándome su guía, compañía, enseñanza y fortaleza a lo largo de mi crecimiento profesional.

En especial a mi madre Graciela, el ser que más amo en este mundo, quien sin duda alguna es el pilar de mi vida y la inspiración de cada uno de mis sueños. Esa gran mujer que ha sido madre y padre, pero también mi amiga, mi confidente y mi compañera. Por eso y más, agradezco a la vida de caminar paso a paso a su lado, pues sin su amor, impulso y confianza no habría sido posible llegar hasta acá.

A mis queridos abuelos Cruz y Bejanmín, que si bien hoy no están en forma física, están presente en mis pensamientos. Gracias por haberme cuidado a lo largo de sus años y por haberme criado como una más de sus hijas, sobre todo por haber inculcado en mí el deseo de superación, compromiso y amor a cada paso mío.

A mi prima Lluvia, por ser otra de mis grandes fuentes de inspiración y una de las mujeres que más amo en esta vida. Gracias porque me mostraste lo que es vivir la vida en sus distintas tonalidades, por siempre creer en mí, por acompañarme, por ser mi amiga y mi hermana.

Y por último, pero no menos importante a Coco, por ser la luz de mis días, mi compañero y el amor más puro e infinito que he podido conocer.

Los amo y amaré por toda la eternidad.

-Samantha-

## **Agradecimientos**

Nuestros agradecimientos son para la UNAM, para la Facultad de Psicología y para el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, ya que nos abrieron sus puertas para brindarnos las mejores oportunidades de aprendizaje, desarrollo, crecimiento y así nos permitieron convertirnos poco a poco en las profesionales que hoy somos y que habíamos tanto soñado.

Agradecemos también a los sinodales: Dr. José Alfredo Contreras, Dr. Edgar Landa, Dra. Angélica Juárez, Dra. Aimé Edith Martínez & la Dra. Karla Suárez, por ser nuestra más grande guía y fuente de inspiración. Así como a los profesionistas, compañeros y amigos que nos han acompañado durante nuestra trayectoria académica, así como durante nuestro proceso de titulación.

En especial, queremos agradecer a nuestra querida profesora y directora de tesis, la Dra. Aimé, por toda su paciencia, comprensión, compromiso y apoyo a lo largo de todo el proceso y elaboración de la presente tesis.

Finalmente, queremos agradecer a “NG”, por haber aceptado ser parte de este proyecto, por haber confiado en nosotras, así como por su compromiso y apertura a lo largo del proceso, ya que sin duda el haber caminado en conjunto y él ser nuestro primer acercamiento clínico nos brindó gran crecimiento profesional y personal.

## Índice

Resumen	6
Introducción	7
Intervenciones realizadas en jóvenes universitarios con depresión	17
Justificación	38
Hipótesis	39
Método	39
Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia	39
Estrategias de evaluación	40
Entrevista semi-estructurada	41
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	41
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	41
Formulación clínica del caso	42
Elección de Tratamiento	43
Aplicación de tratamiento	46
Factores relacionados con el o la terapeuta	58
Lineamientos éticos	60
Diseño del estudio	61
Análisis de datos	62
Resultados	63
Discusión y Conclusión	68
Referencias	74
Anexos	88
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	88
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	92
Consentimiento informado	93

## Resumen

La depresión ha aumentado su incidencia a nivel mundial, la OMS indica que alrededor de 300 millones de personas en el mundo la padecen. México se encuentra en el segundo lugar de muerte prematura o discapacidad por la misma. La edad de inicio en su mayoría es antes de los 21 años de edad. Asimismo, diversos estudios han encontrado que un gran número de pacientes depresivos presentan también síntomas de ansiedad. La terapia cognitiva conductual (TCC) se ha visto como la más efectiva para tratar tanto depresión como ansiedad, su propósito es reducir la angustia o comportamiento no deseado, deshaciendo el aprendizaje, el cual está teniendo consecuencias inadaptativas o proporcionando nuevas y mejores experiencias de aprendizaje adaptativo. Basado en la literatura, se llevó a cabo estudio de caso único ( $n=1$ ), el cual tuvo un diseño experimental A-B-A, en donde existió una línea base, una intervención y seguimiento a un mes, tres y seis meses, bajo la terapia cognitivo-conductual a un paciente joven con sintomatología depresiva dentro del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Los resultados indicaron una mejoría estadística y clínicamente significativa, por lo que la intervención cognitivo conductual fue eficaz para reducir la presencia tanto de síntomas depresivos como ansiosos y estos resultados se mantuvieron a lo largo del tiempo.

***Palabras clave:** depresión, ansiedad, sintomatología, intervención cognitivo conductual, caso único, joven.*

## Introducción

La depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, sensación de cansancio, dificultad para concentrarse, así como trastornos del sueño y del apetito. Tiene un impacto negativo en las personas, interfiriendo en sus distintas áreas de vida, llegando a provocar autolesiones y suicidio en su forma más grave (Organización Mundial de la Salud OMS, 2021). Dentro del DSM-V un episodio depresivo mayor se clasifica por medio de los siguientes criterios (Morrison, 2015):

Presencia de al menos cinco de los siguientes síntomas, durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
2. Anhedonia (pérdida del interés o el placer) en casi todas las actividades que anteriormente disfrutaba, la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
5. Fatiga (cansancio) o pérdida de energía casi todos los días.

6. Enlentecimiento psicomotores (lentitud en su expresión oral o movimientos físicos) o agitación (incapacidad de mantenerse quieto, sudoración), casi todos los días (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
7. Autoestima baja (sentimientos de inutilidad) o de culpa excesivos, casi todos los días (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Dificultad de la capacidad para pensar o concentrarse, casi todos los días (ya sea real o percibida).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un planes pecífico para suicidarse.

Y como criterios de exclusión, el episodio depresivo mayor no suele diagnosticarse cuando hay uso de sustancias (p. ej., una droga, un medicamento) con relevancia clínica o alguna afección médica general (p. ej., hipotiroidismo) que pudiera inducir la sintomatología.

Por lo tanto, si se describe como una depresión leve, sólo será necesaria una intervención psicológica, por otro lado, si cumple con los criterios señalados en los manuales anteriormente mencionados, considerando ésta como una depresión de carácter moderado-grave será necesario un acompañamiento psicoterapéutico y farmacológico (Morrison, 2008).

De acuerdo con la OMS (2020), en el mundo la depresión afecta a más de 300 millones de personas, y es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre la población de personas de 10 a 19 años. Y de acuerdo con Morrison (2014) la prevalencia de

la depresión es 3 veces mayor en individuos jóvenes de entre 18 a 29 años y 1.5 veces mayor en mujeres que en hombres.

México se sitúa en el segundo lugar de muerte prematura o discapacidad a consecuencia de la depresión (OMS, 2021) y por lo menos el 9.2% de la población en México ha padecido un episodio depresivo, siendo la población adolescente la que presenta un mayor riesgo (Wagner et al., 2012).

En general, la edad de inicio de la depresión es antes de los 21 años de edad (Rafful et al., 2012), y los datos estadísticos muestran que dentro de la población joven mexicana, 15.6% de los jóvenes de 15 a 19 años presentaron síntomas de depresión (Veytia et al., 2012). De igual manera, otro estudio reveló que en México, aproximadamente uno de cada cinco adolescentes experimentará un cuadro depresivo antes de la edad de 18 años. Este hecho señala a la adolescencia como un período crítico, que debe recibir especial atención, ya que se sabe que el suicidio es la tercera causa de muerte de la población joven de entre los 15 a 25 años, y puede ser el resultado de un episodio depresivo previo no reconocido (Depresión en adolescentes, 2017).

La depresión puede tener un origen genético, los sujetos con antecedentes familiares de depresión suelen ser más sensibles al efecto provocador de ciertos acontecimientos vitales, la heredabilidad o antecedentes familiares estiman la enfermedad de 30% a 40 %, tanto esta heredabilidad como el análisis de conjuntos de ciertos genes han proveído evidencia del rol de las regiones cerebrales prefrontales en la depresión (Howard et al., 2019). Por otro lado la depresión puede derivarse de distintas situaciones sociales, sobre todo para un joven que está en una transición entre la adolescencia y la adultez joven donde se conjuntan diversos

cambios psicológicos, psicosociales, emocionales y físicos , decisiones críticas y estresores psicosociales (Aguirre, 1994).

Los mayores estresores que esta población llega a experimentar son la interacción con sus pares, la elección de amigos, la presión ejercida por sus pares para realizar diversas conductas; la deficiente comunicación con miembros de la familia, historia personal de abuso, separación o divorcio de sus padres, discusiones con los mismos acerca de metas personales y terminar una relación amorosa (Young & Dietrich, 2015).

Otros factores que se han identificado como estresores en los jóvenes y que además son factores que vuelven a una persona propensa a desarrollar síntomas depresivos, son las dificultades económicas y los problemas familiares, estos dos factores van de la mano, una privación económica genera estrés, que a su vez crea un ambiente emocional desfavorable dentro del hogar, percibiéndose un ambiente negativo caracterizado por carencia de recursos básicos para el propio desarrollo del adulto joven; esto disminuye la capacidad de los padres para proveer apoyo económico y estimulación cognitiva y emocional a sus hijos, reduciendo las oportunidades de interacción social satisfactoria y adquisición de habilidades para el adecuado enfrentamiento a situaciones problemáticas, las cuales se han asociado como un elemento estructural en la relación con pares y la presencia de depresión (Arrieta et al., 2014).

Por otra parte, también la etapa de la universidad, se ha vuelto para muchos jóvenes un factor estresante. Un estudio que utilizó la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS, encontró que un quinto (20.3%) de la población estudiantil de nivel licenciatura tuvo desórdenes relacionados a los criterios del DSM-IV, siendo los más comunes los

desórdenes asociados a sustancias y la depresión mayor, este último siendo más común en mujeres. El estudio concluyó que los desórdenes mentales eran comunes dentro de los estudiantes de universidad (Auerbach et al., 2016), esto puede deberse a los diversos requisitos desafiantes que se presentan como la interacción con nuevas personas, la carga de trabajos escolares, tener un mal profesor, entre otros (Young & Dietrich, 2015).

El afrontamiento desadaptativo es otro de los principales estresores entre los jóvenes en el ámbito universitario, éste se define como una falta de satisfacción ante la vida, debido a que los jóvenes en su etapa de transición buscan su independencia como su autosuficiencia personal, lo cual al no desarrollarse de manera oportuna provoca altos niveles de estrés. Lo cual a su vez puede desencadenar tanto en episodios depresivos, como ansiosos (Mahmoud et al., 2015).

La exposición a la violencia social es una de las situaciones menos mencionadas pero de mayor impacto y estrés para los jóvenes, sobre todo en un país como México donde la violencia actualmente es un problema social de gran magnitud, que se ha vuelto una cotidianidad. De hecho los jóvenes han expresado que se han acostumbrado a vivir con ella, y los que la han experimentado cercanamente han experimentado la presencia de síntomas como ansiedad, depresión, incremento en el uso de alcohol y tabaco, trastornos en el sueño y del apetito (Figuroa & Torres, 2016). Además, las nuevas generaciones aprenden, resuelven las problemáticas actuales y se relacionan en el ámbito social por medio de la tecnología y las redes sociales. Y es por medio de estas vías donde se ha observado un aumento en la aparición de información violenta que se ha convertido en un acto normal y cotidiano.

Sin duda los jóvenes en general se enfrentan a diversos estresantes a lo largo de su vida, sin embargo, no todos van a experimentar estados emocionales graves ante la presencia de los mismos y esto se debe principalmente a que por sí mismos estos estresores no son los causantes directos de estados como la ansiedad o depresión, más bien, estos se derivan de la percepción y reacción que un individuo tiene ante esos factores estresantes (Beck & Clark, 1997). Comúnmente, cuando estos estresores se interpretan de manera negativa son nombrados sesgos cognitivos, y estos sesgos se crean a partir de la conjunción entre nuestros esquemas personales, los cuales formamos previamente durante la infancia y adolescencia, y la forma en la que abstraemos dichos problemas que se nos pueden presentar (Łosiak et al., 2019; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993).

Es por lo anterior que Beck nos dice que la depresión se caracteriza fundamentalmente por la existencia de errores o sesgos cognitivos que conducen al individuo con depresión a percibir e interpretar la realidad de una manera negativa, podemos decir que la depresión se caracterizaría por un procesamiento del contexto distorsionado negativamente (Ortiz, 1997). En este contexto, es importante mencionar que la rumiación es otro factor de riesgo bien establecido para la aparición de síntomas de depresión mayor y ansiedad en jóvenes, principalmente porque es una tendencia a pensar de manera intensiva y repetitiva sobre las causas, consecuencias y síntomas de los propios sentimientos negativos, pero sin llevar a cabo estrategias de afrontamiento activo para aliviar el estado de ánimo o para solucionar el problema (De Jong-Meyer et al., 2009; Dehn & Beblo, 2019), lo que lleva a los individuos a fallar al tomar algún tipo de acción para aliviar sus síntomas o mejorar su situación (Nolen- Hoeksema et al., 2008).

Además, la rumiación surge como un mecanismo ante la tristeza, una forma de afrontamiento que resulta desadaptativa, y que se puede presentar de dos formas: la primera de forma negativa que se manifiesta con reproches o “brooding”, la cual puede resultar perjudicial para la persona, ya que piensa constantemente en la situación de tristeza sin llegar a una solución, y la segunda, se manifiesta como una reflexión o “reflection”, la cual encara de forma positiva el problema buscando una solución. (Martin & Tesser, 1996; Nolen- Hoeksema et al., 2008; Treynor et al., 2003). Hallazgos posteriores sugieren que eventos estresantes, pensamiento rumiante y preocupación están involucrados en el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa (Young & Dietrich, 2015). La alta correlación entre rumiación y síntomas depresivos es consistente con literatura previa dirigida a población joven (Abela & Hankin, 2011; Hong et al., 2010; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2012). Se ha visto que las preocupaciones y rumiaciones de los jóvenes varían según su sexo a partir de la adolescencia, mientras que en ambos grupos predomina el estilo rumiante reflexivo, se observó que en el grupo de las mujeres es más elevado el estilo rumiante con reproches a comparación de los hombres; es decir, las mujeres tienden a rumiar de forma negativa con reproches acerca de temas pertinentes a su edad y estilo de vida como universitarias, a como obtener buenas calificaciones, a mostrar un óptimo desempeño académico, además de tener que afrontar situaciones personales, familiares y de pareja, mientras que los hombres, prefieren adoptar un sistema de “distracción” para evitar el estilo rumiante con reproches o “pensar demasiado”, por lo cual, que cuando rumian, lo hacen de manera reflexiva para llegar a una solución. Estas diferencias en el estilo rumiante pueden invitar a reflexionar sobre las implicaciones que puede tener para hombres y mujeres el proceso de socialización de género, es decir, como los esquemas sociales de

género les indican que deben expresar sus sentimientos y pensamientos, y al final del día, como estos impactan en su salud mental (García et al., 2017).

