



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

**“Terapia de Activación Conductual para la reducción de la
depresión y ansiedad en estudiantes de medicina”**

Tesis para obtener el grado de
Maestro en Psicología

Juan Manuel Cruz López

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Directora

Dra. Priscila Montañez Alvarado

Codirector

Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 9 de septiembre de 2022



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Maestría en Psicología

**“Terapia de Activación Conductual mediante telepsicología para la
reducción de la depresión y la ansiedad en estudiantes de medicina”**

Tesis para obtener el grado de
Maestro en Psicología

Juan Manuel Cruz López

Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Directora

Dra. Priscila Montañez Alvarado

Codirector

Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez

Sínodo

Dr. Oscar Armando Esparza Del Villar – Presidente del Sínodo

Dra. Leticia Ríos Velasco Moreno – Secretaria del Sínodo

Dra. Gloria Margarita Gurrola Peña – Primer Vocal del Sínodo

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 9 de septiembre de 2022

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a todas y todos los estudiantes de medicina que aportaron de su valioso tiempo para hacer este estudio posible que espero y pueda ser de gran ayuda para futuras investigaciones. De mismo modo, incluyo en esta dedicatoria a los maestros que me guiaron con su sabiduría, paciencia y entrega a lo largo de este camino dejándome no sólo con enseñanzas de la materia, pero también de vida: Dra. Priscila Montañez Alvarado, Dr. Oscar Armando Esparza del Villar, Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez, Dr. Mario Astorga Olivares y hasta el cielo al Mtro. Edwin Carvajal.

Agradecimientos

Podría escribir otra tesis con la lista de personas a agradecer y que fueron fundamentales para mí durante este increíble camino. Primero quiero agradecer a mis amigos que sin nuestras reuniones de catarsis no hubiera podido terminar este posgrado y que, gracias a su ejemplo, me motivan a ser un mejor psicólogo: Ingrid, Enrique, Yael. Segundo, agradecer a mi familia: mi madre, padre y hermanos, por estar al pendiente de mí a todas horas y brindarme ese abrazo, chiste o albur que me recordaba que el estrés era pasajero y que siempre vendrán días mejores. Por último, agradecer a mi pareja Karla Sofía, quien durante este posgrado pasó de ser mi novia, a mi prometida, a mi esposa. No tengo palabras para expresar lo importante que fuiste en este proceso. Todas las desveladas, desmañanadas donde me acompañabas hasta que terminara todo el trabajo a entregar. Tú, quien me abrazaste cuando más quería darme por vencido en este camino que fue más difícil de lo que me hubiera imaginado. Gracias por ser mi mejor amiga, mi compañera de vida, este título también es tuyo, porque, aunque tu humildad no te lo permita admitir, eres una excelente psicóloga.

Índice de contenido

Introducción	5
Planteamiento del problema	7
Justificación de la investigación.....	12
Objetivos de la investigación	14
Objetivo General	14
Objetivos específicos.....	14
Hipótesis del estudio	14
Marco Teórico	15
Depresión	15
Ansiedad.....	18
Modelos terapéuticos para la depresión	21
Tríada cognitiva de la depresión y ansiedad de Beck.....	21
Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).....	25
Teoría del A-B-C de la perturbación emocional	26
Tratamiento conductual de la depresión unipolar.....	26
Modelo de Activación Conductual.....	28
Terapia de Activación Conductual para la Depresión	30
Método	33
Diseño.....	33
Participantes	34
Consideraciones éticas	36
Instrumentos	36
Operacionalización de las variables	39
Procedimiento.....	40

Estrategias de intervención del TACD 42

Resultados47

Discusión.....50

Referencias52

Anexos.....58

Índice de tablas y figuras

Tabla 1.....	16
Tabla 2.....	18
Tabla 3.....	19
Figura 1.	22
Tabla 4.....	23
Tabla 5.....	23
Tabla 6.....	24
Figura 2	28
Figura 3	32
Tabla 7.....	35
Tabla 8.....	39
Figura 4	40
Tabla 9.....	42
Tabla 10.....	46
Tabla 11.....	48
Tabla 12.....	48
Tabla 13.....	49

Resumen

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 llevó a los estudiantes de todos los niveles a sus continuar con su educación en una modalidad virtual, planteando una problemática para los estudiantes los estudiantes de medicina, quienes dependen del contacto humano para su desarrollo académico adecuado. Como consecuencia se incrementó el estrés en esta población, por lo que se vio la necesidad de hacer un evaluación e intervención sobre los niveles de depresión y ansiedad de los estudiantes de medicina en Ciudad Juárez. El diseño del estudio es cuasi experimental sin grupo control, contrastando los resultados antes y después llevada a cabo la intervención. El objetivo del estudio es determinar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión aplicada de manera virtual para disminuir niveles de depresión y ansiedad en una muestra de estudiantes de medicina de Ciudad Juárez. Los instrumentos utilizados para la evaluación pretest y postest fueron el Inventario de Depresión de Beck II y el Inventario de Ansiedad de Beck, agregando la Escala de Ideación Suicida de Beck como filtro de criterio de exclusión. La intervención de diez sesiones del modelo TACD aplicada en estudiantes de medicina dio como resultado una disminución estadísticamente significativa en las variables depresión y ansiedad. No obstante, debido al número reducido de la muestra, no se pueden generalizar los resultados puesto que se recomienda que para futuras ocasiones se aplique con un tamaño representativo de la población, así como agregar un grupo control para comparar la efectividad del modelo TACD.

Palabras clave: Terapia de Activación Conductual, telepsicología, depresión, ansiedad, estudiantes de medicina.

Abstract

The pandemic caused by SARS-CoV-2 led students of all levels to continue their education in a virtual modality, posing a problem for medical students, who depend on human contact for their adequate academic development. As a consequence, stress increased in this population, which is why it was necessary to carry out an evaluation and intervention on the levels of depression and anxiety of medical students in Ciudad Juárez. The study design is quasi-experimental without a control group, contrasting the results before and after the intervention was carried out. The objective of the study is to determine the efficacy of Behavioral Activation Therapy for Depression applied online to reduce levels of depression and anxiety in a sample of medical students from Ciudad Juárez. The instruments used for the pre-test and post-test evaluation were the Beck Depression Inventory II and the Beck Anxiety Inventory, adding the Beck Suicidal Ideation Scale as an exclusion criteria filter. The intervention of ten sessions of the BATD model applied to eight medical students resulted in a statistically significant decrease in the depression and anxiety variables. However, due to the small number of the sample, the results cannot be generalized since it is recommended that for future occasions it be applied with a representative size of the population, as well as adding a control group to compare the effectiveness of the BATD model.

Key words: Behavioral activation therapy, depression, anxiety, telepsychology, medicine students.

Introducción

La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, tomó a los sistemas de salud pública del mundo por sorpresa, trayendo consigo un gran número de cambios en la vida cotidiana de la mayor parte de la población mundial. En el caso de México, el gobierno implementó una cuarentena el 23 de marzo del año 2020 como medida para prevenir el aumento de contagios restringiendo los aforos en negocios y restaurantes, cancelando actividades no esenciales dejando al sector salud como prioridad número uno. La cuarentena entró en efecto en todo el mundo desencadenando nuevas problemáticas en la economía, educación, seguridad pública y bienestar en la población. Debido a la rapidez con la que se han llevado a cabo los cambios en el contexto social de los mexicanos, es probable que se presenten repercusiones a corto, mediano y largo plazo en la salud mental de la población.

Como resultado de las restricciones, el sector educativo se vio obligado a adaptarse de modalidad presencial a vía remota, transformando hogares en aulas de clase, imponiendo un nuevo reto para padres, alumnos y docentes. No obstante, a nivel universitario, la situación es diferente puesto a que múltiples programas dependen de la práctica en campo para su óptimo desarrollo académico en estudiantes cursando los últimos semestres de sus respectivos programas. Una de las carreras con mayor afectación ha sido el programa de medicina, debido a que su práctica involucra estar en hospitales, clínicas y centros de salud cara a cara con pacientes lo cual durante la pandemia por SARS-CoV-2 se ha visto frustrado.

Debido a los cambios suscitados por la pandemia, la intervención se enfocó en la población de estudiantes inscritos al programa de medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Existe amplia evidencia de la carga académica que tienen los estudiantes de medicina y el impacto en su salud mental, especialmente durante una situación nunca vista por la población tal como la pandemia por SARS-CoV-2, lo que podría evolucionar a un trastorno depresivo o de ansiedad.

Por lo general, a los estudiantes de medicina se les pide un rendimiento académico elevado, lo cual pudiera contribuir a un incremento de sus niveles de estrés que, al ser una situación nunca vista por la población, podría evolucionar a un trastorno depresivo o de ansiedad.

Planteamiento del problema

El programa de intervención se aplicó en estudiantes de medicina de Ciudad Juárez con el objetivo de medir y disminuir la sintomatología de los trastornos depresivos y de ansiedad por medio del programa basado en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión. La variable dependiente fue la sintomatología del trastorno depresivo mayor y la sintomatología de ansiedad. En la actualidad, la depresión es un problema grave afectando directamente al desarrollo social, siendo la segunda causa de discapacidad laboral en el mundo, afectando la calidad de vida de las personas que padecen dicho trastorno, además de poder causar muertes por suicidio (Ritschel et al. 2016).

Por su parte, Agudelo, et al. (2007), reportan que padecer un trastorno de ansiedad se constituye en un importante factor de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo mayor en el futuro. Así mismo, contribuye a un incremento de síntomas relacionados con el sistema nervioso como problemas de memoria o dificultad para tomar decisiones (Torres y Baillés, 2015). Otros problemas médicos asociados con la depresión incluyen problemas cardiacos, dolores crónicos, diabetes tipo 2, uso de sustancias, fatiga y desnutrición (Lejuez et al., 2010). No obstante, la exposición prolongada ante una situación estresante podría detonar problemas fisiológicos tales

como: síntomas digestivos como dolor de estómago, diarrea o estreñimiento, problemas dermatológicos como dermatitis, alopecia areata o prurito psicógeno (Torres y Baillés, 2015).

Al respecto, en España, se realizó un estudio con el objetivo de conocer la relación entre la práctica de ejercicio físico y la ansiedad y la depresión. Sin embargo, en esta ocasión la muestra fue exclusivamente mujeres universitarias sin especificidad de carrera. Por su parte, Olmedilla et al. en el 2010, administraron un cuestionario de ansiedad, uno de depresión y uno sobre actividad física y variables sociodemográficas a 371 mujeres universitarias. Como resultados, las mujeres que sí practicaban actividad física presentaron una media de ansiedad (1.15, DE= 5.84) menores que las que no practican actividad física (2.42, DE= 6.89), aunque estas diferencias no son significativas ($p = 0.179$). De igual manera, las mujeres que practicaban actividad física presentaron una media (6.42, DE= 1.98) menores que las que no practicaban actividad física (7.56, DE= 5.77) con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (Olmedilla, et al., 2010).

Por otro lado, en la Universidad de Belgrado, Miletic et al., en el 2014, realizaron un estudio para identificar factores de riesgo demográficos asociados con depresión y suicidio entre estudiantes de medicina en Serbia y determinar la prevalencia de síntomas de depresión e intentos de suicidio en la población estudiantil. Por medio de un estudio transversal con una muestra de 1,296 estudiantes de la Escuela de Medicina se les aplicó la batería de instrumentos compuesta por Patient Health Questionare (PHQ-9), Cuestionario de Comportamientos Suicidas y una encuesta sociodemográfica. Síntomas de depresión se asociaron con el promedio académico, la edad, relación amorosa y el género. El historial reportado de intentos de suicidio se asoció con puntajes altos de depresión, promedio académico, situación de la relación, el género, la historia de las enfermedades mentales y consumo de drogas clasificando a la población de estudiantes de medicina de Belgrado como población en riesgo.

De acuerdo con Rohde et al. (2013) los episodios de depresión mayor pueden presentarse alrededor de los 14 a los 24 años, siendo el suicidio la tercera causa principal de muertes tanto en niños, como adolescentes de 10 a 24 años en Estados Unidos (Ritschel et al. 2016), por lo que se considera importante desarrollar intervenciones que ayuden a combatir los síntomas depresivos.

