



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

*“Intervención cognitivo conductual en línea en estudiantes de doctorado con síntomas de  
ansiedad y depresión”*

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**ABRIL ARACELI CARRILLO GARDUÑO**

**DIRECTOR DE TESIS**

**MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL**

**DRA. ALISMA MONROY CASTILLO**

**MTRA. QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ**

**MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO**

**DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ**

**CUERNAVACA, MORELOS**

**MARZO 2023**



## Índice

<b><i>Índice de tablas</i></b> .....	<b>4</b>
<b><i>Resumen</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Introducción</i></b> .....	<b>7</b>
<b><i>Capítulo I Antecedentes</i></b> .....	<b>9</b>
<b><i>Capítulo II Ansiedad</i></b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 Etiopatogenia de la ansiedad</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Trastornos de ansiedad</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad</b> .....	<b>19</b>
<b>2.4 Modelos terapéuticos para el abordaje de la ansiedad</b> .....	<b>23</b>
2.4.1 Terapia de Aceptación y Compromiso .....	23
2.4.2 Modelo Freudiano de la Ansiedad .....	24
2.4.3 Modelo Cognitivo de la Ansiedad .....	24
2.4.4 Psicoeducación en pacientes con Ansiedad .....	29
2.4.5 Reestructuración Cognitiva.....	30
2.4.6 Entrenamiento en respiración .....	33
<b><i>Capítulo III Depresión</i></b> .....	<b>35</b>
<b>3.1 Etiopatogenia de la depresión</b> .....	<b>36</b>
<b>3.2 Trastornos del Estado de Ánimo</b> .....	<b>37</b>
<b>3.3 Modelos psicoterapéuticos para el abordaje de la depresión</b> .....	<b>41</b>
3.3.1 Psicoanálisis .....	41
3.3.2 Terapia Interpersonal .....	42
3.3.3 Terapias Humanistas.....	43
<b>3.4 Modelo Cognitivo de la Depresión</b> .....	<b>43</b>
3.4.1 Tríada Cognitiva .....	44
3.4.2 Organización estructural del pensamiento depresivo .....	44
3.4.3 Errores en el procesamiento de la información.....	46
<b><i>Capítulo IV Terapia cognitivo-conductual basada en internet (Internet Based cognitive Behavioral Therapy)</i></b> .....	<b>51</b>
<b>4.1 Clasificación de las psicoterapias en línea</b> .....	<b>53</b>
<b>4.2 Ventajas y desventajas de la psicoterapia en línea</b> .....	<b>54</b>
<b>4.3 Perfil del ciber-terapeuta</b> .....	<b>56</b>

4.4 Aspectos éticos de las terapias online .....	56
<b>Capítulo V Planteamiento del Problema .....</b>	<b>58</b>
5.1 Objetivo General .....	62
5.2 Objetivos específicos.....	63
5.3 Hipótesis .....	63
5.3.1 Hipótesis de trabajo.....	63
5.3.2 Hipótesis nula.....	63
5.4 Justificación .....	64
<b>Capítulo VI Método .....</b>	<b>67</b>
6.1 Diseño de investigación .....	67
6.2 Participantes .....	67
6.2.1 Criterios de inclusión .....	67
6.2.2 Criterios de Exclusión.....	68
6.3 Operacionalización de las variables.....	69
6.4 Descripción de los instrumentos.....	70
6.4.1 Ansiedad .....	70
6.4.2. Depresión .....	71
6.4.3 Distorsiones Cognitivas .....	72
6.5 Procedimiento .....	72
6.5.1 Etapa 1 .....	72
Captación de la muestra.....	72
Elección de participantes .....	72
6.5.2 Etapa 2 Intervención .....	73
Aspectos Éticos .....	74
<b>Capítulo VII Resultados .....</b>	<b>76</b>
7.1 Resultados de la primera fase.....	76
Resultados Segunda Fase.....	86
Resultados por grupos.....	88
Grupo Sintomatología Leve.....	88
Grupo Sintomatología Moderada.....	100
Grupo Sintomatología Severa .....	109
<b>Capítulo VIII Discusión .....</b>	<b>122</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>129</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>A. Programa de Sesiones de Intervención.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>B. Informe de Resultados primera fase.....</b>	<b>1</b>

<b>C. Consentimiento informado primera fase .....</b>	<b>2</b>
<b>D. Consentimiento informado segunda fase .....</b>	<b>3</b>
<b>E Inventario de Ansiedad de Beck.....</b>	<b>4</b>
<b>F. Inventario de Depresión de Beck.....</b>	<b>5</b>
<b><i>Referencias Bibliográficas .....</i></b>	<b><i>131</i></b>

## Índice de tablas

<i>Tabla 1 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad .....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 2 Clasificación de los Trastornos del Estado de Ánimo .....</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
<i>Tabla 3 Ventajas y desventajas de las psicoterapias en línea .....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 4 Operacionalización de las variables de investigación.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabla 5 Sexo.....</i>	<i>76</i>
<i>Tabla 6 Rango de edad de los participantes .....</i>	<i>77</i>
<i>Tabla 7 Frecuencia de los semestres que cursan los participantes .....</i>	<i>78</i>
<i>Tabla 8 Media del semestre que cursan los participantes.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabla 9 Porcentajes de nivel de ansiedad de los participantes. ....</i>	<i>79</i>
<i>Tabla 10 Porcentajes de nivel de depresión en los participantes.....</i>	<i>80</i>
<i>Tabla 11 Correlación Ansiedad, semestre 8 y sexo .....</i>	<i>81</i>
<i>Tabla 12 Correlación Ansiedad, Depresión y Cambio de residencia. ....</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 13 Correlación Ansiedad, Depresión y Actividad Laboral. ....</i>	<i>84</i>
<i>Tabla 14 Desencadenantes Ambientales del Grupo Sintomatología Leve .....</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 15 Distorsiones Cognitivas Grupo Sintomatología Leve .....</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 16 Desencadenantes Ambientales del Grupo Sintomatología Moderada.....</i>	<i>106</i>
<i>Tabla 17 Distorsiones Cognitivas Grupo Sintomatología Moderada.....</i>	<i>108</i>
<i>Tabla 18 Desencadenantes Ambientales del Grupo Sintomatología Severa.....</i>	<i>117</i>
<i>Tabla 19 Distorsiones Cognitivas Grupo Sintomatología Severa.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabla 20 Desencadenantes ambientales de los tres grupos .....</i>	<i>119</i>



## **Resumen**

La presente investigación consistió en determinar en primer lugar la prevalencia de síntomas de Ansiedad y Depresión en estudiantes de doctorado beneficiarios de una beca CONACyT a través de la aplicación virtual de tres instrumentos auto administrados (Inventario de Ansiedad Beck, Ansiedad Estado-Rasgo e Inventario de Depresión Beck). La segunda etapa consistió en la intervención cognitivo conductual en línea diseñada particularmente para esta población, para esta segunda etapa fueron tomados en cuenta 12 estudiantes al azar de diferentes semestres y disciplinas a los cuales se les aplicó un intervención de ocho sesiones que constaron de psicoeducación, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de trabajo que propone que una intervención cognitivo conductual (Modelo Cognitivo de Beck,2013) para el tratamiento de ansiedad y depresión tiene un alto nivel de eficacia en la disminución de síntomas ansioso-depresivos debido al efecto terapéutico que se obtuvo en los participantes de los tres grupos, los cuales lograron disminuir de forma significativa su sintomatología.



## Introducción

El interés por haber realizado la presente investigación parte de la intención de conocer el estado que presenta la salud mental de los estudiantes de doctorado pertenecientes al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), haciendo énfasis en dos de los trastornos mentales más comunes actualmente; la ansiedad y la depresión (OMS, 2017) ya que se considera en el presente estudio que los estudiantes pueden presentar niveles elevados de carga académica y laboral de acuerdo a las actividades que desempeñan en sus programas de doctorado. Lo encontrado en investigaciones previas como la realizada en Bélgica sugieren que los estudiantes de doctorado presentan niveles significativos de síntomas de ansiedad y depresión (Levecque et al, 2017) por lo tanto se consideró la relevancia de realizar el presente estudio para determinar la prevalencia de esta sintomatología en población mexicana. De acuerdo a lo anterior se midió la prevalencia en esta población de los trastornos antes mencionados.

Para identificar la prevalencia de ansiedad y depresión se aplicó a la población el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck a manera de cribado. Los participantes que presentan niveles leves, moderados o graves de ansiedad y/o depresión fueron invitados a participar en el programa de intervención que constó de un modelo psicoterapéutico breve basado en la Terapia Cognitiva de Beck para Ansiedad y Depresión en línea, para disminuir su sintomatología utilizando estrategias como la psicoeducación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en respiración. Posteriormente a las ocho sesiones aplicadas del modelo se evaluó la eficacia de la intervención con una post prueba, aplicando

los mismos instrumentos que se utilizaron en el diagnóstico de ansiedad y depresión para conocer el curso de los síntomas. Los resultados obtenidos muestran que el programa de intervención de ocho sesiones que constaron de sesiones de 50 min de psicoeducación, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas tuvieron una alta eficacia en los tres grupos de sintomatologías (leve, moderada y severa), sin embargo en el grupo de sintomatología severa a pesar de presentar una disminución importante no se logró erradicar la sintomatología por lo que se sugirió para este tipo de grupos aumentar el número de sesiones en la intervención para alcanzar un resultado más consistente y con beneficios a largo plazo.

## Capítulo I Antecedentes

Los Trastornos Mentales (TM *en adelante*) aún en pleno siglo XXI constituyen un tema tabú, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señaló para el 2019 que existían 260 millones de personas en el mundo con algún Trastorno de Ansiedad (TA) y 300 millones con depresión, lo que equivale a un 8% de la población mundial. En México la prevalencia de TM muestra que uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha cursado en algún momento de su vida con algún TM, pero sólo uno de cada cinco ha recibido tratamiento. Cifras actuales recolectadas durante el periodo de confinamiento por COVID-19 en México mostraron que el 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado, lo que supone un aumento significativo de malestares en salud mental durante el periodo de cuarentena (ENBIARE, 2021). Asimismo, el tiempo que el paciente de salud mental tarda en recibir atención en México es de entre 4 a 20 años según el tipo de TM, y esta situación se replica en los demás países latinoamericanos (Programa Sectorial de Salud, 2018).

Previo al inicio de la contingencia sanitaria en diversos estudios se encontró que existen poblaciones aparentemente más vulnerables al desarrollo de ansiedad, sin embargo tomando en cuenta la problemática actual de salud mental durante el confinamiento, el estudio realizado en México por Nicolini en el 2021, sugiere que los adolescentes, jóvenes y trabajadores sanitarios son los más propensos a desarrollar ansiedad, lo anterior debido a factores ambientales como el aislamiento social, el miedo al contagio y la pérdida de seres

queridos, actualmente no se cuenta todavía con las investigaciones necesarias en las poblaciones antes mencionadas, por lo que es importante estudiar la prevalencia de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión en estos grupos demográficos, que incluyen a los jóvenes, ya que muchos de estos continúan recibiendo educación universitaria o incluso formación académica en grados como maestría y doctorado, es fundamental realizar investigación que aporte al conocimiento de la salud mental de los mismos.

La población mexicana actual total es de 126 014 024 habitantes, de ellos, el 51.2% y el 48.8% hombres (INEGI, 2021). En el año 2016 se contabilizaron 237 mil 617 estudiantes de posgrado, de los cuales el 52.4% son mujeres y 47.6% son hombres, según datos del Sistema Nacional de Información Estadística Educativa (Secretaría de Educación Pública, 2016) hasta el momento no se cuenta con una cifra exacta de cuántos de estos estudiantes son de maestría y cuántos se encuentran cursando un doctorado aunque se calcula que menos del 1% de la población mexicana cuenta con estudios de doctorado (Organizaciones para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2015). La tasa de graduación en el nivel de doctorado en México es muy bajo en los primeros cinco años, mientras que en las áreas de Ingeniería y Ciencias Biológicas se concluye cerca del séptimo año. En Matemáticas y Física el 50% de los estudiantes se gradúan en el noveno año y para las Ciencias Sociales y Humanidades se requieren hasta 9 o 10 años. (Fresán, 2013).

Es de suma importancia averiguar cuales son las causas de las tasas tan bajas de graduación que existen en México a nivel doctorado, es relevante identificar si los motivos radican en asuntos académicos y administrativos o en la calidad de vida y salud mental y física de los estudiantes.

A nivel internacional, un estudio realizado en la Universidad Pedagógica de Durango arrojó que el 95% de una muestra de alumnos de maestría manifestó haberse sentido estresado “algunas veces” pero con una intensidad “medianamente alta” en el que variables como el género, estado civil y sostenimiento institucional de la maestría que cursan, fungen como modulador del estrés. (Barraza, 2008). Lo anterior es consistente con una investigación realizada en Medellín, Colombia los resultados mostraron que existe una relación entre el estrés académico y la depresión, con una prevalencia de síntomas de depresión en un 42.7 % de la muestra y una significativa relación con los índices de estrés académico (Gutiérrez et al, 2010).

Hallazgos de una investigación realizada en 365 estudiantes de una universidad francesa, que evaluó la prevalencia de trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica o psiquiátrica mostraron que, existe una correlación entre trastornos como dolores articulares, alergias nasales y jaquecas con una puntuación significativamente para ansiedad y depresión (Baeza, 2010).

En este sentido, otro estudio realizado en Bélgica, que valoró 12 síntomas de salud mental en una muestra de 3659 estudiantes de doctorado, , arrojó que al menos el 32% de los estudiantes están en riesgo de padecer o desarrollar un desorden mental, especialmente depresión. Los factores asociados a la prevalencia de desórdenes mentales en esta población son: la relación entre familia y trabajo, demandas laborales, el estilo de liderazgo del tutor, trabajo en equipo y la percepción de la carrera fuera del entorno académico. (Levecque et al, 2017).

Adicionalmente, a nivel internacional, un estudio sobre los índices de depresión y

ansiedad en estudiantes de la Universidad Autónoma de Tamaulipas campus Reynosa-Aztlán con una muestra de 500 estudiantes en los que se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton, se identificó que existe un mayor número de cuadros depresivos y altos índices de ansiedad en la población de sexo femenino (Orozco et al,2014).

Existen investigaciones que se han interesado por estudiar variables personales en entornos académicos. Específicamente en estudiantes de pregrado se ha encontrado que muchos logran obtener las competencias necesarias para su proceso formativo que favorece la culminación de sus estudios de licenciatura sin embargo, otros estudiantes se ven rebasados por la exigencia académica, lo que conlleva a que los estudiantes presenten un alto nivel de estrés durante su estancia en la universidad; lo anterior, provoca que algunos se sientan impedidos o sin las suficientes herramientas para afrontar las demandas propias de su proceso formativo, lo que deriva en la deserción y el desarrollo del Síndrome de Burnout estudiantil (Rosales y Paneque, 2013).

Para contrarrestar el posible desenlace en alguna psicopatología como la ansiedad o depresión se han realizado intervenciones con un enfoque cognitivo conductual en población académica.

El enfoque cognitivo conductual es una forma de psicoterapia centrada en la teoría con un firme compromiso hacia el empirismo científico. Las características de esta terapia se centran en el proceso terapéutico de cambio y en la conceptualización cognitiva de la psicopatología, por lo tanto recientemente ha sido utilizada en múltiples estudios con el fin de mejorar la salud mental de diversas poblaciones (Beck,2013).

Los hallazgos publicados por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) fue la reducción significativa en los niveles de estrés de los estudiantes de licenciatura después de la aplicación del programa, asimismo de forma inesperada se detectó que la técnica con mayor eficacia fue la de asertividad (Treviño y Ramírez, 2012); mientras que en otra intervención se observó una diferencia significativa en las evaluaciones pretest y postest del estrés percibido (Villaroel y González, 2017)

De acuerdo con la utilización de herramientas tecnológicas en la psicoterapia cognitivo conductual; una investigación realizada en los Estados Unidos de América, que tuvo como muestra a 7014 personas analizó el patrón de comportamiento en internet de personas con padecimientos socialmente estigmatizados como la ansiedad, depresión, herpes e incontinencia urinaria, en la que se identificó que el internet es un medio notablemente aplicable para establecer una comunicación, atención y educación eficaces en poblaciones socialmente estigmatizadas por motivo de un padecimiento mental (Berger, Wagner y Baker, 2005).

El estudio en línea, dirigido a 83 estudiantes universitarios con niveles elevados de ansiedad que fueron aleatoriamente divididos en un grupo experimental que se le aplicó una intervención de psicoterapia cognitivo conductual (duración de 6 semanas), y un grupo control en lista de espera; mostró resultados significativos del tratamiento con relación al aspecto cognitivo de la ansiedad y los síntomas depresivos (Knaevelsrud y Maercker, 2007).

Asimismo, otra investigación realizada en Bristol, London, y Warwickshire, Reino Unido con una muestra de 113 participantes con depresión que se dividió en grupo control (psicoterapia cognitivo conductual presencial) y experimental (psicoterapia cognitivo

conductual en línea) con una duración de 4 meses en ambas modalidades, se demostró que la intervención en línea fue eficaz y que además logró mantener los beneficios después de 8 meses de terminado el tratamiento (Kessler, Lewis, Kaur, Wiles, King, Weich y Peters, 2009).

Un estudio cuantitativo realizado en México dirigido a estudiantes de nivel maestría demostró que la psicoterapia cognitivo conductual en la modalidad en línea para el tratamiento de la ansiedad y depresión tuvo un efecto individual significativo en 7 de los 8 participantes, así como en la disminución de su sintomatología ansioso-depresiva (Plata, López, Baca y de la Rosa Gómez, 2014).

Las investigaciones anteriores sobre salud mental realizadas en contextos académicos aportan valiosa información sobre el estado de bienestar psicológico sobre estas poblaciones, sin embargo sigue siendo necesario visibilizar las causas de las perturbaciones psicológicas en los estudiantes, para fines de esta investigación particularmente los estudiantes de doctorado y adicionalmente conocer las repercusiones que tiene el posible deterioro de su salud mental, tanto en su calidad de vida como en su rendimiento académico.



## Capítulo II Ansiedad

Etimológicamente la palabra “ansiedad” proviene del latín “anxietas”, que a su vez tiene raíz indoeuropea de la palabra “angh” de las cuales se derivan “ansiedad” y “angustia”. Ambos términos han sido utilizados a lo largo de la historia de manera indistinta a pesar de que hacen referencia a diferentes significados, lo cual puede llegar a crear confusión según Sarudiansky (2013). La principal causa del uso erróneo de ambos términos como conceptos disociados, se debe a una mala traducción del alemán al inglés, en el idioma alemán el término “Angh” hace referencia a un estado de ánimo acompañado de activación fisiológica por un estímulo indeterminado, el cual fue traducido al inglés como “anxiety”. En el caso del idioma español se tradujeron ambos términos y actualmente están delimitados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) diferenciando a la angustia, propiamente, como los episodios de activación fisiológica intensa o cómo comúnmente se conocen “ataques de pánico” ,por lo tanto la angustia se considera parte de los trastornos de ansiedad (Sarudiansky, 2013).

La ansiedad se puede definir biológicamente como una respuesta adaptativa que prepara a un organismo para enfrentarse contra un peligro o amenaza potencial. El individuo se anticipa a situaciones ambiguas mediante reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales, y se dispone a emitir una respuesta de defensa o huida (Navas,2012). En condiciones normales los síntomas de la ansiedad se presentan de forma imperceptible, pero cuando se manifiesta intensamente causa en quien lo experimenta, sensación de inquietud y aprehensión, acompañada de hipervigilancia del entorno, dificultad para concentrarse, aumento de tensión muscular y una variedad de síntomas autonómicos como, palpitaciones(aumento de la

frecuencia cardiaca), sudoración, falta de aliento (hiperventilación) y molestias digestivas, estos cambios son respuestas normales ante situaciones de estrés (Navas, 2012), sin embargo en casos extremos como en personas con trastorno de pánico se suma a todos estos síntomas, sensación de irrealidad, temor a perder el control o la cordura, desmayo o incluso sensación de muerte (Pérez, 2003). De acuerdo con lo anterior se puede diferenciar a la ansiedad normal de la patológica, en este último caso los síntomas de ansiedad no brindan una mejor adaptación al individuo, surgiendo falsas alarmas ante amenazas inexistentes o en ocasiones se tiende a percibir de forma magnificada una amenaza que provoca niveles altos de ansiedad, es decir que la ansiedad se vuelve patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada (Sarudiansky, 2012).

## **2.1 Etiopatogenia de la ansiedad**

Se ha comprobado que en la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad confluyen Factores Biológicos: como los factores genéticos que desencadenan la predisposición a los trastornos de ansiedad, comúnmente en el trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social, Psicodinámicos: se considera como una respuesta del individuo hacia un peligro que lo amenazó desde dentro con forma de un impulso instintivo que genera una sensación de pérdida de control, Psicosociales: Los estresores psicosociales como las relaciones interpersonales, factor socioeconómico, laboral, etc., pueden fungir como precipitantes agravantes o causales de los trastornos de ansiedad, también se ha sugerido que el tipo de crianza puede predisponer a un trastorno de ansiedad en la vida adulta, sin embargo aún no se identifican causas específicas de esta teoría, Traumáticos: enfrentar eventos traumáticos como accidentes graves, desastres, asaltos, abusos, etc, suelen provocar daños

biológicos cerebrales que se asocian con síntomas de ansiedad graves, Cognitivos y conductuales: los trastornos de ansiedad pueden aparecer por una sobrevaloración de estímulos amenazantes y una infravaloración de las capacidades personales para hacer frente a las amenazas, también pueden surgir de patrones cognitivos distorsionados en forma de pensamientos negativos que se traducen en conductas desadaptadas (Torales et al, 2010).

Dentro de las causas fisiológicas y desde el punto de vista neurológico, algunas de las estructuras cerebrales involucradas en el desarrollo de la ansiedad son: el tallo cerebral, hipocampo y amígdala los anteriores pertenecientes al sistema límbico, otro aspecto neuroquímico a considerar es la función del sistema GABA, el cual es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante, que puede funcionar como ansiolítico o como generador de angustia, el sistema serotoninérgico también cumple una función importante debido a su estrecha interacción con la adrenalina y la dopamina, que también pueden jugar un papel tranquilizante o lo opuesto (Pérez, 2003).

## **2.2 Trastornos de ansiedad**

Actualmente gran parte de teorías e investigaciones acerca de la ansiedad reconoce que existen diferentes tipos de ansiedad que son denominados trastornos de ansiedad. Derivado de la ansiedad patológica se puede llegar a desarrollar algún trastorno de ansiedad (TA) los cuales se refieren a trastornos clínicos definidos como: los distintos tipos de fobias (específicas y sociales), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia, ataques de pánico y trastorno de estrés postraumático (Becerra et al, 2007).

Los trastornos de ansiedad constituyen un tema frecuente en las consultas médicas, se presentan tres veces más en mujeres que en hombres, usualmente en adultos jóvenes y coexisten habitualmente con otros trastornos mentales, particularmente con la depresión. En muchos de los casos la ansiedad tiende a desarrollarse en contextos de presión, demandas y estrés de la vida cotidiana, en la actualidad alrededor del mundo millones de personas luchan a diario contra la ansiedad y su sintomatología (Navas, 2012).

Para la clasificación de los Trastornos de Ansiedad, existen criterios universales los cuales provienen del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación internacional de las enfermedades, onceava versión (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud.

Los trastornos de ansiedad constituyen el grupo de enfermedades mentales más comunes con una prevalencia alta de aproximadamente del 2% al 8% de la población mundial y de un 10% al 12% de las consultas de atención primaria. En años recientes se ha observado un gran incremento de los casos de trastorno de ansiedad, y se calcula que es incluso más común que enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (eg. diabetes mellitus, hipertensión arterial).

Los TA se dividen según el DSM-V en: fobia específica, fobia social, El trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, El trastorno de ansiedad inducido por sustancias, El trastorno de ansiedad no especificado, el trastorno de ansiedad generalizada, El trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo, Trastorno de pánico, Agorafobia, Otro trastorno de ansiedad especificado (American Psychiatric Association, 2013)

La clasificación psiquiátrica de los trastornos mentales como el DSM-V ha delimitado a los trastornos de ansiedad mediante diagnósticos diferenciales que distinguen a uno de otro, sin embargo este enfoque ha sido desafiado por cuerpos de investigación que han encontrado evidencias sólidas sobre la naturaleza dimensional de la ansiedad.

Una de las principales bases que sostiene esta perspectiva caracterológica de los trastornos de ansiedad es la coexistencia de uno o más trastornos en un mismo individuo. Dentro de la comorbilidad de los trastornos de ansiedad, se puede mencionar también a la depresión que se presenta en 55% de los pacientes con ansiedad clínica y depresión y hasta un 76% en un estudio de vida completa. Además es más probable que el trastorno de ansiedad preceda a la depresión que viceversa, por lo que al tratar la sintomatología ansiosa hay una notable mejoría de los síntomas depresivos. Otro aspecto a considerar es también el consumo comórbido de sustancias especialmente el alcohol, que usualmente se relaciona con los trastornos de ansiedad, la presencia de un trastorno de ansiedad, cuadruplica el riesgo de dependencia a una sustancia como alcohol o drogas, y la ansiedad precede regularmente al trastorno por abuso de sustancias y además alimenta su persistencia, por lo que individuos diagnosticados con algún trastorno de ansiedad son propensos a abusar del consumo de alcohol (Beck, 2013).

### **2.3 Clasificación de los trastornos de ansiedad**

De acuerdo a la clasificación de los trastornos de ansiedad que se incluye en el DSM-V y CIE-11 los TA se dividen en:

**Tabla 1. Clasificación de los Trastornos de Ansiedad**

Trastorno De Ansiedad	CIE-11	DSM-V
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	Preocupación excesiva Tensión muscular Inquietud motora Actividad simpática autónoma Experiencia subjetiva de nerviosismo Dificultad para mantener la concentración Irritabilidad Trastornos del sueño	Ansiedad y preocupación excesiva Al individuo le es difícil controlar la preocupación Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta Facilidad para fatigarse dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco Irritabilidad Tensión muscular. Problemas de sueño
<i>Trastorno de ansiedad social (fobia social)</i>	Miedo o ansiedad marcados y excesivos que ocurren constantemente en una o más situaciones sociales.	Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.

---

<i>Fobia específica</i>	Miedo o ansiedad marcados y excesivos que ocurren constantemente al exponerse o anticiparse a la exposición a uno o más objetos o situaciones específicas.	Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica.
<i>Mutismo selectivo</i>	El mutismo electivo se caracteriza por una selectividad constante en el habla	Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. Ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
<i>Agorafobia</i>	Miedo o ansiedad marcados o excesivos que se producen en respuesta a múltiples situaciones en donde escapar podría ser difícil o podría no haber ayuda disponible.	Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: Uso del transporte público estar en espacios abiertos estar en sitios cerrados hacer cola o estar en medio de una multitud Estar fuera de casa solo

---

---

<i>Trastorno de pánico</i>	<p>Ataques de pánico inesperados y recurrentes que no se limitan a situaciones o estímulos particulares.</p> <p>Palpitaciones/aumento de la frecuencia cardíaca</p> <p>Sudoración</p> <p>Temblores</p> <p>Dificultad para respirar</p> <p>Dolor en el pecho</p> <p>Mareos o aturdimiento, escalofríos</p> <p>Sofocos</p> <p>Miedo</p>	<p>Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos.</p>
<i>Trastorno de ansiedad por separación</i>		<p>Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concierne a su separación de aquellas personas por las que siente apego</p>

---



---

<i>Trastorno de ansiedad inducido por sustancias</i>	El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos.
<i>Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica</i>	Ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica.