Como puede observarse, la depresión tiene un origen multifactorial, ya que son diversos los factores que contribuyen para su desarrollo, ya sean de carácter genético, personales, sociales, psicológicos, familiares, económicos, entre otros.

Por otro lado, es importante mencionar que no todos los jóvenes que presentan sintomatología depresiva buscan ayuda profesional, en una encuesta realizada por la OMS se encontró que únicamente el 16.4% de los estudiantes universitarios acuden a un plan de tratamiento (Auerbach et al., 2016).

Lo anterior es preocupante pues el no tratar la depresión a tiempo conlleva un impacto funcional negativo, ya que causa una mayor discapacidad social, es decir, las personas deprimidas pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas (Lara et al., 2007). Aunado a esto, en un estudio realizado en el 2012 se observó que aquellos individuos que presentaron un estado depresivo perdieron en promedio veintisiete días de producción en los casos más graves y en los moderados, siete (Wagner et al., 2012). Esta discapacidad se debe principalmente a que sus niveles de funcionamiento se ven deteriorados, impactando en el ámbito laboral, escolar o en lo social a consecuencia de su estado emocional. De este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad (González et al., 2007).

Los trastornos depresivos también producen importantes niveles de discapacidad que afectan las funciones físicas, mentales y sociales, dificultando la capacidad de la persona

para realizar actividades cotidianas, como las actividades de higiene personal, de alimentación, cuestiones laborales o escolares, actividades físicas e incapacidad para experimentar placer, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida, lo cual se asocia con mayor riesgo de muerte prematura (Lara et al., 2007).

Con base en lo anterior, se ha documentado que los estudiantes deprimidos muestran dificultades en su concentración y memoria, impidiéndoles prestar atención y asimilar lo que se les enseña, afectando su motivación, y por supuesto su rendimiento académico (Campo et al., 2005). Siguiendo esta misma línea, Tejedor et al. (2007) refieren que el bajo rendimiento académico en jóvenes universitarios oscila entre el 26.5% y 27%, generando en los jóvenes sentimientos de incapacidad para no cumplir con las exigencias académicas y poco entusiasmo frente al trabajo escolar (Adlaf et al., 2001; Curtis & Curtis, 1999; Pereyra et al., 2010). Asimismo, se ha observado que el fracaso académico (abandono) se concentra en los primeros cursos, acumulándose el 90% de los alumnos desertores entre 1º y 2º grado de la carrera Universitaria (Saldaña & Barriga, 2010; Tejedor et al., 2007; Yengle, 2009).

Como se ha mencionado anteriormente, de las consecuencias más preocupantes de la depresión son la ideación suicida, los intentos suicidas y el suicidio. Las últimas estadísticas acerca del suicidio y la conducta suicida en México nos muestran una prevalencia de 8.74% en el grupo de 18 a 29 años. Si hablamos de intentos de suicidio la prevalencia de estos alguna vez en la vida fue de 3.75% en jóvenes de 18 a 29 años. Mientras que el porcentaje de suicidio se incrementa rápidamente en el grupo de 15 a 29 años, y es una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. En hombres jóvenes,

la mortalidad es del 29.13% y en las mujeres, el porcentaje es de 29.50%. Estos problemas tienen consecuencias sobre el uso de los servicios de salud mental y los servicios médicos en general, alrededor de la mitad de las personas con un intento de suicidio consultaron con los servicios para el tratamiento de problemas emocionales y de uso de alcohol y drogas (Borges et al., 2010).

Por otra parte, se considera alta la comorbilidad entre la depresión y otras patologías mentales, entre las que sobresalen los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas (Caraveo, 2009), los cuales suelen afectar a los adultos jóvenes. Algunas estadísticas muestran que el 20% de los jóvenes sufren de ansiedad y depresión, dos problemas que mantienen relación entre sí, es decir 2 de cada 10 jóvenes lo presentan (Vallejo & Gastó, 2000). De acuerdo con el DSM-V (2013), la ansiedad es una respuesta anticipada a una amenaza futura real o imaginaria, que se caracteriza por preocupación excesiva sobre varios aspectos, como lo laboral, escolar, familiar, entre otras, que la persona percibe difícil de controlar, así como síntomas físicos, como inquietud, nerviosismo, sensación de excitación, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Cuando esta sintomatología ansiosa acompaña a los estados depresivos es común que cuando los síntomas depresivos desaparezcan también lo hagan los síntomas ansiosos y viceversa (Luengo, 2004).

Dada la alta comorbilidad física o emocional que acompaña a la depresión, el manejo de este trastorno es complicado, y si se le agrega un diagnóstico inadecuado o incompleto, puede limitar el progreso del paciente; dado que la depresión aumenta cinco veces la probabilidad de tener ideación suicida; así como el consumo de alcohol, tabaco y drogas

(Pérez et al., 2010), sin embargo, un diagnóstico cuidadoso y directo puede liberar sufrimiento y restaurar funciones (Rappaport, 2001).

### **Intervenciones realizadas en jóvenes universitarios con depresión**

Por otro lado, los siguientes estudios realizados por distintos autores, buscaron examinar la eficacia de una intervención de corte cognitivo conductual individual o grupal enfocada en la reducción de sintomatología depresiva y ansiosa en jóvenes universitarios. Por lo que se analizó a continuación.

**Tabla 1***Efectos de Intervenciones Cognitivo Conductual Individuales y Grupales.*

<b>Autor y Año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Mediciones</b>	<b>Intervención</b>	<b>Resultados</b>	<b>Limitaciones</b>
García et al., 2012	Efecto de una intervención cognitivo conductual para disminuir sintomatología ansiosa y depresiva en alumnos de la Universidad de Sonora en busca de atención psicológica.	125 alumnos de diferentes programas educativos de la educación superior, en un rango de edad de entre 18 años a 29.	Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck.	De 5 a 25 sesiones individuales dependiendo de cada paciente, con una media de 10 sesiones. En estas se emplearon las técnicas de psicoeducación de la TCC, entrenamiento en el modelo de solución de problemas, entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva.	Sólo 17 alumnos concluyeron la intervención. Todos los casos redujeron la sintomatología ansiosa, sólo 14 casos redujeron su sintomatología depresiva y 13 pacientes mejoraron clínicamente hablando.	No existe estudio de variables asociadas a la sintomatología. No hay correlación entre la mejoría clínica y el rendimiento académico.

Antón et al., 2016	Analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva.	Un paciente de 18 años con sintomatología depresiva	Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de autoestima de Rosenberg, el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) y la Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20).	12 sesiones individuales en las cuales se emplearon las técnicas de: psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, autoinstrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva.	Se observó una reducción en la sintomatología depresiva.  No hubo reducción significativa en ansiedad ni en autoestima.	No hubo seguimiento a largo plazo (más allá de cuatro meses).
--------------------	--	---	--	---	---	---

---

Velázquez et al., 2019	Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, reportada por médicos internos de pregrado (MIP) de un Hospital General de tercer nivel de la Ciudad de México.	40 sujetos, médicos internos de pregrado con sintomatología depresiva y ansiosa con un promedio de edad de 23.5 años.	Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	8 sesiones de grupo semanales con una duración de 180 minutos. Se emplearon técnicas de psicoeducación, respiración diafragmática, establecimiento de metas, autoinstrucciones, solución de problemas, reestructuración cognitiva, comunicación asertiva y empoderamiento.	Los resultados mostraron una disminución en la sintomatología depresiva y ansiosa, sin embargo se mantuvieron dentro del rango de sintomatología moderada.	Pudo existir una interferencia de la deseabilidad social en las respuestas dadas por los participantes a los reactivos que afectan directamente su imagen profesional.
------------------------	---	---	--	--	--	--

---

Dickinson & Gullo, 2015	Evaluar los efectos de un tratamiento terapéutico breve de corte cognitivo conductual a estudiantes de una universidad de Reino Unido, que identificaran como problema principal la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa.	48 alumnos universitarios de Reino Unido con sintomatología depresiva y/o ansiosa, con un promedio de edad de 24.52 años.	Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9).	La intervención constó de sesiones individuales semanales.	La intervención redujo significativamente e la sintomatología ansiosa y depresiva.	La mayoría de los terapeutas eran aprendices.
-------------------------	--	---	--	--	--	---

---

Setiawati & Dewi, 2017	Analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual breve para reducir la sintomatología depresiva en una estudiante universitaria.	Una paciente universitaria de 21 años con sintomatología depresiva.	Inventario de Depresión de Beck (BDI).	4 sesiones de 120 minutos en un periodo de 7 días, en estas sesiones se llevaron a cabo técnicas como entrevista, psicoeducación y planeación a futuro. Al igual se llevaron a cabo ejercicios para promover la autoconciencia y se brindaban tareas de automonitoreo.	La TCC breve redujo los síntomas depresivos, cuantitativamente y confirmado por la paciente.	La falta de tiempo debido a los horarios de la paciente en la escuela y la falta de una sesión de mantenimiento.
------------------------	--	---	--	--	--	--

---

Cuijipers et al., 2015	Medir los efectos de un tratamiento psicológico en estudiantes de universidad.	15 ensayos en estudiantes universitarios que satisfacían los criterios de inclusión del estudio, en el cual se incluyeron 992 participantes.	Inventario de depresión de Beck (BDI) o la Escala de calificación de Hamilton para la depresión (HRSD).	Compararon los efectos del tratamiento con un grupo control en 22 comparaciones.  Las intervenciones incluidas fueron la terapia cognitiva conductual, la activación conductual y el resto usó otro tipo de tratamiento.	Los tratamientos individuales fueron más eficaces que los tratamientos grupales.	En algunos estudios no se examinaron los efectos a largo plazo; pocos estudios incluidos; y por último la comparación sólo se realizó entre jóvenes universitarios y adultos.
------------------------	--	--	---	--	--	---

---

Nyer et al., 2015	Evaluar el efecto de un tratamiento cognitivo conductual en estudiantes universitarios con sintomatología depresiva con o sin ideación suicida.	9 alumnos con una media de edad de 19.33 años.	Inventario de Depresión de Beck (BDI), el ítem #9 de dicho inventario, y el Cuestionario de comportamientos suicidas (SBQ-R). Pre y post intervención.	6 semanas de sesiones individuales, en estas se aplicaron las técnicas de: Psicoeducación, activación conductual, reestructuración cognitiva y exposición.	Se observó una reducción estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva e ideación suicida en menor tasa.	La muestra es pequeña para realizar un análisis grupal; no se siguió un manual específico para suicidio y depresión para estudiantes universitarios; no hubo grupo control; no se tomó en cuenta la situación de vivienda; y finalmente, no se recogió información acerca de si los sujetos habían llevado tratamiento o intervenciones psiquiátricas y/o psicosociales.
-------------------	---	--	--	--	--	--

---

Farabaugh et al., 2018	Aumentar el acceso a los servicios de salud mental, para que los estudiantes universitarios al ser una población vulnerable puedan tener una disminución en su sintomatología depresiva y recibir la atención dentro del campus universitario.	30 estudiantes universitarios de entre 18 y 24 años con presencia de síntomas depresivos e ideación suicida.	Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Actitud Disfuncional (DAS;12), Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) y Escala de Estrés Percibido (SSP).	12 sesiones semanales e individuales, en las cuales se aplicaron las siguientes técnicas: relajación, activación conductual, reestructuración cognitiva y / o exposición, esto dependiendo de los problemas de presentación para cada estudiante. Como parte del tratamiento, todos los sujetos recibieron psicoeducación sobre depresión y ansiedad.	La TCC a corto plazo (12 semanas) fue efectiva para reducir los síntomas de depresión, ansiedad, estrés percibido, tendencias suicidas y cogniciones negativas en esta población.	La muestra es algo pequeña en comparación al número de estudiantes de Universidad para realizar un análisis grupal; sesgo de autoselección; y la inexistencia del grupo control.
------------------------	--	--	--	---	---	--

---

Vázquez et al., 2012	Comparar los resultados del entrenamiento de relajación (ER) con los de un programa cognitivo-conductual (TCC) para la prevención de la depresión en estudiantes universitarios con síntomas depresivos elevados.	Los 133 participantes (edad media 23,3 años, 82% mujeres).	CES-D e Inventario de Ansiedad de Beck.  Entrevista clínica semiestructurada (SCID-CV).	Cada programa se administró a grupos de cinco o seis participantes en ocho sesiones semanales de 90 minutos.  *Terapia Cognitivo Conductual: Sesión 1: Concepto de depresión, modelo etiopatogénico y estrategias de autocontrol; 2 y 3: Aspectos cognitivos, detección de pensamientos negativos y estrategias; 4 y 5: Reforzamiento de conductas a lo largo de la vida; 6 y 7: Relaciones sociales y estado de ánimo, habilidades sociales; 8: Revisión de conceptos clave durante la	En ambos grupos se encontraron mejoras significativas en el post tratamiento y el seguimiento.	La falta de un grupo control; un período de seguimiento de seis meses podría ser corto para obtener conclusiones sólidas sobre la persistencia de efectos preventivos; y una mayoría de mujeres en la muestra.
----------------------	---	--	---	---	--	--

---

intervención.