Se ha encontrado que, la depresión en estudiantes de medicina es una problemática a nivel mundial, por lo que se han realizado múltiples estudios abordando diversos métodos tanto descriptivos como de intervención. En este sentido, Amarilla, et al. (2018), llevaron a cabo un estudio en la Universidad Autónoma de Asunción en Paraguay, donde tenían como objetivo determinar la frecuencia de ideación suicida en estudiantes de medicina. Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck, adaptada al español por la Universidad Complutense de Madrid, con una muestra de 288 estudiantes de medicina. Se encontró que la frecuencia de ideación suicida en la población en general fue de 54.9%. La mayoría de los pensamientos/comportamientos suicidas se presentaron de forma ocasional, rara (62.02%) y por períodos breves y pasajeros (81.6%). La razón más frecuente del proyecto de intento suicida fue la de escapar, acabar y resolver problemas (87.34%). Estos mismos autores reportaron que el factor detonante de la ideación como intento de suicidio fue la dinámica familiar del estudiante, puesto a que reportaban sentir la presión por buenas calificaciones además de violencia psicológica como física.

De igual manera, Pinzón-Amado et al. (2014) condujeron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de vida y factores asociados con la ideación e intentos suicidas en una muestra de estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. Así mismo, por medio de un estudio observacional analítico de corte transversal en una muestra no probabilística de estudiantes

de medicina, se encontró que las variables asociadas con la ideación suicida en el modelo de regresión logística fueron: síntomas depresivos clínicamente significativos, historia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, y percepción del regular o mal rendimiento académico durante el último año (Pinzón-Amado et al. 2014).

Con la intención de medir niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de diversos programas en la universidad Lima Metropolitana en Perú, Riveros et al. (2007) llevaron a cabo una investigación descriptiva, utilizaron una muestra representativa de 500 estudiantes distribuidos por género y por bloque académico, aplicando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se encontró que las variables demográficas mostraban una modesta influencia en las puntuaciones del HADS (Riveros et al., 2007).

En Colombia, Arrieta-Vergara et al. (2014) realizaron una investigación con el objetivo de estimar la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos con factores sociodemográficos, académicos, conductuales y familiares entre estudiantes universitarios en Cartagena. Por medio de un estudio transversal con una muestra de 973 estudiantes universitarios, utilizando dentro de la batería de pruebas el Cuestionario de Cribado para Ansiedad y Depresión, el Cuestionario Goldberg (E.A.D.G), el APGAR Familiar para determinar la función familiar y otras preguntas que indagaban por factores asociados. Los datos fueron analizados a partir de frecuencias y proporciones, razones de disparidad y regresión logística (Arrieta-Vergara et al., 2014). Encontraron factores asociados con sintomatología de ansiedad como: dificultad económica, problemas familiares y consumo de alcohol. También, los relacionados con sintomatología depresiva leve y moderada fueron: problemas familiares, dificultad económica y antecedentes familiares de trastorno de ansiedad o depresión. La sintomatología de ansiedad y depresión

combinada fue alta en los universitarios, siendo las dificultades económicas y los problemas familiares los factores que más intervinieron para su aparición (Arrieta-Vergara et al., 2014).

En cuanto a México, también se han realizado diversos estudios sobre la depresión en de estudiantes de medicina tanto de pregrado como de especialidad donde al igual que las investigaciones previamente mencionadas, no se ha encontrado resultados prometedores en cuanto a la salud mental del médico en formación. En este sentido, en un estudio llevado a cabo en Tepic, Nayarit, donde participaron 71 estudiantes de 6 especialidades médicas pertenecientes al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” en el cual se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión (Aguirre- et al., 2011). se demostró la prevalencia alta de la ansiedad y la depresión de médicos residentes en comparación con la población en general y los residentes de otras instituciones de salud. Así mismo, se demostró que dichos trastornos del estado del ánimo son un problema de salud pública que incide en el proceso educativo de formación de residentes médicos (Aguirre- et al., 2011).

En el año 2014, se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 6 de Puebla, México, con el objetivo de identificar la presencia de ansiedad y/o depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar (Mascarúa, et al., 2014). Se evaluó la ansiedad utilizando la Escala de Ansiedad de Hamilton, y la depresión con el Inventario de Depresión de de Beck. Se encontró que, de los 56 residentes evaluados, 9 reportaron ansiedad leve y 11 casos de depresión leve (Mascarúa, et al., 2014). Además, se demostró predominio de residentes que no presentaron algún grado de ansiedad/depresión y los que sí mostraron estos síntomas, fueron de ansiedad y depresión leves. Estos investigadores llegaron a la conclusión de que un médico insatisfecho o desgastado otorga una atención médica limitada y distante (Mascarúa et al., 2014).

Por otro lado, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia que hace referencia a 30 días de la depresión en médicos residentes que se encuentren realizando la especialidad médica en el Hospital General de Xoco, Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” y el Hospital General “Dr. Enrique Cabrera Cossío”. Se aplicaron cuestionarios como el Self Reporting Questionare (SRQ) para medir dichas variables (López y Saldaña, 2014). Se estudiaron a 119 médicos residentes de múltiples especialidades encontrando una prevalencia de 7.56 por cada 100 médicos especialistas con probables casos de episodio depresivo grave, 27 de cada 100 con episodio depresivo moderado y 64 de cada 100 estudiantes con episodio depresivo leve, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino (López y Saldaña, 2014).

Por su parte, Denis-Rodríguez, et al. (2017), condujeron un estudio con el objetivo de realizar una revisión de los pasos que se han tomado para constituir la ideación suicida y suicidio consumado en estudiantes de medicina. La metodología electa para llevar a cabo el estudio fue una investigación documental de tipo metaanálisis. Por un lado, los autores concluyeron que el suicidio es un problema de salud pública, responsable de más de 800,000 muertes anuales en todo el mundo y es la segunda causa de muerte en individuos de entre 15 y 29 años (Denis-Rodríguez et al., 2017). Por otro lado, los autores reportan que la prevalencia media de la ideación suicida en América Latina es del 13.85% por debajo de Europa y Estados Unidos. En México, la prevalencia media observada es del 8.76% aunque este valor no es fiable ya que es el producto de 3 estudios en los que la metodología utilizada era diferente y en dos de ellos se incluyeron residentes médicos en lugar de estudiantes de pregrado (Denis-Rodríguez et al., 2017).

Justificación de la investigación

Conocer el estado actual de la salud mental de los médicos en formación podría considerarse esencial para el futuro del sector salud mexicano. Se han realizado estudios,

previamente mencionados en el presente documento, sin embargo, los efectos provocados por la pandemia sobre los estudiantes próximos a egresar como médicos aún son desconocidos. Por ende, se consideró necesario medir e intervenir sobre las condiciones actuales de la salud mental de la población como medida de prevención de consecuencias biopsicosociales de los individuos a corto, mediano y largo plazo.

Además de la pandemia, la exigencia laboral y académica dentro de esta profesión ha sido normalizada a lo largo de la historia del ser humano, al punto donde se pudiera hasta excluir a quien intente cambiar lo que hoy en día se conoce como “experiencia en la práctica”. No se busca disminuir los estándares de calidad del médico, sino conocer e intervenir sobre los niveles de estrés que pudieran desarrollar psicopatologías en los estudiantes de medicina y pudiera influir negativamente en su bienestar ante la sobrecarga laboral y académica. Se consideró adecuado comenzar desde la etapa formativa del médico con el objetivo de prevenir que la sintomatología patológica desencadene trastornos mentales de gravedad, deteriorando la calidad de vida del médico y consecuentemente la atención brindada hacia el paciente.

Dentro de la intervención psicológica se tomaron a consideración los niveles de prevención establecidos por Bados-López (2008) quien categoriza la prevención en cuatro niveles: Prevención primaria, prevención secundaria, tratamiento y prevención terciaria. Así mismo, el programa de intervención que se implementó para el presente estudio se enfocó en la prevención secundaria la cual consiste en identificar los problemas reportados por la muestra en la fase más temprana posible e intervenir a la brevedad sobre estos mismos buscando disminuir su gravedad (Bados-López, 2008).

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Implementar un programa telepsicológico de intervención basado en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión y la ansiedad, adaptado para una muestra de estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Objetivos específicos

- Determinar la eficacia de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión aplicada de manera virtual mediante la comparación pre y pos prueba en una muestra de estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
- Evaluar niveles de depresión y ansiedad en la muestra de estudiantes de medicina de nivel avanzado de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Reducir la sintomatología depresiva en estudiantes de medicina de nivel avanzado de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Reducir la sintomatología de ansiedad en estudiantes de medicina de nivel avanzado de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Hipótesis del estudio

Tomando en consideración la evidencia abordada en la formulación de la problemática sobre los niveles de depresión y ansiedad reportados por los estudiantes de medicina a nivel internacional, nacional y local, el presente estudio plantea la siguiente hipótesis general:

- Hipótesis de investigación Hi: El programa de intervención basado en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión disminuirá los niveles de depresión en estudiantes de medicina en Ciudad Juárez.

- Hipótesis de investigación Hi: El programa de intervención basado en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión disminuirá los niveles de ansiedad en estudiantes de medicina en Ciudad Juárez.
- Hipótesis Nula Ho: El programa de intervención basado en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión no tendrá efecto en los niveles de depresión y ansiedad en estudiantes de medicina en Ciudad Juárez.

Marco Teórico

Depresión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Además, durante el año 2015, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas durante algún momento de su vida; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones fueron mujeres. De no ser tratada, la depresión puede llevar a una disfunción en las habilidades sociales, baja calidad de vida y en algunos casos hasta la muerte (Penninx, et al., 2013). No obstante, se puede tratar con psicoterapia o con medicamento dependiendo de la gravedad del trastorno.

El término depresión es utilizado para referirse a la categoría de trastornos depresivos de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición (DSM-V) en donde se clasifican según los síntomas y duración de estos mismos. Los trastornos depresivos descritos en el DSM-V son: Trastorno depresivo mayor, Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, Trastorno depresivo persistente (distimia), Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, Trastorno depresivo debido a otra afectación médica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Aunado al trastorno depresivo, se debe de especificar si se presenta ansiedad, así como la gravedad con la que se presentan los síntomas (leve, moderado, moderado-grave o grave), si presenta características mixtas, características melancólicas, características atípicas, características psicóticas y/o con patrón estacional o remisión parcial/total.

Para este estudio se intervino en participantes que cumplan con los criterios del trastorno depresivo mayor leve y moderado con ansiedad leve y moderada (véase tabla 2). Esto debido a que el trastorno depresivo mayor grave se debe de acompañar con tratamiento farmacológico por medio de un médico especialista en psiquiatría, además, sesgaría los resultados de la intervención. Por ende, se buscará que los participantes cumplan con los criterios del Trastorno Depresivo Mayor y la gravedad según el DSM-V mejor explicados en las tablas 1 y 2

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-V

Criterios	Síntomas
A. Cinco (o más) síntomas presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afectación médica.
 - D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica
- 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días
 - 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
-

Nota. No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica

Tabla 2

Especificadores del Trastorno Depresivo Mayor para criterio de inclusión de participantes según el DSM V.

Especificador	Síntomas	Leve	Moderado	Grave
Gravedad	Se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.	Pocos o ningún síntoma, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.	El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”	El número de síntomas supera los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral
Ansiedad	Nerviosismo o tensión, inquietud, dificultad para concentrarse, miedo a que pueda suceder algo terrible, sensación de perder el control de sí mismo.	Dos síntomas	Tres síntomas	Cuatro o cinco síntomas

Ansiedad

Según la Organización Mundial de la Salud, más de 260 millones de personas en el mundo tienen algún trastorno de ansiedad (OMS, 2017), por otro lado, en México aproximadamente 14.3 por ciento de la población padece trastornos de ansiedad generalizada, siendo la más común en el país, seguía de la depresión y adicciones, ambas con un porcentaje de 9 por ciento (Senado de la República, 2017).

Por otro lado, los trastornos de ansiedad se relacionan con sentimientos de miedo, preocupación y abatimiento, así como múltiples respuestas fisiológicas de estrés como: aceleración

del ritmo cardiaco (taquicardia), presión arterial elevada (hipertensión), náusea, dificultad para respirar, alteraciones del sueño y niveles elevados de glucocorticoides (Pinel, 2007).

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional ante una amenaza inminente, real o imaginaria mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Estas dos respuestas se diferencian de manera en que el miedo está asociado a proceso de defensa o fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida y la ansiedad se relaciona con mayor frecuencia con tensión muscular, vigilancia con relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Se tomarán en cuenta los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-V para la detección y evaluación de sintomatología en los participantes, mejor representados en la tabla 3.