---

(American Psychiatric Association, 2013) (Organización Mundial de la Salud, 2019)

## **2.4 Modelos terapéuticos para el abordaje de la ansiedad**

### ***2.4.1 Terapia de Aceptación y Compromiso***

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) representa uno de los varios modelos de abordaje de los trastornos mentales, sus métodos clínicos se centran en el cambio contextual con el fin de modificar la función de los eventos privados sin alterar sus contenidos. La ACT busca cambiar el foco de la terapia hacia la regulación del comportamiento, además pretende crear las condiciones para que el paciente considere la paradoja de su comportamiento y busque potencializar sus interacciones, lo anterior le permitirá tomar plena conciencia. Los métodos utilizados son tomados de otras terapias que utilizan la lógica de funcionamiento en el aprendizaje relacional, en los cuales se enmarcan la

aplicación de paradojas, metáforas y ejercicios de exposición plena/consciente en el aquí/ahora (Soriano y Salas, 2006).

#### ***2.4.2 Modelo Freudiano de la Ansiedad***

Desde los inicios de la teoría freudiana se utilizó el término “Angst” para describir fenómenos relacionados a la ansiedad, Freud en sus inicios postuló una diferenciación nosográfica de dos conjuntos, la psiconeurosis de defensa en la cual la ansiedad se manifestaba con un conflicto intrapsíquico y un desplazamiento defensivo del afecto y por otro lado las neurosis actuales que incluían a las neurosis de ansiedad las cuales se debían a la falta de procesamiento psíquico de la libido y que se manifestaban de forma automática como una “ansiedad flotante”. Con el caso del pequeño Hans, Freud complementó esta teoría agregando el “afecto tóxico” y su relación con el dinamismo intrapsíquico de la neurosis y explicó la eclosión del afecto tóxico como producto del proceso de la represión. Entonces definió a la ansiedad como resultante de la represión de mociones libidinales. Posteriormente Freud aclaró su concepción sobre la ansiedad, explicando que la represión era la consecuencia de la ansiedad y no la causa (Etchebarne, Gómez y Roussos, 2011)

#### ***2.4.3 Modelo Cognitivo de la Ansiedad***

El Modelo Cognitivo de la Ansiedad, propone una perspectiva ligeramente diferente sobre la distinción entre miedo y ansiedad, el miedo en este modelo se clasifica como “la valoración de que existe un peligro real o potencial de una situación determinada”. por lo tanto el miedo es una valoración de peligro y la ansiedad es el sentimiento negativo que se evoca cuando el miedo es estimulado (Brown, 2005). sostiene que el miedo constituye una

alarma primitiva a la existencia de un peligro real, que se caracteriza por una hiperactivación y tendencia a la acción”, contrariamente a su definición de la ansiedad como una emoción orientada hacia el futuro determinada por percepciones de impredecibilidad e incontrolabilidad ante posibles sucesos amenazantes y con una transformación rápida hacia la atención de potenciales sucesos de peligro o hacia la respuesta ante dichos acontecimientos (Beck, 2013).

El Modelo Cognitivo define a la ansiedad como un complejo sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa cuando el individuo se anticipa a situaciones que interpreta como adversas porque en su mayoría se perciben como sucesos incontrolables e impredecibles que pueden amenazar potencialmente la vida del individuo (Beck, 2013). El miedo es el proceso nuclear de los trastornos de ansiedad porque constituye una valoración automática del peligro, en las crisis de angustia y en síntomas agudos de ansiedad los individuos manifiestan características evidentes de miedo y hasta pánico (14) La ansiedad por su parte se refiere a un estado más crónico de la “aprensión ansiosa” que incorpora factores cognitivos como la incertidumbre, incontrolabilidad, vulnerabilidad, aversividad percibida y la incapacidad para obtener la respuesta deseada, el miedo y la ansiedad tienen una orientación al futuro (Brown, 2005)

A continuación se detallan los cinco criterios que propone Beck (2013) para reconocer los estados de ansiedad y miedo anormales, que se presentan en los estados de ansiedad clínica.

La Cognición disfuncional se puede describir como una aceptación falsa que implica una valoración errónea de peligro ante un suceso que no puede confirmarse como

amenazante mediante la observación directa. El miedo excesivo que se manifiesta como incoherente ante la realidad objetiva de una situación, es provocado por la activación de creencias disfuncionales sobre la amenaza (Beck,2013).

El Deterioro del funcionamiento se explica como un detrimento del manejo afectivo y adaptativo ante la vida cotidiana y el funcionamiento académico o laboral del individuo, la activación del miedo interfiere directamente ya que se pueden presentar episodios de parálisis o sensación de quedarse “helado” (Barlow, 2005). En general el deterioro del funcionamiento afecta de manera significativa la calidad de vida del paciente y representa uno de los criterios indispensables para el diagnóstico de la mayoría de los trastornos de ansiedad según el DSM-V.

La persistencia en la ansiedad proviene de la orientación al futuro que existe en la ansiedad clínica, ya que en este caso la ansiedad persiste mucho después de lo que se espera en condiciones normales, por lo tanto la persona con ansiedad clínica tiene una sensación aumentada de aprensión subjetiva con sólo pensar en alguna amenaza potencial, independientemente a que esta llegue a sucitarse, por lo que es frecuente que los individuos experimenten un alto nivel de ansiedad diariamente y durante años (Beck, 2013)

En los trastornos de ansiedad se observan Falsas alarmas que son determinadas como “miedo o pánico visible que ocurre en ausencia de un estímulo amenazante, aprendido o no aprendido” (Brown, 2005). Un ejemplo claro de ellas es una crisis de angustia intensa sin alguna amenaza o mínima manifestación de peligro , lo que sugiere la presencia de ansiedad clínica (Beck, 2013).

La Hipersensibilidad a los estímulos es una respuesta de miedo hacia un amplio número de estímulos o situaciones que en condiciones normales no presentarían ni una leve activación o que podrían percibirse como inocuas para individuos sin un cuadro de ansiedad clínica.

En los trastornos de ansiedad Beck (2013) definió un estado de vulnerabilidad en la que el individuo se percibe como objeto de amenazas internas y externas sobre los que no tiene control o éste no es adecuado para proporcionarle seguridad, además esta sensación se ve magnificada por consecuencia de ciertos procesos cognitivos disfuncionales. Este aumento de sensación de vulnerabilidad es claro en las evaluaciones exageradas y sesgadas que realizan los individuos como respuesta del posible daño que pudieran llegar a experimentar ante señales inocuas. Los individuos ansiosos tienden a subestimar las señales de seguridad de las situaciones amenazantes y no se sienten capaces de afrontar el peligro.

Beck en su modelo cognitivo resalta que además de la movilización conductual y la activación fisiológica, la valoración primaria inicial de la amenaza y la valoración secundaria de seguridad escasa e inadecuación personal son las que instauran los trastornos de ansiedad (Beck, 2013).

Algunos de los principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad según Beck son: las valoraciones exageradas de la amenaza que se caracteriza por una atención aumentada y selectiva hacia estímulos o situaciones que se perciben como amenaza, o riesgo que podría presentar un grave daño al bienestar del individuo. Mayor indefensión que consiste en una subestimación de los recursos de afrontamiento. Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad se caracteriza por un procesamiento restrictivo e inhibido de las señales

de seguridad y de la información que transmite la reducción de gravedad de la amenaza percibida. Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo en un individuo con ansiedad clínica el acceso al pensamiento y razonamiento constructivo, lógico y elaborativo es más complicado y por ello es ineficiente para la reducción de la ansiedad. El Procesamiento automático y estratégico son los responsables de la facultad involuntaria e incontrolable de la ansiedad. Los Procesos auto-perpetuantes se refieren a ciclo en el que la atención centrada sobre los signos de ansiedad intensifica la angustia. La Primacía cognitiva ocasiona que la valoración primaria de la amenaza y la valoración secundaria se puedan generalizar de manera que gran número de situaciones sean interpretadas como amenazantes y se activen respuestas defensivas respuestas fisiológicas y conductuales para prepararse ante una amenaza. Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad, en este aspecto se manifiesta un aumento de la susceptibilidad a la ansiedad por el resultado de creencias sobre la vulnerabilidad o indefensión personal y la saliencia de la amenaza.

La terapia cognitiva es una forma de psicoterapia centrada en la teoría con un firme compromiso hacia el empirismo científico. Las características de esta terapia se centran en el proceso terapéutico de cambio y en la conceptualización cognitiva de la psicopatología. La terapia cognitiva se plantea como una serie de estrategias esquematizadas para abordar las valoraciones, pensamientos y creencias ansiosas que se detectan durante la evaluación y conceptualización del caso.

Las intervenciones cognitivas pretenden instruye al paciente con la siguiente máxima “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. En la teoría cognitiva la terapia inicia con la evaluación y formulación del caso, es importante hacer una evaluación guiada por la teoría para cimentar una psicoterapia eficaz. El objetivo de la terapia cognitiva

no es eliminar la ansiedad de forma permanente, sino que el paciente desarrolle estrategias eficaces para invalidar la ansiedad cuando ésta se active de forma inadecuada. El segundo objetivo de la terapia es que el paciente logre percibir de forma más natural a la ansiedad y logre controlar sus respuestas ansiosas con la exposición constante a las situaciones que percibe como amenazadoras. Por último la terapia cognitiva busca ayudar a los individuos a desarrollar cierta actitud de aceptación hacia la ansiedad (Beck, 2013 ). cambiar la perspectiva que tiene el individuo de vulnerabilidad y peligro exacerbado a una perspectiva de mínima amenaza y capacidad de afrontamiento. En el tratamiento cognitivo para la depresión y ansiedad se

#### ***2.4.4 Psicoeducación en pacientes con Ansiedad***

Brindar al paciente información sobre lo que padece es un aspecto muy importante a considerar dentro de la terapia cognitiva. Según Beck proporcionar un componente didáctico al tratamiento puede mejorar y contribuir a la corrección de creencias incorrectas acerca del miedo y la ansiedad. Para poder llevar educar al paciente en su trastorno de ansiedad se debe comentar la función del miedo y la ansiedad haciendo referencia a sus propias experiencias ya que frecuentemente presentan una perspectiva tergiversada sobre la ansiedad. También se debe dar al individuo una completa explicación desde el punto de vista cognitivo sobre la persistencia de sus síntomas para que pueda comprenderlos y aplicar sus conocimientos en la vida cotidiana. Por último se debe aclarar el por qué la terapia cognitiva es la más indicada para su trastorno a fin de obtener una completa cooperación por parte del paciente. Para la psicoeducación es importante señalar al individuo los siguientes elementos (Beck, 2013) .

- Definición de la ansiedad y de la función del miedo
- La naturaleza universal y adaptativa del miedo

- Explicación cognitiva de la activación inapropiada del programa de ansiedad
- Huida, evitación y otros esfuerzos por controlar la ansiedad
- Objetivo del tratamiento: apagar el programa de ansiedad
- Estrategias de tratamiento usadas para desactivar el programa de ansiedad
- La función de otros enfoques para la reducción de ansiedad (medicación, remedios herbales)

Es de suma importancia que durante la psicoeducación se pueda involucrar al paciente tratando de hacer que relacione sus experiencias personales con los aspectos claves de modelo cognitivo para que el paciente tenga una mejor disposición a aceptar el modelo (Beck, 2013).

#### ***2.4.5 Reestructuración Cognitiva***

El principal objetivo de esta técnica cognitiva es literalmente reestructurar las creencias y valoraciones que tiene el individuo ansioso sobre las posibles amenazas. Para esta técnica es más importante analizar las valoraciones que tiene el individuo acerca de la amenaza, que la amenaza en sí misma, ya que resulta de mayor relevancia entrenar al individuo para que cuestione si es él el que está exagerando la gravedad de la amenaza o está subestimando su capacidad para enfrentar un posible peligro, independientemente si este ocurre o no (Beck, 2013). El foco de atención del paciente debe derivar en la probabilidad de las valoraciones negativas percibidas de la evaluación distorsionada que hace de las amenazas.

Dentro de la reestructuración cognitiva se hace uso de seis estrategias cognitivas:



### 1.- Recogida de evidencias:

La recogida de evidencias es una estrategia que consiste en cuestionar al paciente acerca de las evidencias favorables y desfavorables de la creencia de que una amenaza puede afectarlo gravemente. La recogida de evidencias es indispensable dentro del proceso de reestructuración cognitiva, permite identificar el pensamiento o creencia ansiosa central y obtener una valoración de la creencia sobre el pensamiento. Para lograr la recogida de evidencias se le proporciona un formulario al paciente donde describe el pensamiento o creencia ansiosa, después señala las probabilidades y gravedad de la amenaza. Esto permite al terapeuta cuestionar al cliente las evidencias que podrían sugerir una estimación de probabilidad y gravedad exageradas. Al inicio del tratamiento el terapeuta debe sugerir evidencias contradictorias ya que en un principio al paciente le costará encontrarlas debido a su perspectiva ansiosa. El objetivo de esta estrategia es contrarrestar las valoraciones equivocadas del paciente, mostrándole valoraciones de amenaza y gravedad más realista.

### 2.- Análisis costes-beneficios

Brinda al paciente que ya ha identificado la consecuencia de sus pensamientos y sentimientos la opción de valorar qué le está aportando los pensamientos ansiosos en su vida diaria, cuáles son las ventajas o desventajas de mantener las creencias o perspectivas sobre su ansiedad. Cuando el paciente formule un pensamiento ansioso puede detenerse a preguntarse si el pensamiento le es útil o perjudicial y esto le permite desactivar de forma gradual el programa de ansiedad (Beck, 2013).

### 3.- Decatastrofización

La decatastrofización es una intervención cognitiva especialmente eficaz para gran parte de los trastornos de ansiedad y consiste en que los pacientes imaginen un escenario hipotético de lo peor que pudiera ocurrirles frente a una amenaza, normalmente los pacientes presentan una tendencia a imaginar escenarios con el peor y hasta imposible desenlace. Decatastrofizar permite al paciente a mejorar las conductas evitativas y a reconsiderar las estimaciones de probabilidad y gravedad de una amenaza y plantearlas de forma más realista, aumentando la sensación de autoeficacia y fortaleciendo el procesamiento de información de seguridad y señales de rescate ante situaciones amenazantes (Beck, 2013).

Existen tres fases dentro de la decatastrofización:

- Fase de preparación
- Descripción de la catástrofe
- Fase de resolución de problemas

### 4.- Identificar los errores de pensamiento

Los pacientes deben aprender a identificar los errores cognitivos que se suscitan cuando comienzan a sentir ansiedad, la identificación de estos errores favorece un cuestionamiento más crítico del paciente ante su propio pensamiento ansioso, he ahí de su importancia pues a identificación propicia la posterior corrección de los errores cognitivos (Beck, 2013) .

## 5.- Generar una explicación alternativa

En el Modelo Cognitivo de Beck (2013) búsqueda de explicaciones alternativas parece ser la más difícil de las estrategias para el paciente pues durante las crisis de ansiedad elevadas es especialmente complicado encontrar una explicación alternativa debido al pensamiento rígido e inflexible que presentan los pacientes con ansiedad y a la fuerte carga emocional que acompaña a un episodio ansioso. Es imprescindible que el paciente practique constantemente esta técnica.

## 6.-Comprobación de hipótesis empíricas

La comprobación de hipótesis empíricas es la más importante para el cambio cognitivo, en esta se diseñan experiencias estructuradas para que el paciente obtenga datos experienciales y en contra de sus valoraciones de vulnerabilidad ante una amenaza. Se pueden ejecutar durante o entre sesiones de terapia cognitiva y su principal función es dar información nueva que invalide los pensamientos disfuncionales y que refuerce creencias adaptativas, en los trastornos de ansiedad esta comprobación se realiza en forma de exposición a la situación amenazante y se hace una manipulación desconfirmante que invalide la valoración ansiosa. Los resultados de la experimentación deben desmentir la creencia ansiosa y confirmar la interpretación alternativa

### ***2.4.6 Entrenamiento en respiración***

El mecanismo de la respiración se caracteriza por ser una de las funciones primarias en los organismos vivos, gracias a la respiración podemos obtener oxígeno el cual es un elemento primordial para producir la energía necesaria para nuestro cuerpo. Tener una adecuada forma de respirar puede optimizar el funcionamiento de nuestro organismo. Cuando

existe una sobreactivación en nuestro organismo este responde hiperventilando lo cual se refiere a respirar de forma rápida y superficial, respirar muy profundamente o tomar grandes bocanadas de aire, la acción de respirar por encima de las demandas naturales de nuestro organismo ocasiona una serie de cambios, los cuales nos permiten ajustar de nuevo nuestro sistema, sin embargo esta sobreactivación provoca ciertas sensaciones que las personas perciben como desagradables como: mareo, sensación de calor o frío, palpitaciones, temblores o sensaciones de ahogo (García, Fusté y Bados, 2008)

El procedimiento de la respiración controlada puede contribuir a reducir la sobreactivación fisiológica y por tanto a hacerle frente a varios síntomas desagradables presentes en la ansiedad. El entrenamiento en respiración controlada forma parte de la terapia conductual y permite al individuo relajarse cuando se encuentra en situaciones ansiosas o estresantes. En este proceso se entrena al paciente para hacerse consciente de su respiración y controlarla para sustituirla por una respiración diafragmática más lenta de aproximadamente 8 a 12 inhalaciones por minuto, el ritmo más lento y profundo desencadena una sensación de mayor relajación, reduciendo el estado ansioso. Esta técnica puede dar una impresión limitada a los individuos de control sobre su estado emocional. (García et al, 2008)

### Capítulo III Depresión

La depresión es una de las principales causas de incapacidad a nivel global, genera un alto grado de discapacidad que incide directamente en la salud pública, en México la depresión es la primera causa de años de vida ligados a una discapacidad y es la quinta de pérdida de años de vida (Secretaría de Gobernación, 2015). Los trastornos depresivos representan trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, los anteriores comparten la presencia de síntomas anímicos como; tristeza, sentirse vacío o irritable, junto con manifestaciones somáticas y cognitivas que incurren en la posibilidad de discapacidad del individuo. La depresión coexiste de forma frecuente con la ansiedad (Gil, Haro, Hernández y Quiñones, 2019).

La depresión es un trastorno mental frecuente y en su mayoría de tipo crónico que requiere un tratamiento a largo plazo. La prevalencia de este trastorno en la población mundial es de aproximadamente un 8% a 12% y se prevé que para el año 2030 se posicionará como la primer causa de discapacidad en la población adulta (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

Desde el punto de vista clínico la depresión se puede comprender como un trastorno de personalidad de carácter afectivo, comportamental y cognitivo. Desde la perspectiva conductual la depresión se define como una consecuencia de falta de refuerzo o falta de reciprocidad entre la conducta y un refuerzo. La teoría cognitiva la entiende como el resultado de una serie de pensamientos inadecuados, que distorsionan la realidad del individuo de manera negativa. Se puede llegar al diagnóstico de depresión con la identificación de un conjunto de sintomatología, relacionando ésta con la duración y la disfuncionalidad en

diversos ámbitos como el laboral, académico, social y familiar que ocasiona en el individuo que presenta los síntomas.

La depresión se define como un estado complejo que cursa con diferentes grados de severidad, manifiesta progresividad variable y se presenta con diversos síntomas que se caracterizan por alta reactividad a circunstancias de la vida del individuo (Mercan, Ramos, Riquero y Gorotiza, 2019).

### **3.1 Etiopatogenia de la depresión**

Existen diferentes teorías acerca de la etiopatogenia bioquímica de la depresión, de las cuales la más aceptada es la que vincula las bajas concentraciones de serotonina con un decaimiento en el procesamiento emocional lo que conduce a deducir la existencia de una influencia sobre los niveles de ésta con la depresión y que además esclarece el panorama para el tratamiento farmacológico de este trastorno (Cowen y Browning, 2015).

Por otro lado tomando en cuenta los factores ambientales que propician el desarrollo de la depresión, se ha encontrado una estrecha relación entre sucesos vitales agudos y el inicio de un episodio depresivo más que con los sucesos crónicos y antiguos, además se ha evidenciado que las experiencias desfavorables causales de estrés durante la infancia como situaciones emocionales, físicas o sexuales aumentan significativamente el riesgo de padecer depresión en la adultez y en la tercera edad (McGuffin y Rivera, 2015).

Adicionalmente se encontró que existe un componente genético en la depresión que se ha establecido mediante estudios con familias, estas investigaciones mostraron que los familiares en primer grado de personas con depresión tienen tres veces un riesgo mayor de padecer depresión que los que no tienen un familiar con este antecedente (McGuffin y Rivera,

2015).

La presencia persistente de los síntomas anteriormente descritos, puede desencadenar en el desarrollo de trastornos depresivos que son clasificados en el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, así como en el DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Dentro del marco referencial del DSM-V, se puede reconocer a la depresión por una serie de síntomas característicos, sin embargo no todas las personas que cursan con este cuadro presentan todos los síntomas, algunos sólo manifiestan algunos. La duración y la gravedad de estos varían de un individuo a otro. El objetivo de delimitar detalladamente la sintomatología de la depresión es útil para considerar que no toda tristeza o variación del estado de ánimo es anormal, sino que estas variaciones del estado de ánimo constituyen modalidades propias de lo cotidiano. Con ello se concluye que la depresión no se trata de episodios de tristeza, sino de un conjunto de síntomas que conforman un trastorno mental que interfiere con la funcionalidad del individuo y necesita de un tratamiento (Korman y Sarudiansky, 2011).

### **3.2 Trastornos del Estado de Ánimo**

Para definir más a fondo los trastornos depresivos es indispensable diferenciar la sintomatología de cada uno de acuerdo al DSM-V (2013).

**Tabla 2 Clasificación de los Trastornos del Estado de Ánimo**

<b>Trastornos del Estado de Ánimo</b>	<b>CIE-11</b>	<b>DSM-V</b>
Trastorno De Desregulación Destructiva Del Estado De Ánimo	No Aplica	Dentro de la sintomatología del trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo se presentan accesos graves y recurrentes de cólera que se producen verbalmente y/o con conductas de agresión física a personas u objetos, la intensidad y duración de estos accesos son desproporcionados ante las situaciones y/o provocaciones.
Trastorno Depresivo Mayor	No Aplica	El trastorno depresivo mayor es el que se manifiesta con más frecuencia en la población en el cual el estado de ánimo se ve deprimido durante la mayor parte del día y casi todos los días, los síntomas anímicos incluyen: sentirse triste o vacío y sin esperanza, estas manifestaciones pueden ser observadas por personas que rodean a la persona que los está presentando.
Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)	El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente (es decir, que dura dos años o más), durante la mayor parte del día, durante más días que no.	El trastorno distímico agrupa síntomas similares al trastorno depresivo mayor; estado de ánimo deprimido, poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnía, poca energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse y tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.
Trastorno Disfórico	Durante la mayoría de los ciclos menstruales del	Se presenta una alteración persistente e importante del



Premenstrual	<p>último año, se observa un patrón de síntomas del estado de ánimo (estado de ánimo deprimido, irritabilidad), síntomas somáticos (letargo, dolor en las articulaciones, comer en exceso) o síntomas cognitivos (dificultades de concentración, olvido) que comienzan varios días antes del inicio de la menstruación, comienzan a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y luego se vuelven mínimos o ausentes dentro de aproximadamente 1 semana después del inicio de la menstruación.</p>	<p>estado de ánimo que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, pérdida del interés o placer por realizar actividades que antes se disfrutaban, insomnio o hipersomnia, fatiga, alteraciones en el apetito y el peso.</p>
Trastorno Depresivo Debido A Otra Afección Médica	No Aplica	<p>Se distingue por presentar síntomas similares al trastorno depresivo mayor como desinterés o pérdida del placer al realizar actividades, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, falta de energía o fatiga , cambios en el apetito, aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, se distingue la presencia de los síntomas asociados a otro cuadro clínico</p>
Trastorno Depresivo Recurrente	<p>El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de</p>	No Aplica

---

ánimo	
Trastorno Depresivo, Episodio Único	El trastorno depresivo de episodio único se caracteriza por la presencia o antecedentes de un episodio depresivo cuando no hay antecedentes de episodios depresivos previos.
Otro Trastorno Depresivo No Especificado	Dentro de esta categoría se presentan síntomas característicos del trastorno depresivo mayor, que afectan de manera significativo la funcionalidad de la persona que lo padece, sin embargo no cumple con todos los criterios se ninguno de los trastornos especificados con anterioridad

---

(American Psychiatric Association, 2013), (Organización Mundial de la Salud, 2019).

### **3.3 Modelos psicoterapéuticos para el abordaje de la depresión**

Existen diferentes modelos y enfoques psicoterapéuticos para el abordaje de la depresión, a continuación se describe a cada uno.

#### ***3.3.1 Psicoanálisis***

El enfoque psicoanalítico ha cobrado relevancia en países como Argentina para abordar los trastornos más prevalentes en la población como la ansiedad y la depresión. Las conceptualizaciones psicoanalíticas acerca de la depresión llevan a cabo tratamientos que se enfatizan en los aspectos etiológicos de la enfermedad. Los modelos psicodinámicos se encuentran constituidos fundamentalmente por hipótesis causales de la depresión (Korman y Sarudiansky, 2011). Freud y Abraham son los primeros en crear un modelo psicológico para entender y explicar los fenómenos melancólicos, que actualmente son llamados “depresivos”. Una de sus primeras hipótesis sobre la depresión se basa en la psicogénesis de la sexualidad y el autoerotismo (Muñoz, 2009).

Freud en sus primeros manuscritos que describen los estados melancólicos brinda importancia a los estados anímicos o afectos depresivos, que según su planteamiento pueden ser causa de diferentes enfermedades del sistema nervioso como de otros sistemas. (Freud, 1890). Estos estados se atribuyen en la teoría Freudiana a una “tensión sexual física” propia de la neurosis de angustia.

La teoría psicoanalítica muestra ciertas limitaciones para el tratamiento de la depresión, pues se trata de una intervención prolongada y costosa para los pacientes, los cuales manifiestan una urgencia por la mejoría. Hay estudios que reportan una reducción importante de síntomas depresivos al cabo de 12, 16 o 27 meses, sin embargo muchos pacientes no cuentan con el tiempo y los recursos financieros para invertir en un proceso como este (Below, Webart y Rehnberg, 2009).

### ***3.3.2 Terapia Interpersonal***

La Terapia Interpersonal se desarrolla en la década de los 70 por Klerman y algunos colegas suyos (De Mello, Mari, Bacaltchuk, Verdeli y Neugebauer, 2005). Este modelo apunta a la búsqueda de aliviar los síntomas y las disfunciones sociales, en lugar de concentrarse en los aspectos de la personalidad que subyacen al trastorno. Se promueve para tratar casos de depresión, el tratamiento consiste en revisar las relaciones interpersonales actuales de un individuo. Se delinean tres fases del tratamiento: la primera se enfoca en la evaluación de los síntomas y aspectos relacionales, para la segunda se desarrollan estrategias para resolver los problemas interpersonales y en la tercera se realiza el reconocimiento y consolidación de los logros obtenidos durante el proceso terapéutico (De Mello et al, 2005). Se propone desde la Terapia Interpersonal que la depresión resulta de la evocación de un self inseguro, mientras que las relaciones interpersonales son producto y no base de esta dinámica (Greenberg y Watson, 2008)

### ***3.3.3 Terapias Humanistas***

Las terapias humanistas también han tenido su relevancia en el tratamiento de la depresión, cabe señalar que Carl Rogers fue el pionero en realizar investigaciones sobre los procesos terapéuticos humanistas y la depresión (Cain y Seeman, 2008). Se ha demostrado que el trabajo humanista con clientes con depresión tiene resultados favorables, los aspectos de la intervención humanista que están fuertemente relacionados con la efectividad de este enfoque son: la cantidad de dirección por parte del terapeuta en cuando al proceso, la capacidad de experimentación profunda del cliente, el involucramiento del cliente en la terapia, las actitudes positivas hacia el proceso terapéutico y la capacidad de expresión del cliente. Una de las características que se incorporan en la terapia humanista es el Focusing que se basa en la experiencia presente de las sensaciones corporales frente a un evento. Para lograr resultados en la psicoterapia humanista se incorporan técnicas como el Focusing y la Silla Vacía, estos permiten al cliente dar cuenta de sus sensaciones corporales ligados al proceso depresivo (Podvin, 2011).