\*Entrenamiento de  
Relajación: Sesión 1:  
Definición de  
depresión y utilidad  
de las estrategias de  
relajación; 2:  
Relación entre  
depresión y tensión,  
relajación muscular  
progresiva de 16  
grupos musculares; 3  
y 4: Formación  
continua de la  
técnica; 5 y 6:  
Relajación para siete  
grupos musculares,  
control de la  
respiración y  
visualización; 7 y 8:  
Dedicado a la  
relajación en cuatro  
grupos musculares y  
meditación.

---

Huang et al., 2018	Examinar intervenciones para problemas comunes de salud mental entre estudiantes universitarios.	En total, se incluyeron 51 estudios, 59 intervenciones y 77 ES (tamaño del efecto) posteriores a la intervención para esta revisión.	No se mencionan.	Terapia cognitivo conductual e intervenciones basadas en la atención plena.	Se encontró efectos moderados tanto para la depresión como para el trastorno de ansiedad. No hubo evidencia de que las intervenciones para el TOC o el TEPT fueran efectivas.	Intervenciones cortas y algunas con poca adherencia terapéutica; la mayoría de la muestra se concentró en población occidental. Los estudiantes incluidos en su mayoría presentaban problemas de salud mental de leves a moderados. Y por último, la cantidad de datos en el presente estudio fue demasiado pequeña una vez que se subdividió en grupos.
--------------------	--	--	------------------	---	---	--

---

El primer estudio, realizado por García et al. en 2012, tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención cognitivo conductual encaminada a reducir la sintomatología depresiva y ansiosa a alumnos de universidad en Sonora, la intervención se realizó de manera individual. Se empleó un diseño pretest/posttest en el cual evaluaron la sintomatología por medio del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Se comenzó con una muestra de 125 alumnos, y después de llevar a cabo una entrevista y una evaluación sólo 55 alumnos cumplieron con los criterios de inclusión y se les aplicó el BDI y el BAI. Las intervenciones tuvieron una duración de entre cinco a veinticinco sesiones, según fuera la necesidad de cada paciente, con una media de diez sesiones, dicha intervención consistió en las siguientes técnicas de la TCC: psicoeducación del modelo cognitivo conductual, entrenamiento en el modelo de solución de problemas, entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva de Beck. únicamente 17 alumnos concluyeron la intervención.

Después de la intervención los resultados mostraron que en todos los casos hubo reducción de sintomatología ansiosa y en 14 casos una reducción de la sintomatología depresiva. Clínicamente hablando, 13 pacientes mejoraron significativamente su sintomatología depresiva y ansiosa, tanto por el lado estadístico como por el clínico. Sin embargo, las limitaciones de este estudio recaen en que no existió un estudio de variables asociadas a la sintomatología y no hay correlación entre la mejoría clínica y el rendimiento académico de dichos estudiantes universitarios.

Con respecto al estudio realizado por Antón et al. en 2016, que tuvo como objetivo analizar los efectos de la intervención cognitivo conductual en una adolescente de 18 años con depresión mayor, se encontró que la evaluación se llevó a cabo mediante el Inventario

de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual, junto con técnicas para la mejora de autoestima y la asertividad, así como técnicas para el afrontamiento de la ansiedad. La intervención se llevó a cabo en 12 sesiones de aproximadamente una hora. En las dos primeras sesiones se llevó a cabo la entrevista clínica, análisis funcional del caso y se aplicaron las pruebas de evaluación pertinentes. En la tercera sesión se hizo psicoeducación sobre la depresión y se continuó, en ésta y el resto de sesiones, con el entrenamiento propiamente dicho, excepto en la última sesión, que fue de cierre, revisión y refuerzo de logros. Posteriormente se realizaron dos sesiones más de seguimiento.

Los resultados indicaron que hubo una reducción en la sintomatología depresiva y una mejora en el estado de ánimo, lo cual confirma la eficacia de la TCC para tratar la depresión, sin embargo, no hubo una reducción significativa en la sintomatología ansiosa ni una mejoría en su autoestima. Una limitante es que no se hizo un seguimiento mayor a los 4 meses, lo cual no permite evidenciar los resultados de dicha intervención a largo plazo.

El estudio, llevado a cabo por Velázquez et al. en el 2019 condujo una intervención cognitivo conductual con el fin de disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa de médicos internos de pregrado, se evaluaron los efectos de esta por medio de un estudio cuasiexperimental pretest/posttest. Fueron evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). La intervención consistió de ocho sesiones grupales, una por semana con duración de tres horas. Cada sesión empleó técnicas diferentes, dentro de las cuales estaban la psicoeducación, respiración diafragmática,

establecimiento de metas, autoinstrucciones, solución de problemas, reestructuración cognitiva, comunicación asertiva y empoderamiento.

Los resultados indicaron que la sintomatología depresiva y ansiosa disminuyó, sin embargo ambas se mantuvieron dentro del rango de depresión moderada y ansiedad moderada. Esta disminución fue clínica y estadísticamente significativa. Una limitación de este estudio es la deseabilidad social, al ser una intervención grupal existe la posibilidad de que los participantes minimizaran o maximizaran sus síntomas, y eso puede ser un gran sesgo dentro de este estudio. Otra limitación, inclusive un poco más grande, radica en la población misma. Se ha encontrado evidencia apunta que son los estudiantes de medicina los que niegan la existencia de problemas de salud mental, relacionándose con una combinación de estigma, miedo y malentendidos contra la búsqueda de una atención adecuada ya que consideran que al asumir algún trastorno disminuye su capacidad de afrontamiento y credibilidad ante otros (Rotenstein et al., 2016).

Un estudio inglés, llevado a cabo por Dickinson & Gullo en el año 2015 exploró el impacto de una Terapia Cognitivo Conductual breve en estudiantes universitarios. Se les ofreció a estudiantes universitarios una TCC breve en un centro de salud estudiantil de una universidad inglesa a aquellos que buscaban ayuda psicológica. Se seleccionaron 48 estudiantes para esta intervención con una media de edad de 24.52 años, con sintomatología depresiva o ansiosa, que no acudiesen a otra terapia psicológica en aquel momento y que no tuvieran diagnóstico de algún desorden de personalidad. Se les brindaron sesiones individuales semanales, la media fue de 8 sesiones por paciente, con un rango de 2 a 16 sesiones. Al inicio de cada una de estas los pacientes fueron evaluados mediante la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) y el Cuestionario sobre la Salud del

Paciente-9 (PHQ-9). Los problemas principales de los pacientes fueron determinados por el juicio clínico de los terapeutas y se trabajó sobre ellos. El 75% de los participantes concluyeron la intervención terapéutica.

Los resultados arrojaron que el principal problema de la mayoría fue una sintomatología mixta depresiva- ansiosa, la cual se redujo significativamente, sugiriendo que la TCC puede ser un tratamiento efectivo en ambientes de alta educación del “mundo real”. Una limitación encontrada en este estudio fue que la mayoría de los terapeutas eran psicólogos aprendices. Y se observó que los pacientes atendidos por psicólogos entrenados avanzados eran doblemente efectivos, por lo que los autores sugieren que hubiera sido más efectiva la intervención si hubiera habido más psicólogos entrenados avanzados que psicólogos aprendices llevando a cabo las intervenciones.

El estudio llevado a cabo por Setiawati & Dewi en 2017 concentró su atención en evaluar una intervención de TCC breve al caso único de una joven universitaria con síntomas depresivos. La paciente acudió al centro de consejería de su universidad buscando ayuda para su sintomatología depresiva, pensamientos negativos de fracaso y un estado general deprimido por lo que se le brindó una terapia cognitivo conductual breve para su caso, esta constó de 4 sesiones de 2 horas cada una a lo largo de una semana. En ellas se incluyeron técnicas de entrevista, psicoeducación y planeación a futuro, se llevaron a cabo ejercicios para promover la autoconciencia y se brindaban tareas de automonitoreo. De igual manera se hizo uso del Inventario de Depresión de Beck (BDI) antes y después de la intervención para un comparativo.

Los resultados mostraron que la TCC breve redujo los síntomas depresivos, cuantitativamente y confirmado por la paciente. Sin embargo, las limitaciones que podemos

observar dentro de este estudio son: la falta de tiempo debido a los horarios de la paciente en la escuela y la falta de una sesión de mantenimiento.

Cuijpers et al. en 2015 llevaron a cabo un metaanálisis, en el que compararon los tamaños del efecto del tratamiento en dichos ensayos realizados entre estudiantes de universidad deprimidos con los de otros ensayos en los que se comparó un tratamiento psicológico de la depresión con una condición de control en un grupo no seleccionado de adultos deprimidos. Seleccionaron un total de 15 estudios con estudiantes universitarios y participaron un total de 922 estudiantes (condiciones de tratamiento = 479, control examinado = 443). La medición utilizada dentro de estos cada uno de los estudios era distinta, sin embargo, solo se utilizaron aquellos estudios cuyos instrumentos midieran explícitamente los síntomas de depresión, como el Inventario de depresión de Beck (BDI) o la Escala de calificación de Hamilton para la depresión (HRSD). Las intervenciones incluidas fueron la terapia cognitiva conductual, la activación conductual y el resto usó otro tipo de tratamiento. Catorce comparaciones utilizaron un formato de tratamiento grupal y ocho estudios llevaron a cabo un tratamiento individual. Por otra parte, los tamaños del efecto fueron significativamente mayores cuando los estudiantes no fueron remunerados, de igual manera se observó que los tratamientos individuales fueron más eficaces que los tratamientos grupales. Y no se encontró evidencia de que haya una diferencia en los efectos de los tratamientos entre estudiantes universitarios y adultos en general. Dentro de las limitaciones observadas encontramos que en algunos o muchos de los estudios no hubo una medición del efecto a largo plazo de las intervenciones, el número de los estudios fue pequeño y también hubiera sido preferible comparar a los estudiantes no con adultos, si no con misma edad no estudiantes

Un estudio realizado en 2015 por Nyer et al. buscó medir el efecto de un tratamiento cognitivo conductual de 6 semanas a estudiantes universitarios con sintomatología depresiva con o sin ideación suicida. Los estudiantes fueron reclutados por medio de screening de depresión y suicidio dirigido por el Hospital General de Massachusetts por el programa de investigación clínica de depresión de una universidad del mismo estado. Si aceptaban participar en el tratamiento se les daban cuestionarios y una recompensa de 10 dólares. La muestra fue de 9 alumnos con una media de edad de 19.33 años, a quienes se les ofreció una terapia cognitivo conductual de 6 semanas de sesiones individuales, en estas se aplicaron las técnicas de: psicoeducación, activación conductual, reestructuración cognitiva y exposición. Se les evaluó antes y después de la intervención por medio del Inventario de Depresión de Beck (BDI), el ítem 9 de este, y el Cuestionario de comportamientos suicidas (SBQ-R).

Los resultados arrojaron que hubo una reducción estadísticamente significativa en los síntomas depresivos en general e ideación suicida en menor tasa. Existieron muchas limitaciones: primero, que la muestra es pequeña; segundo, que no se siguió un manual específico para suicidio y depresión para estudiantes universitarios; tercero, no hubo un grupo control; cuarto, el grupo pertenece a la misma muestra (universidad); quinto, no se tomó en cuenta la situación de vivienda (dormitorio o no) y esto podría ser un estresor; y finalmente, no se recogió información acerca de si los sujetos habían llevado tratamiento o intervenciones psiquiátricas y/o psicosociales con anterioridad.

El estudio realizado por Farabaugh et al. en 2018, tuvo como principal objetivo que aquellos estudiantes universitarios con presencia de síntomas depresivos e ideación suicida recibieran terapia psicológica basada en la terapia cognitivo conductual dentro del campus

universitario en apoyo con un centro especializado para la depresión. A los estudiantes de entre 18 y 24 años interesados, se les aplicó el BDI y se seleccionaron a aquellos que obtuvieran un puntaje total  $\geq 13$  que indicaba al menos síntomas leves de depresión o un puntaje mayor que 0 en el ítem de suicidio. Después se les sometió a una breve entrevista clínica y aquellos que fueron elegibles se les invitó a participar en el tratamiento de 12 semanas de TCC individual. En ellas se incluyeron técnicas de relajación, activación conductual, reestructuración cognitiva y / o exposición, dependiendo de los problemas de presentación para cada estudiante, así como psicoeducación sobre depresión y ansiedad. Al igual se les aplicó una serie de baterías, como el: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala de Actitud Disfuncional (DAS;12), Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) y Escala de Estrés Percibido (SSP), antes y después de la intervención además del BDI mencionado anteriormente.

Los resultados mostraron que la TCC breve (12 semanas) fue efectiva para reducir los síntomas de depresión, ansiedad, estrés percibido, tendencias suicidas y cogniciones negativas en los estudiantes universitarios, dado que 11 de los 19 participantes que completaron el tratamiento antes de la intervención presentaron alguna ideación suicida y sólo 3 después del tratamiento. Sin embargo, existe una serie de limitantes. La muestra al ser pequeña no permitió una generalización de los hallazgos, y a su vez no hubo control sobre diversas variables y el sesgo de autoselección, dado que los participantes acudieron de primer instancia a la aplicación del examen, lo que puede deberse a que en ellos existía mayor motivación por recibir la ayuda, lo que directamente pudo verse influido con la mejora posterior a la intervención.

El estudio llevado a cabo por Vázquez et al. en el 2012 tuvo como objetivo hacer una comparación de resultados de dos programas de intervención para la prevención de síntomas depresivos elevados en estudiantes universitarios. Uno era un programa cognitivo conductual y el otro un entrenamiento en relajación, los cuales fueron impartidos por dos estudiantes de doctorado en psicología clínica. Cada programa se administró a grupos de cinco o seis participantes en ocho sesiones semanales de 90 minutos, en las cuales participaron 133 estudiantes universitarios (edad media 23,3 años, 82% mujeres) que fueron asignados aleatoriamente a TCC (70 participantes) o ER (63 participantes). A los participantes se les hizo una evaluación pre- tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a los tres y seis meses, mediante dos instrumentos; el CES-D para evaluar síntomas de depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck para los síntomas de ansiedad.