Tabla 3

Criterios diagnósticos para el Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM V

Criterios	Síntomas
A. Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de lo que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación	
C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días e lo que han	1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta 2. Facilidad para fatigarse

estado ausentes durante los últimos seis meses)

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo)
 - F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej. Ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación y otras obsesiones en el trastorno obsesivo – compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumático en el trastorno de estrés postraumático, amento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).
-

- 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- 4. Irritabilidad
- 5. Tensión muscular
- 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

De acuerdo con el estudio realizado por Domínguez-Rodríguez et al. (2020) concluyen que altos indicadores de sintomatología de depresión y ansiedad en estudiantes de pregrado de medicina pueden llevar a un riesgo elevado de ideación suicida. No obstante, un aspecto relevante a considerar en cuanto la presente intervención son los efectos psicológicos derivados de la pandemia y el confinamiento en el que se encuentra el mundo actualmente. Dichos efectos pudieran verse reflejados en un incremento de depresión en estudiantes de medicina que si bien en el estudio

llevado a cabo por Domínguez-Rodríguez et al. (2020) ya se reportaban niveles elevados previo a la pandemia.

Modelos terapéuticos para la depresión

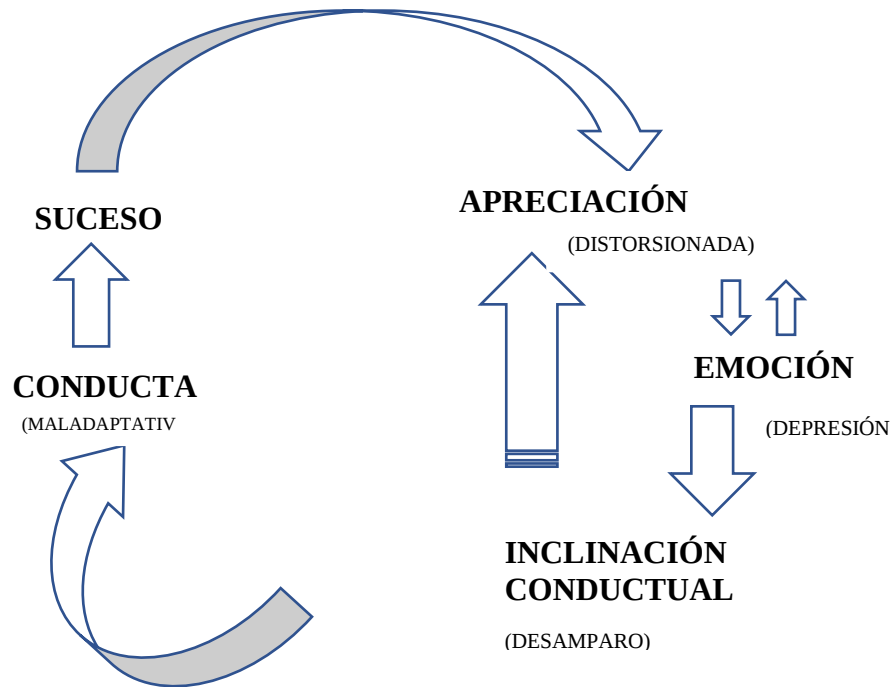
Tríada cognitiva de la depresión y ansiedad de Beck

Aaron Beck ha sido uno de los autores con mayor influencia en cuanto al desarrollo y asentamiento del modelo cognitivo el cual se centra en el concepto de esquema, modo y distorsión cognitiva principalmente (Caro Gabalda, 2011). Además, intenta conceptualizar la relación entre emoción, conducta y cognición, a diferencia del modelo conductivista clásico de “estímulo-respuesta” (Figuerola, 2002). Consecuentemente, a partir de trabajos con pacientes depresivos y pacientes con problemas de ansiedad desarrolló el concepto de la tríada cognitiva de la depresión y la ansiedad (Caro Gabalda, 2011).

Dentro del modelo de Beck, se señala la importancia de que el paciente detecte los errores producidos en su pensamiento y los modifique contrastándolos por medio de pequeños experimentos (confirmar o rechazar hipótesis) desarrollando un pensamiento crítico y científico evaluando y descartando ideas equivocadas, reforzando una visión alternativa (Caro Gabalda, 2011).

Por otro lado, el modelo cognitivo de la depresión de Beck propone que, en la depresión el papel central es el procesamiento de la información, es decir, la interacción entre juicio, afecto y conducta es cíclica hacia abajo en donde se van reforzando recíprocamente entre sí; el humor depresivo y la culpa debido a una distorsión del pensamiento (Figuerola, 2002). La emoción sigue siendo de relevancia, sin embargo, no es la última determinante (Figuerola, 2002). En la figura 1 se representa el modelo cognitivo para la depresión.

Figura 1. *Modelo cognitivo para la depresión*



Nota. Adaptado de: Wright JH, 1988 (Figueroa, 2002)

La tríada cognitiva se constituye por tres patrones cognitivos que inducen a una persona a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo (Ruiz Fernández et al., 2012). De acuerdo con el modelo, de estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de los síntomas que suelen aparecer al momento de diagnosticar un cuadro depresivo, tales como: dependencia, dificultad para la toma de decisiones, fatiga, desesperanza, deseos de suicidio, etc. (Ruiz Fernández et al., 2012). En la tabla 4 se representan las características en la tríada cognitiva de pacientes depresivos y con trastornos de ansiedad.

Tabla 4*Diferencias en la tríada según el trastorno*

	Tríada cognitiva		
	Visión de uno mismo	Visión del mundo	Visión del mundo
Depresión	Negativa: incompetente, inadecuado	Negativa: poco gratificante, demandas excesivas	Negativa: desesperanza
Ansiedad	Vulnerable	Amenazante	Incontrolable

Cuando la depresión se considera leve, el individuo tiene la capacidad de contrarrestar la presencia de los esquemas negativos recurriendo a esquemas positivos que le hayan funcionado en algún momento de su vida. Sin embargo, cuando la depresión se considera grave, se presenta mayor número de errores en el procesamiento de la información dificultando la activación de esquemas positivos (Ruiz, et al., 2012).

En el modelo de Beck, los esquemas se refieren a estructuras cognitivas relativamente estables que nos dictan qué interpretación tener ante las situaciones, permitiéndonos codificar, investigar y evaluar los estímulos internos o externos decidiendo la siguiente acción a realizar (Caro, 2011). Además, los esquemas se pueden activar de forma consciente al momento de recordar algún evento pasado o de forma inconsciente al momento de conducir un automóvil o hacer un nudo las cintas de los zapatos (Caro, 2011). A continuación, en la tabla 5 se pueden identificar los diversos tipos de esquemas junto con el tipo de experiencias que ayudan a codificar.

Tabla 5*Esquemas cognitivos principales y experiencias generadas*

Tipo	Definición
Cognitivo – conceptuales	Seleccionan, recuperan, almacenan e interpretan la información.
Afectivo	Percepción de los estados de sentimientos y sus combinaciones
Fisiológicos	Representan funciones y procesos somáticos

Conductuales	Códigos disposicionales de respuesta y programas listo para la acción que permiten ejecutar conductas
Motivacionales	Esquemas implicados en estrategias y conductas primarias o implicados en dirección de metas: logro, poder, o aquellos más personales.

Nota. A partir de Clark, Beck y Alford, 1999 (Caro Gabalda, 2011).

Por su parte, los modos son esquemas agrupados e interrelacionados, de tipo cognitivo, conceptual, afectivo, conductual, fisiológico y motivacional para la interpretación adecuada sobre las exigencias que se hacen sobre el organismo (Caro, 2011). Este segundo concepto de la tríada cognitiva de Beck nos ayuda a explicar la complejidad de los trastornos psicológicos y el procesamiento de la información de las experiencias emocionales normales y anormales (Caro, 2011). En la tabla 6, se exponen los tipos de modos para una mejor compren

llsión de estos.

Tabla 6

Tipos de modo de interpretación

Clasificación	Tipos y ejemplos
Modos primarios: autopreservación, procreación, seguridad, dominancia, sociabilidad.	Modo de amenaza: miedo y trastornos de ansiedad. Modo de pérdida: depresión. Modo de víctima: trastorno de la personalidad. Modo de autoengrandecimiento: manía. Para relacionarlos con los otros. Logros y trabajo productivo.
Modos constructivos: adquiridos o contruidos a través de las experiencias vitales.	Solventar de forma creativa las demandas cambiantes del ambiente. Ej.: creatividad, independencia, capacidad para la intimidad y el romance.
Modos menores: sobre actividades prosaicas	Escribir, conversar, conducir coches, hacer un deporte, etc.

Nota. A partir de Clark, Beck y Alford, 1999 (Caro, 2011).

Por último y no menos importante, dentro de la tríada cognitiva de Beck, están los pensamientos distorsionados. Estos son sesgos hacia nosotros mismos que nos ayudan a procesar la realidad de una manera distorsionada y se caracterizan por ser cogniciones que persisten a pesar de no tener evidencia suficiente para respaldarlos (Caro, 2011). Además, permiten al paciente depresivo mantener la validez de sus creencias (Ruiz et al., 2012). Beck et al., (1979) describe las distorsiones cognitivas más frecuentes en pacientes depresivos: 1. Inferencia arbitraria, 2. Abstracción selectiva, 3. Sobregeneralización, 4. Maximización/minimización, 5. Personalización, y 6. Pensamiento absolutista y dicotómico.

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Albert Ellis fue quien dio inicio al enfoque terapéutico racional-emotivo el cual describe que las personas tienen la capacidad de comportarse racional e irracionalmente y que la manera en que las personas pueden llegar a sentirse felices y efectivos es cuando se actúa y piensa de manera racional (Navas, 1981). Además, Ellis propuso que el pensamiento y la emoción son dos procesos sobrepuestos significativamente y que una emotividad desorganizada puede mejorar modificando el pensamiento (Navas, 1981).

La terapia racional-emotiva hace énfasis en los valores humanos proponiendo que la personalidad está compuesta por creencias, constructos o actitudes de cuales funcionan saludablemente cuando se mantiene valores racionales y bases empíricas ya que al buscar metas perfeccionistas o absolutistas el individuo se perturba (Navas, 1981).

La TREC considera que no todas las emociones negativas son disfuncionales y ni todas las emociones positivas adaptativas o saludables, más bien se plantea como emociones adecuadas que experimenta una persona a lo largo de su vida y no daña o compromete el establecimiento y consecución de metas.

Teoría del A-B-C de la perturbación emocional

En 1984, Ellis propuso el modelo A-B-C el cual está compuesto por (A) los acontecimientos activadores a los que respondemos, (C) la respuesta cognitiva, emocional o conductual que damos y (B) el conjunto de creencias que tenemos sobre (A) que explican a mayor medida (C) siendo (B) el mediador fundamental entre (A) y (C) (Ruiz Fernández et al., 2012).

De acuerdo con el enfoque racional-emotivo, cuando se tiene una reacción emocional en el punto C (la consecuencia), después de que alguna experiencia o evento perturbador ha sucedido en el punto A, se plantea que A no fue a causa de C, sino que el rechazo que provoca la depresión es provocado por nuestras creencias, actitudes o valores (B) (Navas, 1981).

El rol del terapeuta en este modelo actúa como contra protagonista de las creencias irracionales guiando al paciente a disminuir y contradecir las autoverbalizaciones destructivas, además de que se le enseña al paciente a analizar racionalmente sus ideas irracionales acompañadas de una contradicción de éstas logrando una reestructuración cognitiva (Navas, 1981).