### **3.4 Modelo Cognitivo de la Depresión**

El modelo cognitivo de la depresión emerge de la interacción entre la realización de investigaciones experimentales y la práctica clínica. El modelo cognitivo de la depresión engloba tres conceptos para esclarecer la base psicológica de la depresión: La tríada cognitiva, Los esquemas y los errores cognitivos.

### ***3.4.1 Tríada Cognitiva.***

Se fundamenta en tres patrones cognitivos que incitan al paciente a valorarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de forma idiosincrática. La visión negativa de sí mismo es el primer componente dentro de esta tríada, el individuo se percibe como torpe, enfermo, desgraciado y poco valioso. Atribuye sus experiencias negativas a un error o defecto de él mismo, el individuo tiende a desvalorizarse debido a su creencia en estos defectos y cree firmemente en que carece de los elementos indispensables para lograr ser feliz. La tendencia a interpretar las experiencias de forma negativa es el segundo componente de la tríada, el individuo considera que el mundo le demanda metas inalcanzables y exageradas en comparación con sus capacidades, y por lo tanto cree imposible alcanzar cualquier objetivo. Se relaciona todo el tiempo con estos objetivos a manera de derrota o frustración. La visión negativa acerca del futuro es el último componente de la tríada, el individuo califica sus dificultades como perpetuas en el tiempo y por lo tanto cree que nunca cambiarán sus posibilidades para lograr algún objetivo, por lo que siempre mantiene una visión negativa del futuro con expectativas permanentes de fracaso.

### ***3.4.2 Organización estructural del pensamiento depresivo***

Otro de los componentes fundamentales del modelo cognitivo de la depresión es el que contempla los esquemas, el concepto de esquema se utiliza para explicar por qué continúa

presentando actitudes que le causan sufrimiento y resultan desfavorables, que incluso van en contra de toda evidencia objetiva de aspectos positivos en la vida del paciente.

Las situaciones están compuestas por una amplia gama de estímulos, con los cuales el individuo atiende de forma selectiva a algunos en específico, los mezcla y conceptualiza a partir de ellos una situación determinada. Las personas conceptualizan de formas diferentes la misma situación.

El término esquema se utiliza para describir ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen una base de la regularidad de las interpretaciones que hace el individuo acerca de determinadas situaciones.

Los estados psicopatológicos como la depresión presentan conceptualizaciones distorsionadas en los pacientes, de manera que se ajustan a esquemas inadecuados predominantes, a través de esquemas idiosincráticos que se activan en determinadas situaciones, se evocan aunque mantengan una escasa relación lógica con las evidencias de las situaciones. El individuo depresivo carece de control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de evocar esquemas adecuados para hacer frente a las situaciones que se le presentan.

Los cuadros depresivos leves permiten al paciente contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, sin embargo a medida que la depresión se agudiza sus pensamientos se encuentran dominados por ideas negativas, que aunque no guardan relación lógica con las situaciones reales se interpretan de forma negativa. El paciente con estados depresivos graves puede verse tan absorto en la dinámica negativa de sus pensamientos que

incluso cambios favorables en su entorno inmediato son difíciles de percibir para él (Beck, 1983).

### ***3.4.3 Errores en el procesamiento de la información***

- Los errores sistemáticos observables en los pacientes con depresión se manifiestan en el hecho de que el paciente se basa en la validez de sus conceptualizaciones negativas a pesar de las evidencias contrarias.
- Los errores en el procesamiento de la información son:
- Interferencia arbitraria: alude al proceso de anticipar una conclusión en ausencia de evidencias que la apoyen o cuando existe una evidencia contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva: se refiere a centrarse en determinadas características extraídas de contexto, pasando por alto otras características más relevantes de la situación y conceptualizar la situación basándose únicamente en ese fragmento.
- Generalización excesiva: consiste en elaborar una regla general o una conclusión constante a partir de uno o varios hechos aislados y de emplear el concepto a situaciones relacionadas y situaciones que no tienen una conexión con esa regla o conclusión.
- Maximización y minimización: se refiere a los errores en la significación de la magnitud de una situación.
- Personalización: apunta a la tendencia del paciente para atribuir a sí mismo fenómenos externos cuando no existe evidencia que permita establecer una conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: hace referencia a la tendencia de clasificar las experiencias según una o varias categorías opuestas, como ejemplo: impecable o sucio,



santo o pecador. Se utilizan para describirse a sí mismo con categorías en extremo negativas (Beck, 1983).

La teoría de terapia cognitiva para la depresión proviene del planteamiento de que el fundamento de los cuadros depresivos son un conjunto de conceptualizaciones negativas, por lo tanto se pretende una neutralización y corrección de los esquemas con el propósito de aliviar la sintomatología depresiva.

El terapeuta cognitivo y el paciente trabajan juntos para identificar las distorsiones cognitivas que se derivan de creencias inadecuadas. Se emplean el análisis lógico y la comprobación empírica para corregir estos errores de procesamiento de información en los pacientes depresivos. Lo anterior se logra gracias a la asignación de tareas concretas, con las que el paciente puede aprender a incorporar su pensamiento con la realidad y afrontar las situaciones que anteriormente consideraba irremediables (Beck, 1983).

El modelo cognitivo permite el desarrollo de técnicas terapéuticas muy específicas para el tratamiento de pacientes depresivos. Se ha demostrado empíricamente la eficacia de la terapia cognitiva a través de múltiples estudios científicos, además de la prevención de recaídas en pacientes con depresión (Rush y Beck, 1978).

La terapia cognitiva representa un procedimiento activo, estructurado, directivo y de tiempo limitado que se emplea para el tratamiento de diferentes alteraciones psiquiátricas (ansiedad, depresión, fobias, etc) que se basa en el supuesto teórico de que el modo en que

estructura el mundo un individuo se relaciona directamente con su conducta y los efectos de ésta y las cogniciones se desarrollan de acuerdo a sus experiencias previas (Beck, 1983).

Las técnicas terapéuticas específicas en la terapia cognitiva para la depresión se sitúan a partir del modelo cognitivo de la psicopatología. Estas técnicas van encaminadas a identificar y transformar las conceptualizaciones distorsionadas y falsas creencias (esquemas) que emergen de las cogniciones.

El paciente tiene la capacidad de aprender a resolver conflictos y situaciones que previamente consideraba infranqueables, y lo puede lograr a través de la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El psicoterapeuta cognitivo está facultado para auxiliar al paciente para que sus pensamientos y conductas se acerquen más a la realidad y se basen en evidencias objetivas, lo que logra establecer una relación adaptativa con sus problemas psicológicos reduciendo o suprimiendo sus síntomas.

La terapia cognitiva de la depresión se apoya en una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, las cuales tienen como principal objetivo delimitar y poner a prueba los supuestos desadaptativos y falsas creencias del paciente. El método utilizado consiste en experiencias de aprendizaje muy específicas que se dirigen a enseñar al paciente a 1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) sustituir cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck 1983).

En un principio el paciente recibe una explicación del propósito y técnicas de la terapia cognitiva, así como la psicoeducación dirigida al conocimiento de su trastorno o sintomatología depresiva. En seguida se utilizan técnicas específicas como el Diario de Pensamientos Distorsionados, a partir de éste el paciente tiene la oportunidad de aprender a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos y es posible para el terapeuta discutir y examinar desde el punto de vista de la lógica; la validez, el valor adaptativo e incremento de la actitud positiva contra el mantenimiento de la patología.

La psicoeducación en la depresión ha demostrado ser eficaz sobre todo en la prevención de recaídas depresivas, contribuyendo a una mejor evolución de los individuos que la toman, lo que repercute en una reducción de los gastos sanitarios de este trastorno mental (Aragonés, Cardoner, Colom y López, 2013).

La psicoeducación para individuos con depresión buscar fomentar la adaptación del paciente hacia su trastorno, mediante sencillas técnicas conductuales y tareas que se adaptan a su padecimiento, lo anterior para colaborar en su recuperación centrándose en el conocimiento de la enfermedad, desmintiendo así creencias erróneas sobre el padecimiento que perjudican la percepción de los pacientes sobre sí mismos. Por lo tanto se establece una comunicación estrecha con el individuo con depresión que ayude tanto al paciente como al profesional a mejorar las condiciones de tratamiento (Aragonés, Cardoner, Colom y López, 2013).

La terapia se centra en “síntomas objetivo”, lo que significa focalizarse en algún síntoma en específico, el terapeuta identifica las cogniciones base de dichos síntomas y los somete a una investigación lógica y empírica. Uno de los componentes más eficaz de este modelo es que la psicoterapia sirve de aprendizaje para el paciente, y se logra que éste incorpore muchas de las técnicas empleadas por el terapeuta, el paciente se descubre

asumiendo de forma espontánea el rol de terapeuta y cuestiona a sí mismo sus conclusiones o predicciones (Beck, 1983).

Los cuestionamientos que el paciente realiza a sí mismo son los que desempeñan un papel fundamental en la generalización de las técnicas cognitivas en las situaciones externas, sin estos cuestionamientos el paciente depresivo se ve invadido de los patrones automáticos estereotipados.

Las técnicas conductuales para pacientes con depresión se utilizan en los casos más graves de esta patología y consisten no sólo en la intención de la modificación de la conducta sino también en detectar cogniciones asociadas a conductas muy específicas. Algunos de los materiales que se emplean es el Cuestionario de Actividades Semanales, en el que paciente registra sus actividades cada hora, el Cuestionario de Dominio y Agrado donde evalúa las actividades enlistadas en el cuestionario anterior y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente realiza una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que el considera difícil o imposible. Estas técnicas están diseñadas para auxiliar al paciente a poner a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativas (Beck, 1983).

## **Capítulo IV Terapia cognitivo-conductual basada en internet (Internet Based cognitive Behavioral Therapy).**

Las herramientas tecnológicas han cobrado una notable relevancia en la vida cotidiana, en aspectos como la comunicación, vida laboral, entretenimiento y relaciones, en general han sido aceptadas y asimiladas sin dificultad por la población en general lo que ha permitido su acelerado desarrollo. El campo científico no se ha quedado atrás incorporando estos instrumentos en teorías y aplicaciones y la psicología no ha sido la excepción (Bornas, Rodrigo, Barceló y Toledo, 2002). La integración de nuevas tecnologías en el campo de la salud se remonta a la década de 1960 (Schopp, Demiris y Gluekauf, 2006).

Debido a lo anterior han emergido formas innovadoras para la atención a la salud mental, lo cual tiene como objetivo ampliar la oferta de servicios para la población y entre ellos se encuentra la viabilidad de llevar a cabo las intervenciones terapéuticas a través de la tecnología, específicamente mediante el uso de las alternativas que ofrece la conectividad a internet (Plata, et al.,2014).

La aplicación de estos recursos electrónicos ha marcado la diferencia en entornos donde la accesibilidad a la psicoterapia es complicada, ejemplo de ello es la investigación realizada por Schopp, Demiris y Gluekauff (2006) donde se suministró atención psicológica en contextos rurales a través del empleo de dispositivos inteligentes.

En la población mexicana alrededor de un 28.6% de la población ha presentado alguna vez en su vida un trastorno mental y únicamente una de cada diez han conseguido ser

atendidos por un profesional de la salud mental (Plata, López, Baca y de la Rosa Gómez, 2014).

Por lo tanto se enmarca la importancia de incorporar nuevas tecnologías a la atención psicoterapéutica con el fin de brindar alternativas económicas y de fácil acceso para las personas que padezcan algún trastorno mental en México.

Ejemplo de la relevancia de la utilización de alternativas tecnológicas en salud mental es el adelanto en investigaciones para la mejora del servicio de psicoterapia en sistemas de salud como el británico ha brindado la oportunidad de la incorporación de dos programas computacionales como tratamiento para la depresión y la ansiedad en este país, lo que puede sorprender a quienes aún se muestran incrédulos ante la utilización de estos recursos tecnológicos (Vallejo y Jordán, 2007).

La inclusión de alternativas tecnológicas al campo de la psicología implica desde la publicidad online que cuelgan los terapeutas para captar pacientes hasta los tratamientos en la web como nueva forma de intervención psicoterapéutica (Andersson, Carlbring, Holmström, Sparthan, Furmark, Nilsson-Ihrfelt y Ekselius, 2006). Actualmente existe evidencia que respalda la eficacia de los tratamientos en línea que en general dan mejores resultados que la ausencia de estos (Andersson y Cuijipers, 2009). La baja utilización del internet como herramienta clínica no parece estar fundamentada en pruebas empíricas de su poco funcionamiento, al contrario la evidencia científica de eficacia que se tiene de las psicoterapias cognitivo conductuales en línea da como resultado la aceptación del uso de estas alternativas psicoterapéuticas ( Soto, Franco, Monardes y Jiménez, 2010).

Actualmente se encuentran en desarrollo múltiples programas para el abordaje de la depresión que incorporan el internet y que reducen las limitaciones de la psicoterapia presencial (Ferro, 2016).

#### **4.1 Clasificación de las psicoterapias en línea**

Las psicoterapias en línea se pueden definir como una forma de ofrecer el servicio terapéutico para resolver cuestiones relacionales y de la vida usando como medio de comunicación el internet (Giménez, Álvarez, Saúl, Bermudo, Cabanillas, Casado y Ramírez, 2007) que se caracteriza por la comunicación sin contacto directo, aunque existe una gran capacidad de interactuar y retroalimentar al paciente (Andersson, 2009).

Existen diferentes formas de nombrar a las terapias basadas en internet, se les denomina e-terapia, cyber-terapia, terapia virtual, terapia online, consejoweb, tele-salud, tele-psiquiatría, consejería a distancia o e-terapia conductual, estas definiciones ponen de manifiesto su variabilidad, pues cada una de ellas colabora con pequeñas variaciones (Soto, et al., 2009)

Las ciberterapias pueden ser catalogadas en diferentes modalidades que van desde la intervención vía correo electrónico, hasta la utilización de videoconferencia en la cual se puede simular la interacción que se da en la psicoterapia presencial (De las Cuevas, Arredondo, Cabrera, Sulzenbacher y Meise, 2006).

Dentro de ellas se destaca la psicoterapia cognitivo conductual en línea; la forma de tratamiento cognitivo conductual en línea no supone ninguna dificultad para llevar a cabo las intervenciones y además facilita un acercamiento de un servicio clínico a poblaciones sin fácil

acceso a una intervención psicoterapéutica, ya que se emplean las mismas técnicas que en la modalidad presencial, el único aspecto modificado es la vía (Barak, 2008) además de confirmarse la eficacia de tratamientos a través de internet en pacientes con depresión, similares a los que se obtienen en intervenciones cara a cara con un alto contacto entre psicoterapeuta y paciente (Titov, 2011).

Asimismo la efectividad de los resultados de la psicoterapia cognitivo conductual vía internet en el contexto social y cultural mexicano se basa en los resultados obtenidos en investigaciones como la realizada en pacientes con depresión en la cual se obtuvieron resultados satisfactorios y equiparables a la psicoterapia presencial (Plata, et al., 2014).

#### **4.2 Ventajas y desventajas de la psicoterapia en línea**

La atención en línea provee opciones al terapeuta como guardar sus sesiones para el posterior análisis, reforzar la realización de tareas mediante el monitoreo entre sesiones vía correo electrónico o mensaje de texto y disponer de una página web para consulta con información psicoeducativa (Soto, Franco, Monardes y Jiménez, 2010).

Respecto a la comparación entre la alianza de trabajo terapeuta-paciente en modalidad presencial y modalidad en línea no se encontraron diferencias significativas (Knaevelsrud y Maercker, 2007).

Las especulaciones sobre las limitantes de la psicoterapia online incluyen el hecho de que sólo las personas con previo conocimiento del uso de la tecnología y el manejo de las herramientas como computadoras o teléfonos inteligentes pueden tener resultados satisfactorios, sin embargo las recientes investigaciones demuestran que este hecho no



correlaciona con los resultados de la intervención psicológica (Kenardy, McCaffety y Rosa, 2003) por lo que podría ser un aspecto que se sume a la lista de ventajas de la aplicación de la tecnología en la psicoterapia en línea.

Se ha planteado que la psicoterapia en línea podría restringir el contacto interpersonal terapeuta-paciente sin embargo existen evidencias de que puede tener el efecto contrario, pues personas que se sienten estigmatizadas, que prefieren guardar el anonimato y buscan la mayor confidencialidad posible, buscan tratamientos de esta clase (Berger, Wagner y Baker, 2018)

**Tabla 3. Ventajas y desventajas de las psicoterapias en línea**

Psicoterapias en	Ventajas	Desventajas
línea	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reducción en los costos</li> <li>● Acceso a grupos aislados y/o estigmatizados</li> <li>● Prevención de recaídas y facilidad de seguimiento debido al monitoreo constante</li> <li>● Control de la intervención por parte del paciente</li> <li>● Potencialización de la información recibida por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desconocimiento de la intervención por ser un método novedoso.</li> <li>● Dudas y prejuicios respecto a sus resultados</li> <li>● Se requiere de formación necesaria por parte de los profesionales</li> <li>● Adaptación a la distancia física</li> </ul>

- 
- |  |  |
|--|--|
| <p>los pacientes de parte de los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajo por etapas</li> <li>● Tratamientos intensivos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fallas en las herramientas de incorporación tecnológica (computadoras, internet, micrófonos, cámaras).</li> </ul> |
|--|--|
- 

Ventajas y Desventajas de las ciberterapias (Soto, et al., 2010).

### **4.3 Perfil del ciber-terapeuta**

Lo que requiere un perfil de un psicoterapeuta o ciberterapeuta son conocimientos sobre informática, diseño web y tecnología que le permita facilitar al cliente el manejo de las herramientas para la psicoterapia en internet, así como el dominio de aplicaciones clínicas, aspectos éticos y legalidad, además de experiencia previa en ciberterapias (Gómez, 2008).

### **4.4 Aspectos éticos de las terapias online**

Dentro del manejo ético de las ciberterapias es importante proveer al paciente un consentimiento informado que contenga la información necesaria sobre las tecnologías utilizadas en el tratamiento, las cuestiones legales, éticas, costos, y planificación de la intervención (Carl y Andersson, 2006).

La entrega del consentimiento informado debe darse durante las primeras etapas del tratamiento, éste constituye un elemento fundamental en la práctica y aplicación de servicios

de salud mental y es particularmente importante en las intervenciones en línea para esclarecer todos los elementos del tratamiento (Maheu, 2003).

Es esencial que en el consentimiento informado se especifiquen las limitantes del tratamiento como las posibles inconvenientes de la utilización de herramientas tecnológica, riesgos y la preparación del terapeuta (Gómez, 2008).

De igual modo los servicios prestados deben ser de calidad y ser actualizados constantemente, en los que se priorice la privacidad y se asegure la profesionalidad (Maheu, 2003).

## Capítulo V Planteamiento del Problema

La ansiedad y depresión son trastornos mentales que afectan cada vez con mayor frecuencia a la población mundial, se calcula que la depresión ha aumentado un 18% a nivel mundial del 2005 al 2015, en el caso de la ansiedad ésta afecta a más de 260 millones de personas alrededor del mundo, en términos económicos los trastornos de mentales causan pérdidas de aproximadamente 193 millones de dólares al año y simbolizan un problema real de la sociedad contemporánea (OMS, 2017). Debido a su manifestación y sintomatología representan un gran reto para la investigación y la intervención clínica.

En la población mexicana se calcula que el 28.6% presentó en alguna ocasión algún trastorno mental, tomando en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), los que se presentan con mayor frecuencia son los trastornos de ansiedad con 14.3%, sucesivo los trastornos por abuso de sustancias con un 9.2% y los trastornos afectivos en los cuales se incluye la depresión con un 9.2% (Belló, Medina y Lozano, 2005).

La presencia de sintomatología ansiosa puede derivar en Trastornos de Ansiedad (TA) que causan en quienes lo padecen discapacidad y mal adaptación al entorno, afectando en consecuencia diferentes esferas de la vida como en los ámbitos: laboral, social, familiar, académico, y de pareja. Hablando de depresión, este trastorno se suele caracterizar por un conjunto de síntomas igual de incapacitantes que en el caso de la ansiedad como; tristeza, desánimo, pensamientos negativos de sí, del mundo y el futuro, baja autoestima, síntomas relativos al apetito, a los patrones de sueño, falta de energía y síntomas conductuales como retirarse de actividades sociales, lentitud del lenguaje y del movimiento así como actitud desganada. La persistencia de los síntomas anteriores podría incluso derivar en el peor de los escenarios en el suicidio de la persona que los padece.

La importancia de estudiar y ofrecer un tratamiento eficaz para las personas que lo padecen radica en que la mayoría de individuos transitan por diversos diagnósticos errados debido a la similitud de la sintomatología ansiosa y depresiva con enfermedades crónicas, endócrinas y metabólicas. Debido a la gravedad de la presencia de ansiedad y depresión, junto a su comorbilidad, el abuso de sustancias y la probable combinación fatal de éstos, se pueden derivar altos índices de suicidio, por lo tanto es de vital importancia que se atienda de forma oportuna y funcional a través de un tratamiento psicológico (Beck, 2013).

El tratamiento que cuenta con mayor evidencia científica de eficacia para la atención de ansiedad y depresión es la terapia cognitivo-conductual que ofrece al paciente estrategias aptas para reestructurar la cognición y por lo tanto deshacer el programa de ansiedad y depresión como lo menciona Beck en su modelo de cognitivo de la ansiedad y depresión. (Beck 2013).

Existen diferentes modelos de abordaje para la ansiedad y depresión como la Psicoterapia Integrativa Multidimensional que parte desde diferentes enfoques y busca atender los síntomas desde diferentes dimensiones basada en el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987), además se puede mencionar a la Terapia de Aceptación y Compromiso la cual busca alterar la función de pensamientos, sensaciones y recuerdos a través de la regulación y flexibilidad del comportamiento. (Soriano y Salas, 2006). Asimismo el tratamiento de la ansiedad se puede plantear desde el modelo psicoanalítico el cual se centra en encontrar la raíz de los síntomas (Etchebarne, Gómez y Roussos 2011). Sin embargo el modelo que presenta lo más altos índices de éxito es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), una revisión sistemática realizada en 2011 mostró que la psicoterapia en la cual predomina la modificación de actividad neuronal asociada a los trastornos de ansiedad

medida a través de técnicas de neuroimagen es la TCC, en la cuál se obtuvieron cambios que se asemejan a la respuesta de personas sin trastornos, lo cual se puede interpretar como normalización de la actividad cerebral (Vázquez, Gómez y González-Blanch, 2010).

Tomando en cuenta que la psicoterapia cognitivo conductual es la que cuenta con mayor evidencia científica, también es importante destacar que el acceso a la psicoterapia frecuentemente se ve entorpecido debido a diferentes factores como lo son insuficiencia de recursos humanos capacitados, largas listas de espera en las instituciones públicas, circunstancias atribuibles al individuo como la estigmatización, alto costo de las terapias, y falta de tiempo (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004), la anterior una probable variable clave en la población objeto de estudio de la presente investigación, ya que los estudiantes de doctorado cuentan con poca disponibilidad de tiempo por las múltiples actividades que realizan.

Para hacer frente a los inconvenientes que engloba la viabilidad de acceder a una psicoterapia, se plantea la integración de opciones terapéuticas fundamentadas en el uso de recursos tecnológicos como la psicoterapia en línea, que posee diversas ventajas como la opción de acceder remotamente, la reducción de la inhibición en los pacientes, atención temprana, confidencialidad y anonimato, así como la reducción de recursos del paciente y terapeuta (Clarke, Kelleher, Hornbrook, Debar, Dickerson y Gullion, 2009).

En la presente investigación se aborda ésta problemática a través de una intervención cognitivo conductual en línea, basada en la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad y depresión de A. Beck ya que se puede deducir que el estrés y las demandas en el ámbito académico, añadido a las evaluaciones y el nivel de exigencia presentes en los programas de

doctorado del PNPC sumados a la probable coexistencia de un empleo adicional a las obligaciones con CONACyT podrían resultar significativamente en un probable detonante para la presencia de ansiedad y depresión o agravante de algún cuadro preexistente en los estudiantes de doctorado.

De acuerdo a lo anterior fue de suma importancia determinar si existen alumnos de doctorado que presenten síntomas de ansiedad y/o depresión y atenderlos de forma efectiva. El principal objetivo del presente estudio es conocer el nivel de eficacia de un modelo psicoterapéutico breve en línea basado en la Terapia Cognitiva de Beck para Trastornos de Ansiedad y Depresión en los estudiantes de doctorado de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos pertenecientes al PNPC de CONACyT y de esta manera aportar a los estudiantes opciones efectivas de tratamiento para la ansiedad y depresión, lo cual podría impactar directamente en su calidad de vida y los probables riesgos de deserción por causas atribuibles a los estudiantes, así como sentar un precedente para futuras intervenciones en poblaciones similares, específicamente en estudiantes de posgrado ya que previas investigaciones como la realizada en Bélgica en el año 2017 han determinado que los estudiantes doctorado presentan un alto riesgo de padecer algún trastorno mental principalmente ansiedad y depresión (Levecque, Anseel, De Beuckelaer, Van der Heyden y Gisle, 2017).

Cabe señalar que aunque existen investigaciones que abordan la deserción escolar en este contexto, no se han realizado las exploraciones pertinentes para indagar sobre posibles causas “personales” de la deserción, más allá de causas de abandono debido a la no obtención de una beca, o la elaboración de la tesis y el rol que juega el asesor dentro de la elaboración de la misma.

Un estudio realizado en la Universidad Pedagógica de Durango arrojó que el 95% de una muestra de alumnos de maestría manifestó haberse sentido estresado “algunas veces” pero con una intensidad “medianamente alta” en el que variables como el género, estado civil y sostenimiento institucional de la maestría que cursan, fungen como modulador del estrés. (Barraza, 2008).

Es entonces, cuando se enmarca la relevancia de ahondar en estudios que permitan identificar en nuestra población datos concretos sobre el abordaje de la ansiedad y la depresión para determinar ¿Cuál es el nivel de eficacia de un modelo psicoterapéutico breve en línea basado en el modelo cognitivo de Beck para Ansiedad y Depresión para disminuir síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes de doctorado inscritos en Programas adscritos al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) de CONACyT?

## **5.1 Objetivo General**

Evaluar el nivel de eficacia de un modelo psicoterapéutico breve en línea basado en la Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad y Depresión de Aaron T. Beck en estudiantes de doctorado con síntomas de ansiedad y depresión beneficiarios de una beca CONACyT para doctorado (inscritos en programas del Padrón Nacional de Posgrados de Calidad, becarios inscritos en programas fuera de México, becarios en instituciones privadas).



## **5.2 Objetivos específicos**

1. Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de doctorado beneficiarios de una beca CONACyT.
2. Aplicar un modelo psicoterapéutico breve basado en la Terapia Cognitiva de Beck para Trastornos de Ansiedad y Depresión
3. Evaluar la eficacia de la adaptación del modelo psicoterapéutico breve en línea basado en la Terapia Cognitiva de Beck para Trastornos de Ansiedad y Depresión

## **5.3 Hipótesis**

### ***5.3.1 Hipótesis de trabajo***

El modelo psicoterapéutico breve en línea basado en la Terapia Cognitiva de Beck para Trastornos de Ansiedad y Depresión tiene un alto nivel de eficacia en el tratamiento de la ansiedad y depresión presentada en estudiantes de doctorado inscritos en programas pertenecientes al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) de CONACyT.