Los participantes que recibieron TCC mostraron una marcada reducción en puntuaciones del CES-DV inmediatamente después de la terapia ( $d = 1.32$ ), pero este efecto se vio reducido a la mitad durante los siguientes 3 meses, después de lo cual se mantuvo estable durante el próximo trimestre. Por el contrario, los participantes que recibieron ER mostraron solo una modesta reducción en las puntuaciones de CES-DV inmediatamente después de la terapia, pero continuó mejorando gradualmente a partir de entonces. Mostrando reducciones significativas a los 3 meses de seguimiento ambos grupos en los síntomas de ansiedad y en el grupo de TCC se observó una reducción mayor a los 6 meses de seguimiento. Los resultados del presente estudio muestran que el entrenamiento de relajación es un método prometedor para la prevención de la depresión. Este artículo, de igual manera presenta una serie de limitantes. En primera no contar con un grupo control sin tratamiento, dado que no existe un grupo de comparación. Otra limitante es que un

período de seguimiento de seis meses podría ser corto para obtener conclusiones sólidas sobre la persistencia de efectos preventivos, así como el número de sesiones, las cuales fueron breves, encontrando en diversos estudios que una intervención más extensa genera mejores resultados y por último la muestra de estudiantes, donde en su mayoría fueron mujeres, las cuales pudieron estar motivadas, creando un sesgo de inclusión.

El estudio, llevado a cabo por Huang et al. en el 2018 tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados (ECA), los cuales examinaron intervenciones de problemas comunes de salud mental en estudiantes universitarios, como: depresión, trastorno de ansiedad, TOC y TEPT por separado. En total, se incluyeron 51 estudios, 59 intervenciones y 77 ES (tamaño del efecto) posteriores a la intervención para este estudio. Según el número de estudios incluidos, solo depresión y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tenía documentos suficientes para realizar análisis de subgrupos, las cuales se clasificaron así: 1) intervenciones basadas en la TCC; 2) intervenciones basadas en atención plena ; 3) modificaciones de atención/percepción; 4) otras intervenciones (arte, ejercicio, música, apoyo entre pares).

El tamaño del efecto (ES) más alto se obtuvo en “otras intervenciones”, tanto para la depresión como para el TAG. Sin embargo, la TCC y los principios de atención plena son más eficaces a largo tiempo. Mientras que no hubo evidencia de que las intervenciones existentes para el TOC o el TEPT fueran efectivas en esta población. Algunos puntos criticables o limitantes de este estudio son que las intervenciones en los estudios incluidos duraron un corto período, algunas con poca adherencia terapéutica. Por otro lado, la mayoría de la muestra se concentró en la población occidental. De igual manera, los estudiantes incluidos en la mayoría de los estudios presentaban problemas de salud mental

de leves a moderados. Y por último, la cantidad de datos en el presente estudio fue demasiado pequeña una vez que se subdividió en grupos.

### **Justificación**

De acuerdo con lo anteriormente expuesto por la literatura internacional, se puede observar que la depresión produce consecuencias negativas a nivel personal, escolar, laboral y social. De ahí la importancia de que los pacientes reciban atención psicológica oportuna, dado que ello permite que su sintomatología depresiva no vaya en aumento y que eso, a su vez, no repercuta en su funcionalidad dentro de las diversas áreas. La Terapia Cognitivo Conductual, ha mostrado ser una alternativa eficaz para tratar la depresión en estudiantes universitarios, la literatura nos muestra que ha tenido resultados estadísticamente significativos por períodos de tiempo prolongados. Es importante resaltar que tanto las intervenciones individuales y grupales han sido eficaces, sin embargo las sesiones individuales han mostrado una mayor disminución significativa en la sintomatología depresiva.

También, es importante resaltar que no todos los estudios analizados detallan las técnicas empleadas, lo cual es una limitación importante dado que impide conocer los detalles de las intervenciones y esto también impide replicar dichos tratamientos. Con respecto a los diseños empleados, se observa un predominio de estudios pre- post que limitan observar los efectos de las intervenciones a largo plazo, por lo cual es importante realizar seguimientos posteriores a la finalización del tratamiento para evaluar si la mejoría en el estado de ánimo se mantiene a través del tiempo. Por lo tanto, el objetivo del presente

estudio consiste en evaluar el impacto de la Terapia Cognitivo Conductual sobre la sintomatología depresiva en un joven universitario.

### **Hipótesis**

La Terapia Cognitivo Conductual disminuirá la sintomatología depresiva en un joven universitario.

Los efectos de la Terapia Cognitivo Conductual se mantendrán disminuidos durante el seguimiento a largo plazo en un joven universitario.

### **Método**

#### **Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia**

Paciente masculino de 19 años de edad, soltero, estudiante de segundo semestre de una universidad pública de la Ciudad de México. Vive en Ciudad de México, con su madre biológica y a su padre lo frecuenta ocasionalmente.

El paciente NG asiste voluntariamente al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, en busca de tratamiento psicológico por presencia de sintomatología depresiva, refiriendo que lo que él hace y lo que pasa en el mundo no valen nada.

Esta problemática y la sintomatología depresiva surgen a partir de la decisión de tomar un año *sabático* previo a ingresar a la carrera, durante este año asistió con un grupo de *coaching*, menciona haberse sentido bien por un corto plazo, pero a largo plazo le trajo consecuencias negativas y sintomatología depresiva mayor a la inicial, esto siendo el detonador de su problemática actual, sintiéndose mal a diario por situaciones que él creía

“ya haber superado”, como: *bullying* durante la secundaria, la muerte de su abuelo materno, la separación de sus padres, el distanciamiento en la relación con su mejor amigo y una relación de pareja problemática pasada.

Refiere que la sintomatología se comenzó a exacerbar a partir de que inicia a escribir una novela dentro de ese año *sabático*, puesto que en ella incluye aquellos sucesos que han marcado su vida a manera de inspiración para su escritura, así como aquellas problemáticas sociales de violencia que enfrenta el mundo actual.

El paciente comenta que en ocasiones sus pensamientos negativos respecto al mundo y a él mismo le han traído problemas al momento de interactuar con los otros, puesto que al sentir esos pensamientos invasivos venir, se suele aislar o agredir a los otros con frases sarcásticas o actitudes hostiles, así mismo refiere que al momento de querer iniciar nuevas relaciones con el sexo opuesto no se siente seguro, ya que le teme al rechazo y prefiere evadir las situaciones que impliquen contacto con nuevas personas. En casa, la relación con su madre se volvió constantemente conflictiva debido a tener diferentes puntos de vista, esto le genera sentimientos de frustración, enojo y vulnerabilidad, añadiendo que el experimentar labilidad emocional le causa conflicto, pues quisiera sentirse más estable con respecto a él mismo y su ambiente.

### **Estrategias de evaluación**

Para la evaluación a priori del paciente y la identificación de los componentes que fueron claves tanto para la formulación del caso, como para realizar el avance del tratamiento, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista semi-estructurada

Realizada con el fin de conocer la historia clínica del paciente; donde se indagan los datos de identificación del paciente, el motivo de consulta, antecedentes heredofamiliares, eventos relevantes durante el periodo de desarrollo, los patrones de ajuste en la vida adulta, el examen mental e información adicional observada por el entrevistador.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck, creado por Aaron Beck en 1988, es un inventario de autorreporte que consta de 21 ítems que mide actitudes y síntomas características de la depresión, así como su severidad, con una escala tipo Likert que va de 0 a 3, con los siguientes puntos de corte: 0-9 mínimo, 10-16 leve, 17-29 moderado y 30-63 severo. Para ello se empleó la versión mexicana del inventario, la cual tiene una consistencia interna de alfa de Cronbach = 0.87, y una validez concurrente con la Escala de Zung de  $r = 0.65$  (Jurado et al., 1998). (Ver Anexo 1)

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck, creado por Aaron Beck en 1988, es un inventario de autorreporte que consta de 21 ítems que mide la severidad de la ansiedad en adolescentes y adultos con una escala tipo Likert que va de 0 a 3, con los siguientes puntos de corte: 0-5 mínimo, 6-15 leve, 16-29 moderado y 30-63 severo. Para ello se empleó la versión mexicana del inventario (Robles et al., 2001), la cual tiene una consistencia interna de alfa de Cronbach = 0.83. (Ver Anexo 2)

### Formulación clínica del caso

En este apartado se muestra la formulación clínica del caso, por medio de un mapa clínico de patogénesis (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006), se desglosaron las variables del caso para así poder observar mejor los detonadores, factores y causas de la sintomatología del paciente NG.

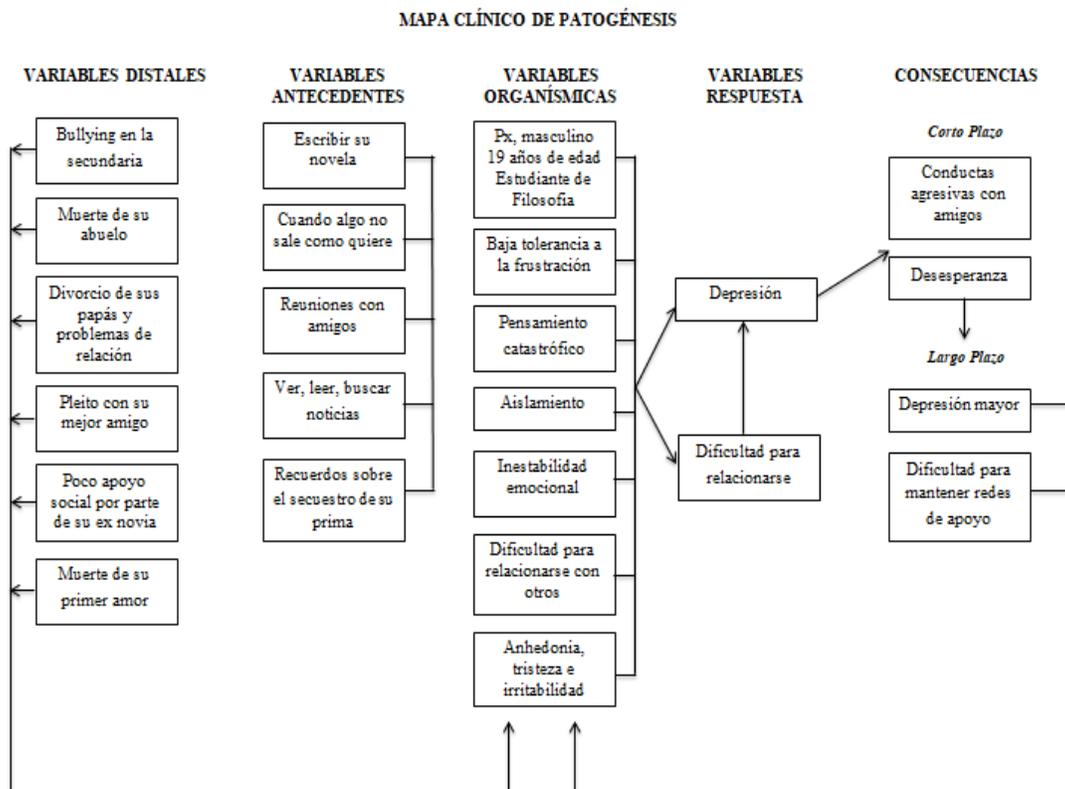
Como indica el MCP se observan varios factores de desarrollo (es decir variables distantes) que parecen relacionarse de forma etiológica con su sintomatología depresiva. Se trata de: a) *bullying* sufrido en la secundaria; b) muerte de su abuelo; c) divorcio de sus papás y problemas de relación; d) pleito con su mejor amigo; e) poco apoyo social por parte de su ex novia; y f) muerte de su primer amor. Tales experiencias de aprendizaje operaron para generar las siguientes vulnerabilidades orgánicas: a) sentimientos de tristeza, anhedonia e irritabilidad; b) pensamientos catastróficos hacia él mismo y hacia los demás; c) inseguridad; d) baja tolerancia a la frustración y e) pocas habilidades para relacionarse con otras personas.

Cuando se presentaban ciertas situaciones que operaban como estímulos detonantes (es decir, variables de antecedentes), como: escribir su novela, cuando las cosas no salían como él quería, reuniones sociales, con amigos, ver/leer y buscar noticias y el recuerdo del secuestro de su prima, el paciente presentaba un aumento en su sintomatología depresiva (en términos de tristeza, aislamiento, rumiación pensamientos negativos) y en su dificultad para relacionarse con otros. Estos comportamientos deterioraban sus relaciones sociales, pues presentaba conductas agresivas con sus amigos cuando se sentía incómodo (consecuencia a corto plazo), y aumentaban su sintomatología depresiva y tales consecuencias actuaban para reforzar y mantener una relación causal que ya existía entre

las diversas variables orgánicas y de respuesta. Lo que le hubiera generado depresión mayor y dificultad para mantener sus redes de apoyo, de no haber llevado tratamiento psicológico (consecuencias a largo plazo).