Tratamiento conductual de la depresión unipolar

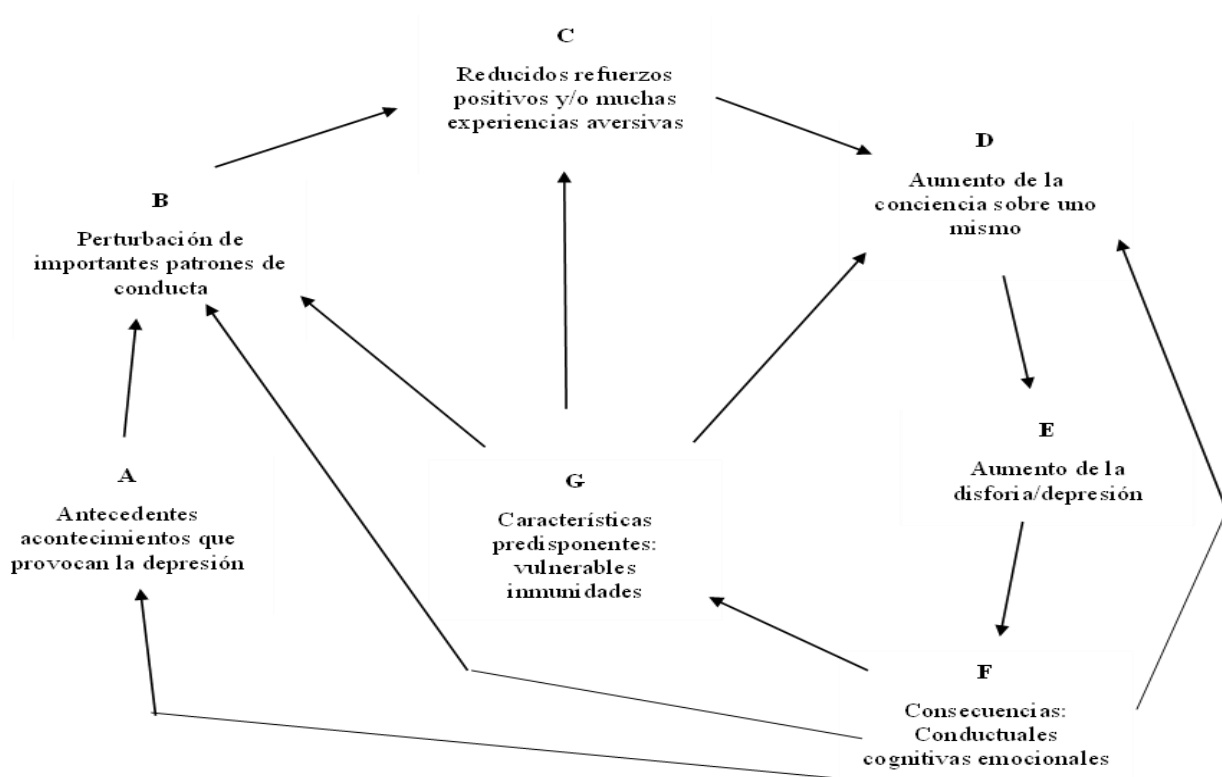
Dentro de este modelo terapéutico, la depresión es abordada por Skinner, en 1953, como un resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social del individuo (Caballo, 2007). Así mismo, se relaciona a la depresión con un conjunto de factores: cambios repentinos en el ambiente del individuo, déficit de reforzadores positivos y una observación errónea del ambiente provocando una conducta socialmente inadecuada llevando a una baja frecuencia de refuerzo positivo (Caballo, 2007). Por otro lado, Costello, en 1972, propuso que la depresión era resultado de una ruptura de una cadena de conductas provocada por la pérdida de uno de los reforzadores pertenecientes a ésta (Caballo, 2007).

Por su parte, Lewinsohn y sus colaboradores refinaron y elaboraron dichas posiciones previamente mencionadas proponiendo que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta en áreas importantes de la vida y/o una alta tasa de experiencias aversivas, conduce a una explicación suficiente de algunos componentes del síndrome depresivo, particularmente de la baja tasa de conducta y a la experiencia de disforia (Caballo, 2007).

Este modelo, llamado inicialmente ABC, y posteriormente se le agregan (D), (E) y (F) plantea que la cadena de acontecimientos que conduce a la presencia de la depresión empieza con los factores antecedentes de riesgo en los que en (A) inicia el proceso depresogénico: (A) inician el proceso depresogénico trastornando importantes patrones de conducta adaptativa (B) concepto general de los estresores a macro y micro niveles ya que alteran los patrones de conducta viales para las interacciones diarias del individuo con su ambiente, planteándose que estos eventos estresantes conducen a la depresión en medida que afecten las relaciones personales de relevancia (Caballo, 2007). (C) Dicho cambio en el ambiente provoca una reacción emocional negativa junto con la incapacidad para invertir el efecto de los estresores llevando al individuo a una elevada consciencia de sí mismo (D) esta consciencia produce que destaque la sensación de fracaso por parte del individuo para satisfacer los patrones internos llevando a un aumento de estado disfórico junto con otros síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión (Caballo, 2007). (E) Dicho aumento de síntomas depresivos sirve para mantener y aumentar el estado deprimido (F) dando mayor accesibilidad a la información negativa sobre uno mismo, disminuyendo la confianza del individuo deprimido para afrontar su ambiente (Caballo, 2007). En la figura 2 se representa la depresión como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales junto con el resultado de cambios originados del ambiente en la conducta, afectividad y cognición (Caballo, 2007).

Figura 2

Modelo integrador de la depresión de Lewinsohn



Nota. Fuente: P.M. Lewinsohn, H. Hoberman, L. Teri y M. Haurtzing (1985). An integrative theory of depression (Caballo, 2007)

Modelo de Activación Conductual

La activación conductual (AC) es un modelo derivado de la Terapia Cognitiva-Conductual, siendo de la tercera generación de modelos terapéuticos. Empleada fundamentalmente como tratamiento para la depresión, además de su efectividad en los trastornos de ansiedad (Boswell, 2017). Esta activación cognitiva es una intervención breve enfocada en soluciones, partiendo de la idea de que la depresión es una causa ambiental, en donde la persona deprimida evita realizar actividades que le brinden una recompensa, creando un ciclo de inactividad y tristeza (Ritschel et al., 2016). El enfoque se basa en la premisa de que los problemas que surgen en la vida de personas

vulnerables y sus respuestas conductuales, estos disminuyen su capacidad para adquirir reforzadores positivos de su ambiente (Barlow, 2014).

La AC utiliza la planificación de actividades que brinden un refuerzo positivo para la persona, buscando romper el ciclo de inactividad en que está involucrado la persona afectada, de esa misma manera, se busca desarrollar las habilidades sociales del paciente (Agis, C. 2019). Dentro de este modelo las técnicas más reconocidas son: la jerarquización de tareas, programación de objetivos, reforzamiento de conductas prosociales y fomentar actitudes de satisfacción o gratificantes. Estas estrategias previamente mencionadas no han dejado de tener relevancia para el tratamiento de síntomas depresivos y se consideran como el paso inicial y preparatorio para la aplicación de las técnicas cognitivas que, según los autores Beck et al., en el 1979 (Barraca-Mairal, 2010) creían que acogían los procedimientos que cooperaban para la mejoría del cuadro depresivo de forma estable y evitaba futuras recaídas.

Es importante que el terapeuta enfatice en el vínculo terapéutico con el paciente, teniendo como objetivo una mejor adherencia al tratamiento, además de poder monitorear el seguimiento diario del tratamiento buscando que el paciente no perciba el seguimiento de sus actividades como una tarea y lo adopte como parte de su rutina (Cassar et al. 2016). Por otro lado, para la aplicación del tratamiento, es fundamental presentarle al paciente este tratamiento como una herramienta flexible la cual se puede modificar a sus necesidades, brindándole mayor confianza centrándose en sus valores y motivo de consulta como podría ser: el recuperar el control de su vida, acercarse a su familia o amigos, etc. (Cassar et al., 2016).

En 1996, Jacobson et al. llevaron a cabo un estudio con 150 participantes donde el objetivo era comparar la efectividad entre los componentes del modelo de terapia cognitivo-conductual activación conductual (AC) y modificación de pensamientos automáticos (PA) aplicados sobre el

trastorno depresivo mayor. Se encontró que ambos tratamientos, tanto AC como PA demostraron la misma efectividad que la terapia cognitivo-conductual en alterar los pensamientos negativos, así como los estilos disfuncionales de atribución, además, la AC demostró mejores resultados a largo plazo en comparación a la terapia cognitivo-conductual (Jacobson, et al., 1996).

Por medio de revisiones de metaanálisis realizadas por Cuijpers et al. en el 2007 (Barraca-Mairal, 2010) y trabajos experimentales en donde se han realizado comparaciones de distintos enfoques terapéuticos tales como el uso de terapia farmacológica (antidepresivos), terapia cognitiva y terapia de activación conductual llevados a cabo por Dimidjan et al. en el 2006 (Barraca-Mairal, 2010) han revelado que las intervenciones puramente conductuales son suficientes para un abordaje eficiente y eficaz en los cuadros depresivos, inclusive a largo plazo (Barraca-Mairal, 2010). Consecuentemente, dejó de ser una mera actualización de técnicas de activación conductual, sino toda una terapia por sí misma, definiéndose de acuerdo con Barraca-Mairal (2010) como un procedimiento bien estructurado, aunque flexible, con carácter ideográfico enfocado a lograr que los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y modificar su entorno para restablecer su contacto con fuentes de reforzamiento positivo, considerándose como parte importante de la tercera generación de la corriente cognitivo-conductual.

Terapia de Activación Conductual para la Depresión

Durante los últimos años, se ha generado un apoyo empírico para la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD), teniendo como resultado una efectividad igual a la de la terapia cognitiva y medicamentos antidepresivos, inclusive en casos graves de depresión (Barlow, 2014). Además, la TACD contempla los rangos en la cual la conducta, cognición y afecto pudiera estar manteniendo la depresión, adaptándose a las necesidades del individuo (Barlow, 2014).

Al momento de entender las aproximaciones conductuales a la depresión, es importante considerar al ambiente como un factor crucial, puesto a que serán los escenarios donde las conductas evolucionarán con el paso del tiempo. Por su parte, se debe enfatizar en la relevancia de las relaciones contingentes entre las conductas de un individuo y los ambientes en las que se desarrollan (Barlow, 2014). Las relaciones contingentes son relaciones del tipo “si – entonces” entre actividades y sus consecuencias en el ambiente humano, siendo interpersonales la mayor parte del tiempo; tomando en cuenta los resultados de las conductas de los pacientes para determinar si mantiene o extingue la depresión que lo invade (Barlow, 2014).

La disminución en el reforzamiento positivo contingente a la respuesta produce dos consecuencias adicionales que facilitan la depresión: la primera, cuando el individuo no recibe reforzadores positivos por su esfuerzo, tiende a llevar a cabo una introspección que concluye en un aprendizaje de que su conducta es un predictor poco confiable de las consecuencias del ambiente, causando que se le dedique menos tiempo a atender las contingencias de ese ambiente (Ferster, 1973). La segunda consecuencia de la disminución en la tasa de reforzamiento positivo fue la disminución del repertorio de conductas adaptativas causando que el individuo adopte acciones extremadamente pasivas como “no hacer nada” al no ver recompensados sus intentos de involucrarse en la vida (Ferster, 1973).

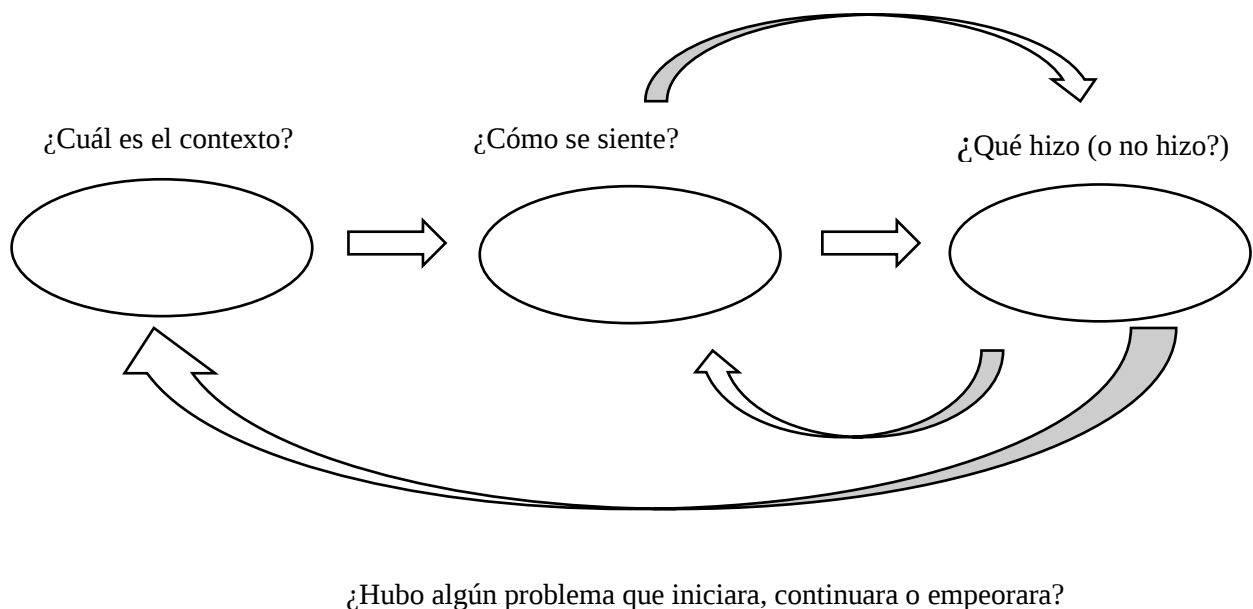
No obstante, el enfoque de la AC a la terapia aborda dos factores que contribuyen a la depresión: los aspectos de la vida que necesitan cambiarse para disminuir la depresión y las maneras en que el distanciamiento del mundo puede mantener o incrementar la depresión (Barlow, 2014). La AC logra influir en ambos factores por medio de una activación guiada, la cual consiste en la implementación de una serie de estrategias de modificación conductual que tanto el terapeuta como el paciente desarrollan partiendo de una evaluación cuidadosa y personal de las actividades

que refuercen positivamente al paciente, logrando interrumpir las relaciones que mantienen la depresión (Barlow, 2014).