### ***5.3.2 Hipótesis nula***

El modelo psicoterapéutico breve basado en línea en la Terapia Cognitiva de Beck para Trastornos de Ansiedad y Depresión tiene un bajo nivel de eficacia en el tratamiento de

la ansiedad y depresión presentada en estudiantes de doctorado inscritos en programas pertenecientes al PNPC de CONACyT.

#### **5.4 Justificación**

Los estudiantes de doctorado en México representaron menos del 1% de la población para el año 2015 según cifras de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Organizaciones para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2015). En su mayoría estos estudiantes se dedican a realizar investigación en diferentes disciplinas, sin embargo irónicamente en México existen pocas investigaciones que hayan aportado datos sobre el estado de la salud mental de esta población, alrededor del mundo son muy pocas los estudios que aborden esta problemática, la investigación con mayor relevancia para el presente estudio es una realizada en Bélgica. A pesar de la existencia de múltiples factores de riesgo para desarrollar algún trastorno mental en esta población, aún no se han determinado la prevalencia de trastornos mentales en la población mexicana de estudiantes de doctorado, ni las causas personales involucradas en el desarrollo de estos trastornos, aunque se podría presumir que éstas están asociadas a las diferentes demandas psicológicas que pueden presentar durante la realización de estudios de doctorado; como la elaboración de una tesis, el manejo de la relación con el tutor, exigencias de profesores y de organismos evaluadores como lo es en México el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), lo anterior exclusivamente respecto al ámbito académico. No obstante también se pueden relacionar causas atribuibles al individuo como las encontradas en la investigación realizada en Bélgica con 3659 estudiantes de doctorado en la cual los resultados mostraron que los principales factores asociados a la prevalencia de algún trastorno mental son: la

relación entre familia y trabajo, demandas laborales, el estilo de liderazgo del tutor, trabajo en equipo y la percepción de la carrera fuera del entorno académico (Levecque et al, 2017).

Los estudiantes pertenecientes al Padrón de Posgrados de Calidad de CONACyT, tienen que cumplir con diferentes estándares y evaluaciones a lo largo de toda su formación, lo que representa un nivel mayor de exigencia, de igual modo todos los factores anteriormente mencionados podrían resultar en probables detonantes para la presencia de ansiedad y/o depresión o agravantes de cuadros preexistentes. La presencia de algún trastorno mental como la ansiedad y depresión ocasiona en el individuo discapacidad, mal adaptación al entorno y una disminución significativa de la calidad de vida, lo que podría ocasionar en los estudiantes de doctorado que lo padezcan una incidencia negativa en los índices de eficiencia terminal que evalúa CONACyT en todos los programas que pertenecen al PNPC, y en el peor de los escenarios la deserción de los estudiantes.

De acuerdo a lo anterior en la presente investigación se pretende evaluar el nivel de eficacia de un modelo psicoterapéutico breve en línea basado en la Terapia Cognitiva de Beck para el abordaje de síntomas de ansiedad y depresión en los estudiantes de doctorado con presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión inscritos en programas pertenecientes al PNPC de CONACyT, para lograr la disminución de síntomas en ellos.

En la presente investigación se plantea hacer uso de los recursos tecnológicos como es la psicoterapia cognitivo conductual en línea ya que ha demostrado ser efectiva y producir efectos positivos en el tratamiento de trastornos mentales como la depresión (Hollon, DeRubeis, Shelton, Amsterdam, Salomon, O'Reardon y Gallop, 2005), así como el uso de modalidades terapéuticas que utilizan tecnologías como computadoras y uso de internet han

demostrado tener resultados exitosos en el tratamiento de ansiedad y fobias (Botella, Quero, Baños, Garcia, Bretón, Alcaniz y Fabregat, 2008), trastorno obsesivo compulsivo (Greist, Marks, Baer, Parki, Manzo, Mantle y Forman, 1998) y estrés postraumático (Lange, Schrieken, Van de Ven, Breweg, Emmelkamp, Van der Kolk y Reveurs, 2000).

La psicoterapia cognitivo conductual tradicional (presencial) y las opciones alternativas como la psicoterapia cognitivo conductual en línea ha demostrado tener resultados notablemente similares de éxito (Marks et al., 2007). La evidencia del nivel de eficacia del uso de recursos electrónicos en la psicoterapia cognitivo conductual respalda su aplicación y la cataloga como una alternativa segura y efectiva (Barak, Hen, Boniel y Shapira,2008).

En correspondencia con lo anterior en la presente investigación se empleará un modelo psicoterapéutico breve en línea basado en el modelo cognitivo de Beck para el tratamiento de la ansiedad y depresión en estudiantes de doctorado inscritos en Programas adscritos al Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) de CONACyT.

## Capítulo VI Método

### 6.1 Diseño de investigación

El diseño de la presente investigación es estudio de caso único con carácter de intervención terapéutica de enfoque cuantitativo y de corte transversal.

### 6.2 Participantes

Los participantes de la presente investigación fueron estudiantes de nivel doctorado inscritos en programas de doctorado beneficiados con una beca CONACyT. El mínimo de participantes será de 8 y máximo de catorce.

#### 6.2.1 Criterios de inclusión

Fase de diagnóstico de la población

- Estudiantes de doctorado beneficiados con una beca CONACyT de 1er a 8vo semestre

Fase de intervención

- Presentar un rango de puntuación de mínimo 11 en el Inventario de Ansiedad de Beck (Puntajes de ansiedad leve, moderada y grave).
- Presentar un rango de puntuación de más de 14 en el Inventario de Depresión de Beck

(Puntajes de depresión leve, moderada y grave).

- Contar con un equipo de cómputo, teléfono celular o tablet con acceso a internet.
- Contar con un espacio cómodo en el hogar para llevar a cabo las sesiones psicoterapéuticas.

### ***6.2.2 Criterios de Exclusión***

- Otro tratamiento psicoterapéutico simultáneo

Los participantes que presentaron las siguientes características fueron incluidos, sin embargo se excluyeron al momento de realizar el análisis estadístico por la probable contaminación de la muestra.

- Presencia y diagnóstico de trastornos mentales graves (Esquizofrenia, Trastornos psicóticos, Trastorno bipolar).
- Embarazo (Por semejanza de síntomas como mareos, dolores de cabeza, cambios en el estado de ánimo).

### 6.3 Operacionalización de las variables

**Tabla 4. Operacionalización de las variables de investigación**

<b>Variable</b>	<b>Operacionalización</b>	<b>Instrumentos</b>
Ansiedad	Sistema de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa cuando el individuo se anticipa a situaciones que interpreta como adversa, en su mayoría se perciben como sucesos incontrolables e impredecibles que pueden amenazar potencialmente la vida del individuo (Beck, 2013)	1.- Inventario de Ansiedad de Beck. (BAI) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)
Depresión	Representa trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, los anteriores comparten la presencia de síntomas anímicos como; tristeza, sentirse vacío o irritable, junto con manifestaciones somáticas y cognitivas que incurren en la posibilidad de discapacidad del individuo.(Gil, Haro, Hernández y Quiñones, 2019).	1.- Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

---

Distorsiones Cognitivas	Errores de procesamiento cognitivo derivados de esquemas cognitivos y creencias centrales, estos errores de procesamiento de la información desempeñan un papel importante en la formación de psicopatología (Beck,2013).	Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Luján.
-------------------------	---	---

---

## 6.4 Descripción de los instrumentos

### 6.4.1 Ansiedad

#### **Inventario de Ansiedad de Beck.**

Es un cuestionario de autoinforme que consta de 21 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas de ansiedad en una escala del cero al tres en grado ascendente, la validez del BAI es alta con un alpha de .92 y la fiabilidad de test-retest con intervalo de una semana es de .75. (Sanz, 2014: 564)

#### **Inventario de ansiedad Estado- Rasgo**

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es un instrumento que fue creado para evaluar la ansiedad en dos dimensiones; ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado



se refiere a un estado transitorio de ansiedad que fluctúa a lo largo de un periodo de tiempo y en situaciones determinadas. La ansiedad rasgo se refiere a un comportamiento del individuo que lo predispone a percibir un gran número de situaciones como amenazantes a pesar de no ser peligrosas, a lo cual responde con elevados niveles de ansiedad estado. Los individuos que presentan una ansiedad rasgo se caracterizan por mantener un estado de ansiedad estable que se prolonga a lo largo del tiempo. La versión validada para población de habla hispana cuenta con un alfa de Cronbach de .864 (Silva, Medina, Cruz y Alvarado, 2016)

#### ***6.4.2. Depresión***

##### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

Es una escala tipo likert que consta de 21 ítems, y se utiliza para detectar y evaluar la presencia y gravedad de la depresión, sus ítems no provienen de ninguna teoría concreta acerca de la depresión si no que describen los síntomas clínicos más frecuentemente presentes en la depresión. La versión adaptada para población mexicana presenta un Alfa de Cronbach de .80 lo que lo hace consistente (González, Rodríguez y Reyes-Lagunes, 2015).

### ***6.4.3 Distorsiones Cognitivas***

#### **Inventario de Pensamientos Automáticos**

Este instrumento consiste en una escala autoaplicable que contiene 45 ítems que miden la frecuencia de pensamientos automáticos negativos y 15 tipo de distorsiones cognitivas (Moyano, Furlan y Piemontesi, 2011). Esta escala tiene un alfa de cronbach de 0.839 para la versión para población de habla hispana (Vásquez y Quiróz, 2018).

## **6.5 Procedimiento**

### ***6.5.1 Etapa 1***

#### **Captación de la muestra**

Se estableció una invitación en el grupo de facebook “Becarios CONACyT” a estudiantes de doctorado beneficiarios de una beca CONACyT del primer al octavo semestre mediante una convocatoria en una publicación en dicho grupo. Se les realizó una invitación a participar en el estudio, adjuntando un formulario en línea con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), consentimiento informado y datos de contacto, para solicitarles que en caso de tener la intención de participar, el primer paso es realizar el llenado de los formularios adjuntos que forman parte de la segunda evaluación de línea base.

#### ***Elección de participantes***

Se eligió a los 18 participantes con base en el puntaje que presentan en el

Inventario de Ansiedad de Beck y en el Inventario de Depresión de Beck, los participantes con una puntuación de tipo leve, moderada y grave son los candidatos para ser participantes en la intervención, a los que presentaron los criterios anteriores en cualquiera de los dos instrumentos (BAI y BDI) se les extendió una invitación para realizar una intervención para el tratamiento de sus síntomas (ansiedad y/o depresión) mediante un modelo psicoterapéutico breve, en total se considerará a un total de 18 participantes.

A cada uno de los 626 participantes se les hizo llegar por correo un breve informe de sus resultados, así como un apartado de recomendaciones para el seguimiento y atención de su sintomatología.

### ***6.5.2 Etapa 2 Intervención***

Para el inicio de la segunda fase se elaboraron informes para los 18 participantes con una invitación para participar en la fase de intervención y se les hizo llegar por correo electrónico. En la sección Anexos se encuentra un ejemplo de los informes de resultados enviados a los participantes.

A través del diagnóstico de la población se adaptó un programa de intervención para los estudiantes de doctorado. Tomando en cuenta sus principales necesidades se incorporaron técnicas específicas de psicoeducación en ansiedad y depresión, modelo cognitivo y entrenamiento en respiración, así mismo se incluyeron estrategias puntuales de reestructuración cognitiva como; método socrático, descubrimiento guiado, comprobación de hipótesis, comparación de predicciones, luchas contra la sobregeneralización entre otras, también se agregó una sesión de prevención de recaídas que permitirá al participante identificar sus síntomas iniciales, contar con estrategias de afrontamiento y saber cuándo

acudir a un profesional de la salud mental. Lo anterior deriva en un total de 8 sesiones de 60 minutos cada una. En la sección de Anexos se encuentra el programa completo de las sesiones.

### **Aspectos Éticos**

Para la primera fase de la investigación se incorporó un consentimiento informado explicando cada uno de los procedimientos que se seguirán durante su participación. Para la segunda fase de la investigación (intervención) se le envió por correo un segundo consentimiento informado con una explicación detallada de los procesos e implicaciones de la segunda fase, los participantes imprimieron y firmaron a puño y letra su consentimiento y lo reenviaron por medio de correo electrónico. En la sección de Anexos se encuentra un ejemplo ambos consentimientos.

Se guardará confidencialidad en todo momento respecto a los participantes mediante una recodificación de la información personal de cada uno, se resguardarán los resultados de las pruebas aplicadas y los diagnósticos. A esta información sólo tendrán acceso la alumna de maestría Abril Araceli Carrillo Garduño y el Comité Tutorial para fines de evaluación y análisis de la información o publicación.

De acuerdo a la Declaración Ética de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) se le dará prioridad a los derechos e intereses de las personas que participan en la investigación a su vez como se menciona en el código deontológico toda intervención se llevará a cabo con respeto a la persona y sus derechos humanos con sentido de responsabilidad, honestidad y sinceridad así como la prudencia debida en la aplicación de

instrumentos y técnicas que están basados en fundamentos científicos y objetivos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

## Capítulo VII Resultados

### 7.1 Resultados de la primera fase

Para la primera fase del presente estudio se obtuvieron datos de 626 estudiantes de doctorado a través de la aplicación de un formulario en la plataforma Google Forms. Los participantes estuvieron divididos de acuerdo al sexo en 67.3% de mujeres y 32.7% hombres (tabla 5).

**Tabla 5. Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Hombre	205	32.7	32.7	32.7
Mujer	421	67.3	67.3	100
Total	626	100	100	

La media de edad de los participantes fue de 31.5 años, de los cuales se distribuyeron en 48.1 % de 20 a 30 años, 48.4% de 30 a 40 años, 3% de 40 a 50 años y 0.5% de 50 a 60 años (tabla 6).

**Edad****Tabla 6. Rango de edad de los participantes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
20-30 Años	301	48.1	48.1	48.1
31-40 Años	303	48.4	48.4	96.5
41-50 Años	19	3.0	3.0	99.5
51-60 Años	3	.5	.5	100
Total	626	100	100	

**Semestre**

Del total de 626 participantes el 10.7% fueron de primer semestre, el 10.4% de segundo semestre, el 15.7% de tercer semestre, el 9.7% de cuarto se semestre, el 14.9% de quinto semestre, el 9.9% de sexto semestre, 9.4% de séptimo semestre, 11.7% de octavo semestre, 4.3% de noveno, 1.9% de décimo, 0.3% de onceavo, 0.6% de doceavo y 0.5% de treceavo. La media del semestre fue de 4.86 semestre (tabla 7)

**Tabla 7. Frecuencia de los semestres que cursan los participantes**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1	67	7.1	10.7	10.7
2	65	6.9	10.4	21.1
3	98	10.4	15.7	36.7
4	61	6.5	9.7	46.5
5	93	9.9	14.9	61.3
6	62	6.6	9.9	71.2
7	59	6.3	9.4	80.7
8	73	7.8	11.7	92.3
9	27	2.9	4.3	96.6
10	12	1.3	1.9	98.6
11	2	.2	.3	98.9
12	4	.4	.6	99.5
13	3	.3	.5	100.00
Total	626	626	100	



**Tabla 8. Media del semestre que cursan los participantes**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv.
Semestre	626	1	13	4.86	2.606
N Válido	626				

**Ansiedad**

Los resultados relacionados al estudio de las dos variables principales de esta investigación, arrojaron que existe una alta prevalencia de ansiedad en los estudiantes de doctorado. El 10.7% de ellos presentan un nivel mínimo de ansiedad, el 29.1% presenta niveles leves, el 40.4% nivel moderado y el 19.8% presenta un nivel severo de ansiedad. (Tabla 9)

**Tabla 9. Porcentajes de nivel de ansiedad de los participantes.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Mínima	67	10.7	10.7	10.7
Leve	182	29.1	29.1	39.8
Moderada	253	40.4	40.4	80.2
Severa	124	19.8	19.8	100.0

### ***Depresión***

Para la variable de depresión se encontraron resultados semejantes a la prevalencia de ansiedad y es que un 9.9% de los estudiantes de doctorado presenta un nivel severo de depresión, el 35.9% nivel moderado, 28.4% presentó un nivel leve de depresión y el 25.7% nivel mínimo de depresión (Tabla 10).

***Tabla 9 Porcentajes de nivel de depresión en los participantes***

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Mínima	161	25.7	25.7	25.7
Leve	178	28.4	28.4	54.2
Moderada	225	35.9	35.9	90.1
Severa	62	9.9	9.9	100.0
Total	626	100.0	100.0	

De los 626 estudiantes de doctorado que participaron, se encontró que la presencia de ansiedad se correlacionó significativamente con la presencia de depresión, así como el estar cursando el octavo semestre de doctorado tuvo una correlación significativa con la presencia de ansiedad, esto presumiblemente se puede asociar a que éste es regularmente el último semestre que cursan los doctorantes, en el que presentan sus avances finales de tesis y además es en este semestre en el que se decide si les otorga o no el grado de doctor, lo cual puede influir en un aumento de estrés lo que podría derivar en ansiedad. El ser estudiante mujer también tuvo una correlación significativa con la presencia de ansiedad, esto corresponde a la prevalencia en la población general en la que la ansiedad se manifiesta con mayor frecuencia en la población femenina (tabla 11).

**Tabla 10. Correlación Ansiedad, semestre 8 y sexo**

		Ansiedad	Depresión	Semestre 8	Sexo
Ansiedad	Correlación De Pearson	1	,605**	,094**	,087**
	Sig. Bilateral		,000	,018	,030
	N	626	626	626	626
Depresión	Correlación De Pearson	,605**	1	,067	,119**
	Sig. Bilateral	,000		,093	,003
	N	626	626	626	626

	N	626	626	626	626
Semestre 8	Correlación De Pearson	,094**	,067	1	,023
	Sig. Bilateral	,018	,093		,559
	N	626	626	626	626
Sexo	Correlación De Pearson	,087**	,119**	,023	1
	Sig. Bilateral	,030	,003	,559	
	N	626	626	626	626

### ***Cambio de residencia***

El haber cambiado de residencia para el estudio de un doctorado no implica una correlación significativa con la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión (Tabla 12)

**Tabla 11. Correlación Ansiedad, Depresión y Cambio de residencia.**

		Ansiedad	Depresión	Cambio De Residencia
Ansiedad	Correlación De Pearson	1	,605**	-,040
	Sig. Bilateral		,000	,315
	N	626	626	626
Depresión	Correlación De Pearson	,605**	1	-,060
	Sig. Bilateral	,000		,133
	N	626	626	626
Cambio De Residencia	Correlación De Pearson	-,040	-,060	1
	Sig. Bilateral	,315	,133	
	N	626	626	626

### *Actividad Laboral*

El encontrarse realizando una actividad laboral extra al estudio de un doctorado, correlacionó significativamente con la presencia de síntomas de depresión, lo anterior se puede derivar de una percepción de exceso de carga de trabajo por parte de los estudiantes (Tabla 13)

**Tabla 12. Correlación Ansiedad, Depresión y Actividad Laboral.**

		Ansiedad	Depresión	Actividad Laboral
Ansiedad	Correlación De Pearson	1	,605**	-,041
	Sig. Bilateral		,000	,307
	N	626	626	626
Depresión	Correlación De Pearson	,605**	1	,000
	Sig. Bilateral	,000		,996
	N	626	626	626
Actividad Laboral	Correlación De Pearson	-,041	-,000	1

---

Sig. Bilateral	,307	,996
----------------	------	------

---

El tener hijos no implicó una correlación con ninguna de las variables de presencia de síntomas de ansiedad y depresión (Tabla 14)

**Tabla 14. Correlación Ansiedad, Depresión e Hijos.**

		Ansiedad	Depresión	Hijos
Ansiedad	Correlación De Pearson	1	,605**	-,054
	Sig. Bilateral		,000	,175
	N	626	626	626
Depresión	Correlación De Pearson	,605**	1	,041
	Sig. Bilateral	,000		,306
	N	626	626	626
Hijos	Correlación De Pearson	,054	,041	1
	Sig. Bilateral	,175	,306	
	N	626	626	626

---

## Resultados Segunda Fase

Para la segunda fase del estudio se seleccionaron a 36 estudiantes que cumplieran con los criterios de inclusión para participar en la siguiente fase de 36 participantes invitados, respondieron el correo de invitación un total de 18 que cumplieran criterios para integrar 3 grupos (síntomatología severa, moderada y leve), en la Figura 1 se explica el proceso de permanencia de los participantes durante todo el proceso de intervención.

Para la sesión de entrevista participaron 5 estudiantes con síntomatología severa, 5 participantes con síntomatología moderada y 6 con síntomatología leve (los estudiantes que no continuaron, fue por motivo de disponibilidad de tiempo para las sesiones).

En la sesión de psicoeducación uno de los participantes del grupo de síntomatología moderada manifestó falta de tiempo para continuar con la intervención por lo que quedaron 4 participantes. (Especificar que la int se realizó en línea, pandemia).

Uno de los participantes del grupo de síntomatología severa, inició un tratamiento psiquiátrico por lo que ya no continuó con la intervención.

A partir de la segunda sesión de reestructuración cognitiva uno de los participantes pidió suspender la intervención y se reincorporó después de 1 mes por lo cual fue descartado.

En la sexta sesión de Reestructuración Cognitiva 1 participante de síntomatología moderada no pudo continuar por motivo de falta de tiempo por sus evaluaciones, al igual que un participante de síntomatología leve.



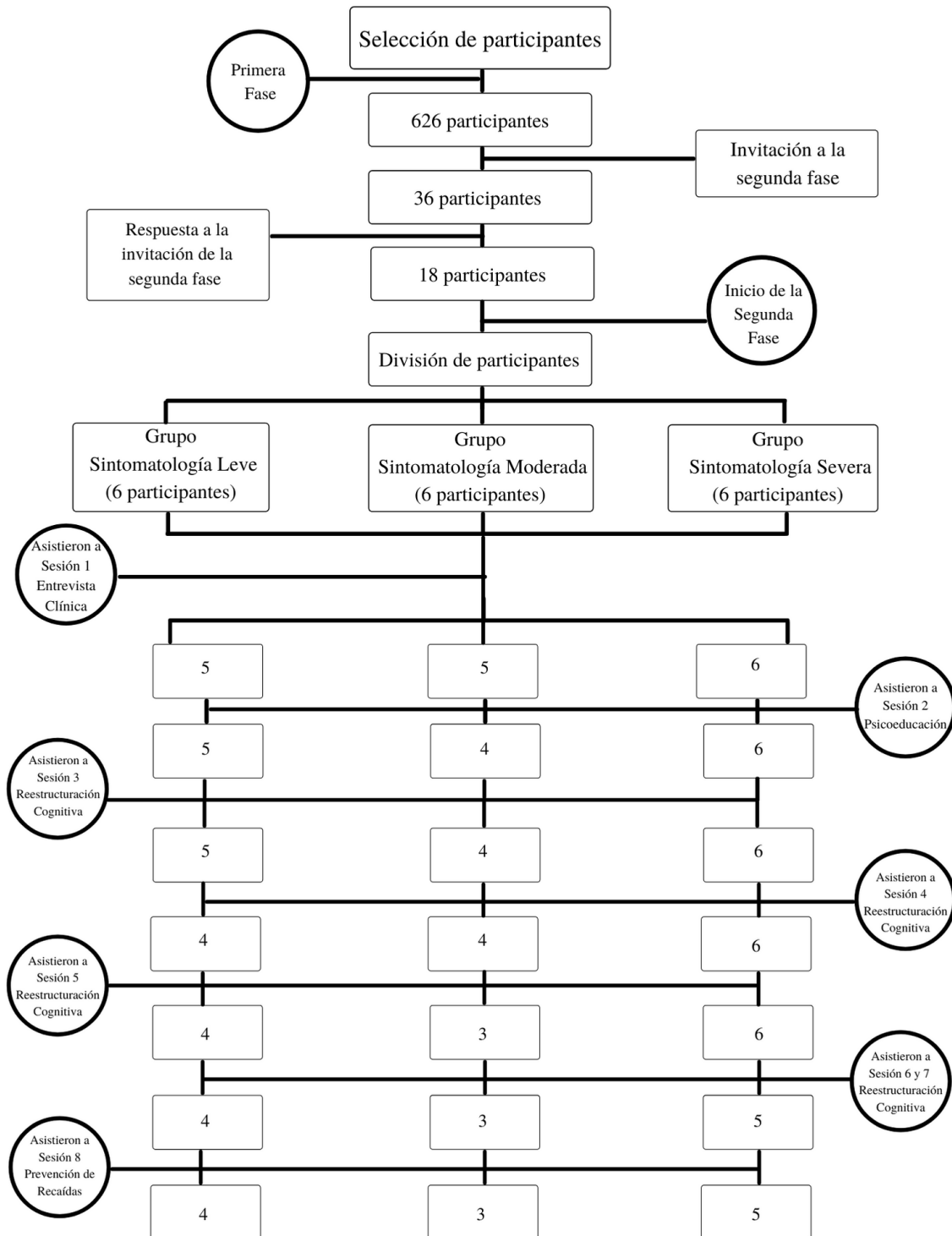


Figura 1. Diagrama de flujo sobre la selección y permanencia de los participantes.

Los participantes fueron integrados en 3 grupos (Grupo Leve, Grupo Moderado y Grupo Severo) de acuerdo al nivel de su sintomatología, originalmente se agruparon en 6 grupos dividiéndolos por presencia de síntomas de ansiedad o depresión sin embargo por el comportamiento de su sintomatología a lo largo de la intervención se decidió sólo conformar grupos por nivel de severidad y considerarlos dentro de los parámetros de trastorno mixto (ansiedad y depresión).

## **Resultados por grupos**

### ***Grupo Sintomatología Leve***

Se compuso por 3 estudiantes del sexo femenino y 2 del sexo masculino, con un rango de edad de 27 a 44 años, del segundo semestre al octavo.

#### **Caso 1**

Participante del sexo femenino, de 44 años de edad, se encuentra cursando el segundo semestre de un doctorado en el área de Ciencias Sociales. De acuerdo a los resultados del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) y el análisis clínico elaborado con base en sus formatos de registro de pensamientos, se obtuvo información sobre la presencia de diferentes distorsiones cognitivas en el transcurso del estudio. Se observa una modificación en la presencia de distorsiones cognitivas en la participante, en la evaluación intermedia se aprecia un descenso cuantitativo de sus distorsiones, sin embargo para la última evaluación presenta 2 distorsiones cognitivas de nivel bajo, las

cuales se podrían relacionar al momento en el que se realizó la evaluación, ya que la participante se encontraba en entregas finales.

En un inicio presentó un nivel leve de ansiedad y depresión. En la figura 2.1 se observa el comportamiento de su sintomatología, a través del análisis del No Solapamiento de Pares (NAP) se concluyó que el efecto del tratamiento fue débil con un NAP de 50% y significancia de 0.158. En la figura 2.2 se aprecia la evolución de la intervención con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), en este caso el NAP obtenido es de 100% con una significancia de 0.0395 lo que indica un efecto del tratamiento grande sobre la variable depresión.