**Figura 1**

*Mapa Clínico de Patogénesis*



**Elección de Tratamiento**

Por medio de un análisis detallado de la conducta del paciente se pudieron conocer todos los puntos antes mencionados, llegar a un motivo de consulta, crear un mapa de patogénesis y en conjunto con el paciente elaborar el mapa de alcance de metas, mediante el cual puede

observarse su ubicación inicial y la meta a la cual se quiere llegar (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

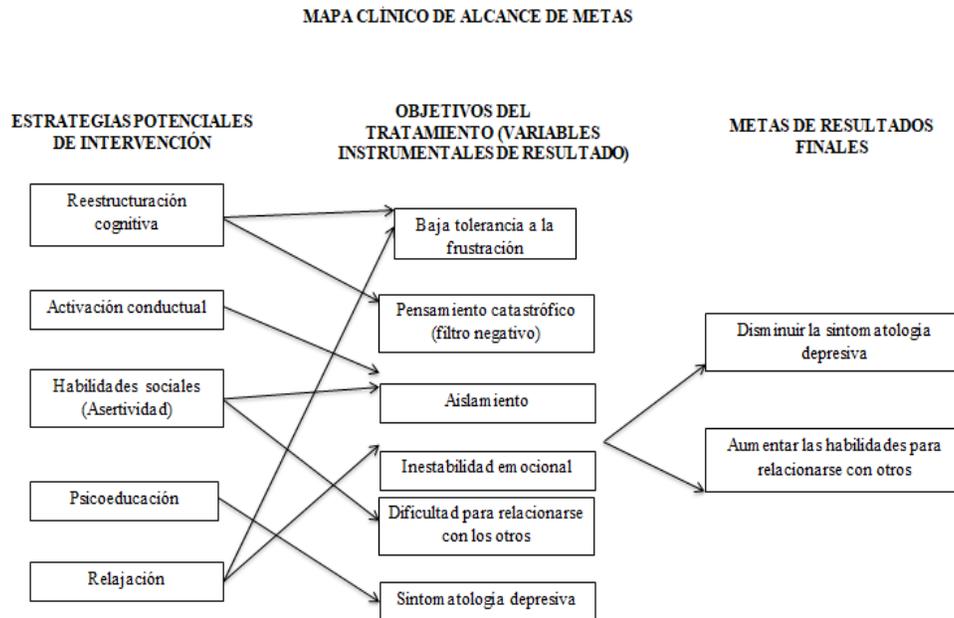
Para elegir el tratamiento adecuado se llevó a cabo una búsqueda en distintas bases de datos, como: PubMed, PsycInfo, Scielo, Redalyc, etc. Con palabras clave o *mesh*, como: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Interpersonal, depresión, jóvenes universitarios y adolescencia. Todo ello, con la finalidad de conocer las intervenciones que se han llevado a cabo con estas especificaciones, analizar todos los aspectos de la intervención así como sus resultados a corto, mediano y largo plazo.

Para ello, de acuerdo con la guía NICE (2009), la depresión de leve a moderada en jóvenes requiere un antidepresivo (normalmente un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) o una intervención psicológica de alta densidad como la terapia cognitivo conductual o interpersonal; en cambio aquellos jóvenes con depresión moderada o grave refiere se proporcione una combinación de medicación antidepresiva y una intervención psicológica de alta densidad como la terapia cognitivo conductual o interpersonal. Misma que señala que dicha elección de intervención debe estar influenciada por la duración del episodio depresivo, trayectoria de los síntomas, curso previo de depresión y respuesta al tratamiento, así como la probabilidad de adherencia al tratamiento y prioridades de la persona.

Por lo que en complemento a la búsqueda anterior y una vez identificadas las preocupaciones del paciente, así como las características de su sintomatología depresiva se optó por elegir una intervención cognitivo conductual, ya que con base en la evidencia, ha demostrado ser de las más eficaces para tratar la depresión en jóvenes y adultos, siendo esta una intervención con una duración de 16 a 20 sesiones, así como seguimiento de tres o

cuatro sesiones en el período de cuatro a seis meses, con enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas desadaptativas, ello a través de diversas estrategias como activación conductual, habilidades sociales, solución de problemas, reestructuración de sesgos cognitivos y confrontación ante los problemas (Carrasco, 2017). Mientras que la terapia interpersonal, es una psicoterapia centrada en los problemas psicosociales e interpersonales de la persona, misma que a pesar de compartir la premisa del “aquí y el ahora”, así como técnicas de juego de roles, es considerablemente menos estructurada, no se asignan tareas y enfatiza las respuestas afectivas a los interpersonales en lugar de los pensamientos y conductas (Hollon et al., 2002).

A lo cual, se prosiguió a la elección de una serie de técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, como: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, activación conductual y entrenamiento en habilidades sociales, así como técnicas de relajación, tales como la respiración diafragmática y la relajación autógena, las cuales apoyaron como complemento al tratamiento con la finalidad de disminuir los síntomas fisiológicos de la ansiedad, así como la misma sintomatología depresiva (García et al., 2012; Anton et al., 2016; Nyer et al., 2015; Farabaugh et al., 2018; Vázquez et al., 2012).

**Figura 2***Mapa Clínico de Alcance de Metas***Aplicación de tratamiento**

Para este tratamiento se realizó una sesión individual semanal de entre una a dos horas aproximadamente (Miranda et al., 2006). Con un total de 19 sesiones, entre ellas 3 sesiones de seguimiento. Las sesiones se estructuraron de la siguiente manera:

**Tabla 2***Plan de Tratamiento*

Sesión	Técnica	Objetivo	Principales avances

1	Historia clínica	Conocer acerca de la historia personal del paciente	En esta sesión se indagó sobre la historia personal del paciente, tanto en sus distintas etapas de vida como en sus distintas áreas (social, afectivo, académico, laboral, salud).
2	Entrevista de motivo de consulta	Recabar datos del paciente y su motivo de consulta	Se llevó a cabo la recolección de datos del motivo de consulta, el inicio de dichas problemáticas, las consecuencias/repercusiones que las mismas habían tenido en la vida del paciente, así como los acontecimientos que agudizaban los mismos y sus intentos de solución. En la misma se indagó brevemente sobre su dinámica familiar y su ambiente, en conjunto con la observación conductual del paciente NG.
3	Formulación del caso	Trazar un mapa clínico de patogénesis (MCP) y un mapa de alcance de metas (MAM).	En este proceso identificamos las variables que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las problemáticas del paciente. Posteriormente, se elaboró un plan de tratamiento.

4	Presentación de Mapa de patogénesis y MAM	Mostrar al paciente ambos mapas y establecer los objetivos de la intervención.	<p>Se le mostró al paciente su mapa clínico de patogénesis y su mapa de alcance de metas, con el objetivo de mostrar las relaciones entre las diferentes variables con respecto al motivo de consulta.</p> <p>Enseguida se mostró el mapa de alcance de metas, donde se plantearon las estrategias potenciales de intervención más idóneas para alcanzar los objetivos del tratamiento.</p>
			<p>En esta sesión, el paciente se mostró tranquilo, sobre todo satisfecho con la devolución de la información y con los objetivos acordados de la intervención.</p>

---

5	Psicoeducación de depresión y la TCC	Brindar información al paciente con respecto a las características generales de la depresión y la terapia cognitivo conductual.	<p>Para esta sesión, lo que hicimos fue elaborar una presentación que explicara la sintomatología depresiva, su etiología, factores, epidemiología, sus repercusiones en sus distintas esferas de vida y la evidencia científica del logro de la terapia cognitivo conductual como tratamiento eficaz de la depresión. Todo ello con el propósito de que el paciente NG pudiera identificar que lo que él estaba presentando, muchos más jóvenes también lo estaban presentando, así como el beneficio de una terapia basada en evidencia.</p> <p>Al igual, en forma de presentación, explicamos las bases de la TCC y la conexión existente entre pensamiento, emoción y conducta, con la finalidad de que las sesiones de intervención el paciente pudiera entender de manera más clara dichos conceptos y su conexión existente.</p> <p>Durante la sesión el paciente se mostró interesado, aunque ligeramente ansioso, ya que durante el proceso tuvimos a nuestros supervisores.</p>
---	--------------------------------------	---	---

---

6	Reestructuración cognitiva	Enseñar al paciente que existe una conexión entre sus pensamientos y su estado de ánimo.	Se le enseñó al paciente a identificar pensamientos, emociones, y cómo los pensamientos pueden afectar la manera en cómo se siente.  Se emplearon ejercicios, y posteriormente con situaciones reales para que el consultante pudiera notar sus propios pensamientos, emociones y cómo le hacían sentir sus pensamientos.
7	Reestructuración cognitiva	Enseñarle al paciente a cómo identificar sus pensamientos dañinos y útiles.	En esta sesión, mediante una actividad de encadenamiento se le mostró al paciente la relación entre pensamientos útiles y dañinos y su estado de ánimo. Seguido a ello, se mostró un listado de hábitos comunes de pensamientos dañinos, con la finalidad de que el paciente identificará sus hábitos de pensamiento más comunes y comprendiera que cambiando estos hábitos de pensamiento, cambiaría su estado de ánimo.

8	Reestructuración cognitiva	Enseñar al paciente estrategias para “contradecir” los pensamientos dañinos para mejorar su estado de ánimo.	Durante esta sesión se le enseñaron al paciente tres estrategias para contradecir sus pensamientos dañinos. Una de esas estrategias era examinar toda la evidencia posible para determinar si ese pensamiento era falso o verdadero y plantear un cambio de pensamiento. Para la segunda estrategia, se le brindaron diversos pensamientos de reemplazo para los diferentes hábitos de pensamiento. En la última estrategia, se empleó la técnica: cáptelo, revíselo y cámbielo.
9	Reestructuración cognitiva	Enseñarle que el tener pensamientos útiles puede mejorar su estado de ánimo y ayudarlo a vivir una vida que desea.	Se empleó la técnica Sí, pero... para que el paciente generara más pensamientos útiles. Y se habló sobre apartar un tiempo para preocuparse.

10	Activación conductual	Que el paciente comprenda que existe una relación entre las actividades que realiza y su estado de ánimo.	<p>Durante esta sesión se abordó la relación entre la disminución de actividades y el estado de ánimo. Del mismo modo se explicó que el desempeñar actividades saludables puede ayudarle a sentirse mejor.</p> <p>Se pudo observar que el paciente comprendió la conexión que existe entre el estado de ánimo y las actividades, por lo que entendió las razones por las cuales ya no realiza actividades que antes disfrutaba y entendió que desempeñar actividades saludables puede ayudarle a sentirse mejor. Identificó aquellas actividades que antes disfrutaba y escogió una que podría retomar.</p>
----	-----------------------	---	---

---

11	Activación conductual	Comprometerse a participar en nuevas actividades.	<p>Se realizó una actividad de encadenamiento para observar la relación entre las actividades y el estado de ánimo. También se brindaron estrategias para aumentar la probabilidad de participar en actividades saludables . Y se analizaron opciones para realizar actividades solo, con personas, gratis y rápidas y fáciles.</p> <p>El paciente pudo mencionar diversas actividades de las diferentes categorías y que disfrutara hacer. Se comprometió a participar en una nueva actividad que antes disfrutaba y le resultará saludable.</p>
12	Activación conductual	Enseñar al paciente a cómo vencer los obstáculos que se puedan presentar al ejercer una nueva actividad	<p>En esta sesión juntos identificamos los posibles obstáculos que pueden surgir al emprender una nueva actividad, explicamos cómo pueden vencer esos obstáculos por medio del método de solución de problemas. De igual manera el paciente aprendió a balancear las responsabilidades y las actividades que brindan confort como escribir, ver películas, salir, etc., y ayudan a su estado de ánimo, así como a pensar en las posibilidades de disfrutar una actividad para motivarlo a realizarla.</p>

13	Activación conductual	Enseñar al paciente a fijarse metas a corto y largo plazo para realizar nuevas actividades.	El paciente comprendió que puede formar su futuro desempeñando actividades y sobre todo fijando metas a corto y largo plazo. De igual manera fijó una planeación de muchas metas a corto plazo para llegar a su meta a largo plazo, la cual consistía en escribir para alguna revista de relevancia social.
14	Apoyo social	Explicar la importancia de mantener relaciones saludables con las personas.	En esta sesión el paciente identificó la conexión existente entre sus interacciones sociales y su estado de ánimo, a través de una actividad de encadenamiento, la cual le permitió visualizar dicha conexión. De igual manera, se identificó su red de apoyo, se generó un plan de actividades que él podría realizar en conjunto con otras personas, así como el generar estrategias que le permitieran manejar las áreas problemáticas en sus relaciones.

15	Entrenamiento en habilidades sociales	Realizar un entrenamiento de comunicación asertiva.	<p>Se le mostró al paciente cómo la manera de comunicarse con los demás podía ser un área problemática en sus relaciones, por lo que se le mostró la diferencia entre distintos estilos de comunicación y sus ventajas y desventajas. También se brindó un entrenamiento en comunicación asertiva para mejorar la comunicación en sus relaciones interpersonales.</p> <p>Durante este entrenamiento se mostró participativo y mediante el juego de roles practicamos diferentes situaciones que fueran importantes para él y donde necesitará mejorar su comunicación asertiva, al inicio le costó algo de trabajo, así que con ejemplos poco a poco encontró de manera más fácil las frases asertivas.</p>
----	---------------------------------------	---	---

---

16	Cierre	Indagar el bienestar percibido por el paciente después del tratamiento.	<p>Dentro de esta sesión se manejó un diálogo de cierre, en el que el paciente contrastó cuáles eran sus pensamientos y emociones al inicio del tratamiento contra los que tenía una vez terminado el proceso, así logró observar su avance y mejoría. Las cosas que más resaltó fueron: que antes él pensaba que no había esperanza en el futuro y después se dio cuenta que si la hay con sus pequeñas acciones contribuye a algo más grande, y que antes él pensaba que estaba solo y no le agradaba a las personas, después comprendió que no está solo y tenía una gran red de apoyo.</p> <p>Comprendió todas las herramientas aprendidas en terapia y que él es capaz de ponerlas a prueba a lo largo de su vida y de las situaciones que le acontezcan. Se le brindó una felicitación y se le comentó que se brindarán 3 sesiones de seguimiento.</p>
----	--------	---	--

---

17	Primera sesión de seguimiento	Evaluar el efecto de la intervención en el paciente a un mes después del término del tratamiento	Se aplicaron los instrumentos BDI y BAI. El paciente relató cómo fue su primer mes después de haber terminado el tratamiento. Mencionó sentirse estable y tener bastante presente las habilidades aprendidas para mantener la ansiedad y la depresión al mínimo, haciendo los ejercicios de relajación de manera constante, siendo constante en sus actividades y mejorando sus relaciones sociales.
18	Segunda sesión de seguimiento	Evaluar el efecto de la intervención en el paciente a tres meses después del término del tratamiento	Se aplicaron los inventarios BDI y BAI, seguido de conocer cómo él se sentía y si presentaba alguna dificultad. Sin embargo, el paciente NG se mostró tranquilo y estable.
19	Tercera sesión de seguimiento	Evaluar el efecto de la intervención en el paciente a seis meses después del término del tratamiento.	Se aplicaron los inventarios BDI y BAI. Se vio por última ocasión al paciente NG se indagó sobre sus expectativas inmediatas y a largo plazo, a lo cual el paciente refirió tener un proyecto en puerta, que lo hacía sentir animado.