Si bien, la TACD no se enfoca en involucrarse en una activación aleatoria o en actividades que provoquen placer en general con acciones cotidianas, sino implementar estrategias de activación altamente personalizadas y adaptadas a la medida del paciente; posicionando al terapeuta en un papel de entrenador mientras que el paciente aplica las estrategias de activación, las cuales deben de ser unidades manejables, con soluciones a los problemas emergentes manteniendo la motivación durante el proceso de cambio (Barlow, 2014). Adicionalmente, por medio de la figura 3 se puede ilustrar al paciente el modelo del tratamiento consistiendo en cuatro preguntas clave.

Figura 3

Modelo de tratamiento de la activación conductual



Fuente: Barlow, 2014

Cabe mencionar que ambos modelos: Activación Conductual (AC) establecido por Jacobson et al., y Martell, et al., ambos en el año 2001 y Martel, Dimidjan y Herman-Dunn en el año 2010 y el de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD) propuesto por Lejuez et al. en los años 2001 y 2002 (Barraca-Mairal, 2010), son modelos de intervención que coinciden en los criterios esenciales como la automonitorización del estado de ánimo, jerarquización de tareas, establecimiento de objetivos concretos y alcanzables, etc. Sin embargo, discrepan en cuanto la duración de la intervención, estructura de las sesiones y énfasis en el reforzamiento positivo y negativo.

La activación conductual (AC) ha sido adaptada con éxito para la población latina, prueba de esto ha sido el estudio realizado por Kanter et al., en 2010, realizando un protocolo evaluando su adaptación, obteniendo resultados significativos en la población inmigrante latina en Estados Unidos (Bianchi y Henao, 2015). Así mismo, se analizaron los resultados del tratamiento de la activación conductual en 58 adultos con diferentes adicciones, logrando que estos disminuyeran los síntomas de depresión, obteniendo una mayor prevalencia en comparación a los tratamientos contra el abuso de sustancias (Bianchi y Henao, 2015).

Método

Diseño

Para el presente estudio se utilizó un enfoque de tipo cuantitativo, buscando realizar la medición y análisis de constructos psicológicos captados mediante variables numéricas. Por su parte, la investigación se llevó a cabo bajo un diseño cuasi experimental sin grupo control, esto con el fin de contrastar los resultados antes y después llevada a cabo la intervención (Shadish, Cook y Campbell, 2002).

La evaluación de las variables se realizó en dos tiempos, un pretest para definir la línea base de las variables y un post test para evaluar si es que se presentó un cambio estadísticamente significativo en las variables en la dirección prevista al finalizar la intervención, asimismo, evaluando en qué medida se generó el cambio.

Participantes

Para la presente intervención se utilizó un muestreo por conveniencia donde participaron en la aplicación de instrumentos 18 estudiantes de medicina de nivel avanzado inscritos en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Para determinar si los participantes cumplen con los criterios diagnósticos necesarios para el estudio se aplicó la batería de instrumentos de manera virtual por medio de la plataforma de Google Forms. Dentro de la batería de instrumentos virtual, se encuentra el consentimiento informado (Anexo 5) donde se les explicó las generalidades y cuestiones éticas del estudio. De los estudiantes que fueron evaluados, tres de ellos fueron canalizados al Centro de Atención Psicológica SURÉ por riesgo de suicidio elevado, cinco decidieron no participar en la intervención y diez comenzaron el proceso psicológico de los cuales dos abandonaron el proyecto a lo largo de la intervención concluyendo con ocho participantes.

De los ocho participantes fueron cinco mujeres y tres hombres con una media de edad de 22.75 años, cursando entre el quinto a noveno semestre del programa de medicina. Los ocho estudiantes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión mencionados en la Tabla 7. Asimismo, los participantes cumplieron con los criterios del DSM-V de trastorno depresivo mayor leve o moderado con ansiedad leve o moderada (véase Tablas 1, 2 y 3 para criterios) puesto a que la evidencia sobre la efectividad del TACD está limitada en cuanto a la sintomatología depresiva severa.

Tabla 7*Criterios de inclusión y exclusión para participantes*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudiantes de medicina de nivel avanzado inscritos en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	Tener otro diagnóstico psiquiátrico y estén tomando medicamento
Cumplir con los criterios del DSM-V de trastorno depresivo mayor leve o moderado con ansiedad leve o moderada	Estar acudiendo a terapia psicológica
	Presentar riesgo suicida
	Consumir sustancias ilegales

En cuanto a la recolección de participantes, se utilizaron las páginas de Facebook de la Maestría en Psicología, del Centro de Atención Psicológica SURÉ así como la página personal del autor de esta tesis, el maestrante Juan Manuel Cruz López como medio de difusión utilizando el infograma representado en el Anexo 4.

Cabe señalar que la intervención psicoterapéutica fue llevada a cabo por el autor de esta investigación, quien cuenta con experiencia en el área clínica. Las sesiones realizadas fueron realizadas en línea, para lo cual se obtuvo previa capacitación mediante la práctica obtenida al cursar el taller denominado: “Telepsicología: principios y estándares éticos de la intervención clínica mediada por la telepsicología”, impartido por la Dra. Anabel de la Rosa Gómez (2021) reconocida experta en este tema. De esta manera, se tuvo un cuidado extremo para que cada sesión se llevara a cabo en un entorno privado, cuidando que no hubiese distracciones como el ruido o posibles intromisiones a la confidencialidad del paciente. Se aseguró la conexión segura y estable a una red de internet, así como el buen funcionamiento de la cámara web, ya que son aspectos fundamentales para ofrecer terapia psicológica mediante la telepsicología (American Psychological Association [APA],2020).

Consideraciones éticas

Las cuestiones éticas de la presente intervención tienen como objetivo proteger la integridad emocional de los participantes, siguiendo las normas establecidas por la Asociación Americana de Psicología (2010) son las siguientes: Consentimiento informado (Anexo 5) donde a cada participante se le explicó su participación en la intervención, así como sus criterios de inclusión, exclusión y los beneficios. Haciendo énfasis en la confidencialidad en cuanto el manejo de sus datos personales, teniendo en cuenta que se puede anular esta misma si se detecta sintomatología depresiva grave y riesgo suicida puesto a que el modelo de TACD se ve limitado en cuanto a su eficacia cuando el o la paciente presenta niveles elevados de dicha sintomatología o presenta un riesgo de atentar contra su vida. Por su parte, a los participantes que reportaron niveles elevados de depresión y/o riesgo suicidio se les canalizó al Centro de Atención Psicológica SURÉ para garantizar una atención adecuada e inmediata.

Instrumentos

En este estudio, las variables medidas fueron: depresión, ansiedad e ideación suicida en estudiantes de medicina de pregrado evaluados por medio de la batería de pruebas próximas a mencionar.

- **Ficha sociodemográfica:** Utilizada para recopilar datos generales del participante; Nombre completo, edad, genero con el que se identifican, lugar de origen, semestre que cursa y cuantas personas viven en el mismo domicilio.
- **Inventario de Depresión de Beck II** (anexo 1): Construido originalmente por Beck, Steer, & Brown (1996), denominado Beck Depression Inventory BDI-II, adaptado a población mexicana por González et al., (2015). Evalúa los síntomas

de depresión según el DSM-V, agrupados en síntomas de estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, pérdida de placer y cambios en el desempeño. El instrumento se compone de 21 grupos de afirmaciones, 19 grupos de 4 afirmaciones puntuadas [0, 1, 2, 3] y 2 grupos de 7 afirmaciones puntuadas [0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b]. Es de formato de autoaplicación individual y duración aproximada de 10 minutos. La consistencia interna del total del inventario es de $\alpha=.91$. El análisis factorial muestra dos factores: humor depresivo/quejas motoras con consistencia interna de $\alpha=0.87$ de 10 ítems [1, 2, 4, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20] y el factor cogniciones negativas con consistencia interna $\alpha=.92$ y 11 ítems [3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 21]. Para calificar se realiza sumatoria de las puntuaciones y se indica en rangos 0-13 depresión nivel bajo, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa.

- **Inventario de Ansiedad de Beck, BAI** (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993) (anexo 2), versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001) para población mexicana ($\alpha = .83$), es un autoinforme de 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta que evalúan síntomas de ansiedad una semana previa a la aplicación. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. Está compuesto para medir la ansiedad clínica, el estado de ansiedad prolongada que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante.
- **Escala de Ideación Suicida** (Beck, Kovacks y Weissman, 1979) (anexo 3): es una escala autoadministrada, elaborada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, grado de seriedad e intensidad con el que él o la paciente pensó o está pensando en suicidarse. Es una escala de que consta de 21 ítems

que evalúan: 1. Características de actitudes hacia vivir/morir, 2. Características del deseo/ideación de suicidio, 3. Características del intento en cuestión, 4. Actualización del intento en cuestión, 5. Factores previos. Cada ítem se contesta con tres opciones, del 0 al 2, que indican un incremento de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. Subescala I: Las características de sus actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), conformada por un factor y con una consistencia interna de $\alpha = .90$. La subescala II: Las características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos) arrojó 2 factores, obteniendo coeficientes de $\alpha = 0.65$ en el primero y de $\alpha = .45$ en el segundo, pero se consideró pertinente integrarlos en una sola dimensión. La subescala III: Las características del intento suicida (4 reactivos), que se integraron en un factor, alcanzaron una consistencia interna de $\alpha = .61$, y la subescala IV: La actualización del intento suicida (2 reactivos), que se considera como un indicador y obtuvo un coeficiente $\alpha = .45$. La Escala de Ideación Suicida de Beck no pretende poder predecir el intento suicida, pero sí valorar la intensidad del deseo de suicidarse para saber si el sujeto corre el riesgo de suicidarse pronto. Por lo tanto, es importante saber si tiene o no la idea de hacerlo y detectarlo oportunamente para evitarlo y proporcionarle un tratamiento adecuado (González et al., 2000).

Cabe destacar que la aplicación de la Escala de Ideación Suicida (Beck, Kovacks y Weissman, 1979) se aplicó exclusivamente como filtro de exclusión para la participación en el estudio. No obstante, a los estudiantes que presentaron ideación suicida fueron canalizados al

Centro de Atención Psicológica SURÉ dentro del Instituto de Ciencias Sociales y Administración de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Por otro lado, los instrumentos fueron manejados únicamente por el maestrante llevando a cabo la intervención bajo supervisión de su directora y codirector de tesis, esto con el objetivo de mantener la confidencialidad de los participantes.

Operacionalización de las variables

En la Tabla 8 se exponen las dos variables evaluadas en la intervención y su operacionalización en relación con los instrumentos de medición utilizados.