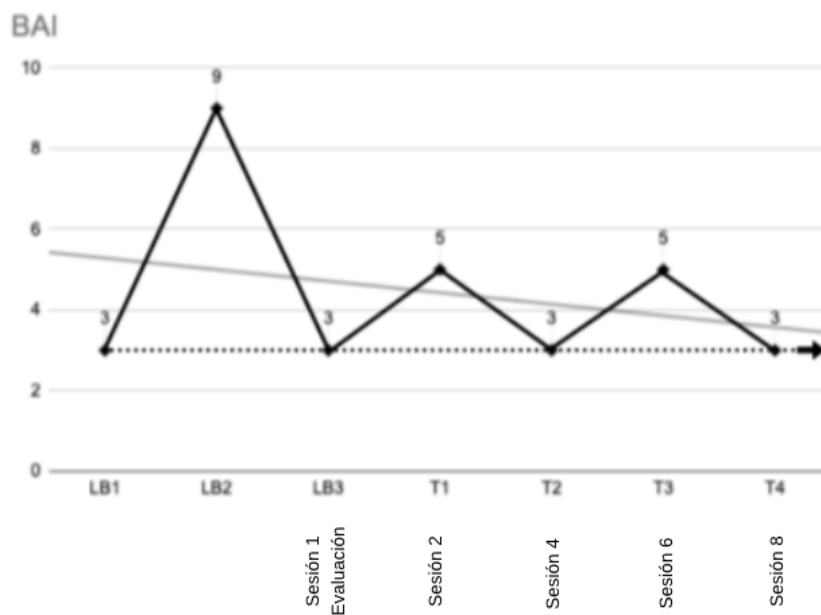


Figura 2.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

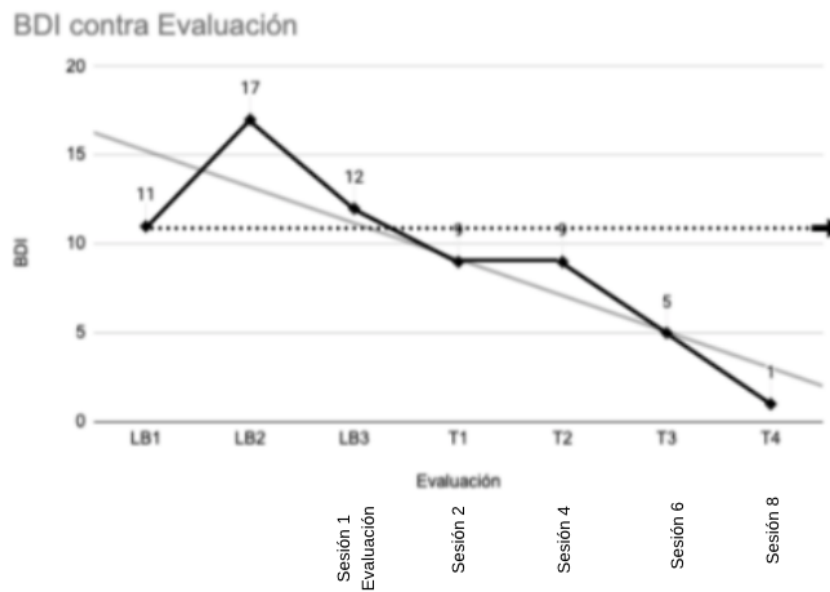


Figura 2.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck

## Caso 2

Participante del sexo masculino de 30 años de edad, se encuentra cursando el tercer semestre de su doctorado. En un inicio presentó un nivel leve de ansiedad y mínimo de depresión. En la figura 3.1 observamos la evolución de sus evaluaciones con respecto a la variable ansiedad, se obtuvo un NAP de 75% con una significancia de 0.0495 lo que indica que el efecto del tratamiento fue medio. En el caso de las evaluaciones del BDI el NAP es de 70% con una significancia de 0.0456 lo que indica que el efecto también fue medio.

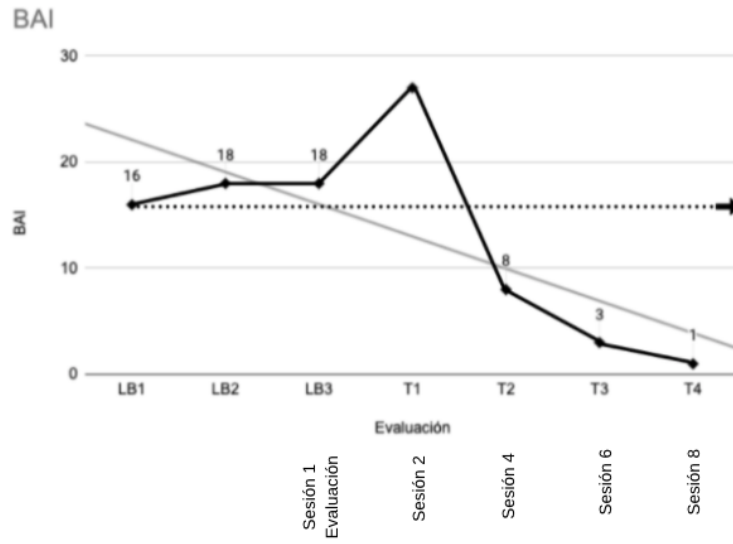


Figura 3.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

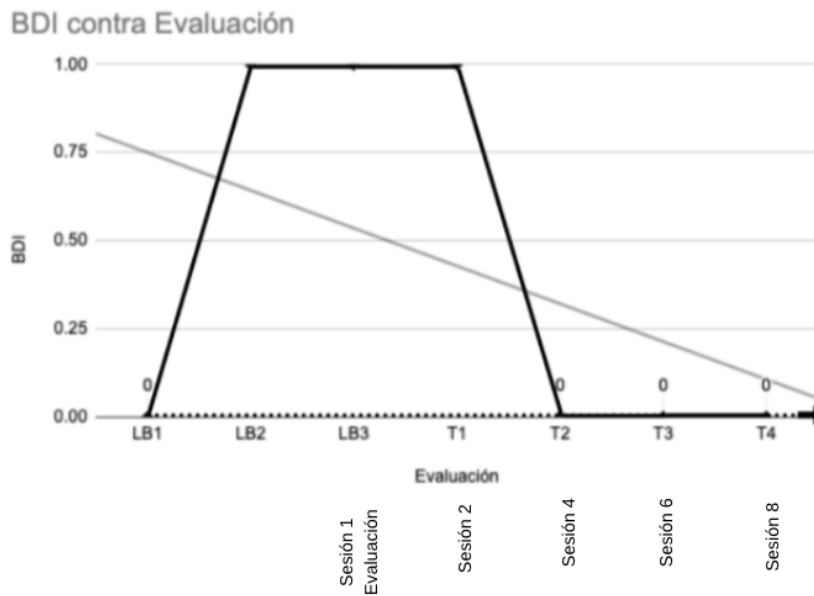


Figura 3.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Caso 3

Participante del sexo masculino de 31 años, se encuentra cursando el tercer semestre de doctorado. Inicialmente presentó un puntaje leve en la variable depresión y moderado en la variable ansiedad. En la figura 4.1 observamos el progreso de las evaluaciones de ansiedad, para esta variable se obtuvo un NAP de 95% con un significancia de 0.0398 lo que indica que el efecto del tratamiento fue grande. En el caso de la variable depresión el NAP obtenido fue de 100% con un significancia de 0.05 lo que también indica un efecto grande del tratamiento sobre la disminución de la sintomatología ansioso-depresiva.

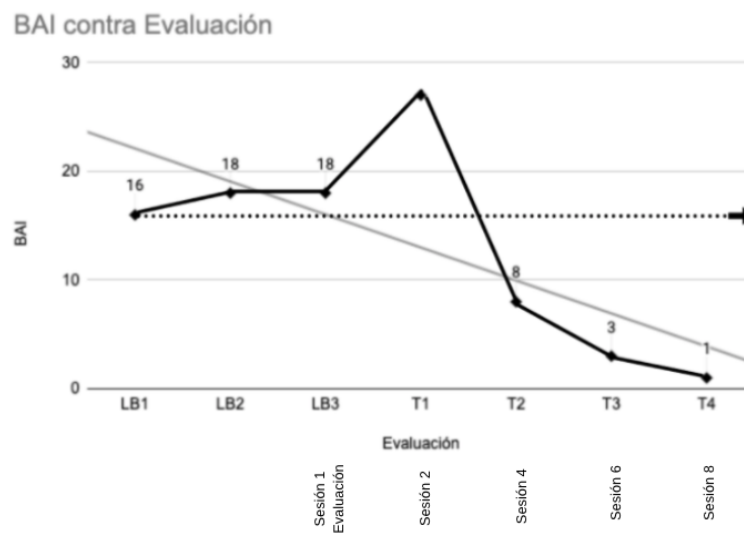


Figura 4.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

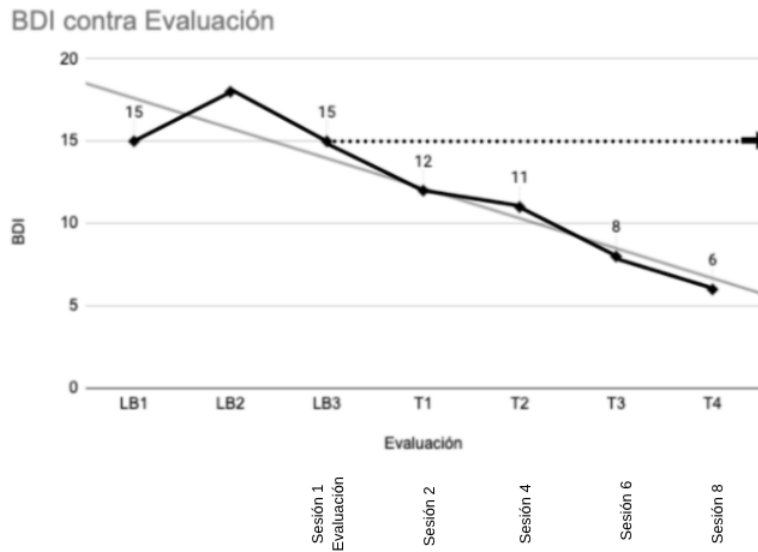


Figura 4.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

#### Caso 4

Participante del sexo femenino de 29 años de edad, se encuentra cursando el octavo semestre de doctorado. En la figura 5.1 se observa el efecto del tratamiento sobre la variable de ansiedad, el NAP obtenido es de 91% con una significancia de 0.0457 lo que indica que el efecto del tratamiento fue grande. En la figura 5.2 se aprecia el progreso de la variable depresión, el NAP que se obtuvo es de 100% con una significancia 0.05 lo que indica un efecto grande sobre la disminución de la sintomatología.

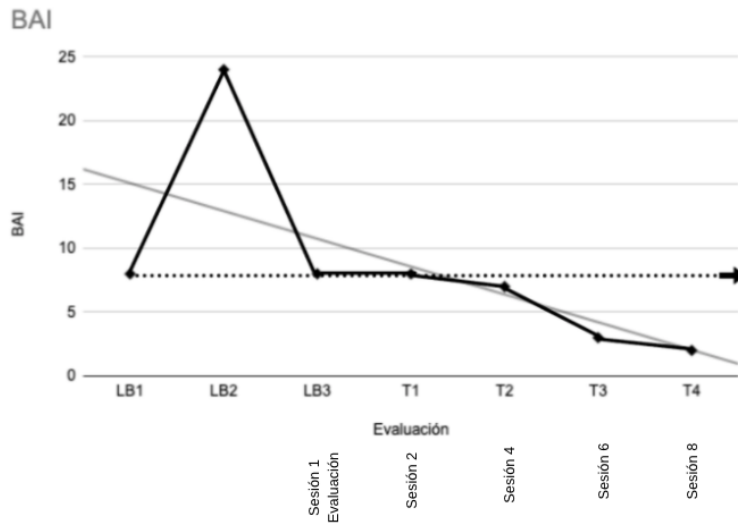


Figura 5.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

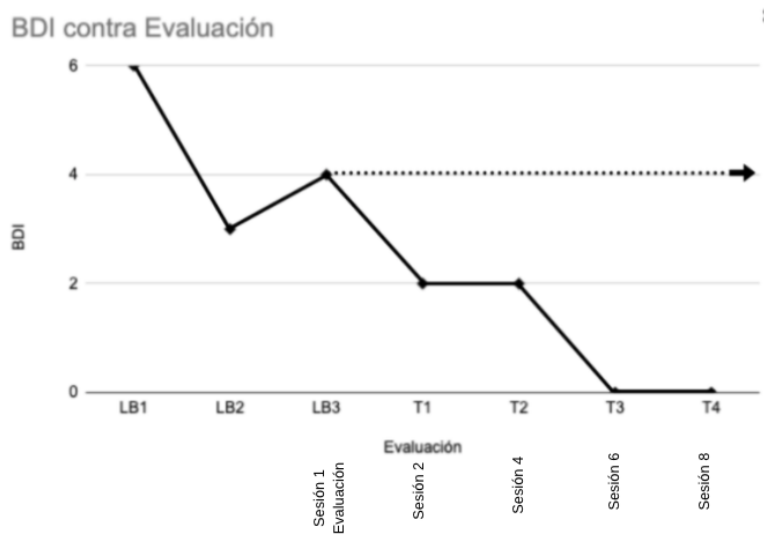


Figura 5.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

## Caso 5

Participante del sexo femenino, de 27 años de edad, se encuentra cursando el quinto semestre de doctorado. En sus resultados de la variable ansiedad que es posible apreciar en



la figura 6.1 se observa el progreso del tratamiento, el puntaje NAP obtenido fue de 100% con una significancia de 0.05 lo que indica un efecto grande sobre esta variable. Para la variable depresión en la figura 6.2 se aprecia el efecto del tratamiento sobre la variable depresión, el NAP obtenido de estos datos es de 83% con una significancia de 0.0496 lo que indica un efecto medio.

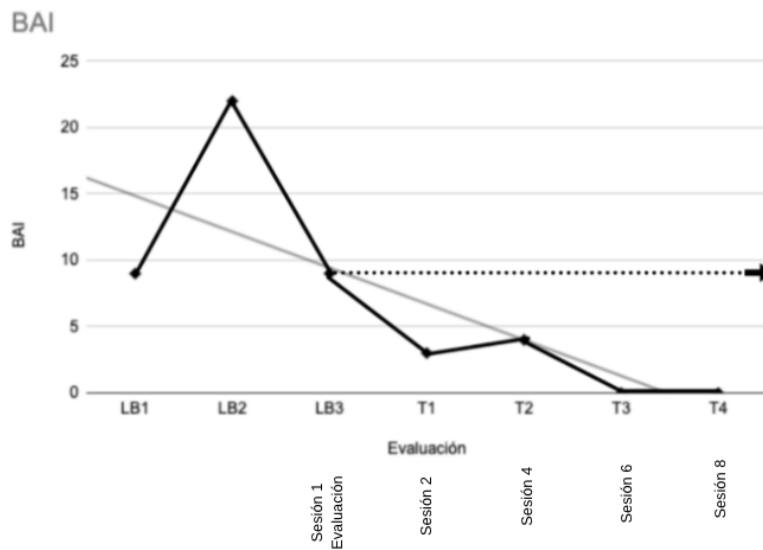


Figura 6.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

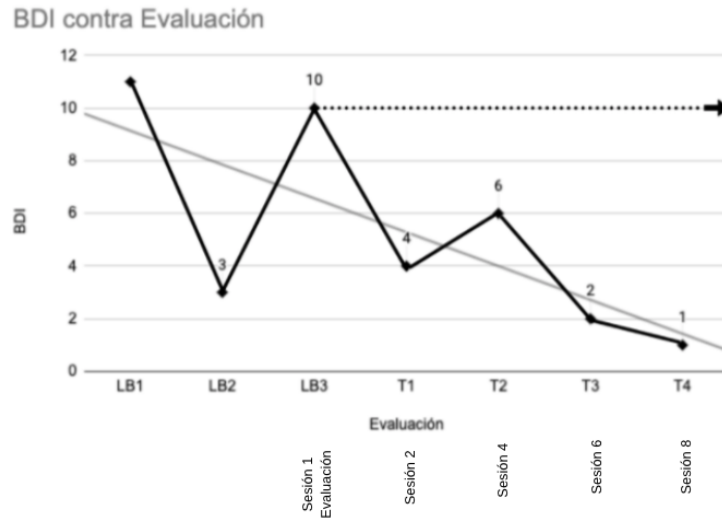
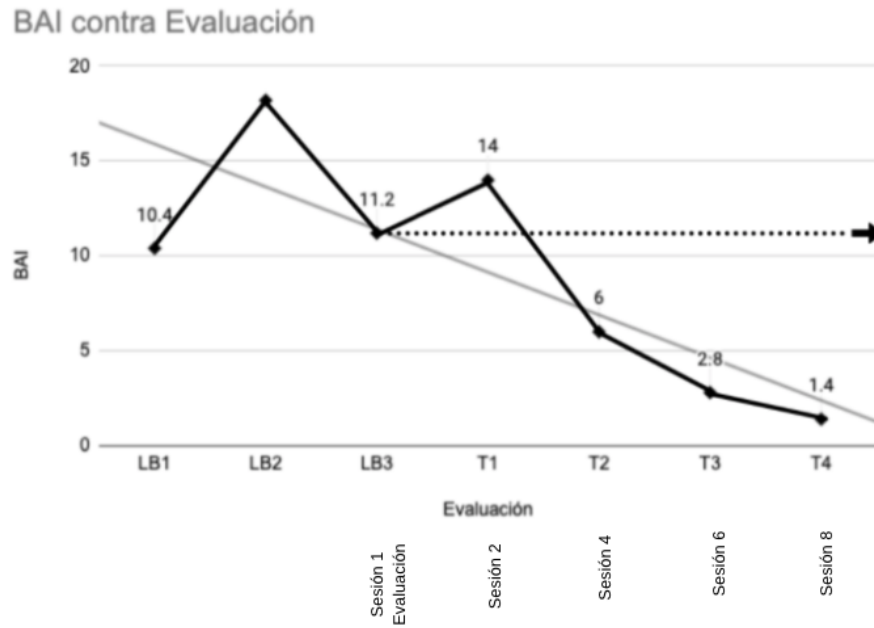


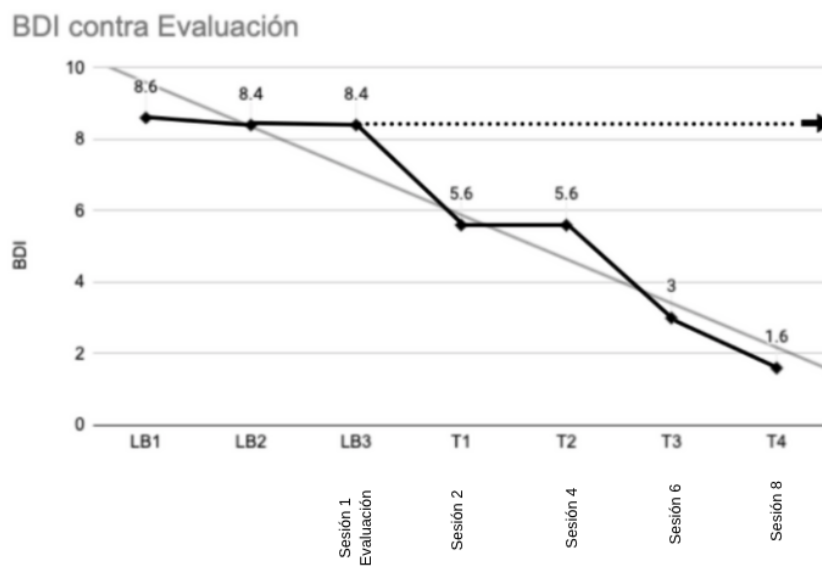
Figura 6.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Resultados del grupo (Ansiedad y Depresión)

A continuación se presenta el resultado de la evolución del grupo a través de las evaluaciones de ansiedad y depresión. Para la variable ansiedad se observa un descenso significativo a partir de la segunda evaluación del tratamiento que representa la cuarta sesión de intervención, la segunda sesión de reestructuración cognitiva, se obtuvo un NAP de 77% lo que indica un efecto medio sobre la disminución de síntomas de ansiedad. Para la variable depresión (figura 14.2) se observa una disminución importante de la sintomatología a partir de la tercera evaluación de tratamiento, que es la sexta sesión de intervención, se obtuvo un NAP de 100% lo que indica un efecto grande sobre la disminución de la sintomatología depresiva en el grupo.



**Figura 14.1 Resultados por grupo , Inventario de Ansiedad de Beck.**



**Figura 15.1 Resultados por grupo , Inventario de Depresión de Beck.**

## Desencadenantes ambientales de población

A continuación se presentan los desencadenantes ambientales del grupo de sintomatología leve, para determinar los parámetros de frecuencia se tomó en cuenta el número de veces que se mencionaron los desencadenantes a través del registro de pensamientos que los participantes elaboraron durante todo el tratamiento para la reestructuración cognitiva (Tabla 14)

Muy frecuentes: 5 o más veces durante el tratamiento

Frecuentes: 3 o más veces

Infrecuentes: 1 o 2 veces

**Tabla 13. Desencadenantes Ambientales del Grupo Sintomatología Leve**

Desencadenantes Ambientales	Grupo Sintomatología Leve
<i>Muy Frecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendimiento Académico.</li> <li>● Evaluaciones (Comités Tutoriales, Candidaturas, Etc.)</li> <li>Presentaciones En Público (Exposiciones En Seminarios, Conferencias, Congresos Y Foros).</li> </ul>
<i>Frecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situación Económica</li> <li>Situaciones Familiares</li> </ul>
<i>Infrecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inseguridad Pública</li> </ul>

Tabla 14. Desencadenantes ambientales del grupo sintomatología leve

### Perfil Cognitivo Grupo Sintomatología Leve

A continuación se presenta una tabla con el perfil cognitivo del grupo leve, se tomaron en cuenta las distorsiones cognitivas presentes en las 3 evaluaciones de línea base para determinar las distorsiones de la evaluación inicial, para la evaluación intermedia se tomó en cuenta la segunda evaluación de la fase de tratamiento y para la evaluación final se tomó en cuenta la última evaluación del tratamiento. En la tabla 15 se observa el comportamiento de las diferentes distorsiones cognitivas presentes en el grupo en tres de los casos se aprecia que a partir de la evaluación intermedia no presentan distorsiones cognitivas importantes, y en los dos casos restantes se manifiesta una disminución de las mismas (tabla 15)

**Tabla 14. Distorsiones Cognitivas Grupo Sintomatología Leve**

Grupo Leve	Distorsiones Cognitivas (Evaluación Inicia De Línea Basel)	Distorsiones Cognitivas (Evaluación Intermedia)	Distorsiones Cognitivas (Evaluación Final)
	Bajo:	Bajo:	Medio:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pensamiento Polarizado,</li> <li>● Visión Catastrófica</li> <li>● Los Debería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Filtraje</li> <li>● Sobregeneralización</li> <li>● Culpabilidad</li> <li>● Falacia De Razón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falacia De Recompensa Divina</li> </ul>
		Medio:	

- 
- |                |              |
|----------------|--------------|
| ● Filtraje     | ● Falacia De |
| ● Culpabilidad | Recompensa   |
| Medio:         | Divina       |
| ● Falacia De   |              |
| Recompensa     |              |
| Divina.        |              |
- 

### ***Grupo Sintomatología Moderada***

El grupo de sintomatología moderada se compuso por 3 participantes, de 29 a 31 años, del segundo al octavo semestre de doctorado.

#### **Caso 6**

Participante del sexo masculino de 30 años, se encuentra cursando el octavo semestre de doctorado, en la figura 7.1 es posible observar el progreso de las evaluaciones de línea base y tratamiento de la variable ansiedad, se obtuvo un puntaje NAP de 100% lo que indica que el tratamiento tuvo un efecto grande sobre esta variable. En la figura 7.2 se aprecian los resultados de la variable depresión, con un NAP de 100% lo que indica que también se obtuvo un efecto grande sobre la disminución de la sintomatología depresiva.

Con respecto a las evaluaciones de distorsiones cognitivas a través del instrumento Inventario de Pensamientos Automáticos, el participante no obtuvo puntuaciones significativas para determinar el nivel o la presencia de estas, sin embargo a través del

análisis clínico con los registros de pensamientos automáticos se pudieron obtener las más relevantes del caso.

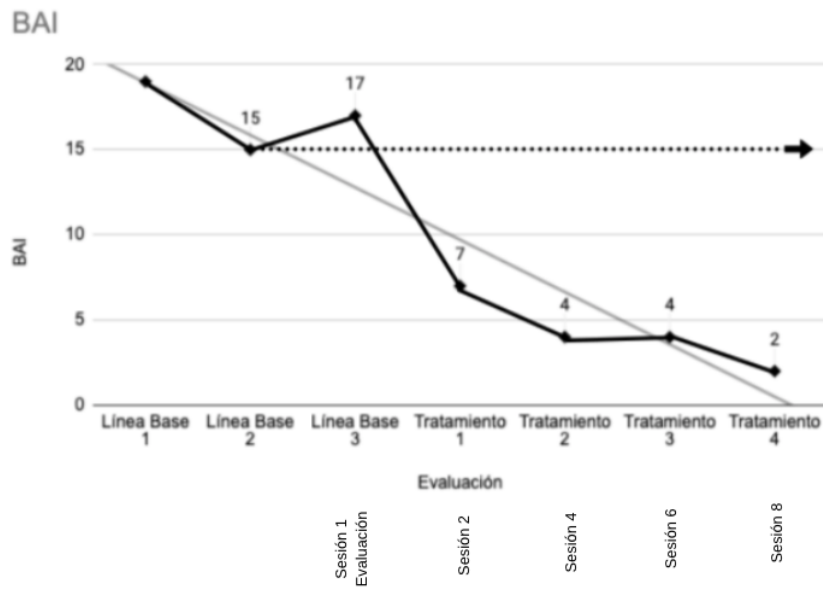


Figura 7.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

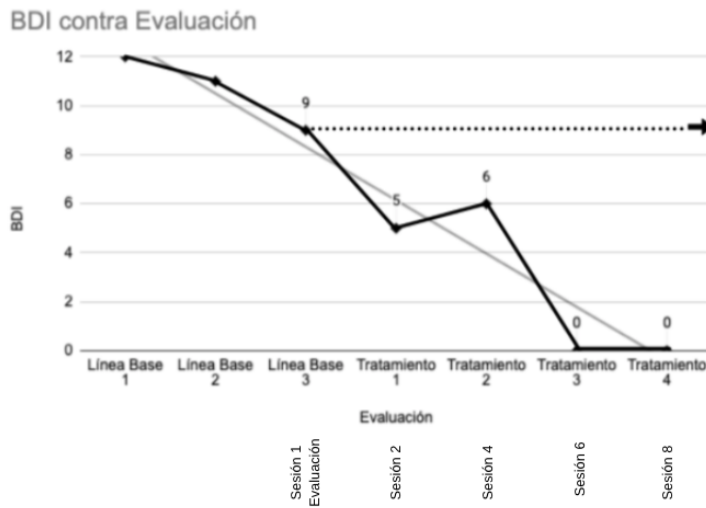


Figura 7.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Caso 7

Participante del sexo masculino de 31 años, se encuentra cursando el segundo semestre de doctorado. En la figura 8.1 se observan los resultados de sus evaluaciones de línea base y tratamiento de ansiedad, se obtuvo un NAP de 100% con una significancia de 0.05 que muestra un efecto grande, en la figura 8.2 se aprecian los resultados de la variable depresión 79% de puntaje NAP y con una 0.0778 que indica un efecto medio sobre la disminución de la sintomatología depresiva.

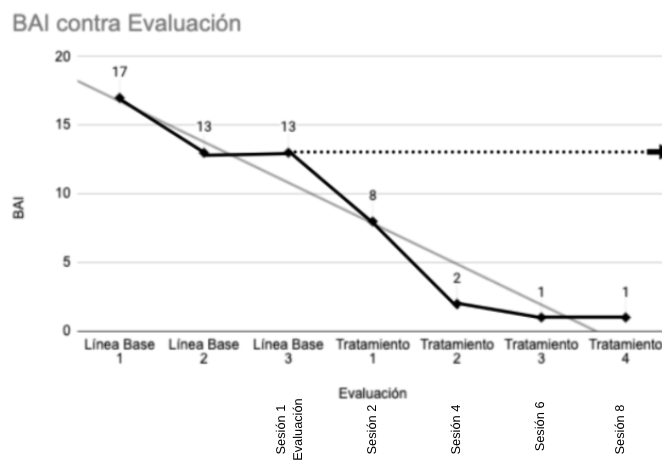


Figura 8.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.