### **Factores relacionados con el o la terapeuta**

La Práctica Basada en Evidencia nos dice que existen tres pilares fundamentales, los cuales fueron tomados en cuenta principalmente para dar una intervención lo más completa posible. El primer componente fue la investigación, a través de la lectura de manuales, artículos y libros que hablaran acerca del trastorno mental con el cual se trabajó, así como la teoría y eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual. El segundo componente habla de la experiencia clínica, lo cual al ser dos estudiantes y practicantes de la carrera de Psicología impartida por la Facultad de Psicología, UNAM dentro de Ciudad Universitaria las que fungimos como terapeutas, se trabajó en todo momento siendo supervisadas y guiadas, lo cual ayudó para formar nuestra propia experiencia clínica y reforzar el trabajo en equipo.

Por último, el tercer componente principal de la Práctica Basada en Evidencia expone que una vez teniendo los dos componentes anteriores, una pieza fundamental para la terapia y la intervención, es acoplar los conocimientos y la práctica al individuo, a sus características personales, las cuales incluyen edad, cultura, educación, etc. La meta es mejorar la efectividad de la psicoterapia para adaptarse al paciente y su situación, lo cual pudo lograrse de mejor manera al tener una buena alianza terapéutica entre el paciente y nosotras las terapeutas (Norcross, 2012). La alianza terapéutica se refiere a los aspectos colaborativos de la relación entre el terapeuta y el cliente, una emergente cualidad que resulta en una relación, esta no es el resultado de la intervención en particular, si no que es desarrollada en diferentes formas, y puede ser alcanzada casi instantáneamente o siendo nutrida durante un largo periodo de tiempo con una relación colaborativa y sensible (Norcross & Lambert, 2019).

El desarrollo de una buena alianza terapéutica es esencial para el triunfo de la psicoterapia, indistintamente del tipo de tratamiento. La habilidad de nosotras como terapeutas al ser un puente entre las necesidades, expectativas y habilidades del paciente e insertarlas dentro del plan terapéutico es, y fue importante para la alianza terapéutica. Se llevó a cabo principalmente mediante la validación emocional, es decir, respuestas que validaran la perspectiva del paciente, desde el principio, así como a lo largo de todo el proceso de intervención (Norcross & Lambert, 2011). Asimismo la generación en conjunto del mapa de alcance de metas (MAM), le permitió sentirse cómodo, motivado y de acuerdo con el proceso mismo. A partir de aquí se observaba más confianza del paciente hacia las terapeutas, por lo que se generó más apertura.

Cabe mencionar que aunque en tres ocasiones el paciente no pudo presentarse, todas ellas fueron previamente avisadas y justificadas. Lo cual no generó un impacto desfavorable para la intervención y el trato paciente-terapeutas. Ya que de igual manera cumplió con las actividades solicitadas entre sesiones.

Por último, un factor que consideramos importante para el rapport y la adherencia al tratamiento fue la empatía que se generó con el paciente. La empatía es importante para el proceso terapéutico ya que el terapeuta hace un esfuerzo para entender las experiencias del paciente y demostrar este entendimiento a través de respuestas que abordan las necesidades del mismo, tal como las percibe (Norcross & Lambert, 2011). Se sospecha que esta empatía fue reforzada por el hecho de la cercanía en el rango de edad, se cree que eso fomentó su confianza poco a poco, ya que al inicio se le notaba más tímido y al transcurrir las sesiones esto fue desapareciendo.

### **Lineamientos éticos**

Algunos lineamientos éticos que se siguieron fueron los siguientes:

**Artículo 1:** Los servicios que presta el psicólogo y la enseñanza y la investigación que realiza se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentando en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación, experiencia supervisada o experiencia profesional que haya recibido formalmente.

**Artículo 30:** El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, la formación, o experiencia supervisada, y la pericia necesarias.

**Artículo 31:** El psicólogo basa sus conclusiones, recomendaciones e intervenciones en resultados confiables y válidos de investigaciones científicas, valoraciones y diagnóstico psicológicos.

**Artículo 53:** El psicólogo documenta apropiadamente su trabajo profesional y científico para facilitar la prestación posterior de servicios por parte de él mismo o de otros profesionales, para asegurar la responsabilidad, y para cumplir con otros requisitos de instituciones o de la ley. El psicólogo se abstiene de externar opiniones acerca de individuos a los cuales no ha valorado debidamente, en dictámenes escritos o verbales, medio de comunicación alguno o en cualquier otra forma.

**Artículo 68:** En sus presentaciones científicas o profesionales y publicaciones, el psicólogo disfraza la información confidencial de tales personas u organizaciones, de modo que otros no las puedan identificar y que las discusiones resultantes no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.

**Artículo 118:** El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación, u otros procedimientos, utilizando un lenguaje razonable entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado generalmente supone que la persona: 1. posee la capacidad para consentir, 2. se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento, 3. ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento, y 4. el consentimiento se ha documentado en forma apropiada. Cuando la actuación del psicólogo ocurre por orden de un juez, como es el caso del psicólogo perito o forense, este no está obligado a solicitar consentimiento de las personas que valore o trate profesionalmente.

**Artículo 136:** El psicólogo informa a los participantes en una investigación acerca de la posibilidad de compartir o usar subsecuentemente los datos de investigación identificables personalmente, o de usos futuros no previstos.

Con lo anterior, para cumplir con los lineamientos de dichos artículos la información que se le dio al paciente tenía una base científica y la obtuvimos de artículos especializados.

### **Diseño del estudio**

Este estudio de caso único (n=1) tuvo un diseño experimental A-B-A, en donde existió una línea base, una intervención y un seguimiento (Nikles & Mitchell, 2015).

En la investigación de caso único las inferencias se hacen a partir de los efectos de la intervención al comparar diferentes condiciones presentadas al mismo sujeto a través del tiempo. La experimentación de caso único tiene requerimientos especiales que deben cumplirse para así lograrse dichas inferencias obtenidas a partir de los efectos del tratamiento, los requerimientos básicos son los siguientes: a) Evaluación constante: El

desempeño del paciente se observa en varias ocasiones, generalmente antes de que se aplique la intervención y continuamente durante el curso de la intervención; b) Evaluación de la línea base: Cada uno de los diseños de caso único generalmente comienza con la observación

del comportamiento durante varios días antes de que se implemente la intervención. Este periodo de observación inicial denominado *línea base* proporciona información sobre el nivel de comportamiento antes de que comience una intervención especial; c) Estabilidad de desempeño: Ya que la línea base es usada para predecir el comportamiento del paciente en el futuro es importante que los datos sean estables, una tasa estable de desempeño es caracterizada por la ausencia de una tendencia, es decir que haya poca variabilidad. El diseño ABA y sus variaciones pueden proporcionar evidencia convincente de que la intervención fue responsable del cambio. De hecho, cuando el patrón de datos muestra que el desempeño cambia consistentemente a medida que se alteran las fases, la evidencia es dramática (Kazdin, 1982).

### **Análisis de datos**

Se realizó un análisis descriptivo de los niveles de ansiedad y depresión, donde se describen las frecuencias y las medias en la línea base, la post-evaluación y el seguimiento. También se representan los datos en gráficas.

Por último, se llevó a cabo el cálculo del tamaño del efecto, mediante el no solapamiento de todos los pares (NAP, por sus siglas en inglés). El NAP es una puntuación que oscila entre .5 a 1 y es igual al número de comparación pares que no muestran superposición, dividido

por el total de número de comparaciones (Parker & Vannest, 2009). La fórmula es:  $(NA \times NB) - \text{suma de los datos de los pares} = N / (NA \times NB)$

Un NAP de 0-65% indica efecto débil, 66-92% indica efecto medio y 93-100% indica efecto grande o fuerte (Parker & Vannest, 2009).

### Resultados

El paciente presentó nivel moderado de depresión (17.6) y un nivel moderado de ansiedad (18) durante la Línea Base y al final de la intervención psicológica la depresión (5) se mantuvo en un nivel mínimo y de ansiedad (6) en un nivel leve; y en el seguimiento, la depresión y la ansiedad se mantuvieron en un nivel mínimo (2.3 y 5.3 respectivamente) (Ver Tabla 3 y Tabla 4).

**Tabla 3**

*Puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI) durante la Línea Base, Intervención y Seguimiento.*

	Línea base	Intervención	Post Intervención	Seguimiento
	24	13	5	3
	19	9		4
	14	13		0
	13	7		
	18	11		
		11		

		6		
		5		
		2		
		5		
Total	88	82	5	7
Media	17.6	8.2	-	2.3

**Tabla 4**

*Puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) durante la línea base, intervención y seguimiento.*

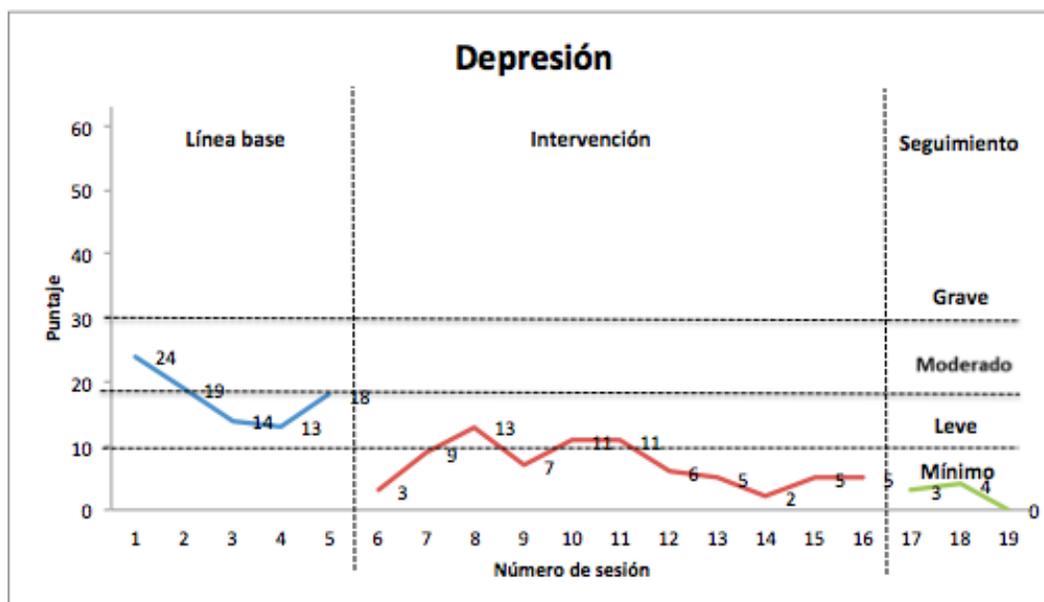
	Línea Base	Intervención	Post intervención	Seguimiento
	18	14	6	10
	18	8		4
	14	12		2
	18	12		
	22	12		
		10		
		10		
		5		
		6		

3

Total	90	92	6	16
Media	18	9.2	-	5.3

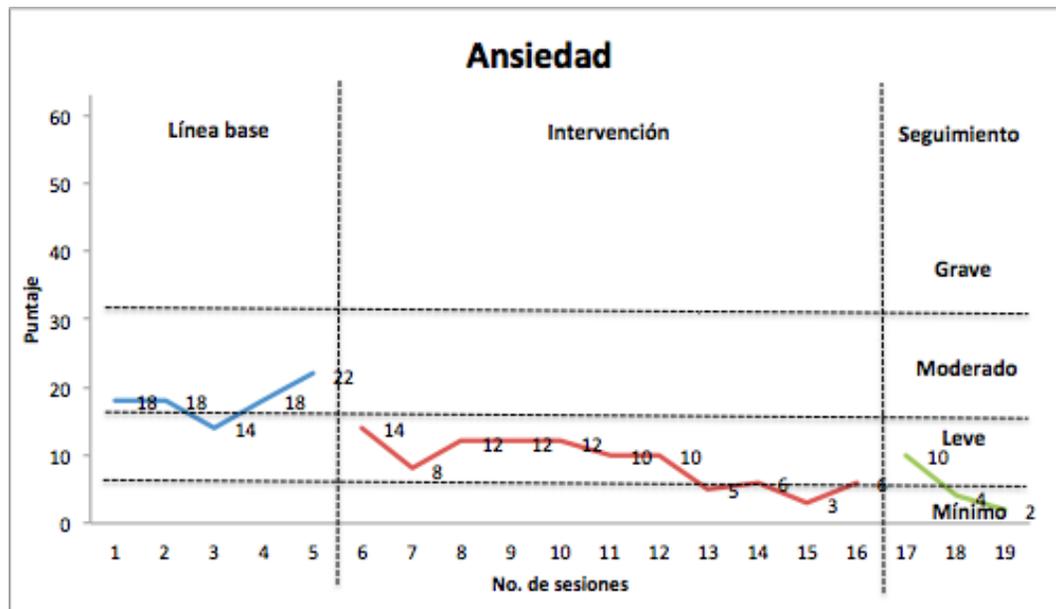
**Figura 3**

*Niveles de depresión durante la línea base, intervención y seguimiento.*



**Figura 4**

*Niveles de ansiedad durante la línea base, intervención y seguimiento.*



El NAP obtenido para Depresión fue de 0.9846, es decir un tamaño del efecto de 98%, lo que nos indica un efecto fuerte, con una  $p=0.0019$ , esto nos indica una mejoría estadísticamente significativa.

El NAP obtenido para Ansiedad fue de 0.9923, es decir un tamaño del efecto de 99%, lo que nos indica un efecto fuerte, con una  $p=0.0016$ , esto nos indica una mejoría estadísticamente significativa.

En ambos análisis, podemos observar una tendencia a la baja de la sintomatología depresiva como ansiosa de manera gradual una vez ya iniciada la intervención, así como el mantenimiento a la baja de las últimas tres sesiones correspondientes al seguimiento.