Tabla 8

Operacionalización de las variables

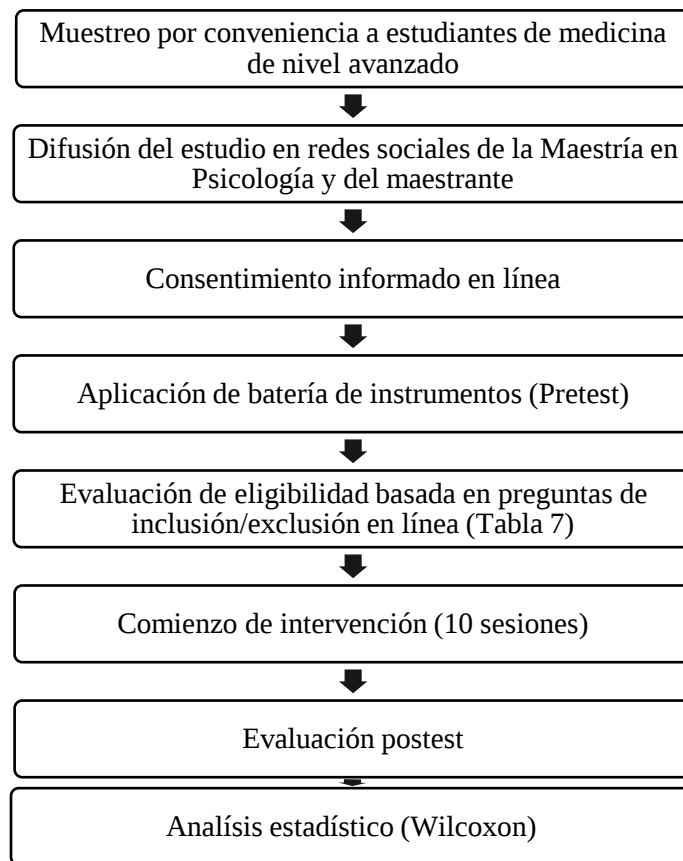
Variable	Definición operacional	Dimensiones	Ítem	Instrumento
Depresión	La depresión es una respuesta adaptativa ante una pérdida, cambio o fracaso; sin embargo, se puede considerar patológica cuando la adaptación ante el evento no es efectiva (Paradis et al. 2006).	Indicadores cognitivos del estado de ánimo	6, 8, 9, 12, 13, 14 y 20	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
		Indicadores de la expresión emocional del estado de ánimo	1, 2, 3, 4, 5, 7 y 11	
		Indicadores comportamentales del Estado de ánimo	10, 15, 16, 17, 18, 19 y 21	
Ansiedad	La ansiedad es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basado en falsas premisas (Beck y Emery, 1985).	Unidimensional	21 ítems	Inventario de Ansiedad de Beck

Procedimiento

Como primer paso en la intervención, se realizó un muestreo por conveniencia en estudiantes de medicina de nivel avanzado haciendo difusión del estudio en redes sociales de la Maestría en Psicología y del maestrante. Posteriormente se llevó a cabo la aplicación del consentimiento informado seguido de la batería de instrumentos psicométricos con el objetivo de medir los niveles de depresión y ansiedad en los participantes y así evaluar si cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Dicha batería fue aplicada por medio de la plataforma de Google Forms en de forma privada e individual, en la figura 4 se puede apreciar el orden próximo a mencionar.

Figura 4

Representación gráfica de procedimiento



La convocatoria para la participación en el estudio estuvo abierta por un periodo de tiempo de un mes teniendo como resultado a diez participantes de los cuales dos de ellos desertaron el estudio terminando con ocho estudiantes, todos cumpliendo con los criterios de inclusión. Posterior al cierre de la convocatoria, se comenzó con la intervención la cual durante la primera sesión se le presentó a los participantes las generalidades del programa de intervención, dando un repaso sobre los aspectos principales del consentimiento informado, presentación de cronograma de actividades junto con una explicación general del modelo de Terapia de Activación Conductual para la Depresión, así como los temas y actividades que integran el mismo. Además, se aclararon dudas o preguntas que surgieron a lo largo de la explicación general previo al inicio de la primera sesión de la intervención.

Adicionalmente, durante la primera sesión se trabajó con psicoeducación sobre la depresión y las experiencias que han tenido viviendo la sintomatología que representa dicho trastorno. Posteriormente se llevaron a cabo las 10 sesiones semanales individuales con duración de una hora. Por su parte, en la última sesión se realizó la evaluación post, donde se aplicó la prueba de Wilcoxon que permitió la comparación de los dos tiempos de medición (pre – post), dando a conocer si existe o no una diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y el post test. Para concluir, se encontró el tamaño de efecto en los casos donde la diferencia fue estadísticamente significativa con el objetivo de determinar qué tan grande fue el cambio.

Por otro lado, posterior a las sesiones establecidas, se llevarán a cabo revisiones en tres, seis y nueve meses de los participantes con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento a largo plazo.

Estrategias de intervención del TACD

En comparación de los tratamientos dirigidos por protocolos, la Activación Conductual es dirigida por la teoría, por lo que su aplicación es principalmente ideográfica. A pesar de que no se requiere un formato de sesión a sesión, se sigue un curso general a lo largo del tiempo que incluye las siguientes cinco actividades: Orientación al tratamiento, desarrollo de las metas del tratamiento, individualización de la activación y de los objetivos de participación, aplicación repetida de estrategias de activación, motivación y solución de problemas de activación, y revisión y consolidación de las ganancias del tratamiento (Barlow, 2014).

El TACD prioriza el papel del reforzamiento negativo en el mantenimiento de los estados depresivos, considera las manifestaciones depresivas leve y moderadas cognitivas e incorpora otras estrategias además de la incorporación progresiva de tareas (Barraca-Mairal, 2010). En la primera sesión se le debe de presentar el modelo verbalmente al paciente junto con una breve descripción escrita que se le entrega, además de abordar los puntos clave para el tratamiento representados en la tabla 9. Posteriormente, se realizará una entrevista estructurada donde se revisarán las conductas y cogniciones problema percibidos. Posteriormente, se llevará a cabo un análisis funcional por medio de un autorregistro conductual donde los participantes apuntarán sus conductas y pensamientos diarios con la intención de detectar objetivamente otras conductas problemáticas que el o la participante no puede percibir.

Tabla 9

Puntos clave del modelo de tratamiento

-
1. La activación conductual se basa en la idea de que los sucesos en su vida y la manera en que responde a ellos influyen en cómo se siente.
 2. La activación conductual asume que una razón por la que se deprime la gente es que su vida les brinda muy pocas satisfacciones y demasiados problemas. En ocasiones es fácil identificar los

estresores o problemas; otras veces eso no es posible pero la recompensa del ambiente sigue siendo inadecuada.

3. Cuando el contexto de nuestra vida es difícil, es común experimentar sentimientos de tristeza, depresión, desánimo, ansiedad, fatiga, agotamiento, y así sucesivamente.
4. Cuando uno se siente así, también es común realizar (o no realizar) acciones particulares. La gente suele alejarse del mundo que la rodea y las rutinas básicas de su vida se ven alteradas.
5. Es normal y comprensible que uno se aleje del mundo cuando se siente deprimido. El problema es que eso puede dar lugar a espirales descendentes en cómo se siente (p. ej., entre menos haga, peor se siente y entre peor se sienta, menos hace).
6. Actuar (o no actuar) de esas maneras contribuye a mantener la depresión porque dificulta la solución eficaz de los problemas; esto inicia otra espiral descendente en la que lo que hace o deja de hacer endurece aún más el contexto de su vida o le impide mejorarlo.
7. En este tratamiento vamos a trabajar juntos para enfocarnos en cosas específicas que puede hacer para cambiar esas espirales descendentes y para ayudarlo a volverse más activo y comprometido en su vida.
8. La activación conductual no se trata de “solo hacerlo”. Si sentirse mejor fuera así de sencillo, ya lo habría hecho. Podemos trabajar juntos para identificar las actividades que serían más útiles y los pasos más pequeños y manejables que puede dar para iniciar. Puede considerarme como un entrenador o asesor en el proceso de cambio.
9. En cada sesión desarrollaremos pasos prácticos y realizables que le permitan participar en actividades que mejoren su estado de ánimo y resolver problemas específicos. Entre sesiones, usted trabajará en tareas que vamos a elaborar juntos; esas tareas son parte esencial de la terapia y se enfocarán en la reconexión o construcción de partes de su vida que incrementen los sentimientos de placer o logro y que lo acerquen a metas importantes de su vida.
10. La activación y la participación específicas pueden ayudarlo a obtener más recompensas y a resolver de forma efectiva algunos problemas de su vida. Es probable que cuando esté activo, comprometido y resolviendo problemas en forma eficaz avance hacia metas importantes y se sienta mejor.

Fuente: Barlow, 2014.

Una vez realizado el análisis funcional, se establecieron objetivos de tratamiento. Los objetivos considerados fueron: a) Conductas a activar y b) Conductas a extinguir o moderar. Para el inciso A, se implementó durante las diez sesiones el Formulario 1: Monitoreo Diario (Anexo 6)

que consiste en el mantenimiento de horarios fijos para sus necesidades básicas: comer, beber agua, dormir, ir al baño y al menos una actividad de descanso con el objetivo de permitir a los participantes obtener una mejor comprensión de su actividad diaria. Además de monitorear las actividades diarias, cada una se califica el uno al diez, dependiendo del nivel de satisfacción y relevancia que percibió al realizar dicha actividad.

Posteriormente, se implementó el Formulario 2: Áreas de vida, Valores e Inventario de Actividades (Anexo 7), donde se enfatizó en las relaciones, vida académica/laboral, intereses recreativos, relación entre cuerpo, mente, espiritualidad y sus responsabilidades diarias identificando los valores en cada área. Lejuez, et al. (2011) define valor como un ideal, calidad o creencia en la manera de vivir, siendo algo importante para la persona para esa área en específico. El comportamiento deprimido a menudo se mantiene en gran medida mediante un refuerzo negativo que es inmediato y ciertas actividades seleccionadas que proporcionan un refuerzo positivo que también es inmediato y certero son importantes para desplazar el comportamiento depresivo y, en última instancia, llevar a uno a una vida consistente con los valores de uno.

Para la muestra de estudiantes, se buscó la implementación de actividades recreativas que disfrute y haya dejado a un lado por el estrés derivado de la mala adaptación a sus horarios dentro del hospital y en sus materias aún por cursar. Aunque los participantes deben mantener su enfoque diario en las actividades durante todo el tratamiento, un problema común es cuando intentan pasar directamente del área de la vida a la actividad sin considerar sus valores en esa área de la vida (Lejuez, et. al, 2011).

Una vez que se identificaron las actividades a realizar para cada valor en las áreas de vida, se implementará el Formulario 3: Actividad de Selección y Clasificación (Anexo 8) el cual consiste en identificar 15 actividades que sean observables, medibles y directamente relacionadas con los

valores enlistados en el Formulario 2. Se enlistarán del 1 al 15, comenzando por el uno con la actividad más fácil de completar aumentando la dificultad con cada actividad hasta llegar al 15.

Según Lejuez, et al. (2011) establece que las probabilidades de superar la depresión aumentan cuando tienes apoyo de otros en tus actividades saludables, por ende se utilizó el Formulario 4: Contrato (Anexo 9). El propósito de los Contratos en el manual de TACD es abordar el desafío que las acciones y declaraciones de otros pueden castigar el comportamiento saludable del paciente y posiblemente proporcionar un refuerzo negativo para su comportamiento poco saludable (Lejuez, et. al, 2011). El énfasis de Contratos propone estrategias concretas para que el paciente obtenga asistencia y apoyo social por sus actividades. Específicamente, los Contratos ahora implican que el paciente identifique: (a) una actividad que es difícil de lograr, (b) hasta tres personas de apoyo que podrían ser capaces de asistir/apoyar, y (c) específicamente cómo y cuándo cada persona puede hacer esto. Esta herramienta brinda al participante la oportunidad de identificar necesidades concretas y proporciona un plan específico sobre cómo obtener la ayuda necesaria.

Para el inciso B, se revisaron las conductas a extinguir que en ocasiones pudieran estar maquilladas como actividades positivas, por ejemplo: Exceso de horas de servicio, exceso de ejercicio o exceso de consumo de sustancias como alcohol, tabaco, etc. Para una mejor adaptación, se considera necesario explicar el porqué de la extinción o moderación de dichas actividades. Tal y como plantea el modelo de AC, la consecución de los objetivos establecidos tiene que establecerse gradualmente debido a la dificultad de la situación depresiva leve y moderada. De mismo modo, se debe de priorizar en establecer el compromiso por mantener la actitud por periodos más o menos extensos (Barraca-Mairal, 2010).

En la tabla 10 se puede observar la metodología que se prevé emplear a lo largo de 10 sesiones semanales con duración de una hora cada una. Posterior a las sesiones programadas, se llevará a cabo un seguimiento de 6 meses para asegurar la efectividad del tratamiento realizado.

Tabla 10

Plan de Intervención

Sesión	Etapa	Objetivo	Actividades	Técnicas de intervención	Instrumentos de registro
-	Evaluación diagnóstica inicial	Conocer niveles de depresión y ansiedad	Aplicación de instrumentos	Aplicación de instrumentos	Escalas de depresión, ansiedad, estrés y bienestar
1	Psicoeducación	Definir concepto de depresión y sus efectos en la vida del participante	Psicoeducación	Introducción a la estructura del tratamiento e interpretación de los eventos y pérdidas en su vida	Formulario 1: Registro diario
2	Implementación de áreas de vida y actividades	Revisión de la asignación para establecer conductas que fueron de su agrado durante la semana	Jerarquizar y priorizar actividades placenteras	Organización de rutina diaria implementando conductas placenteras en su día a día	Formulario 1: Registro diario, Formulario 2: Áreas vitales
3	Organización de actividades placenteras por área de vida	Activar conductas placenteras dentro de su rutina	Monitoreo diario Inventario de áreas de vida, valores y actividades Selección de actividades y clasificación	Revisión de los formularios asignados	Formulario 1: Registro diario, Formulario 2: Áreas vitales

4-5	Activación conductual	Establecer actividades que acerquen al participante a reforzamientos positivos de sus áreas de vida	Programa de intervención	Reforzamiento positivo, planificación de actividades y jerarquización de valores	Formulario 1: Registro diario, Formulario 2: Áreas vitales. Formulario 3: Selección y jerarquía de actividades
6-9	Establecimiento de contratos	Establecer vínculos de apoyo por medio de contratos consigo mismo hacia actividades placenteras	Establecer redes de apoyo	Reforzamiento positivo, planificación de actividades y jerarquización de valores	Formulario 1: Registro diario Formulario 4: Contrato
10	Evaluación diagnóstica final	Medir efectividad del tratamiento	Aplicación de instrumentos	Aplicación de instrumentos	Inventario de Depresión de Beck II, Inventario de Ansiedad de Beck

Resultados

A continuación, se presentan los análisis estadísticos utilizados para interpretar los resultados los cuales se llevaron a cabo en el programa IBM Statistical Package for the Social Sciences Versión 23 (IBM SPSS, versión 23). Por medio de la prueba de Wilcoxon, se puede concluir que existe una diferencia estadísticamente significativa en la variable depresión ($z = -2.52$, $p = 0.01$) entre el pretest y el post test. El número total de diferencias negativas fue de 8, significando que hubo una disminución entre los puntajes reportados en el pretest y el post test, reportando un tamaño de efecto de $r = -0.63$ lo que indica un efecto grande.

De igual manera, para la variable de ansiedad se llevó a cabo el análisis por medio de la prueba de Wilcoxon, concluyendo que existe una diferencia estadísticamente significativa en la variable ansiedad ($z = -2.52$, $p = 0.01$) entre el pretest y el post test. El número total de diferencias negativas fue de 8, significando que hubo una disminución entre los puntajes reportados en el pretest y el post test, reportando un tamaño de efecto de $r = -0.63$ lo que indica un efecto grande. En la tabla 11 se representan los resultados de las dos variables medidas.

Tabla 11

Análisis de prueba de Wilcoxon, media, desviación estándar, nivel de significancia y tamaño de efecto.

Variable	Media (DE) Pretest	Media (DE) Posttest	Z (p)	r
Depresión	37.75 (7.13)	7.88 (6.5)	-2.52 (0.01)	-0.63
Ansiedad	48,33 (10,56)	34,17 (8,23)	-2.52 (0.01)	-0.63

Por su parte, en la Tabla 12 se presenta que, en la variable de depresión, se encontró que los hombres de la muestra presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva en el pretest, puntuando una media de 38.67 (DE= 4.04) significando un nivel de depresión severa según Beck et. al (2006). Sin embargo, los hombres mostraron el mayor decremento de medias (6, DE= 1.73) en el posttest que las mujeres (9, DE= 8.25).

Tabla 12

Medias y desviación estándar pre-post de depresión divididas por sexo

Depresión	Sexo	Media (DE)	N
-----------	------	------------	---

Pretest	Femenino	37.20 (8.93)	5
	Masculino	38.67 (4.04)	3
Posttest	Femenino	9 (8.25)	5
	Masculino	6 (1.73)	3

Por otro lado, en la Tabla 13 se presentan los puntajes pre-post de la variable de ansiedad, demostrando que las mujeres participantes presentaron una media (34, DE= 12.88) mayor a la de los hombres (33, DE= 5.7) en la primera medición, significando un nivel de ansiedad severo en ambos sexos (Robles, et. al, 2001). En el posttest, se mostró una disminución mayor de sintomatología de ansiedad en hombres que en mujeres en el posttest. Teniendo una media menor (8.67, DE= 7.3) que las participantes (11.60, DE= 8.88).

Tabla 13

Medias y desviación estándar pre-post de ansiedad divididas por sexo

	Ansiedad	Sexo	Media (DE)	N
Pretest		Femenino	34 (12.88)	5
		Masculino	33 (5.7)	3
Posttest		Femenino	11.60 (8.88)	5
		Masculino	8.67 (7.3)	3

Cabe mencionar que se cumplieron efectivamente las dos hipótesis experimentales; El programa de intervención basado en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión disminuirá los niveles de depresión y los niveles de ansiedad en estudiantes de medicina en Ciudad Juárez. Por ende, se puede concluir que el modelo de Terapia de Activación Conductual para la Depresión reduce la sintomatología depresiva y de ansiedad en estudiantes de medicina de nivel avanzado.

Discusión

Este estudio se realizó con el objetivo de evaluar la efectividad del tratamiento psicológico basado en el modelo de Terapia de Activación Conductual para la Depresión aplicado en estudiantes de medicina con sintomatología depresiva y de ansiedad. Los resultados muestran que el programa es efectivo al disminuir niveles de depresión y ansiedad en la muestra evaluada.

Ritschel et al. (2016) hacen mención que la activación cognitiva es una intervención breve enfocada en soluciones, partiendo de la idea de que la depresión es una causa ambiental, en donde la persona deprimida evita realizar actividades que le brinden una recompensa, creando un ciclo de inactividad y tristeza lo cual se corroboró durante este estudio. Esto debido a que los ocho participantes mencionaron sentimientos de culpa e inadecuación al momento de realizar alguna otra actividad que no fuera enfocada en estudiar, por lo que decidían posponer cualquier pendiente que no fuera académico, alejándose cada vez más de conductas placenteras y manteniendo dicho ciclo de inactividad y tristeza.

Por otro lado, se encontró que las variables psicosociales como la dinámica del hogar, integrantes de familia, expectativas familiares, etc., juegan un mayor rol que la carga académica per se. Puesto a que los ocho participantes mencionaron durante la intervención que la presión percibida por parte de sus padres en cuanto a su buen desempeño académico les provocaba mayor ansiedad y sentimientos de insuficiencia. Esta situación se relaciona con el estudio de Riveros et. al (2007) donde se encontró que las variables demográficas mostraban una fuerte influencia en estudiantes universitarios en relación a sus niveles de depresión puesto a que la presión de los aspectos familiares, patologías que existen en el hogar, situación económica, carga académica y oportunidades laborales incrementaron la probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo.

Por su parte, los participantes establecieron múltiples hábitos que los activaron conductualmente dentro de su rutina diaria, uno de ellos siendo el ejercitarse por lo menor media

hora al día cinco días a la semana. Cabe destacar que los ocho participantes lograron exitosamente establecer el ejercicio como una actividad que les generaba una reducción de estrés percibido, reportando menores niveles de ansiedad y sentimientos de insuficiencia después de concluir su actividad física. Olmedilla, et. al (2010) reportó resultados similares en relación con la disminución de la ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Como resultados, encontraron que las mujeres que practican actividad física presentaron menor ansiedad y depresión que las que no practican actividad física, apoyando los resultados encontrados en este estudio.

A pesar de la extensa difusión del estudio se mostró poco involucramiento por parte de la mayor parte de la población de estudiantes, esto posiblemente a la situación de la pandemia y las características de la atención, por lo cual los resultados no son generalizados y no pueden ser considerados absolutos pues la carencia de participantes ocasiona poca representatividad. Por lo que se recomienda realizar estudios con un número mayor de participantes y un equipo que cuente con más de un terapeuta con el objetivo de aplicarlo en una muestra representativa. Otras recomendaciones para futuros estudios son:

- Implementar un grupo de comparación en cuanto la eficacia con otro modelo de intervención terapéutica
- Aumentar la muestra para genera una causalidad directa entre el efecto del TACD y la sintomatología depresiva y de ansiedad.
- Probar la efectividad del TACD a través de un ensayo controlado aleatorio, donde los participantes puedan asignarse al azar en al menos uno de dos grupos y tener un grupo control para comparar la efectividad de los resultados post.

Referencias

- Agudelo, D., Buena-Casal, G., y Donald, S.C. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Aguirre-Hernández, R., López-Flores J.F. y Flores-Flores, R.C. (2011). *Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas*. Editorial Revista Fuente.
- Agis, C. (2019). *Eficacia de la Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Facultad de psicología. Universidad de la República.
- Amarilla, J., Barrios, F., Bogado, F., Centurión, R., Careaga, D., y Cardozo, J. (2018). Ideación suicida en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Asunción. *Medicina Clínica y Social*, 2(1), 13-24.

- American Psychological Association (2020). Informed consent checklist for telepsychological services. <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-information/informed-consent-checklist>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición*. Editorial Médica Panamericana.
- Arrieta-Vergara, K.M., Díaz-Cárdenas, S., y Gómez-Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica Médica Familiar* 7(1), 14-22.
- Bados, A. (2008). *La intervención Psicológica: Características y modelos*. Universidad de Barcelona.
- Barlow, D.H. (2014). *Manual clínico de trastornos psicológicos: tratamiento paso a paso*. Editorial Manual Moderno.
- Barraca-Mairal, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD): Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*. 8(1), 23-50.
- Barraca-Mairal, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 21(2), 183-197.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000200007&lng=es&tlng=es

- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352.
- Beck, A., Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Recuperado de <https://bit.ly/3pqyzzV>
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2006). BDI-II. *Inventario de Depresión de Beck*. Paidós.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). Manual. BAI. *Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.)*, Pearson Educación.
- Bianchi, J. y Henao, A. (2015). *Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica*. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Boswell, J.F., Iles, B.R., Gallagher, M.W. & Farchione, T.J. (2017). Behavioral activation strategies in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Psychotherapy*, 54(3), 231-236.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caro-Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Editorial Desclée de Brouwer.

Cassar, J., Ross, J., Dahne, J., Ewer, P., Teeson, M., Hopko, D. & Lejuez, C. (2016). *Therapist tips for the brief behavioural activation therapy for depression - revised (BATD-R) treatment manual practical wisdom and clinical nuance*. Australian Psychology Society.

Coordinación de comunicación social (2017). *14.3% de la población mexicana padece trastornos de ansiedad*. México: Senado de la República
<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html#:~:text=Se%20estima%20que%20en%20M%C3%A9xico,porcentaje%20de%209%20por%20ciento>.

De la Rosa Gómez (2021). Telepsicología: beneficios en el proceso de intervención y consideraciones éticas. *Revista de Divulgación Crisis y Retos en la Familia y Pareja*, 3(1), 32-38. <https://doi.org/10.22402/j.redes.unam.3.1.2021.370.32-38>

Denis-Rodríguez, E., Barradas Alarcón, M.E., Delgadillo-Castillo, R., Denis-Rodríguez, P.B., y Melo-Santiesteban, G. (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un metaanálisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 387-418. <https://doi.org/10.23913/ride.v8i15.304>

Domínguez-Rodríguez, A., Martínez-Maqueda, G. I., Arenas-Landgrave, P., Martínez-Luna, S. C., Ramírez-Martínez, F. R., & Salinas-Saldívar, J. T. (2020). Effectiveness of behavioral activation for depression treatment in medical students: Study protocol for a quasi-experimental design. *SAGE Open Medicine*. <https://doi.org/10.1177/2050312120946239>

- Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 46-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., González, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 38(2), 21-30.
- González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI–II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237–244.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., ... Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. 10.1037/0022-006x.64.2.295.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavior Modification*, 25(2), 255–286. 10.1177/0145445501252005
- Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S., Pagoto, S. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Revised Treatment Manual. Behavior modification. 35. 111-61. 10.1177/0145445510390929.
- López-Ozuna, V.M., y Saldaña-Ibarra, O. (2014). Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 7(4), 169-177.

- Mascarúa-Lara E., Vázquez-Cruz E., y Córdova-Soriano J.A. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 21(2), 55-57.
- Miletic, V., Lukovic, J. A., Ratkovic, N., Aleksic, D., & Grgurevic, A. (2014). Demographic risk factors for suicide and depression among Serbian medical school students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(4), 633–638, 10.1007/s00127-014-0950-9
- Navas, J.J. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(1), 75-83. ISSN: 0120-0534.
- Olmedilla, A., Ortega, E., y Candel, N. (2010). Ansiedad, depresión y práctica de ejercicio físico en estudiantes universitarias. *Medicina de l'Esport*, 45(167), 175–180. 10.1016/j.apunts.2010.03.001
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión*. Recuperado de: who.int/topics/depression/es
- Paradis, A. D., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., & Fitzmaurice, G. (2006). Major depression in the transition to adulthood: The impact of active and past depression on young adult functioning. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(5), 318-323.
- Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC medicine*, 11(1), 129
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Pearson Educación S.A.

- Pinzón-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C., y Pinzón, J. (2014). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.005>
- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Cooley, J. L., & Craighead, W. E. (2016). Behavioral activation for major depression in adolescents: Results from a pilot study. *Clinical Psychology: Science and Practice* 23, 39–57
- Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, B. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI: 10*(1)
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Shadish, W., Cook, T. y Campbell, D. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Steer, R., Ranieri, W., Beck, A., & Clark, D. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 195-205.
- Torres, X. y Baillés, E. (2015). *Comprender el estrés*. Barcelona: Editorial Amat. Pg.
- Uriarte-Bonilla, V. (2014). *Psicofarmacología – 7ª ed.* México: Trillas.

Anexos

Anexo 1:

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil:..... Edad:..... Sexo:.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

Puntaje Total:

Anexo 2:

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

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

Anexo 3:

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

(Beck Scale for Suicide Ideation, BSSI; Beck, Kovacs y Weissman, 1979)
(Traducción y adaptación de C. Vázquez)

Día de la entrevista

Día de la crisis o punto más grave
del trastorno

I. CARACTERÍSTICAS DE ACTITUDES HACIA VIVIR/MORIR

1. Deseo de vivir
 - 0 Moderado a fuerte
 - 1 Débil
 - 2 Ninguno
2. Deseo de morir
 - 0 Ninguno
 - 1 Débil
 - 2 Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir
 - 0 Las de vivir superan a las de morir
 - 1 Más o menos igual
 - 2 Las de morir superan a las de vivir
4. Deseo de efectuar un intento activo de suicidio
 - 0 Ninguno
 - 1 Débil
 - 2 Moderado a fuerte
5. Intento pasivo de suicidio
 - 0 Tomaría precauciones para salvar la vida
 - 1 Dejaría al azar la vida o la muerte (por ejemplo, cruzar sin mirar una calle)
 - 2 Evitaría las medidas necesarias para salvar o mantener la vida (por ejemplo, un diabético que deja de tomar insulina)

II. CARACTERÍSTICAS DEL DESEO/IDEACIÓN DE SUICIDIO

6. Dimensión temporal: Duración
 - 0 Breve, períodos fugaces
 - 1 Períodos más largos
 - 2 Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal: Frecuencia
 - 0 Infrecuente, ocasional
 - 1 Intermitente
 - 2 Persistente o continua
8. Actitud hacia la ideación/deseo
 - 0 Rechazo
 - 1 Ambivalente; indiferente
 - 2 Aceptación
9. Control sobre el deseo de actuación o acto suicida
 - 0 Tiene sensación de control
 - 1 Inseguro del control
 - 2 No tiene sensación de control
10. Barreras para el intento activo (por ejemplo, familia, religión, posibilidad de lesión grave si se fracasa; irreversibilidad del intento)
 - 0 No intentaría suicidio a causa de una barrera
 - 1 Alguna preocupación sobre las barreras
 - 2 Mínima o nula preocupación sobre las barreras

INDICAR BARRERAS SI EXISTEN:

11. Razón del intento en cuestión
 - 0 Manipular el entorno: Conseguir atención, venganza
 - 1 Combinación de «1» y «2»
 - 2 Escape, resolver problemas, desaparecer

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO EN CUESTIÓN

12. Método: Especificidad/planificación
 - 0 No en cuestión
 - 1 Considerado pero sin elaborar detalles
 - 2 Detalles bien elaborados; bien formulado
13. Método: Disponibilidad/oportunidad
 - 0 Método no disponible; ninguna oportunidad
 - 1 El método llevaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no fácilmente disponible
 - 2 Oportunidad futura o anticipada disponibilidad de método
14. Sensación de «capacidad» para llevar a cabo un intento
 - 0 Cobarde, demasiado débil, asustado, incapaz
 - 1 Inseguro de la valentía o de la capacidad
 - 2 Seguro de la valentía o de la capacidad
15. Expectativas/anticipación del intento real
 - 0 No
 - 1 Inciertas, no seguro
 - 2 Sí

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO EN CUESTIÓN

16. Preparación real
- 0 Ninguna
 - 1 Parcial (por ejemplo, comenzar a acumular pastillas)
 - 2 Completa (por ejemplo, tiene pastillas, cuchillas, un arma cargada)
17. Nota de suicidio
- 0 Ninguna
 - 1 Comenzada pero no acabada; sólo se ha pensado en ella
 - 2 Acabada
18. Actos finales en anticipación de la muerte (por ejemplo, seguros, testamento, donaciones)
- 0 Ninguno
 - 1 Algunas ideas o se han hecho algunas gestiones
 - 2 Planes finales efectuados o gestiones finalizadas
19. Engaño/encubrimiento del intento
- 0 Ideas expresadas abiertamente
 - 1 Ideas reservadas
 - 2 Intento de engañar, mentir, encubrir

V. FACTORES PREVIOS (no incluibles en la puntuación total)

20. Intentos previos de suicidio
- 0 Ninguno
 - 1 Uno
 - 2 Más de uno
21. Intención de morir asociada con el último intento
- 0 Baja
 - 1 Moderada; ambivalente; incierta
 - 2 Alta

ATENCIÓN: Si todas las respuestas a los ítems 4 y 5 son «0», no administrar las Secciones II, III y IV.

Referencias

- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979): Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Brown, G. K. y Steer, R. (1997): Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1039-1046.
- Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A. y Lonnqvist, J. (2004): Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4, 11 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-4-11.pdf>).

Anexo 4:

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales
a través del
Departamento de Ciencias Sociales
y la
Maestría en Psicología



INVITAN A PARTICIPAR EN:

**Intervención basada en la
Terapia de Activación
Conductual para la Depresión en
estudiantes de medicina de
Ciudad Juárez**

Requisitos

- 1** Ser estudiante de medicina a partir de 6to semestre de la UACJ
- 2** Presentar síntomas de depresión
- 3** No estar en proceso psicoterapéutico
- 4** No estar tomando ningún tratamiento psiquiátrico



Cupo limitado

Tratamiento totalmente gratuito

Duración

 **10** Sesiones semanales

 **1 hora**

Para mayores informes y preinscripciones

Bajo la dirección de:
Dra. Priscila Montañez Alvarado
priscila.montanez@uacj.mx
y codirección de:
Dr. Alejandro Domínguez Rodríguez
alejandro.dominguez.r@campusviiu.es
Implementado por:
Lic. Juan Manuel Cruz López
juanmcruzlopez@gmail.com



Anexo 5:

Carta de consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **“Intervención basada en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en estudiantes de medicina de Ciudad Juárez”** que tiene como objetivo implementar un programa de intervención basado en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión adaptado para estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez donde se busca intervenir en una muestra de la población de estudiantes de medicina que estén en nivel avanzado, para detectar y disminuir los niveles de depresión y ansiedad.

Podrán participar: **estudiantes del programa de medicina de la UACJ, que actualmente no lleven un proceso psicológico, que no consuman sustancias psicotrópicas ilegales, que no presenten riesgo suicida y no tener un diagnóstico psiquiátrico ni estén tomando ningún medicamento que pudiera afectar su atención.** El programa tiene como duración 10 sesiones individuales de psicoterapia de una hora de duración que se llevarán a cabo por medio de videollamada a través de la plataforma Teams.

Si decide participar, el estudio presentará los siguientes beneficios para usted: **disminución de sintomatología depresiva y de ansiedad.**

Y si así usted lo requiere, los investigadores se comprometen a entregar y explicar la información actualizada obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno.

No obstante, bajo el art. 134 del Código Ético del Psicólogo, el investigador muestra información confidencial sin consentimiento de participante solo cuando le obligue la ley o cuando ésta lo permita para propósitos válidos tales como: Proveer servicios profesionales necesarios al participante, para obtener consultoría o asesoría profesional adecuada, para proteger al participante de algún daño.

Debido a que el tratamiento implementado en el presente estudio ve limitada su eficacia en participantes con sintomatología depresiva grave y con riesgo suicida, si se detecta probable riesgo suicida por medio de ideación, planeación o intencionalidad para llevarlo a cabo, se seguirán las siguientes medidas preventivas: canalización del estudiante al Centro de Atención Psicológica SURÉ, notificación a los familiares del estudiante y a la coordinación del programa de Médico Cirujano. Así mismo, se le dará seguimiento a cada participante canalizado asegurando que reciba la atención psicológica adecuada con el objetivo de salvaguardar su integridad física y psicológica.

Para iniciar su participación, requerimos su autorización del siguiente:

Se me ha explicado que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Se me ha garantizado que mi información personal será utilizada únicamente para motivos del estudio y no se publicarán nombres, fechas de nacimiento ni condiciones específicas que pudieran violar mi confidencialidad

como participante. Además, toda la información será manejada únicamente por los investigadores a cargo, y solamente para fines académicos propiamente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con la **Dra. Priscila Montañez Alvarado**, responsable del proyecto, al teléfono **+52 (656) 688 38 00** y al correo electrónico priscila.montanez@uacj.mx.

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. María de Jesús Viloria Beltrán, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y maria.viloria@uacj.mx

Anexo 6:

Formulario 1. Monitoreo Diario

Hora	Actividad	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
5-6 am			
6-7 am			
7-8 am			
8-9 am			
9-10 am			
10-11 am			
11-12 am			
12- 1 pm			
1- 2 pm			
2-3 pm			
3-4 pm			
4-5 pm			
5-6 pm			
6-7 pm			
7-8 pm			
8-9 pm			
9-10 pm			
10-11 pm			
11-12 pm			
12-1am			
1-2 am			
1-5 am			

Estado de ánimo general del día (0-10) _____

Anexo 7:

Formulario 2. Inventario de áreas de vida, valores y actividades

Áreas de la vida (1/5): Relaciones

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Formulario 2. Inventario de áreas de vida, valores y actividades

Áreas de la vida (2/5): educación/carrera

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Formulario 2. Inventario de áreas de vida, valores y actividades

Áreas de la vida (3/5): Recreación/interés

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
--------	--------------------	-----------------------

• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Formulario 2. Inventario de áreas de vida, valores y actividades

Áreas de la vida (4/5): Mente, cuerpo y espiritualidad

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Formulario 2. Inventario de áreas de vida, valores y actividades

Áreas de la vida (5/5): Responsabilidades diarias

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)

• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Valor:	Disfrute (0-10)	Importancia (0-10)
• Actividad 1:		
• Actividad 2:		
• Actividad 3:		
• Actividad 4:		
• Actividad 5:		

Anexo 8:

Formulario 3. Actividad selección y clasificación

Instrucciones: Enumere las 15 actividades que desee y califique la dificultad de cada una de 1 como más fácil a 15 como más difícil.

Actividad	Rango

Anexo 9:

Formulario 4. Contrato

¿Qué actividad podría necesitar ayuda para completar? _____

Nombre de una persona que podría ayudarte con esta actividad: _____
Cuáles son las maneras en las que esta persona podría ayudarte con esta actividad:
1.
2.
3.

Nombre de una persona que podría ayudarte con esta actividad: _____
Cuáles son las maneras en las que esta persona podría ayudarte con esta actividad:
1.
2.
3.

Nombre de una persona que podría ayudarte con esta actividad: _____
Cuáles son las maneras en las que esta persona podría ayudarte con esta actividad:
1.
2.
3.