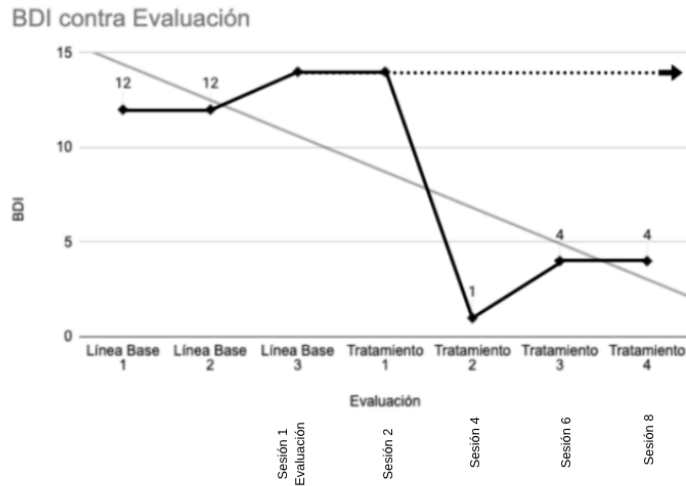


Figura 8.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Caso 8

Participante del sexo femenino de 29 años de edad, cursando el séptimo semestre de doctorado. En la figura 9.1 se observan los resultados de las evaluaciones de línea base y tratamiento con respecto a la variable de ansiedad, para esta variable se obtuvo un NAP de 100% y una significancia de 0.05 lo que indica un efecto grande del tratamiento. Para la variable depresión (figura 9.2) se obtuvo un NAP de 83% y una significancia de 0.0653 lo que indica un efecto medio.

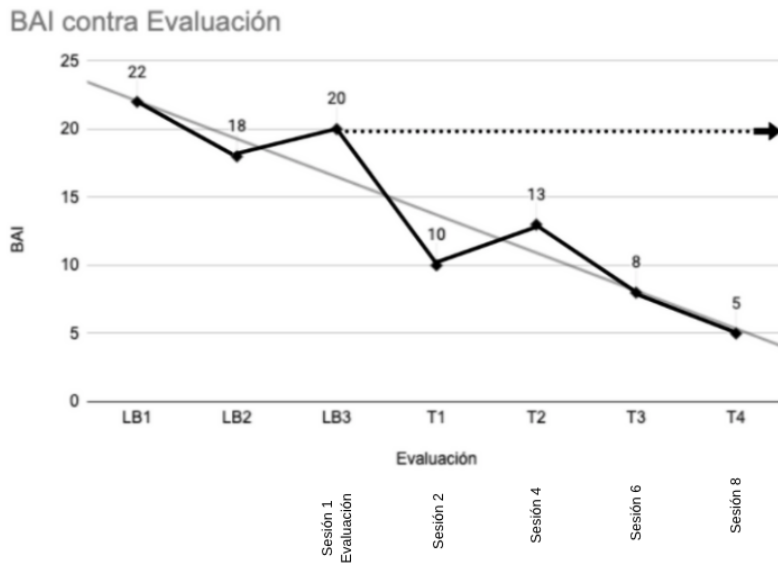


Figura 9.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

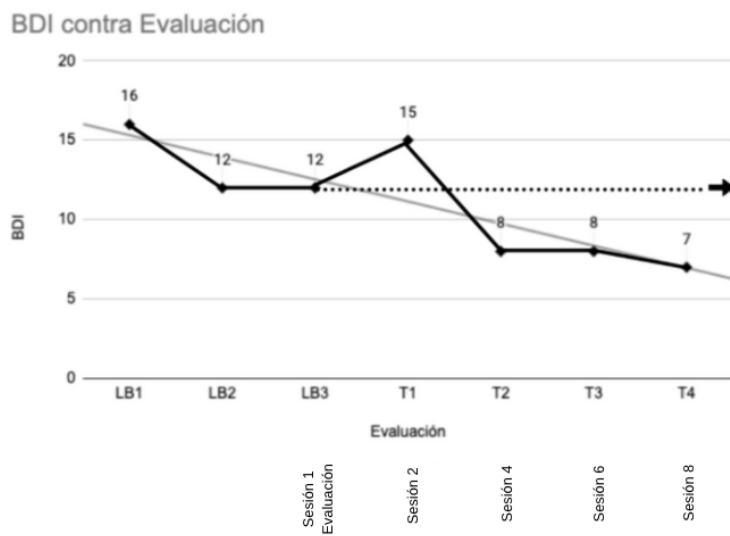
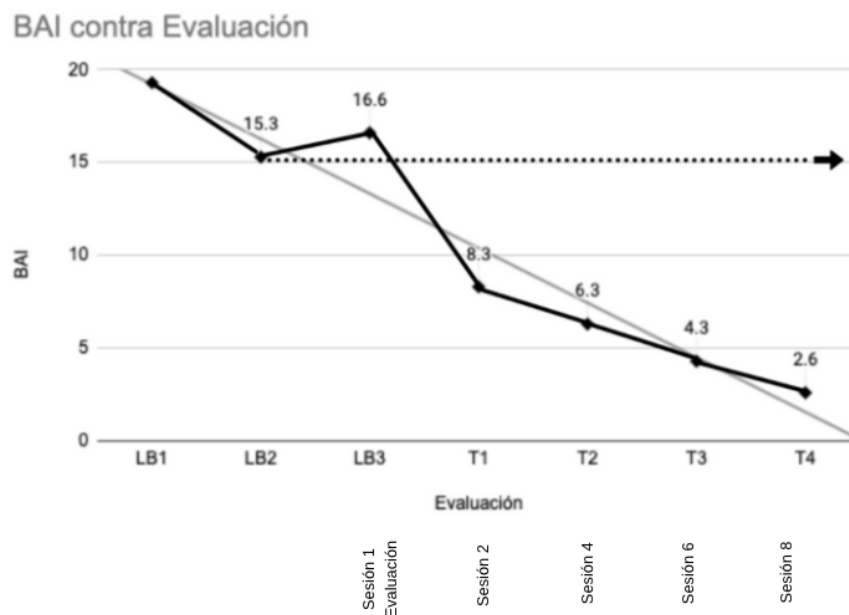


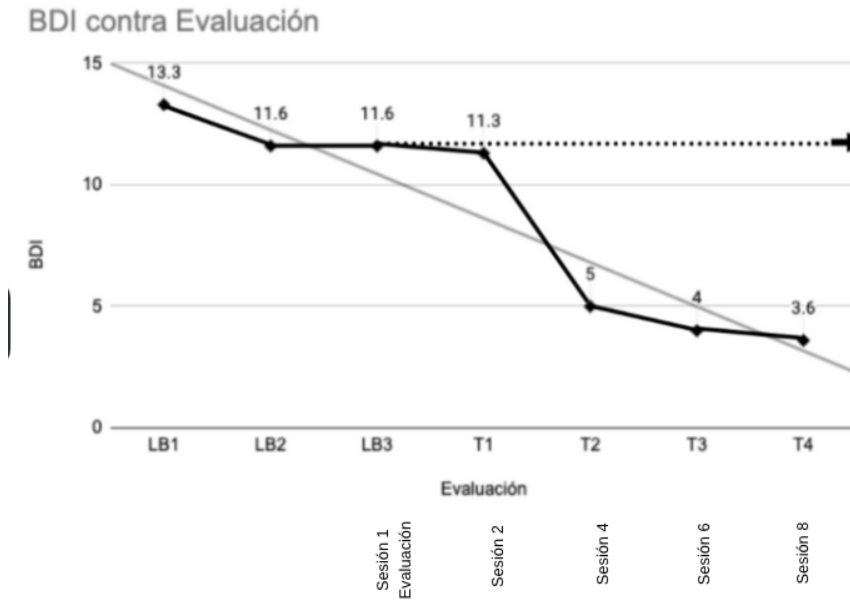
Figura 9.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Resultados del grupo (Ansiedad y Depresión)

A continuación se presentan los resultados de las variables ansiedad y depresión del grupo con sintomatología moderada. Para la variable de ansiedad se observan cambios significativos desde la primera evaluación del tratamiento que representa la segunda sesión de intervención, así mismo se observa un descenso progresivo a través de las evaluaciones siguientes, para la variable ansiedad el NAP fue de 100% lo que indica que el efecto fue grande. Para la variable de depresión (figura 15.2) se observa un descenso importante de la sintomatología a partir de la segunda evaluación del tratamiento que representa la cuarta sesión, siendo posterior a la primera sesión de reestructuración cognitiva, el NAP de la variable depresión fue de 100% lo que indica que el tratamiento fue efectivo en el grupo.



**Figura 15.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento por grupo, Inventario de Ansiedad de Beck.**



**Figura 15.2** Evaluaciones de línea base y tratamiento por grupo, Inventario de Depresión de Beck.

### Desencadenantes ambientales de la población

En la tabla 3 se observan los principales desencadenantes ambientales del grupo de sintomatología moderada (Tabla 16)

**Tabla 15.** *Desencadenantes Ambientales del Grupo Sintomatología Moderada*

Desencadenantes Ambientales	Grupo Sintomatología Moderada
<i>Muy Frecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendimiento Académico.</li> <li>● Evaluaciones (Comités Tutoriales, Candidaturas, Etc.)</li> </ul>

- 
- Situación Económica
  
  - Presentaciones En Público  
(Exposiciones En Seminarios,  
Congresos O Foros).

---

<i>Frecuentes</i>	Situaciones Familiares
<i>Infrecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades Laborales Extras Al Doctorado</li> </ul>

---

### **Perfil Cognitivo Grupo Sintomatología Moderada**

A continuación se presenta el perfil cognitivo del grupo de sintomatología moderada, en el caso 6 se observa desde la evaluación inicial ausencia de distorsiones cognitivas, en los demás casos se puede observar una disminución de la presencia de distorsiones cognitivas en la evaluación intermedia y final (Tabla 17)

**Tabla 16. Distorsiones Cognitivas Grupo Sintomatología Moderada**

Grupo	Distorsiones	Distorsiones Cognitivas	Distorsiones
Sintomatología Moderada	Cognitivas (Evaluación Inicia De Línea Basel)	(Evaluación Intermedia)	Cognitivas (Evaluación Final)
	Medio: Sobregeneralización, Visión Catastrófica, Falacia de Control, Razonamiento Emocional y Falacia de Recompensa Divina. Interpretación del Pensamiento, Falacia de Justicia, Falacia de Cambio y Falacia de Razón Alto: Falacia de Recompensa Divina.	Bajo: Falacia de Cambio Medio: ● Falacia de Justicia, Falacia de Razón y Falacia de Recompensa Divina	Bajo: Falacia de Justicia y Falacia de Cambio ● Medio: Falacia de Recompensa Divina

### *Grupo Sintomatología Severa*

Este grupo estuvo conformado por 4 participantes de 28 a 37 años, que se encontraban cursando del segundo al octavo semestre de doctorado. Inicialmente obtuvieron puntajes de ansiedad y depresión en un nivel severo.

#### **Caso 9**

Participante del sexo femenino de 37 años, cursando el sexto semestre del doctorado. En la figura 10.1 se observan los resultados de las evaluaciones de línea base y tratamiento de ansiedad, se obtuvo un NAP de 83% con una significancia 0.0439 lo cual indica un efecto medio. En la figura 10.2 se aprecia el progreso de la variable depresión con un NAP de 75% 0.05 que indica que el tratamiento tuvo un efecto medio sobre esta variable.

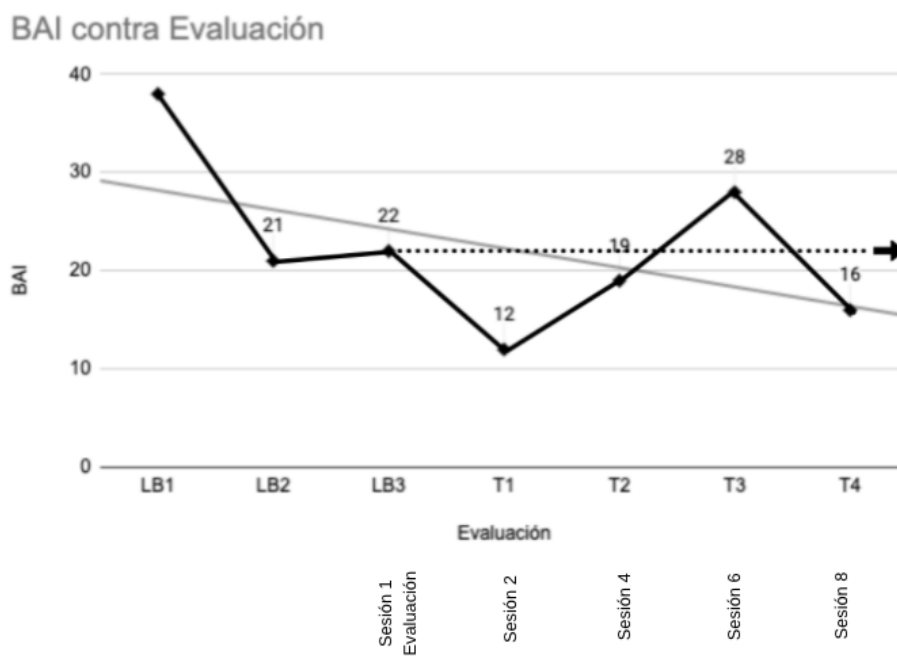


Figura 10.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

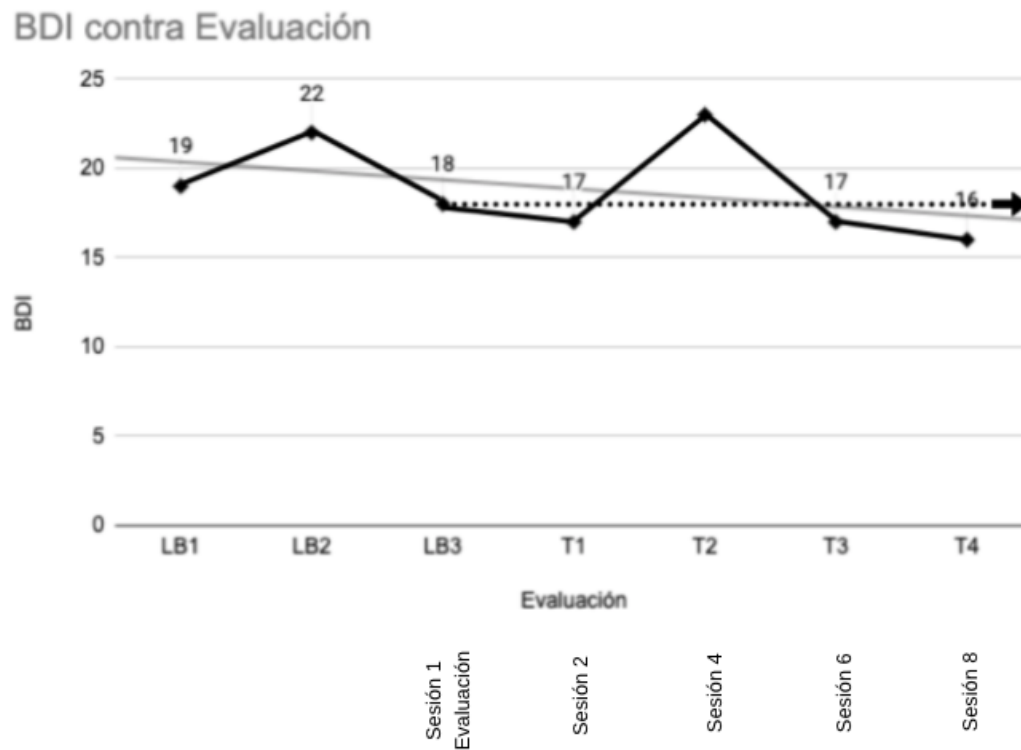


Figura 10.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Caso 10

Participante del sexo femenino de 28 años, se encuentra cursando el tercer semestre de doctorado. En la figura 11.1 se observan los resultados de la variable ansiedad con un NAP de 100% y una significancia de 0.0678 lo que indica un efecto grande sobre la disminución de la sintomatología. En la figura 11.2 se aprecia el desarrollo de las evaluaciones de depresión, se obtuvo un NAP de 87% con una significancia de 0.0387 lo que indica un efecto medio sobre la disminución de los síntomas depresivos.



## BAI contra Evaluación

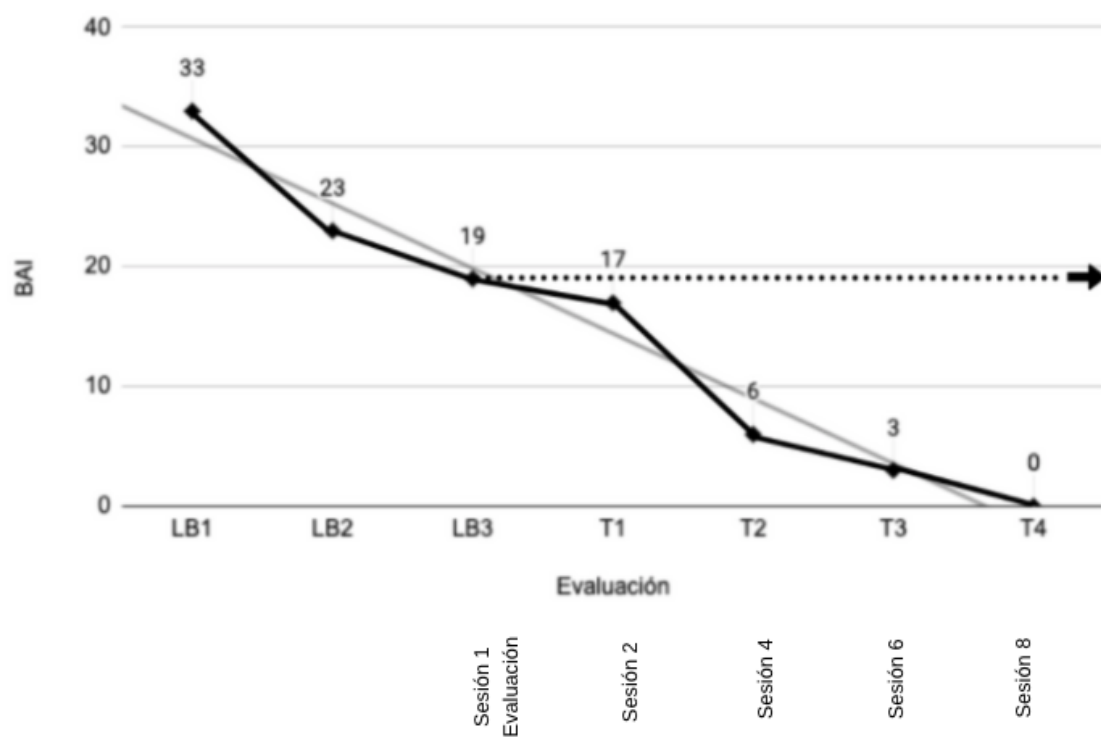


Figura 11.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

## BDI contra Evaluación

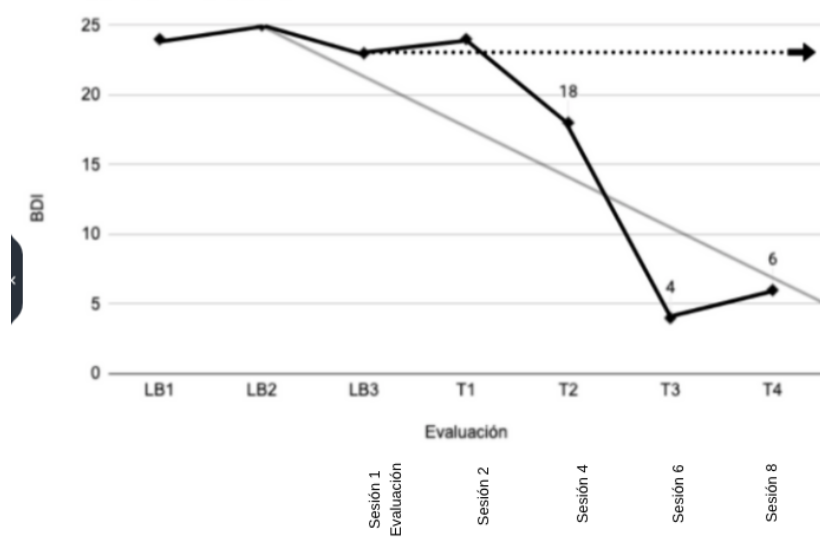


Figura 11.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Caso 11

Participante del sexo femenino de 29 años de edad, se encuentra cursando el quinto semestre de doctorado. En la figura 12.1 se presenta la evolución de su sintomatología a través de las evaluaciones de línea base y tratamiento, se obtuvo un NAP de 87% con una significancia de 0.0339 lo que indica un efecto medio. Para la variable depresión (figura 12.2) se obtuvo un NAP de 100% con una significancia de 0.05 lo que indica un efecto grande sobre la disminución de la presencia de síntomas depresivos.

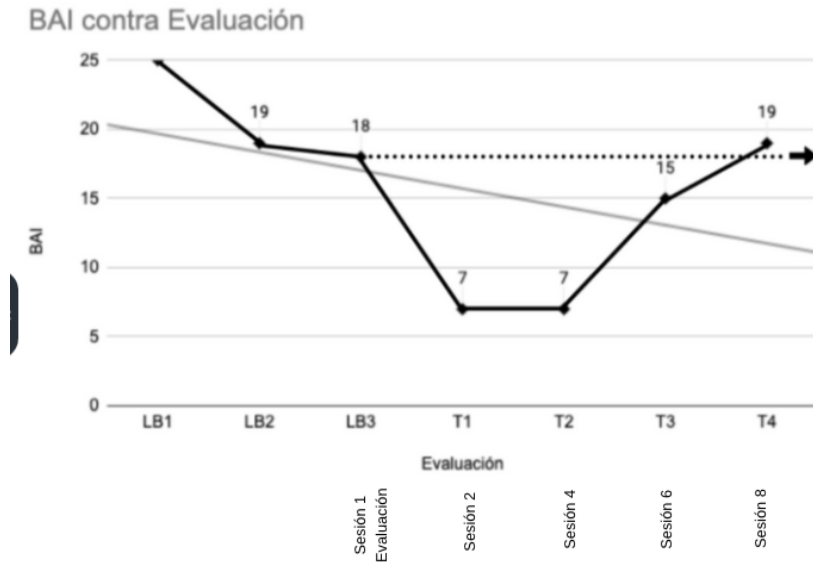


Figura 12.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

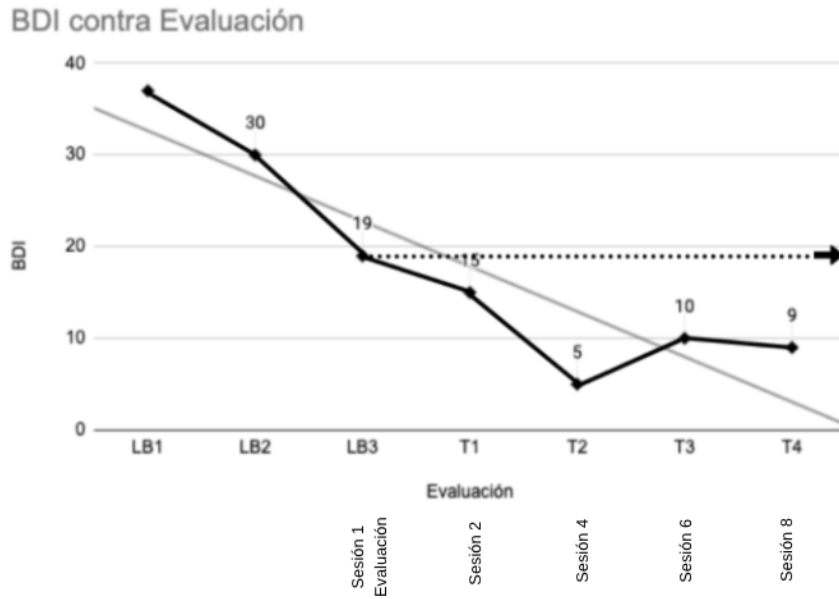


Figura 12.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

### Caso 12

Participante del sexo masculino de 32 años que se encuentra cursando el séptimo semestre de doctorado. En la figura 13.1 se muestra el desarrollo de su sintomatología a través de las evaluaciones de línea base y tratamiento. Obtuvo un NAP de 100% con una significancia de 0.05 lo que indica que tuvo un efecto grande sobre la variable ansiedad, para la variable depresión se obtuvo un NAP de 87% con una significancia de 0.436 lo que indica un efecto medio sobre esta variable.

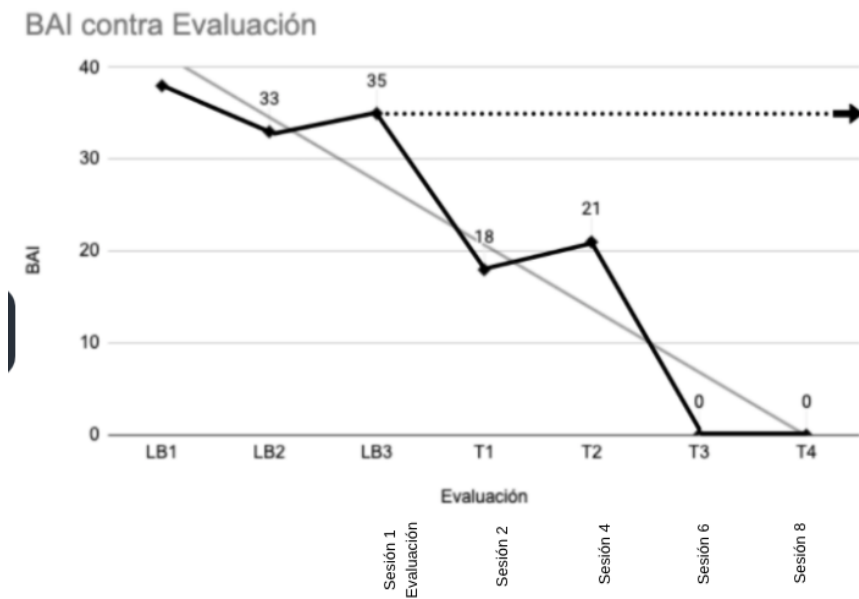


Figura 13.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

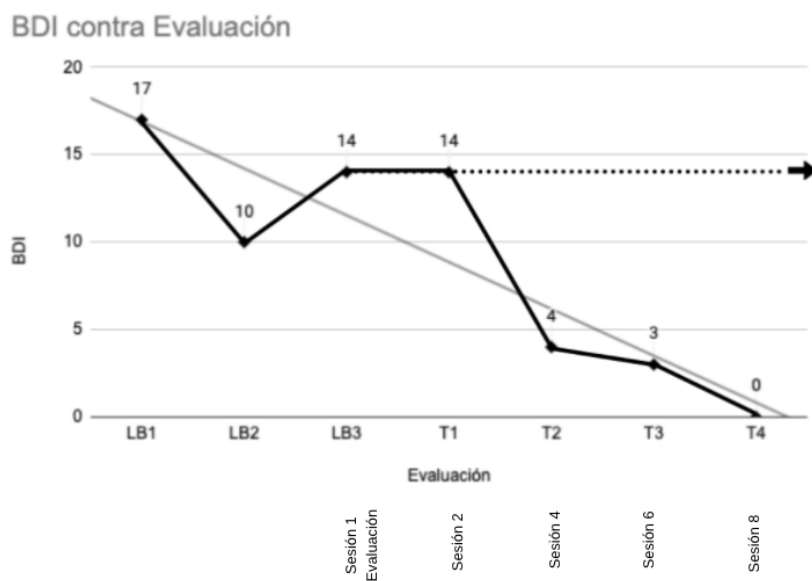


Figura 13.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

### Resultados por grupo (Ansiedad y Depresión)

La variable ansiedad obtuvo un NAP de 100% lo que indica que el tratamiento tuvo un efecto grande sobre la disminución de la sintomatología ansiosa, se observa un descenso de la sintomatología desde la primera evaluación del tratamiento, lo que representa la segunda sesión de intervención, en la cual se aplicaron estrategias de psicoeducación.

Para la variable depresión se observa un descenso más marcado de los síntomas a partir de la segunda evaluación que representa la cuarta sesión de intervención y segunda sesión de reestructuración cognitiva.

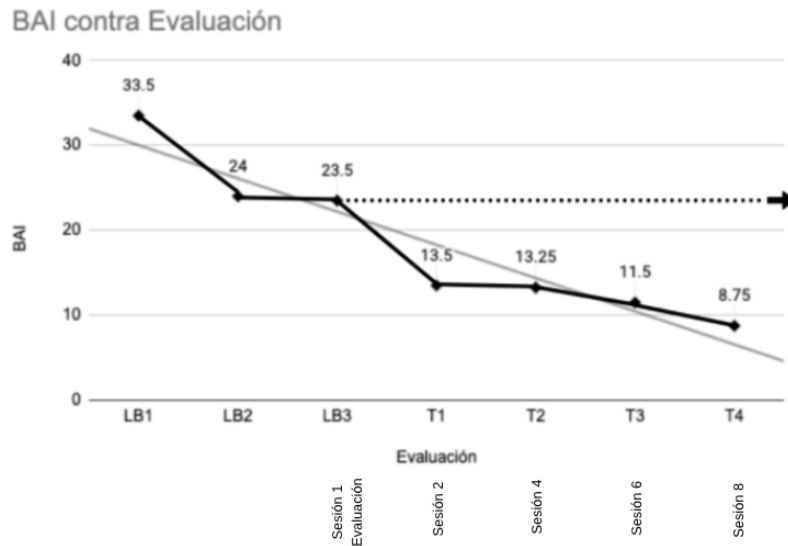


Figura 14.1 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Ansiedad de Beck.

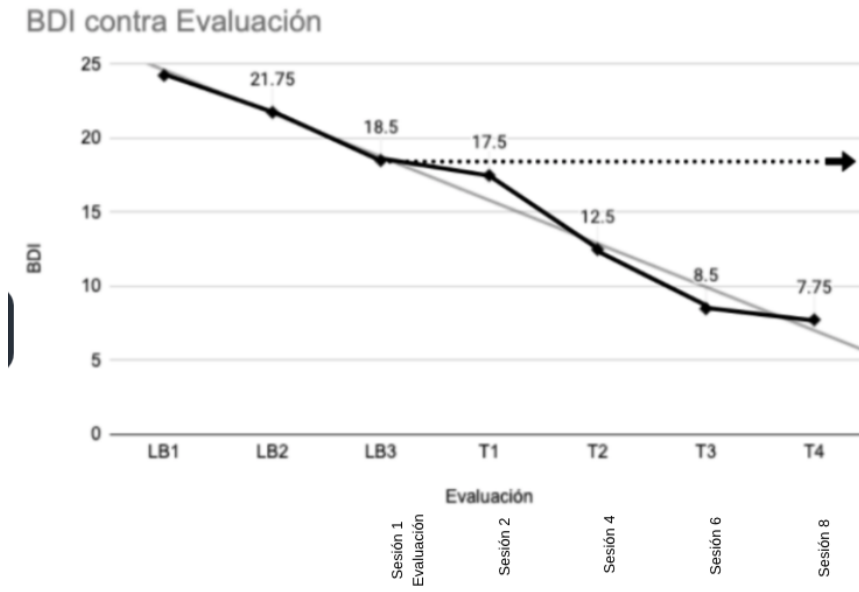


Figura 14.2 Evaluaciones de línea base y tratamiento, Inventario de Depresión de Beck.

## Desencadenantes ambientales

En la tabla 18 se muestran los desencadenantes ambientales del grupo de sintomatología severa.

**Tabla 17. Desencadenantes Ambientales del Grupo Sintomatología Severa**

Desencadenantes Ambientales	Grupo Sintomatología Severa
<i>Muy Frecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendimiento Académico.</li> <li>● Evaluaciones (Comités Tutoriales, Candidaturas, Etc.)</li> <li>● Problemas De Salud</li> </ul>
	Situaciones Familiares
<i>Frecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situaciones De Pareja</li> </ul>
	Peligro De Contagio Covid-19
<i>Infrecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situación Medioambiental</li> <li>● Situación Política</li> </ul>

***Perfil Cognitivo Grupo Sintomatología Severa***

En la tabla 19 se observa el comportamiento de las distorsiones cognitivas del presente grupo, de acuerdo a lo esperado el grupo de sintomatología severa presenta una gran cantidad de distorsiones cognitivas, que a medida que el tratamiento fue avanzando se trabajaron sin embargo en algunos de los casos no fue posible reducirlas de manera significativa, sin embargo sí hubo una disminución en algunas de ellas (Tabla 19)

***Tabla 18. Distorsiones Cognitivas Grupo Sintomatología Severa***

Grupo	Distorsiones Cognitivas	Distorsiones Cognitivas (Evaluación Intermedia)	Distorsiones Cognitivas (Evaluación Final)
Sintomatología Severa	(Evaluación Inicia De Línea Base)		
	<b>Bajo:</b> Filtraje, Pensamiento Polarizado, Interpretación del Pensamiento, Falacia de Cambio, Culpabilidad, y Falacia de Recompensa Divina.	<b>Bajo:</b> Personalización y Falacia de Cambio. <b>Medio:</b> Filtraje, Interpretación del Pensamiento, Visión Catastrófica, Falacia de control, Falacia de Justicia, Falacia de Cambio y Etiquetas Globales.	<b>Bajo:</b> Pensamiento Polarizado y Personalización <b>Medio:</b> Filtraje, Sobregeneralización, Interpretación del Pensamiento y Los Debería.



---

Sobregeneralización,	<b>Alto:</b> Los
Personalización y	Debería y
Etiquetas Globales.	Falacia de
<b>Alto:</b> Visión	Razón.
Catastrófica, Falacia	
de Control, Los	
Debería y Falacia de	
Razón	

---

### Desencadenantes ambientales de los tres grupos

**Tabla 19. Desencadenantes ambientales de los tres grupos**

Desencadenantes	Grupo	Grupo	Grupo Sintomatología
Ambientales	Sintomatología Leve	Sintomatología Moderada	Severa
<i>Muy Frecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendimiento Académico.</li> <li>● Evaluaciones (Comités Tutoriales,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendimiento Académico.</li> <li>● Evaluaciones (Comités Tutoriales,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendimiento Académico.</li> <li>● Evaluaciones (Comités Tutoriales,</li> </ul>

---

	Candidaturas, Etc.)	Candidaturas, Etc.)	Candidaturas, Etc.)
	Presentaciones En Público (Exposiciones En Seminarios, Conferencias, Congresos Y Foros).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situación Económica</li> <li>● Presentaciones En Público (Exposiciones En Seminarios, Congresos O Foros).</li> <li>●</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Problemas De Salud</li> <li>● Situaciones Familiares</li> </ul>
<i>Frecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situación Económica</li> <li>Situaciones Familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situaciones Familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situaciones De Pareja</li> <li>● Peligro De Contagio Covid-19</li> </ul>
<i>Infrecuentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inseguridad Pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades Laborales Extras Al</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Situación Medioambiental</li> </ul>

---

Doctorado

- Situación

Política

---

Tabla 5. Desencadenantes ambientales de los tres grupos

## Capítulo VIII Discusión

El estudio de la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de doctorado en la actualidad aún no es significativamente amplia debido a que no hay una investigación particularmente basta sobre estas variables en la población antes mencionada. Los hallazgos del presente trabajo muestran niveles característicamente altos tanto de sintomatología ansiosa como depresiva en correspondencia con las prevalencias nacionales actuales donde se observa un aumento del 2% en la prevalencia de síntomas severos de ansiedad en la población en comparación con cifras del año 2012, las cuales fueron del 29% al 31%, para la variable depresión la prevalencia nacional para diciembre del 2021 fue del 28% (ENCOVID, 2021).

Asimismo los datos obtenidos en la presente investigación sobre estas prevalencias en la población objeto de estudio corresponden con resultados previamente mostrados en otro trabajo concerniente a la salud mental en doctorantes realizado en Bélgica, que afirma que los estudiantes de doctorado son seis veces más propensos a desarrollar ansiedad y depresión (Levecque, 2017).

Es importante señalar que el análisis y asociación de las variables deben considerarse con reserva, debido al momento en el que se realizó la recolección de los datos (octubre de 2020, siete meses de iniciada la cuarentena dictada por las autoridades debido a la contingencia sanitaria). La pandemia por la COVID-19 ha incidido en el desarrollo y/o exacerbación de síntomas ansioso-depresivos en la población general, igualmente en los estudiantes de diferentes niveles académicos, por ejemplo una investigación realizada en

una universidad ecuatoriana mostró que la ansiedad de los universitarios durante la pandemia de la COVID-19 aumentó 2,59%, en relación a la media del pre-test antes del confinamiento (Singüenza y Vilchez, 2021) , por lo cual esta situación sanitaria posiblemente afectó de igual modo los resultados de la recolección de datos de la presente investigación. En investigaciones relacionadas a la presencia de ansiedad en estudiantes se evidencian observaciones subjetivas acerca de los efectos del confinamiento y la disrupción de la vida cotidiana, lo cual podría generar niveles mayores de estrés y ansiedad. Asimismo la pérdida de libertad, socialización e independencia se han asociado a síntomas depresivos (Reyes y Trujillo,2020).

Los resultados de la población estudiada (626 estudiantes de doctorado de múltiples disciplinas beneficiados con una beca PNPB CONACyT), el 40.4% presenta un nivel moderado y el 19.8% un nivel severo de ansiedad, lo cual representa una cifra preocupante debido a que estamos hablando que casi la mitad de los estudiantes tienen afectaciones psicológicas importantes que pueden diezmar sus capacidades y funcionalidad tanto el ámbito académico como en otros contextos en los que se desarrollan, disminuyendo su calidad de vida y poniéndolos en riesgo de deserción , mientras que, las cifras de depresión muestran un 35.9% en nivel moderado y un 9.9% en nivel severo, según los puntos de corte de los Inventarios de Beck para medir cada una de las variables antes mencionadas debido a lo anterior podemos considerar que la hipótesis planteada sobre la alta prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva en la población fue comprobada. Lo anterior, corresponde a lo encontrado en investigaciones recientes en Europa y Estados Unidos de América sobre la salud mental en estudiantes de doctorado.

En un estudio desarrollado en la Universidad de Kentucky (EEUU), se describió que los estudiantes de doctorado son seis veces más propensos a desarrollar ansiedad o depresión

en comparación con la población general; en este sentido, afortunadamente cada vez se indaga más sobre los factores precursores de la enfermedad mental en estudiantes de este grado académico (Evans y Vanderford, 2019).

Las variables ansiedad y depresión correlacionaron significativamente en correspondencia con la elevada probabilidad de comorbilidad de ambos trastornos en la población general (Agudelo y Spielberg, 2007) : asimismo, los porcentajes de prevalencia de la población estudiada son similares en ambos niveles (moderado y severo).

La presencia de ambas sintomatologías denota que la funcionalidad y calidad de vida de los estudiantes se está viendo afectada de manera importante, lo anterior fue mencionado por parte de la población participante de la segunda etapa de la presente investigación, ya que la presencia de este conjunto de manifestaciones clínicas entorpece la óptima articulación del cúmulo de actividades implicadas en la realización de un programa de doctorado del Padrón Nacional de Posgrados de Calidad de CONACyT , las cuales comprenden evaluaciones continuas, avances de proyectos de tesis, así como exposiciones y conferencias en foros académicos.

Del mismo modo se pudo hallar que el ser estudiante del sexo femenino correlacionó de manera significativa con la presencia de ansiedad lo que corresponde a la prevalencia en la población general, sin embargo también podemos tomar en cuenta que la violencia que viven las mujeres cotidianamente también presente en contextos educativos puede ser una variable a considerar en un futuro estudio para determinar si las doctorantes mujeres tienen un nivel de estrés extra por su condición de género. En la investigación realizada por González y Ramos (2018), se enmarca la relevancia que tiene la presencia del androcentrismo existente en contexto educativos que muchas veces se presenta de manera discreta con creencias y conductas sutiles del profesorado que se traducen en

discriminación, invisibilización o agresiones encubiertas hacia las mujeres, lo que podría generar estrés a las estudiantes por el hecho de ser del sexo femenino, en contraparte, el tener hijos no correlacionó con ninguna de las variables de presencia de sintomatología ansioso-depresiva, contrario a lo que podríamos esperar ya que la actividad de la crianza supone mayores demandas en actividades cotidianas que pudieran interferir con la realización de las labores propias del estudio de un doctorado.

Sin embargo, el tener un empleo simultáneo al estudio del doctorado correlacionó significativamente con la presencia de síntomas de depresión, se puede suponer que la correlación anterior, se genera debido a la posible carga excesiva de trabajo que puede representar el cumplir con ambas actividades, ya que el estudio de un doctorado en sí mismo es una actividad que requiere de un alto rendimiento y engloba el cumplimiento de altas demandas académicas, aunado a ello la necesidad de conseguir un empleo paralelo radica en el hecho de que algunas veces la beca otorgada a los estudiantes es insuficiente, sobre todo cuando son el sostén económico de sus familias, por lo tanto muchos de ellos buscan alternativas para alcanzar un ingreso que les permita cubrir sus necesidades económicas básicas y las de sus familias, tomando en cuenta que CONACyT dentro de su reglamento solo permite ocho horas laborales a la semana como máximo permitido, lo anterior, debido al acuerdo de dedicación exclusiva que maneja en los programas de posgrados considerado como programas de calidad.

El programa de intervención cognitivo conductual en línea (segunda fase) para el tratamiento de la sintomatología de ansiedad y depresión en el que se seleccionaron 36 estudiantes que formaron 3 grupos (leve, moderado y severo), inició inmediatamente finalizada la primera fase, la cual consistió en determinar la prevalencia de ansiedad y

depresión en estudiantes de doctorado en una plataforma digital a nivel nacional. La contingencia sanitaria favoreció la incorporación del uso de herramientas virtuales para el procedimiento de cada fase, llevar a cabo el tratamiento y dar acceso a la participación de los estudiantes a pesar de su ubicación geográfica. La implementación de una estrategia de intervención basada en el uso de tecnologías para lograr el objetivo de la presente investigación fue fundamental, ya que para fines prácticos hubiera sido muy complicado debido a la contingencia sanitaria tener sesiones presenciales con los participantes, además de que lo anterior permitió tener participantes de toda la república mexicana y de diferentes universidades y centros de investigación.

Los resultados obtenidos después de la aplicación del tratamiento muestran un descenso importante de la presencia de ansiedad con un efecto medio, y un efecto importante lo que originó la disminución significativa de la presencia de sintomatología depresiva, es importante mencionar que este grupo presentaba niveles leves de ambas variables y al término del programa de intervención que constó de ocho sesiones se pudieron observar avances terapéuticos sustanciales en los participantes, los cuales lograron percibirse de igual manera en el perfil cognitivo del grupo el cual disminuyó en cantidad considerable la existencia de distorsiones cognitivas, las cuales están directamente asociadas al desarrollo de perturbaciones psicológicas que derivan en la evolución a cuadros clínicos.

Adicionalmente, es fundamental recalcar la importancia de conocer cuáles podrían ser las posibles causas del deterioro de la salud mental de los doctorantes, en este sentido, entre las aportaciones más importantes del presente estudio fueron, la identificación de los



desencadenantes situacionales de la presencia de síntomas en la población, lo cuales fueron para el grupo de sintomatología leve; *rendimiento académico, evaluaciones y presentaciones en foros académicos*, las cuales representaron los más frecuentes que además se relacionan directamente con el desempeño de las labores propias del estudio de este nivel académico y con lo cual es posible vislumbrar que una de las probables causas del malestar que los estudiantes de este grupo presentan está vinculada de manera directa con las actividades concernientes a aspectos de tipo académico. Otros desencadenantes situacionales extra escolares menos frecuentes fueron la situación *económica, familiar y la inseguridad pública*.

Concerniente al grupo de sintomatología moderada al cual se le aplicó el mismo programa de intervención se observa un declive progresivo desde la primera evaluación después de haber iniciado el tratamiento, mostrando un efecto grande en ambas variables lo que denota una alta eficacia del tratamiento. Respecto al perfil cognitivo del grupo moderado se observa una disminución de la presencia de distorsiones cognitivas, sin embargo no es tan importante como la acontecida en el grupo leve.

De acuerdo con los desencadenantes situacionales de la sintomatología podemos observar resultados similares a los del grupo leve, teniendo como los más frecuentes actividades correspondientes a la realización de un doctorado, otros desencadenantes situacionales que se presentan con menos frecuencia son; *situaciones familiares y las actividades laborales extras al doctorado como jornadas laborales independientes a las labores académicas*.

Debido a los resultados de los desencadenantes más frecuentes en este grupo es posible comenzar a suponer que estas labores académicas posiblemente son causantes principales de malestar psicológico en los estudiantes que presentan puntajes de ansiedad y depresión por encima de los que no presentan esta sintomatología, por lo tanto es importante cuestionar en futuras investigaciones si los doctorantes tienen la percepción de un exceso de carga académica.

El grupo de sintomatología severa se conformó por estudiantes del octavo semestre de doctorado que inicialmente presentaron puntajes de ansiedad y depresión severa, la importancia de mencionar que son de octavo semestre radica en el hecho en el que posiblemente es el semestre en el que los estudiantes tienen una percepción de sobrecarga de actividades así como el cumplimiento de evaluaciones con un nivel alto de exigencia por parte de sus programas y del mismo CONACyT.

Se puede concluir que el resultado general de los 3 grupos fue satisfactorio para el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación, y se logró recabar información importante sobre la percepción de carga y demandas académicas de los estudiantes y su relación con la sintomatología que presentaron, sin embargo se sugiere sobre todo para grupos de sintomatología severa que se diseñe un programa de intervención que contenga un mayor número de sesiones, principalmente de reestructuración cognitiva con los cuales se podrían obtener resultados mucho más consistentes para este grupo en particular.

## Conclusiones

En conclusión los resultados obtenidos en la presente investigación en la primera fase y segunda fase corresponden con la hipótesis planteada, ya que se obtuvieron puntajes altos de prevalencia de ansiedad y depresión en los estudiantes de doctorado de acuerdo a lo encontrado en investigaciones anteriores realizadas en la población estudiada en el presente trabajo, con respecto al tratamiento se obtuvieron resultados favorables en cuanto a la disminución de sintomatología ya que se obtuvieron efectos de medios a altos lo que indica una alta eficacia del tratamiento sobre la sintomatología ansioso-depresiva mostrada en la evaluación que se realizó en la primera fase del estudio para determinar así el número de participantes de la segunda fase de la investigación, sin embargo al ser un programa de ocho sesiones que constaron en la aplicación de diferentes evaluaciones a lo largo del tratamiento, así como intervenciones como psicoeducación, enseñanza y práctica de técnicas de respiración (mindfulness) y reestructuración cognitiva (siendo esta la fase de tratamiento que tuvo mayor impacto en la disminución de la sintomatología) no se logró eliminar o descender por completo la sintomatología a un punto en el que los estudiantes pudieran recuperar del todo su funcionalidad y bienestar deseado, en comparación con los grupos leve y moderado se destaca que el grupo severo no logró un cambio significativo en la presencia de distorsiones cognitivas, lo que ocasiona que el malestar psicológico persista, por lo que se recomienda para estos casos ampliar el número de sesiones y estrategias del programa de intervención.

De acuerdo al objetivo general de la presente investigación se puede afirmar que el tratamiento cumplió con disminuir la sintomatología comprobando la hipótesis de trabajo

del estudio sin embargo para la posibilidad de eliminar y recuperar del todo la funcionalidad en los participantes se sugiere plantear un programa de intervención más extenso que logre hacer un cambio con mayores resultados clínicamente significativos en la población.

### Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*.

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(4), 677.

Baeza, C., Bulbena, A., Fénétrier, C., Gély, M. C. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. En *Revista Psicología y Salud: 21* (2), 227-237. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/234076646\\_Trastornos\\_psicosomaticos\\_y\\_su\\_relacion\\_con\\_alexitimia\\_ansiedad\\_depresion\\_y\\_demanda\\_de\\_ayuda\\_psicologica](https://www.researchgate.net/publication/234076646_Trastornos_psicosomaticos_y_su_relacion_con_alexitimia_ansiedad_depresion_y_demanda_de_ayuda_psicologica)

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2), 109-160.

Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.

Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. *A guide to treatments that work, 2*, 301-336.

Becerra, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez, J. L., Dias, H. (2007). Ansiedad y Miedo: Su valor adaptativo y maladaptaciones. En *Revista Latinoamericana de Psicología:*

39(1), 75-81. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539107>

Beck, A. T. (2013a). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer.

New York, USA. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 235-283.

Beck, A. T., & Rush, A. J. (1978). Cognitive approaches to depression and suicide.

Below, C., Werbart, A., Rehnberg, S. (2008). Experiences of overcoming depression in young adults in psychoanalytic psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 12 (2), 129-147.

Berger, M., Wagner, T. H., & Baker, L. C. (2005). Internet use and stigmatized illness. *Social science & medicine*, 61(8), 1821-1827.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 1-11.

Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Alcaniz, M. & Fabregat, S. (2008). Telepsychology and self-help: the treatment of phobias using the internet. *CyberPsychology and Behavior*, 11(6), 659-664.

Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305.

Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F., & Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *International journal of clinical and health psychology*, 2(3), 533-541.

Cain, D., Seeman, J. (2008). *Humanistic psychotherapies: handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of the traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 33.

Clarke, G., Kelleher, C., Hornbrook, M., Debar, L., Dickerson, J. & Gullion, C. (2009). Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cognitive Behavior Therapy*, 38(4) 222-234.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396. Recuperado de:  
<https://webs.wofford.edu/steinmetzkr/teaching/Psy150/Lecture%20PDFs/PSS.pdf>

Cowen, P. J, & Browning, M. ¿ Qué tiene que ver la serotonina con la depresión?. *WPA*, 158. *world pshychiatry 2015 volumen 13 no. 2*

Consejero, E. M., Garcia, C. R., Ibáñez, C. G., & Ortega, F. H. (2008). Factores psicosociales

relacionados con el abandono temporal académico de estudiantes en la educación superior.

*International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 227-236.).

Cuevas, C. D. L., Arredondo, M. T., Cabrera, M. F., Sulzenbacher, H., & Meise, U. (2006).

Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment. *Telemedicine Journal & e-Health*, 12(3), 341-350.

De Mello, M., Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders.

*European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 255 (2), 75-82. doi:

10.1007/s00406-004-0542-x

Díaz Negrete, B., & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media.

*Revista Panamericana de Salud Pública*, 24, 223-232

**Evans, T. M., Bira, L., & Vanderford, N. L. (2019). Reply to ‘A lack of evidence for six times more anxiety and depression in US graduate students than in the general population’. *Nature biotechnology*, 37(7), 712-713.**

Fresán, M. (2013). Factores que propician el abandono y obstaculizan la culminación de los estudios de posgrado. In *Congresos CLABES*.

Ferro Montero, A. (2016). Revisión narrativa de los tratamientos psicológicos basados en Internet para la depresión.



Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). In Freud, S. (ed.). Obras completas 1976-1979 (Vol. I, pp. 111-132). Buenos Aires: Amorrortu.

García Grau, E., Fusté Escolano, A., & Bados López, A. (2008). Manual de entrenamiento en respiración.

Gil Hernández, Y., Haro Acosta, M. E., Hernández Barba, C., & Quiñones Montelongo, K. A. (2019). Caracterización sociodemográfica de pacientes con invalidez por depresión y trastorno ansioso depresivo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 20(2), 52-56.

Giménez-Garrido, J., Álvarez-González, A., Saul-Calvo, M., Bermudo-Benito, E., Cabanillas-Jado, A., Casado-Naranjo, I., & Ramírez-Moreno, J. M. (2007). Programa piloto de atención a pacientes con migraña a través de un sistema de telemedicina-teleconsulta en la práctica clínica diaria. *Revista de neurología*, 45(2), 73-76.

Gómez, F. J. (2008). *Hacia una aplicación mediante nuevas tecnologías del tratamiento psicoeducativo familiar en Esquizofrenia* (Doctoral dissertation, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA).

González, D. A., Rodríguez, A. R., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244.

**González, R. P., González, M. J. A., & Ramos, I. B. (2018). Género y educación: detección de situaciones de desigualdad de género en contextos educativos. *Contextos educativos: Revista de educación*, (21), 35-51.**

Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Parkin, J. R., Manzo, P. A., Mantle, J. M. & Forman, L. (1998). Self-treatment for obsessive-compulsive disorder using a manual and a computerized telephone interview: a US-UK study. *MD Computing*, 15(3), 149-57.

Greenberg, L., Watson, J. (2008). Emotion focused therapy for depression. Washington, DC: American Psychological Association.

Gutiérrez Rodas, J. A., Montoya Vélez, L. P., Toro Isaza, B. E., Briñón Zapata, M. A., Rosas Restrepo, E., & Salazar Quintero, L. E. (2010a). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P. & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417-422.

Juan, S., Etchebarne, I., Gómez Penedo, M., & Roussos, A. (2011). Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. Recuperado de: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2771>

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.

Kenardy, J., McCafferty, K., & Rosa, V. (2003). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 279-289.

Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., ... & Peters, T. J. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 374(9690), 628-634.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.

Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.

Lange, A., Schrieken, B., Van de Ven, J., Bredeweg, B., Emmelkamp, P., Van der Kolk, J. & Reuvers, A. (2000). Interapy: the effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the internet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28(2), 175-192.

Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. *Research Policy*, 46(4), 868-879.  
Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048733317300422>

Martín, S. R. (2015). Aproximación a la fase metodológica de la investigación en Ciencias de la Salud: diseño de los estudios cuantitativos. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (66), 13-16.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796790901356>

Maheu, M. M. (2003). The online clinical practice management model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 20.

McGuffin, P., & Rivera, M. (2015). The interaction between stress and genetic factors in the etiopathogenesis of depression. *World Psychiatry*, 14(2), 161.

Mena, L. L., & Alvarez, J. C. (2002). Evaluación de factores presentes en el estrés laboral. *Revista de psicología*, 11(1), 149-165.

Merchan, D. A. P., Ramos, M. A. L., Riquero, L. X. B., & Gorotiza, L. B. D. (2019). La depresión y su abordaje desde la terapia cognitiva. *RECIMUNDO*, 3(2), 795-809.

Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., ... & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 41(8), 1751-1761. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128692/>

Moyano, M., Furlan, L., & Piemontesi, S. E. (2011). Análisis factorial exploratorio del inventario de pensamientos automáticos (IPA). In *III Congreso Internacional de Investigación*

*y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

(Muñoz, 2009). Muñoz, P. D. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la psiquiatría al psicoanálisis*. Ediciones Manantial.

Navas, W. Y Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. En *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*: 69, 407-597. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38298>

Noguera Acuña, N. (2018). Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad.

Orozco, M. C. V., Sotelo, K. V., López, C. G., & Trillo, Y. M. A. (2014). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la UACJS: RPCC-UACJS*, 5(1), 36-44. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5925164>

Pérez, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. En *Revista Ciencia*: 54, 16-28. Recuperado de: [https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54\\_2/como\\_produce\\_ansiedad](https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/como_produce_ansiedad)

Plata, L. A. F., López, G. C., Baca, X. D., & de la Rosa Gómez, A. (2014). Psicoterapia vía internet: aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para pacientes con depresión. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 7-15.

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 38(4), 196-205.

Podvin, L. (2011). *Estudio de caso: aplicación de terapia humanista y danza primal en una paciente con trastorno de depresión mayor, duelo y cleptomanía* (Bachelor's thesis, Quito: USFQ).

Rosales Ricardo, Y., & Paneque, F. R. R. (2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345.

Sanz, J., García, M. P., Fortún, M. (2012). El “Inventario de ansiedad de Beck” (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. En *Revista Psicología Conductual*: 20(3), 563-58. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Jesus\\_Sanz4/publication/286536823\\_THE\\_BECK\\_ANXIETY\\_INVENTORY\\_BAI\\_psychometric\\_properties\\_of\\_the\\_Spanish\\_version\\_in\\_patients\\_with\\_psychological\\_disorders/links](https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/286536823_THE_BECK_ANXIETY_INVENTORY_BAI_psychometric_properties_of_the_Spanish_version_in_patients_with_psychological_disorders/links)

Sarudiansky, M. (2013b). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. En *Psicología Iberoamericana*: 21, 19-28. Recuperado de: [http://revistas.iberomx.com/psicologia/articulo\\_detalle.php?id\\_volumen=9&id\\_articulo=104](http://revistas.iberomx.com/psicologia/articulo_detalle.php?id_volumen=9&id_articulo=104)

Secretaría de Gobernación. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015: Diagnóstico general de la salud poblacional [Internet]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LOS\\_MEXICANOS\\_2015\\_S.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf).

Silva, C., Medina, A. H., Cruz, B. E. J., & Alvarado, N. (2016). Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. *Psicología y salud*, 26(2), 253-262.

Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.

Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., & Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(1), 19-37.

Schopp, L. H., Demiris, G., & Glueckauf, R. L. (2006). Rural backwaters or front-runners? Rural telehealth in the vanguard of psychology practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(2), 165–173. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.2.165>

Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current opinion in psychiatry*, 24(1), 18-23.

Torales, J., Arce, A., Riego, V., Chávez, E., Villaba, J., Ruíz, C. (2010b). Psicofarmacología de la ansiedad, práctica clínica actual. En *Revista Tendencias en Medicina*: 46, 79-86.

Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/305318329\\_Practica\\_clinica\\_actual\\_Psicofarmacologia\\_de\\_la\\_ansiedad](https://www.researchgate.net/publication/305318329_Practica_clinica_actual_Psicofarmacologia_de_la_ansiedad) (7)

Ramírez, M. T. G., & Hernández, R. L. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish journal of psychology*, *10*(1), 199-206.

Reyes, N., & Trujillo, P. (2020). Ansiedad, estrés e ira: el impacto del COVID-19 en la salud mental de estudiantes universitarios. *Investigación & desarrollo*, *13*(1), 3-14.

Rodríguez, J. O., Rodríguez, J. A. P., & Alcázar, A. I. R. (2006). Tratamiento multicomponente de un caso de mutismo selectivo. *Terapia psicológica*, *24*(2), 211-219.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524211.pdf>

Treviño, J. R., & Ramírez, M. T. G. (2012). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en psicología*, *16*(26), 26-38.

Vallejo, M. A., & Jordán, C. M. (2007). Psicoterapia a través de Internet, Recursos tecnológicos en la práctica de la psicoterapia. *Boletín de Psicología*, *91*(2), 27-42.

Vázquez Rivera, S., Gómez Magariños, S., & González-Blanch, C. (2010). Efectos en el cerebro de los tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos de ansiedad: una revisión sistemática. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, *38*(4). Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=d6ea9627-2fb8-4660-a8d5->



c59d685bd355%40pdc-v-

sessmgr01&bdata=Jmxhmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=56601762&db=zbh

Vásquez, E. R. P., & Quiroz, F. J. R. (2018). Propiedades psicométricas del Inventario de Pensamientos Automáticos para estudios vinculados a la conducta antisocial y delictiva en estudiantes de secundaria de instituciones educativas del distrito de Comas, 2017. *PSIQUEMAG*, 6(1).

Villarroel Zuazua, A. L., & González Ramírez, M. T. (2017). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1363-138

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN INTERNET EN ESTUDIANTES DE  
DOCTORADO CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

**Objetivo General de la Intervención:** Aplicar un modelo psicoterapéutico breve en línea basado en la Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad y Depresión de Aaron T. Beck en estudiantes de doctorado con síntomas de ansiedad y depresión beneficiarios de una beca CONACyT para doctorado (inscritos en programas del Padrón Nacional de Posgrados de Calidad, becarios inscritos en programas fuera de México, becarios en instituciones privadas).

SESIÓN DIAGNÓSTICO CLÍNICO

**Objetivos Específicos:** \*Establecer una alianza terapéutica con el participante \*Indagar sobre la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión \*Establecer un diagnóstico del cuadro sintomático del participante

Actividades previas a la sesión				Llenado de instrumentos (BAI, BDI, IDARE)			
Fase 1	Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones
Diagnóstico clínico)	Rapport	Encuadre de las sesiones	5 min.	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet, guía de entrevista		Llenado de formato autobiográfico (Historia de vida)	
		Datos generales del participante	5 min.	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet, guía de entrevista			
	Entrevista semiestructurada (IE-10) Entrevista conductual Kanfer y Grim (1977),	Realización de la entrevista	50 min.	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet, guía de entrevista			

---

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN INTERNET EN ESTUDIANTES DE DOCTORADO CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

---

**Objetivo General:** Aplicar un modelo psicoterapéutico breve en línea basado en la Terapia Cognitiva para los Trastornos de Ansiedad y Depresión de Aaron T. Beck en estudiantes de doctorado con síntomas de ansiedad y depresión beneficiarios de una beca CONACyT para doctorado (inscritos en programas del Padrón Nacional de Posgrados de Calidad, becarios inscritos en programas fuera de México, becarios en instituciones privadas).

---

**SESIÓN 1 "PSICOEDUCACIÓN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN" Y "TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL"**

---

**Objetivos Específicos:** Educar al participante sobre la definición de ansiedad y depresión (factores, sintomatología, componente cognitivo). Educar al participante en el modelo cognitivo de Beck, Entrenar a los pacientes en la práctica de respiración controlada para reducir la sobreactivación fisiológica ocasionada por la presencia de ansiedad

---

Actividades previas a la sesión			Revisión de material escrito de apoyo para la sesión de psicoeducación				
Fase 2 (intervención)	Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones
	Psicoeducación Terapia Cognitivo Conductual, Modelo Cognitivo"	Presentación sobre la definición de la icoterapia cognitivo conductual y modelo cognitivo.	15 min.	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet, presentación power point.	Formulario de preguntas sobre contenido de la sesión de psicoeducación	Lectura de material escrito previo a la sesión psicoeducativa	
	Psicoeducación "Ansiedad y Depresión"	Presentación sobre la definición de la ansiedad y depresión (descripción de la evolución del cuadro sintomático, pronóstico, opciones de tratamiento)	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet, presentación power point.	Formulario de 8 preguntas sobre el contenido de la sesión de psicoeducación	Lectura de material escrito previo a la sesión psicoeducativa	
	Entrenamiento en respiración controlada	Presentación con información sobre el entrenamiento de respiración controlada (beneficios, limitaciones y explicación de la práctica)	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.	Formulario de 5 preguntas sobre el contenido de la sesión de entrenamiento en respiración	Práctica diaria de entrenamiento en respiración controlada Llenado de check list de práctica diaria	
		Ejercicio de control de respiración	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
		Evaluación del ejercicio	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			

---

Reestructuración Cognitiva	Explicación sobre el llenado de formato de registro de pensamiento y sensaciones físicas	10 min.	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet, formato de registro.
----------------------------	--	---------	---

Retroalimentación	Sesión de preguntas	10 min.	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.
-------------------	---------------------	---------	--

## SESIÓN 2 "REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA"

**Objetivos Específicos:** Identificar pensamientos automáticos disfuncionales que contribuyen al mantenimiento de la sintomatología ansioso-depresiva Ayudar al participante a reconocer la relación entre las cogniciones, emociones, funciones fisiológicas y conducta, Sustituir sus interpretaciones desadaptativas por interpretaciones adaptativas, Enseñar al participante a identificar y modificar sus creencias centrales que lo predisponen a crear percepciones distorsionadas de las situaciones.

Actividades previas a la sesión				Llenado de instrumentos (BAI, BDI, IDARE)			
Fase 3 de la intervención	Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones
	Entrenamiento en respiración controlada	Evaluación de la práctica de respiración	5 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.	Revisión de check list de práctica	Continuar con la práctica diaria de respiración controlada	
	Formulación de ABC's del participante	Identificación de eventos activadores, pensamientos, creencias y distorsiones acerca de A y Consecuencias fisiológicas, emocionales y conductuales.	40min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Identificación de pensamientos automáticos	Identificación de pensamientos automáticos en el formato de registro, enfatizando la relación de estos con la respuesta emocional, fisiológica y conductual.	35 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.		Continuar con el llenado del formato de registro de pensamientos	

---

**SESIÓN 3 "REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA"**


---

**Objetivos Específicos:** Analizar junto con el participante las evidencias alternativas que refuten sus pensamientos automáticos disfuncionales, Sustituir sus interpretaciones desadaptativas por interpretaciones adaptativas, Enseñar al participante a identificar y modificar sus creencias centrales que lo predisponen a crear percepciones distorsionadas de las situaciones.

---

**Actividades previas a la sesión**


---

Fase 3 de la intervención	Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones
	Formato de registro diario	Revisión del llenado correcto del formato de registro de pensamientos y sensaciones físicas	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			En caso de no haber realizado el llenado del formato de registro de pensamientos, se realizará en esta sesión durante esta primera actividad.
	Método Socrático	Cuestionamiento de pensamientos registrados en el formato de pensamientos	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Descubrimiento guiado	Conocimiento de los problemas generados por los pensamientos distorsionados	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Preguntar vs Anunciar/Ilustrar	Cuestionamiento de pensamientos registrados en el formato de pensamientos y estimulación al participante a generar sus propios pensamientos alternativos basados en evidencia objetiva.	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.		Continuar con el llenado del formato de registro de pensamientos	

---

Comparación de predicciones	Realizar una serie de predicciones específicas para la siguiente semana y realizar un seguimiento de los resultados	5 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.
-----------------------------	---	-------	--

Formato de registro diario	Explicación sobre el llenado de la casilla "Pensamiento alternativo"	5 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.
----------------------------	--	-------	--

#### SESIÓN 4 "REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA"

**Objetivos Específicos:** Analizar junto con el participante las evidencias alternativas que refuten sus pensamientos automáticos disfuncionales, Sustituir sus interpretaciones desadaptativas por interpretaciones adaptativas, Enseñar al participante a identificar y modificar sus creencias centrales que lo predisponen a crear percepciones distorsionadas de las situaciones.

Actividades previas a la sesión				Llenado de instrumentos (BAI, BDI, IDARE)			
Fase 3 de la intervención	Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones
	Formato de registro diario	Revisión y retroalimentación del llenado correcto del formato de registro de pensamientos y sensaciones físicas, explicación del llenado de la casilla "pensamiento alternativo".	5 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.		Continuar con el llenado del formato de registro de pensamientos incorporando los pensamientos alternativos.	En caso de no haber realizado el llenado del formato de registro de pensamientos, se realizará en esta sesión durante esta primera actividad.
	Negación de los problemas	Realizar una lista de por qué una situación no es un problema, en lugar de enlistar porque sí lo es	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Reatribución	Poner a consideración otras causas de una situación, imputarle parte de la responsabilidad a esas causas	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Luchar contra la sobregeneralización	Debatir sobre situaciones en las que el participante hace sobregeneralizaciones	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			

Recatastrofización	batir sobre lo catastrófico que pueden ser las situaciones que el participante cataloga como tragedias o catástrofes.	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.	
Comparación de predicciones	Revisión y retroalimentación del ejercicio de comparación de predicciones	5 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.	Observar si las predicciones se concretaron

### SESIÓN 5 "REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA"

**Objetivos Específicos:** Monitorear el análisis del participante con respecto a las evidencias alternativas que refuten sus pensamientos automáticos disfuncionales, sustitución de sus interpretaciones desadaptativas por interpretaciones adaptativas, identificación y modificación de sus creencias centrales que lo predisponen a crear percepciones distorsionadas de las situaciones.

#### Actividades previas a la sesión

Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones	
Fase 3 de la intervención	Formato de registro diario	Revisión y retroalimentación del llenado correcto del formato de registro de pensamientos y sensaciones físicas, explicación del llenado de la casilla "pensamiento alternativo".	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.		Continuar con el llenado del formato de registro de pensamientos incorporando los pensamientos alternativos.	En caso de no haber realizado el llenado del formato de registro de pensamientos, se realizará en sesión durante esta primera actividad.
Método Socrático	Cuestionamiento de pensamientos registrados en el formato de pensamientos	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.				
Descubrimiento guiado	Conocimiento de los problemas generados por los pensamientos distorsionados	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.				

Preguntar vs Anunciar/Ilustrar	Cuestionamiento de pensamientos registrados en el formato de pensamientos y estimulación al participante a generar sus propios pensamientos alternativos basados en evidencia objetiva.	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.	Continuar con el llenado del formato de registro de pensamientos
-----------------------------------	---	--------	--	--

### SESIÓN 6 "REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA"

**Objetivos Específicos:** Supervisar que el participante pueda realizar por sí solo el análisis con respecto a las evidencias alternativas que refuten sus pensamientos automáticos disfuncionales, sustitución de sus interpretaciones desadaptativas por interpretaciones adaptativas, identificación y modificación de sus creencias centrales que lo predisponen a crear percepciones distorsionadas de las situaciones.

Actividades previas a la sesión				Llenado de instrumentos (BAI, BDI, IDARE)			
Fase 3 de la intervención	Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones
	Formato de registro diario	Revisión y retroalimentación del llenado correcto del formato de registro de pensamientos y sensaciones físicas, explicación del llenado de la casilla "pensamiento alternativo".	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.		Continuar con el llenado del formato de registro de pensamientos incorporando los pensamientos alternativos.	En caso de no haber realizado el llenado del formato de registro de pensamientos, se realizará en esta sesión durante esta primera actividad.
	Método Socrático	Ejercicio sobre una situación general y una personal	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Descubrimiento guiado	Ejercicio sobre una situación general y una personal	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Preguntar vs Anunciar/Ilustrar	Ejercicio sobre una situación general y una personal	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			



---

**SESIÓN 7 "PREVENCIÓN DE RECAÍDAS"**


---

**Objetivos Específicos:** Educar al participante en la prevención de recaídas Brindar herramientas para la identificación de síntomas iniciales Brindar alternativas para abordar el inicio de los síntomas.

---

Fase 3 de la intervención	Actividades previas a la sesión			Llenado de instrumento de distorsiones cognitivas, BAI, BDI e IDARE			
	Técnica	Actividades	Duración	Material	Forma de evaluación	Tareas asignadas al participante	Observaciones
	Psicoeducación sobre la prevención de recaídas	Presentación sobre la susceptibilidad a la reaparición de síntomas	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.	Formulario de 5 preguntas sobre el tema "Prevención de recaídas"		
		Identificación de síntomas iniciales de ansiedad y depresión	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
		Exposición de alternativas en caso de recaída	10 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Evaluación de percepción de beneficio/iatrogenia del tratamiento	Llenado de cuestionario de percepción de beneficio/iatrogenia	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			
	Cierre	Resolución de preguntas y retroalimentación.	15 min	Equipo de cómputo, cámara web, micrófono, conexión a internet.			

---

## A. Informe de Resultados primera fase



Proyecto de investigación: Sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantes de doctorado.

### INFORME DE EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

El presente informe está basado en la información proporcionada por el participante de acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación de los instrumentos de sintomatología de ansiedad y depresión.

Nombre: [REDACTED]

Edad: 35 Sexo: Hombre

#### Resultados de la valoración

ANSIEDAD	DEPRESIÓN
<p>Conforme a la evaluación realizada a través de los instrumentos psicológicos que contestó; usted presenta síntomas clínicos de ansiedad por encima del rango deseable, probablemente se encuentre experimentando de forma ocasional estas manifestaciones de ansiedad e interfieran en cierto grado con sus actividades en diferentes ámbitos de su vida. La sintomatología de ansiedad puede manifestarse de forma física con síntomas como dolores frecuentes de cabeza, sensación de falta de aire, mareo, aumento de la frecuencia cardíaca.</p>	<p>Conforme a la evaluación realizada a través de los instrumentos psicológicos que contestó; usted presenta síntomas clínicos de depresión por encima del rango deseable, probablemente se encuentre experimentando de forma ocasional estas manifestaciones de depresión (aislamiento social, pérdida de interés en cosas que antes le gustaban, tristeza, desánimo, desesperanza) que pueden estar interfiriendo en cierto grado en sus actividades cotidianas en diferentes ámbitos de su vida.</p>

#### Observaciones

Usted presenta resultados por encima del rango deseable por lo que se le recomienda poner atención al curso de sus síntomas y como estos pueden incidir en sus actividades cotidianas.

#### Recomendaciones

Se le recomienda buscar atención psicológica para el abordaje de sus síntomas y evitar que estos se mantengan e intensifiquen ocasionando dificultades en diferentes ámbitos de su vida, así mismo se le extiende una invitación para participar en la segunda fase de esta investigación denominada "Intervención Cognitivo-Conductual en estudiantes de doctorado con Ansiedad y Depresión".

#### Responsable de la investigación

Psic. Abril Araceli Carrillo Garduño  
Estudiante del programa de Maestría en psicología

Co-responsable  
Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail  
Profesora de tiempo completo  
Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM).



## B. Consentimiento informado primera fase

# Evaluación de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantes de doctorado. ✕ ⋮

Estimado participante, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicar el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de llenado de instrumentos psicológicos que tomará aproximadamente de 15 a 20 minutos. El objetivo de la presente investigación es determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes de doctorado beneficiados de una beca CONACyT.

1. Toda la información concerniente a los instrumentos psicológicos que está por contestar, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente.

2. Las decisiones sobre la realización y el llenado de los instrumentos psicológicos para su evaluación son tomadas por usted. El llenado de los instrumentos y/o pruebas requieren de su colaboración y compromiso para realizarlo con atención y contestando de la forma más honesta posible con información personal, los datos obtenidos serán analizados exclusivamente para fines académicos.

3. El llenado de este formulario no representa ningún riesgo para usted o su salud, a manera de beneficio se realizará una devolución que contiene un breve informe sobre la presencia de sintomatología leve, moderada o severa de ansiedad y/o depresión, así como las recomendaciones pertinentes y una invitación a participar en la segunda fase de la investigación que consiste en una intervención cognitivo conductual.

Si tiene cualquier duda puede consultarlas con la Psic. Abril Araceli Carrillo Garduño en el correo electrónico [abril.carrillo@uaem.edu.mx](mailto:abril.carrillo@uaem.edu.mx)

Responsable del proyecto: Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Co-responsable: Psic. Abril Araceli Carrillo Garduño

Facultad de Psicología



Universidad Autónoma del Estado de Morelos

3. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Si está de acuerdo en participar en la presente investigación, al marcar la opción "Sí manifiesto mi consentimiento" en este reactivo; manifiesta su aceptación en la participación en la fase de EVALUACIÓN, que constará del llenado de información de contacto, información sociodemográfica, información médico-psicológica, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Inventario de Depresión, Inventario de Pensamientos Automáticos y reactivos concernientes al posible estrés que causa el estudio de un doctorado, lo anterior forma parte del proyecto de investigación titulado "Intervención Cognitivo Conductual en línea en estudiantes de doctorado con síntomas de ansiedad y depresión", también manifiesta que ha leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepta su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accede a lo anteriormente mencionado. \*

Sí manifiesto mi conocimiento

### C. Consentimiento informado segunda fase

#### INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN LÍNEA PARA ESTUDIANTES DE DOCTORADO CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

 <p>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS</p>  <p>INSTITUTO DE PSICOLOGÍA</p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> Participantes Intervención</p>
<p><b>FECHA:</b></p>	<p><b>FOLIO: 241</b></p>

Estimado participante, por favor lea atentamente el siguiente documento que tiene como objetivo explicar el uso y confidencialidad de sus datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de intervención psicológica. Si tiene cualquier duda consúltelas con la Psic. Abril Araceli Carrillo Garduño

1. **USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS** Toda la información concerniente a su diagnóstico y tratamiento, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, son confidenciales y no serán divulgadas ni entregadas a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso, excepto cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial competente.

2. **DIAGNÓSTICO Y MODELO PSICOTERAPÉUTICO** El diagnóstico a realizar se llevará a cabo con el pleno consentimiento del participante y siempre conduciéndose de manera respetuosa y dando prioridad a la comodidad del participante, el tratamiento que se le brindará fue diseñado con base en un modelo psicológico empíricamente validado, que en unos casos funciona mejor que en otros.

3. **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO** Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por la psicóloga para la evaluación y el tratamiento de la problemática abordada, son tomadas por usted. El proceso de atención psicológica requiere de su compromiso de asistencia, puntualidad y participación y además de su colaboración en con el llenado de una serie de documentos y/o pruebas, con información personal que será utilizada por la profesional para la evaluación y tratamiento.

4. **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO** Yo, MAYR [REDACTED], manifiesto: 1) Mi aceptación en el proceso de participación en la evaluación y tratamiento psicológico de la psicóloga Abril Araceli Carrillo Garduño estudiante del programa de Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos como parte del proyecto "Intervención Cognitivo Conductual en línea en estudiantes de doctorado con síntomas de ansiedad y depresión" que me ha sido explicado las condiciones generales y que la psicóloga ha aclarado mis dudas. 2) Que la información que le brindo a la psicóloga es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se plantean las propuestas de intervención. 3) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

[REDACTED]

Firma del participante

## E Inventario de Ansiedad de Beck

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales.  
 Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado o que se le va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de bloqueo				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores fríos o calientes				

## F. Inventario de Depresión de Beck

*Instrucciones:* A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

### 1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

### 2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

### 3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

### 4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

### 5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

### 6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

### 7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

- 
- 8  No he perdido el interés por los demás  
 Estoy menos interesado en los demás que antes  
 He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos  
 He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- 
- 9  Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes  
 Trato de no tener que tomar decisiones  
 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones  
 Ya no puedo tomar decisiones
- 
- 10  No creo que mi aspecto haya empeorado  
 Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo  
 Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo  
 Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 
- 11  Puedo trabajar igual de bien que antes  
 Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo  
 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa  
 No puedo realizar ningún trabajo
- 
- 12  No me canso más que antes  
 Me canso más fácilmente que antes  
 Me canso por cualquier cosa  
 Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 
- 13  Mi apetito no es peor de lo normal  
 Mi apetito no es tan bueno como antes  
 Mi apetito es ahora mucho peor  
 He perdido el apetito

Cuernavaca Mor., a 20 de febrero de 2023  
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ,  
COORDINADORA ACADÉMICA  
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA.  
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: "*Intervención cognitivo conductual en línea en estudiantes de doctorado con síntomas de ansiedad y depresión*", trabajo que presenta la C. "**Abril Araceli Carrillo Garduño**" quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail	X		
Dra. Alisma Monroy Castillo	X		
Mtra. Quetzal Natalia Galán López	X		
Mtra. Iliana Murguía Álvarez Rubio	X		
Dr. Luis Pérez Álvarez	X		

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).



Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

#### Sello electrónico

**LUZ XIMENA RAMIREZ BASSAIL** | Fecha:2023-02-28 12:37:35 | Firmante

qpj2QsR479+dUEztcmYTamyaJYSVFDN1HDPH7mdPL+PL9v8UpV310Uvryy220lvQ4QzQJFijlH4k3frR6GALaNZVQIEZaHv/cKz43f0xMCUEyhMPLCjdRE9IR0ksV/52wGAR5e  
gZ4sMGNzTdIT2aZAzd64f+zu9V1e0Z3khL4UHgCOqJx09dJpaFe+LmW8m8mK8anLU7dTbkiduX3DLraygo codrv8Eh5CzmNxYsJAGcjzC+vs+ocz7vOFABrRTXs5qjE5P1q9gk  
4c+bfGJuE8vA2uMD6K97iqjLE5hQz2HmopIBUYcjcxhWQxLByzar2bVQDQJw==

**ILIANA MURGUIA ALVAREZ RUBIO** | Fecha:2023-02-28 12:43:57 | Firmante

162yiZQ+FuY98y0x1NOCQdONZ5yR7Yj16+HsBDyHREeQmefJH1uAld9aID45BRDCPGMvGZFYDwLEeDQAZWOCGimqLLftr6FXWQH7qa01307d+KbwCF9WITT3RC7c/  
QP0fnDgCMezv1aZSvdgnjYcohd80y4mQferCefWtixB80wyfXsndYMcJZyJ8qUCp94xx5Azm5z+lhYsP9PELddeKRkW65BWYqv8EpmJU0rJDwZ4P8Ycu+tkax1QFpOBHjtkNt  
qv9tyUsKFM8Lh6ArBQB8Q53deW3BnMjP8YAs4JmA24EVXXYJbCN8CIUeFvHPkq2Lc2ce==

**LUIS PEREZ ALVAREZ** | Fecha:2023-02-28 14:23:50 | Firmante

YwfUz2jSzXE/NW1wczu9rFsLUKEYwL6Jx18AObXM3rFJ9hYUpooQaASQejAhmd8LvrPhP7dw1PGvleHhQefXgvzJ3Dysh8mFGQHlvBu80vW65W4CNgtvO3gH8QYFGP0v  
ZTeQwJDpypggnJdEF5EBEA0W8WQQ9Q10XybQUm8QhQ65FD2+Btjg3In0U1VC620kT8tRdyGBr5OaDdJg1ukZ80gg/AFF0h4HFQaALkIP7vblDKOiqJGWZnJLcW2/IA08aAa  
pJOPmV0sJbJELhgUPR+cVHWPtHexUBjzCMU0c4WM6RxyP8zgpXmZ0ahOHBY1y8mwxUNxRA==

**ALISMA MONROY CASTILLO** | Fecha:2023-03-01 09:16:11 | Firmante

aeAeVMuHbQPfYC+rFIUthJBGGQVE42/T0YU+OYUllzVxvVtsTCWVQ0uKJLUJq2260dN0R4TnvtbLJBRv7TlyodzJp8pK2lyRrar6oda1+T1zGFFvK8G0XDEpHLGq7Hh+8uN  
1404qCMx0BW1HTs0YecUjyxQe6UmqFmVjpbvryYp8e0Sv8eS1IPUacVytmR5/3ISr2aG7ouS8AofLMSFaMNmQ9gLVedAoxHpeYVsUW6ap2yvsHDBHPCNw+UAY5B8OeGzlj  
zWddlc38TCBQhKgbH65UceRWh3dCzo+J0cINTxLNSgaedUB+6oZlewfWYTy/gm==

**QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ** | Fecha:2023-03-01 16:33:10 | Firmante

CSrVuE8TtoGARr8EDgCw6rGc8ov+T288cPbnLqQ0DCJH8N0hDXj02uJSNC37vUK1XrX061lgka4KbTzsj5mEGxSXPFr86aV0AZg3E/cvzpUjvuAYCQD0WrxoNlvUx0/HKfYbqAf  
/D3+z85Xso2Sa58PRwFbNjMZAaa7EBYZaAyoEywvV1M9IQhchMWR/UUw4RtGUlp6WEgXL6Nz0MUJadotpcP8D6Qa8EGE3YEvanmwq8SFvrfYRrxqj8+7LW9LbyilCruakf/  
Tc2FWC0d1MGErGouhSCPxah6K7AwHkGwFaXgXkJHDH35RkRITNBEPvZz7YHwUBA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o  
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[Mer7DO9ix](#)

<https://efirma.uaem.mx/NoRepublica/JVQDXW0gx5jpIS4TQyKUhsRgMV1ta>