Para demostrar los resultados cualitativos de la intervención, trabajamos un ejercicio con el paciente, en el que él mismo describió los pensamientos recurrentes que tenía antes de asistir a la terapia, contrastandolo con los pensamientos que tenía al terminar la misma. (Ver Tabla 5).

Un resultado importante mencionado por el paciente fue que mejoró su autoestima, a pesar de que no se trabajó durante la intervención, esto en consecuencia le trajo la confianza suficiente para iniciar relaciones interpersonales con el sexo opuesto, comentando inclusivamente en una de las sesiones últimas el tener pareja sentimental, con la cual continuó manteniendo una relación a lo largo de los seguimientos. Y es de importancia comentar que, al inicio de la terapia, las relaciones amorosas le resultaban un conflicto, mencionaba sentirse solo y no sentirse atractivo, esto lo detenía a acercarse a charlar con chicas. Sin embargo, durante la intervención poco a poco fue modificando sus pensamientos dañinos, lo cual trajo consigo una modificación en su percepción, sobre todo en su pensamiento catastrófico y en la autopercepción de su sintomatología depresiva, impactando en su autoestima y por sí solo inició nuevas relaciones interpersonales, así como mejorar su red de apoyo.

### **Tabla 5**

*Pensamientos pre y post intervención*

<b>Pensamientos antes de la intervención</b>	<b>Pensamientos después de la intervención</b>
Soy feo y nadie me quiere, no merezco	Merezco amor y encontraré a alguien.

amor.

Nunca me recuperaré de esta depresión.	Realmente puedo recuperarme y puedo hacer casi cualquier cosa si me lo propongo.
Las cosas están tan desordenadas que hacer algo al respecto es inútil y solo van a empeorar.	Aunque las cosas estén mal mi trabajo consiste en enfrentarlas y tienen que mejorar.
La gente jamás se esforzará por ti como tú por ellos, no puedes confiar todo en alguien.	Estoy rodeado de gente brillante y yo soy uno de ellos, quiero mucho a mi familia y a mis amigos.
¿Qué he hecho de mi vida? ¿Llegaré a ser importante?	Soy brillante, tengo éxito, he hecho lo mejor posible y no me arrepiento de nada.
La vida no tiene sentido y el mundo no tiene futuro.	Hay cosas bellas por las cuales valen la pena luchar.

*Nota: Este ejercicio se realizó la última sesión de intervención, la sesión número 16, previo a las sesiones de seguimiento.*

## Discusión y Conclusión

El objetivo del presente estudio consistió en evaluar el impacto de una intervención cognitivo conductual sobre la sintomatología depresiva y ansiosa en un joven universitario. Los resultados de la intervención nos indican que disminuyó la sintomatología depresiva y ansiosa del paciente. Estos datos concuerdan con la literatura donde se menciona que la TCC es efectiva para disminuir ambas sintomatologías en jóvenes universitarios (Antón et al., 2016; Dickinson & Gullo, 2015; Farabaugh et al., 2018; García et al., 2012; Huang et al., 2017; Setiawati & Dewi, 2017; Nyer et al., 2015; Vázquez et al., 2012; Velázquez et al., 2019) y esto se debe principalmente a la serie de estrategias utilizadas bajo el enfoque terapéutico cognitivo conductual, el cual nos permite poder identificar las distorsiones cognitivas, reestructurarlas y así poder adoptar a través de la resolución de problemas y activación conductual otro comportamiento más adaptativo ante la serie de problemáticas en las cuales puede estar inmerso (APA Div. 12 [Society of Clinical Psychology], 2017).

También pudo observarse que la disminución de la sintomatología se mantiene a largo plazo, lo cual coincide con Vázquez et al., 2012 & Huang et al., 2017, quienes explican que este efecto puede deberse a que las técnicas implementadas han mostrado eficacia para resolver los problemas planteados y además las mismas técnicas pueden ser aplicables para otras problemáticas.

En lo que respecta a los tamaños del efecto, los que se obtuvieron en el presente estudio fueron fuertes y estadísticamente significativos, lo cual hace referencia a una mejoría posterior a la intervención. Lo cual coincide con García et al., 2012 y Velázquez et al., 2019 quienes obtuvieron posterior de sus sesiones de intervención una reducción tanto

en la sintomatología depresiva como ansiosa, refiriendo una mejoría estadísticamente significativa. De igual manera en la intervención llevada a cabo por Vázquez et al, 2012, se reflejó que los participantes que recibieron TCC mostraron una marcada reducción en puntuaciones del CES-DV (el inventario usado en esa intervención) inmediatamente después de la terapia ( $d = 1.32$ ), pero este efecto se vio reducido a la mitad durante los siguientes 3 meses, después de lo cual se mantuvo estable durante el próximo trimestre.

Por otra parte, es importante destacar que la edad del paciente atendido coincide con las estadísticas nacionales, las cuales mencionan que la población de edad de entre los 15 y los 19 años es común que presenten depresión (Veytia et al., 2012) y que en su mayoría, va acompañada de ansiedad (Caraveo, 2009), ya que un 20% de la población joven que padece depresión sufre también de ansiedad, siendo estos dos trastornos que tienen relación entre sí (Vallejo & Gastó, 2000). Por lo cual es importante actuar de manera oportuna y brindarles herramientas con las que puedan enfrentar estos trastornos emocionales de manera eficaz para así evitar consecuencias negativas que causen un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida, lo cual se asocia también con mayor riesgo de muerte prematura (Lara et al., 2007).

De igual manera, como lo mencionan Young & Dietrich (2015), así como Arrieta et al (2014), los eventos estresantes, la rumiación y preocupación son características que suelen desencadenar sintomatología depresiva y ansiosa. Y que en su mayoría, los estresores para dicha población suelen ser por situaciones parentales como conflictos debido a una deficiente comunicación, dificultades económicas, presión escolar por los mismos y/o divorcio, así como situaciones interpersonales y personales, como la elección de amigos, rupturas amorosas y la situación académica. Sin embargo, para el paciente NG

la situación de violencia en el mundo era un factor estresante el cual traía consigo una preocupación constante, pensamientos catastróficos y síntomas depresivos como ansiosos. Ya que como lo refieren Figueroa & Torres (2016), la exposición a la violencia no suele ser una situación muy mencionada pero suele ser de gran impacto y estrés para la población joven, sobre todo ante la gran exposición por medio de las distintas redes sociales.

Por otra parte, las estadísticas reflejan que la depresión suele ser más común en las mujeres que en los hombres, por lo que es importante resaltar que dicho desequilibrio en los datos puede deberse a que no es frecuente que los hombres mencionen sentirse mal emocionalmente y entonces no busquen la ayuda de un profesional en salud mental (Auerbach et al., 2016). No obstante, es importante atender a la población masculina joven de manera oportuna, ya que es estadísticamente la que mayormente se suicida (INEGI, 2020).

Seguido bajo la misma línea, la literatura refleja como factor de riesgo a la rumiación, trayendo consigo la aparición de la depresión como la ansiedad en jóvenes, siendo característico según el género, ya que se menciona que las mujeres suelen rumiar más sobre sus pensamientos a manera de reproches y que tanto en hombres como mujeres suele ser un estilo rumiante reflexivo, por lo que los hombres usualmente buscan la resolución a partir de su estilo de pensamiento o usan la distracción como método para no rumiar a manera de reproches (García, Valencia, Hernández-Martínez & Rocha, 2017). Pero cabe resaltar que nuestro paciente a diferencia de lo anteriormente mencionado, solía rumiar constantemente a manera de reproches sobre la situación de violencia en el mundo, trayendo consigo pensamientos dañinos y una sensación de desesperanza hacia el futuro.

De igual manera es pertinente mencionar la corta estadía del paciente en un curso de *coaching* previo a la terapia, ya que él mismo mencionó haber empeorado su sintomatología un par de meses después de ir. Esto se debe a que el *coach* no es un profesional que aporte la solución al problema, sino que busca desarrollar las habilidades y la autonomía del cliente para que sea él mismo quien dé con la solución a su problema; es decir, que no con todos los casos puede ser factible su aplicación (García Goldsmith et al., 2010).

Con respecto a las limitaciones, podemos observar que durante el proceso terapéutico, éstas se pueden convertir en sugerencias al momento de replicar o mejorar el presente estudio. La primera es que los instrumentos empleados se basan en el autoreporte y puede existir el sesgo de la percepción propia del paciente ante su sintomatología, por lo que agregando otro método de medición se puede reducir el sesgo y tener mas herramientas para el proceso estadístico y así analizar la significancia de la intervención con mayor precisión, como tener mayor validez interna (Hernández, 2014). De igual manera, al usar un diseño de caso único, este conlleva limitaciones propias del estudio. Al no tener una exactitud metodológica de cuando cambiar las fases del diseño ABA este queda al criterio del terapeuta, por lo tanto puede sesgarse por la observación del mismo y alterar el diseño y sus resultados; De igual manera se produce una limitación de la investigación de un solo caso en los intentos de replicación en los que los resultados son inconsistentes entre los sujetos, y hay que ser muy cuidadosos al momento de generalizar los resultados de este tipo de estudios (Kazdin, 1982).

Otro aspecto que se podría mejorar es la medición del seguimiento el cual podría contemplar un mayor lapso para ver si los resultados se mantienen por más tiempo. Y por

otro lado, también sería importante poder llevar a cabo la presente intervención con un mayor número de réplicas, para evaluar su eficacia.

Mientras que, un par de fortalezas acerca de nuestra intervención son: en primera instancia que hemos detallado todo el proceso de intervención, sesión por sesión, por lo que a diferencia de otros estudios en los cuales sólo mencionan el número de sesiones y técnicas (Antón et al., 2016; Dickinson & Gullo, 2015; Farabaugh, 2018; García et al., 2012; Setiawati & Dewi, 2017; Nyer, 2015; Velázquez et al., 2016) el nuestro puede ser replicable paso por paso en caso de que se intentase probar con otros sujetos de estudio por otros investigadores, ya que hemos detallado cada una de las sesiones, y en segunda instancia, llevamos seguimiento hasta seis meses después de la intervención (Vázquez et al., 2012) pocos o casi ningún estudio llevan esto a cabo y nos brindó información más certera acerca del paciente, su estado de ánimo y la efectividad de la terapia. Sin embargo y no menos importante, otra de las fortalezas del presente estudio es que la población masculina usualmente no pide ayuda psicológica, siendo la población femenina la que recurre mayormente a una intervención terapéutica, por lo que el hecho de que un hombre joven acudiera al Centro de Servicios Psicológicos “Dr Guillermo Dávila”, es de gran relevancia, sobre todo el que hubiera una continuidad en el proceso terapéutico y no abandonara el tratamiento. El hecho de que la terapia se manejara de forma individual coincide con la literatura en cuanto a su gran efectividad, se puede reafirmar con el presente estudio (Antón et a., 2016; Dickinson & Gullo, 2015; Farabaugh et al., 2018; García et al., 2012; Setiawati & Dewi, 2017; Nyer, 2015). Por otra parte, otra de las fortalezas es que a pesar de que no se realizó la intervención de manera directa para reducir la sintomatología ansiosa, al tratar y reducir la sintomatología depresiva de forma indirecta también se reflejó

una reducción significativa en ansiedad, ya que no suele ser raro que los estados de ansiedad contaminen los cuadros depresivos (Vallejo y Gastó, 2000). Y a pesar de que Morrison (2008) refiere que cuando un episodio depresivo es de moderado a grave será necesario el acompañamiento farmacológico como terapéutico, en el caso del paciente PC sólo se realizó dicha intervención con un acompañamiento terapéutico, por lo que es otra de las fortalezas encontradas, ya que pese a eso, la intervención reflejó una mejoría estadísticamente significativa aún después de seis meses posterior al tratamiento.

Por todo lo anterior concluimos que la intervención cognitivo conductual fue eficaz para reducir la presencia de síntomas depresivos como ansiosos y estos resultados se mantuvieron a lo largo del tiempo. Y resaltamos la importancia de continuar detectando y atendiendo las problemáticas emocionales que padecen los jóvenes, ya que una intervención a tiempo puede disminuir las consecuencias negativas de problemas como la depresión y la ansiedad.

## Referencias

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 259-271. <https://doi.org/10.1037/a0022796>.
- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The Prevalence of Elevated Psychological Distress Among Canadian Undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health, 50*(2), 67-72. <https://doi.org/10.1080/07448480109596009>.
- Aguirre, Á. (1994). *Psicología de la adolescencia* (Ed.). Boixareu. [https://www.academia.edu/12005926/Psicolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_adolescencia\\_Angel\\_Aguirre\\_Bastan](https://www.academia.edu/12005926/Psicolog%C3%ADa_de_la_adolescencia_Angel_Aguirre_Bastan)
- Antón Menárguez, V., García Marín, P. V., & García Benito, J. M. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 3*(1), 45-52.
- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy, 94*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>.
- Álvaro Estramiana, J. L., Garrido Luque, A., & Schweiger Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista*

*Internacional De Sociología*, 68(2), 333–348.  
<https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>.

APA Div. 12 (Society of Clinical Psychology). (2017). *What Is Cognitive Behavioral Therapy?*. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>

Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: Prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14–22.  
<https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J. M., Demyttenaere, K., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), 2955–2970.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>.

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1).

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., y Elena Medina-Mora, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6979>
- Brewin, C. R. (1996). THEORETICAL FOUNDATIONS OF COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY FOR ANXIETY AND DEPRESSION. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 33–57. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33>
- Campo Arias, A., González Rueda, S. J., Sánchez Herrera, Z. M., Rodríguez Rodríguez, D. C., Dallos Bareño, C. M., & Díaz-Martínez, L. A. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 76(1), 21–26.
- Caraveo, J. (2009). “Epidemiología psiquiátrica en México 1977-2000”. En: Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp 132-144). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Carrasco, A. E. (2017). MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS PARA LA DEPRESIÓN: HACIA UN ENFOQUE INTEGRADO. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(2), 181-189.

- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Ebert, D. D., Koot, H. M., Auerbach, R. P., Bruffaerts, R., & Kessler, R. C. (2016). PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF DEPRESSION IN COLLEGE STUDENTS: A METAANALYSIS. *Depression and Anxiety, 33*(5), 400–414. <https://doi.org/10.1002/da.22461>
- Curtis, J. R. & Curtis, T. E. (1999). A study of dropouts at the University of North Carolina. *J Am Coll Health, 14*, 140-146.
- Dehn, L. B., & Beblo, T. (2019). Verstimmt, verzerrt, vergesslich: Das Zusammenwirken emotionaler und kognitiver Dysfunktionen bei Depression. *Neuropsychiatrie, 33*(3), 123–130. <https://doi.org/10.1007/s40211-019-0307-4>
- De Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 547-551. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.010>
- Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. (2017). *Revista de la Facultad de Medicina (México), 60*(5), 52-55.
- Dickson, J. M., & Gullo, M. J. (2015). The role of brief CBT in the treatment of anxiety and depression for young adults at a UK university: A pilot prospective audit study. *The Cognitive Behaviour Therapist, 8*, E14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000240>
- Farabaugh, A., Nyer, M. B., Holt, D. J., Fisher, L. B., Cheung, J. C., Anton, J., Petrie, S. R., Pedrelli, P., Bentley, K., Shapero, B. G., Baer, L., Fava, M., & Mischoulon, D. (2019). CBT Delivered in a Specialized Depression Clinic for College Students

with Depressive Symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(1), 52–61. <https://doi.org/10.1007/s10942-018-0300-z>

Figuroa, V. L., & Torres, F. I. (2016). La violencia. Cómo la asumen y enfrentan un grupo de jóvenes universitarios mexicanos. Estudio cualitativo. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10(1), 69-77. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297245905007>

García Cruz, R., Valencia Ortiz, A. I., Hernández Martínez, A., & Rocha Sánchez, T. E. (2017). PENSAMIENTO RUMIATIVO Y DEPRESIÓN ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: REPENSANDO EL IMPACTO DEL GÉNERO. *Revista Interamericana de Psicología*, 51(3), 406–416.

García Flores, R., Vázquez López, E. R., de la Paz Ross Arguelles, G., García Hernández, C., Mercado Ibarra, S. M., & Acosta Quiroz, C. O. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 2(2), 111–117.

García Goldsmith, M., Martínez Cortés, Ma. del C., Padilla Góngora, D., López-Liria, R., Vega Ramírez, F., & Rodríguez Martín, C. R. (2010). EL COACHING EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: FUNDAMENTACIÓN DE SUS POSIBILIDADES Y LÍMITES COACHING IN CLINICAL PSYCHOLOGY: FUNDAMENTAL ISSUES OF POSSIBILITIES AND LIMITS. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), pp: 279-287.

González Pier, E., Gutiérrez Delgado, C., Stevens, G., Barraza Lloréns, M., Porras Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, R. H., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M., & Salomon, J. A. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México*, *49*, s37-s52.

Hamilton, M. (1960). A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *23*(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.

Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Tratamiento y prevención de la depresión. *Psychological Science in the Public Interest*, *3*(2), 39-77. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00008>

Howard, D. M., Adams, M. J., Clarke, T.-K., Hafferty, J. D., Gibson, J., Shiralí, M., Coleman, J. R. I., Hagenars, S. P., Ward, J., Wigmore, E. M., Alloza, C., Shen, X., Barbu, M. C., Xu, E. Y., Whalley, H. C., Marioni, R. E., Porteous, D. J., Davies, G., Deary, I. J., ... McIntosh, A. M. (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, *22*(3), 343–352. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0326-7>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta edición). Mc Graw Hill.

Hong, W., Abela, J. R. Z., Cohen, J. R., Sheshko, D. M., Shi, X. T., Hamel, A. V., & Starrs, C. (2010). Rumination as a vulnerability factor to depression in adolescents in mainland China: Lifetime history of clinically significant depressive episodes.

*Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 39(6), 849–857.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2010.517159>

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

INEGI (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio* (Comunicado de prensa núm. 422/20). Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf)

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

Lara Muñoz, M. del C., Medina Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4–11.

Lepping, P., Whittington, R., Sambhi, R. S., Lane, S., Poole, R., Leucht, S., Cuijpers, P., McCabe, R., & Waheed, W. (2017). Clinical relevance of findings in trials of CBT for depression. *European Psychiatry*, 45, 207–211.  
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.003>

- Łosiak, W., Blaut, A., Kłosowska, J., & Łosiak Pilch, J. (2019). Stressful Life Events, Cognitive Biases, and Symptoms of Depression in Young Adults. *Frontiers in Psychology, 10*, 2165. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02165>
- Luengo Ballester, D. (2004). *La ansiedad al descubierto: Cómo comprenderla y hacerle frente* (1a ed.). Paidós.
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Lennie, T. A., & Hall, L. A. (2015). The relationships of coping, negative thinking, life satisfaction, social support, and selected demographics with anxiety of young adult college students. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 28*(2), 97–108. <https://doi.org/10.1111/jcap.12109>
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). *Some ruminative thoughts*. En *Ruminative thoughts* (pp. 1–47). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). Interpersonal Stress Generation as a Mechanism Linking Rumination to Internalizing Symptoms in Early Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(5), 584-597. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.704840>
- Miranda, J., Woo, S., Lagomasino, I., Hepner, K. A., Wiseman, S., & Muñoz, R. (2006). *Terapia cognitivo-conductual en grupo para la depresión*.
- Morrison, J. (2008). *DSM-IV Guía para el diagnóstico clínico*. El Manual Moderno.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. El Manual Moderno.

- Nezu, A. M., Nezu. C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Nikles, J., y Mitchell, G. (2015). *The Essential Guide to N-of-1 Trials in Health*. Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-94-017-7200-6>
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.20>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). *Evidence-based therapy relationships*. En *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness, 2nd ed* (pp. 3–21). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0001>
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2012). Teaching Clinical Psychology: Four Seminal Lessons That All Can Master. *Teaching of Psychology*, 39(4), 301–307.  
<https://doi.org/10.1177/0098628312461486>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy Relationships That Work*. Oxford University Press.

Nyer, M. B., Cassiello-Robbins, C., Nock, M. K., Petrie, S. R., Holt, D. J., Fisher, L. B., Jaeger, A., Pedrelli, P., Baer, L., & Farabaugh, A. (2015). A Case Series of Individual Six-Week Cognitive Behavioral Therapy With Individually Tailored Manual-Based Treatment Delivery for Depressed College Students With or Without Suicidal Ideation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 33(2), 134–147. <https://doi.org/10.1007/s10942-015-0206-y>

OMS | *Salud mental del adolescente*. (2020). OMS; Organización Mundial de la Salud. Recuperado 22 de febrero de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

OMS | *Depresión*. (2021). OMS; Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)

Ortiz, M. (1997). *Trastornos Psicológicos*. Aljibe

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>

Pereyra Elías, R., Ocampo Mascaró, J., Silva Salazar, V., Vélez Segovia, E., da Costa Bullón, A. D., Toro Polo, L. M., & Vicuña Ortega, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad privada de Lima, Perú 2010. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(4), 520–526.

Pérez Amezcua, B., Rivera Rivera, L., Atienzo, E. E., Castro, F. de, Leyva López, A., & Chávez Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.

Rafful, C., Medina Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1), 165-169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040>

Rapaport, M. H. (2001). Prevalence, recognition, and treatment of comorbid depression and anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 Suppl 24, 6–10.

*Recommendations / Depression in adults: Recognition and management / Guidance / NICE*. (2009, 28 octubre). National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado 6 de julio de 2021, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Recommendations>

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana De Psicología*, 18(2), 211-218.

Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 316(21), 2214. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>

- Saldaña Villa, M., & Barriga, O. (2011). Adaptación del modelo de deserción universitaria de Tinto a la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(4). <https://doi.org/10.31876/rsc.v16i4.25529>
- Serrano Barquín, C., Rojas García, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47–60.
- Setiawati, L., & Dewi Pohan, L. (2017). Brief Cognitive Behavior Therapy for College Students with Depression Symptoms: A Case Study. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research (ASSEHR)*, volume 135, pp. 463–474. <https://doi.org/10.2991/iciap-17.2018.40>
- Tejedor, F., & García-Valcárcel, A. (2007). Causas del bajo rendimiento del estudiante universitario (en opinión de los profesores y alumnos). Propuestas de mejora en el marco del EEES. *Revista de educación, ISSN 0034-8082, N° 342, 2007 (Ejemplar dedicado a: Violencia de género y relaciones de poder: implicaciones para la educación)*, pags. 419-442, 342.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Vallejo, J. y Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. 2.<sup>a</sup> ed. Masson.
- Vázquez, F., Torres, A., Blanco, V., Díaz, O., Otero, P. y Hermida E. (2012). Comparación del entrenamiento de relajación con una intervención cognitivo conductual para la

- prevención indicada de la depresión en estudiantes universitarios: un ensayo controlado aleatorio. *Revista de Intervención Psiquiátrica*, 46, 1456-1463.
- Velázquez García, L., Bonilla Muñoz, M. P., & Padilla Díaz, A. M. (2019). Efectos De Una Intervención Cognitivo Conductual En La Ansiedad Y Depresión En Médicos Internos De Pregrado. *Revista Psicología Sin Fronteras*, 2(3).
- Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- Wagner, F. A., González Forteza, C., Sánchez García, S., García Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11.
- Wagner, G., Glick, P., & Khammash, U. (2020). Exposure to violence and its relationship to mental health among young people in Palestine. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(2), 189-197. <https://doi.org/10.26719/2020.26.2.189>
- Yengle Ruiz, C. (2009). Adaptación a la vida universitaria de estudiantes que desertaron asociada a la relación con compañeros de estudio. *UCV-Scientia*, 1(1), 40–50.
- Young, C. C., & Dietrich, M. S. (2015). Stressful Life Events, Worry, and Rumination Predict Depressive and Anxiety Symptoms in Young Adolescents: Stressful Life Events, Worry, and Rumination Predict Depressive and Anxiety Symptoms in Young Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(1), 35-42. <https://doi.org/10.1111/jcap.12102>

## Anexos

### 1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

#### **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 mi.
- 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 mí 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 mi 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.
- 1ª. 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
- 3ª. 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.
- 1ª. 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
- 3ª. 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 hacer.

**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:

---

## 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Consentimiento informado



Coordinación de Centros de Formación  
y Servicios Psicológicos

Fecha: 07/02/19

No. de cuenta o trabajador o CURP: 315032827

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con la finalidad de dar a conocer los lineamientos establecidos en la Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (CCFSP), se informa:

La CCFSP, por medio de este Centro, otorga servicios psicológicos a través de la formación supervisada en los estudiantes de pre y posgrado (conforme su plan de estudios). Para ello, la información proporcionada por las personas beneficiadas del servicio se documenta en un expediente impreso y/o electrónico; la atención se imparte en escenarios donde el estudiante (s) y la persona (s) atendida (s) pueden ser observados en cámara de Gessell y/o videograbación para la documentación de la atención, siempre bajo un carácter de confidencialidad y anonimato; pero con plena disponibilidad para que los estudiantes en formación, los supervisores, la jefatura del Centro y la CCFSP, puedan considerarlos con fines educativos y de investigación.

La asignación al servicio psicológico se realiza conforme la disponibilidad de horarios, espacios físicos así, como de atención por los estudiantes en formación y supervisores; en caso contrario el Centro ofrecerá alternativas para solucionar la problemática. Durante el servicio, la persona atendida colaborará para documentar su expediente impreso o electrónico revisando y firmando todos aquellos registros que lo van conformando. En el servicio específico de la atención por consumo de sustancias psicoactivas, en el Centro, se considera llevar a cabo pruebas de marcadores biológicos a través de muestras de orina, saliva o exhalación, para la valoración y seguimiento de impacto de la intervención; por lo que las personas atendidas por dicho servicio también documentan y firman el resultado de las pruebas.

El Centro, otorga información relacionada con el servicio exclusivamente a la persona beneficiada o aquellos tutores de los menores de edad **acreditados** en el expediente, extendiendo exclusiva y específicamente: comprobantes escritos de asistencia, copia de sus recibos de las cuotas de recuperación, constancias sobre las características generales del servicio, de orientación y referenciación a sitios de atención especializada o para la atención de casos de urgencia (por ejemplo, riesgo suicida, intoxicación por sustancias psicoactivas, etc.) pero **SIN** la posibilidad de ofertar servicios para la actividad pericial en materia de Psicología. No obstante, aun cuando el centro **no oferta** servicios de peritaje para condiciones legales, de ser solicitada por un juez, de orden federal o estatal, la información de las personas atendidas recabada en su expediente deberá ser otorgada de manera oficial y por obligación, bajo las condiciones legales que establezca dicho juez.

Los servicios psicológicos disponibles se imparten exclusivamente dentro de las instalaciones del Centro sin excepción; y la cuota de recuperación se realiza exclusivamente en las cajas autorizadas por la institución; Por lo tanto, se tiene un buzón de quejas en el Centro, para comunicar cualquier irregularidad

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



Coordinación de Centros de Formación  
y Servicios Psicológicos

al respecto, o cualquier sugerencia adicional respecto al servicio que las personas beneficiadas deseen compartir.

A partir de la información asentada en este documento, el firmante declara la disposición para adherirse a los procedimientos del servicio psicológico con plena **honestidad** y **respeto**, cumpliendo puntualmente con las actividades acordadas con el responsable de su atención, otorgando información veraz y fidedigna. El firmante también declara tener conocimiento del derecho que tiene a recibir un trato digno, equitativo, confidencial, y de respeto a su toma de decisiones.

Por lo tanto, quien firma acepta haber leído y aceptado el contenido del actual documento.

Nota de no aceptar el presente consentimiento se me referirá a un <sup>servicio</sup> servicio confidencial alternativo.

FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA  
PADRE O TUTOR

Dr. Edgar Landa Ramirez  
RESPONSABLE PSICOLOGIA  
URGENCIAS  
Céd. Prof. 11560317

FIRMA DEL SUPERVISOR

Fecha 07 / 02 / 19  
DÍA MES AÑO

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD