

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**EFFECTOS DEL MODELO SISTÉMICO INTEGRATIVO EN LA DISMINUCIÓN DE
SÍNTOMAS DE ESTRÉS Y MEJORA EN FACTORES PSICOSOCIALES EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CARRERA DE MEDICINA**

Por

Dr. Javier Lugoleos Cano

Dr. Adrian Valdez Villarreal

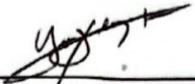
Que presenta el Dr. Adrián Valdez Villarreal

Como requisito parcial para obtener el grado de ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA

DICIEMBRE del 2024

**EFFECTOS DEL MODELO SISTÉMICO INTEGRATIVO EN LA DISMINUCIÓN DE
SÍNTOMAS DE ESTRÉS Y MEJORA EN FACTORES PSICOSOCIALES EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA CARRERA DE MEDICINA**

Aprobación de la tesis:



Dr. Javier Lugoleos Cano
Director de la tesis



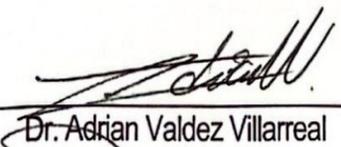
Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. Adrian Valdez Villarreal



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Dedicatoria y/o Agradecimientos

Con dedicatoria y agradecimientos para todos los que me acompañaron durante este recorrido tan importante en mi vida, cada uno formó una parte importante de los logros obtenidos a lo largo del camino.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. RESUMEN.....	8
CAPÍTULO II. INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO III. PROBLEMA DE ESTUDIO E HIPÓTESIS.....	8
CAPÍTULO IV. OBJETIVOS.....	40
CAPÍTULO V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	41
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	50
CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN	79
CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES	89
CAPÍTULO IX. ANEXOS.....	90
CAPÍTULO X. BIBLIOGRAFÍA	155
CAPÍTULO XI. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	167

LISTA DE TABLAS.

TABLA 1 ESTRESORES ACADÉMICOS

TABLA 2 INDICADORES DEL ESTRÉS ACADÉMICO

TABLA 3 RESULTADOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA 4 TABLA COMPARATIVA GRUPO CONTROL VS GRUPO EXPERIMENTAL, SISCO.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR SEMESTRE Y GRUPO QUE CONTESTARON EL INVENTARIO SISCO DEL ESTRÉS ACADÉMICO.

TABLA 6 RESULTADOS ESCALA GOLDBERG

TABLA 7 RESULTADOS ESCALA DE CREENCIAS

TABLA 8 RESULTADOS ESCALA DE AFRONTAMIENTO

TABLA 9 RESULTADOS ESCALA DE PERFECCIONISMO

TABLA 10 RESULTADOS ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

TABLA 11 RESULTADOS ESCALA DE SATISFACCION FAMILIAR

TABLA 12 RESULTADOS ESCALA WHOQOL-BREF

TABLA 13 RESULTADOS ESCALA DERS

TABLA 14 TABLA GENERAL COMPARATIVA DE ÍTEMS SIGNIFICATIVOS GRUPO CONTROL.

TABLA 15 TABLA COMPARATIVA DE ÍTEMS SIGNIFICATIVOS EN GRUPO EXPERIMENTAL.

TABLA 16 TABLA COMPARATIVA DE GRUPO EXPERIMENTAL MODALIDAD ZOOM

TABLA 17 TABLA PRE Y POST INTERVENCIÓN DE GRUPO EXPERIMENTAL MODALIDAD PRESENCIAL

LISTA DE GRÁFICOS.

GRÁFICO 1. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO SISTÉMICO COGNOSCITIVISTA PARA EL ESTUDIO DEL ESTRÉS ACADÉMICO.

GRÁFICA 2. PUNTAJE A LO LARGO DE LAS SESIONES POR CADA PARTICIPANTE

GRÁFICA 3. PROMEDIO DEL PUNTAJE A LO LARGO DE LAS SESIONES

GRÁFICA 4. CORRELACIÓN ENTRE DOMINIOS Y MEJORA GLOBAL EN DOMINIO REF

GRÁFICA 5. CORRELACIÓN ENTRE DOMINIOS Y MEJORA GLOBAL EN DOMINIO REP

GRÁFICA 6. CORRELACIÓN ENTRE DOMINIOS Y MEJORA GLOBAL EN DOMINIO DMA

GRÁFICA 7. CORRELACIÓN ENTRE DOMINIOS Y MEJORA GLOBAL EN DOMINIO EAF

GRÁFICA 8. CAJAS Y BIGOTES PARA CAMBIO EN DOMINIOS.

LISTA DE ANEXOS.

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2. ESCALA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

ANEXO 3. ESCALA SISCO DE ESTRÉS ACADÉMICO

ANEXO 4. ESCALA DE ESTRESORES ACADÉMICOS

ANEXO 5. ESCALA DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS ACADÉMICO (A-CEA)

ANEXO 6. CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

ANEXO 7. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE PERFECCIONISMO

ANEXO 8. ESCALA ROSENBERG

ANEXO 9. ESCALA DERS

ANEXO 10. CUESTIONARIO DE CREENCIAS (PBQ)

ANEXO 11. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

ANEXO 12. CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

ANEXO 13. ESCALA DE SATISFACCIÓN FAMILIAR POR ADJETIVOS

ANEXO 14. CUESTIONARIO FINAL SOBRE LA INTERVENCIÓN MODELO SISTÉMICO INTEGRATIVO PARA EL ESTRÉS (MSI-E) (LUGOLEOS-CANO JAVIER 2018)

ABREVIATURAS

EEA	Escala de Estresores Académicos
A-CEA	Escala de Afrontamiento del Estrés Académico
WHOQOL-BREF	Escala de Calidad de Vida
PBQ	Cuestionario de Creencias
CGS-28	Cuestionario General de Salud de Goldberg
ESFA	Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos
PIP	Patrón Interpersonal Problemático
PIS	Patrón Interpersonal Saludable
CSx	Ciclo sintomático
MSI	Modelo Sistemico Integrativo
DMA	Demandas Del Medio Ambiente
REF	Reacciones físicas
REP	Reacciones psicológicas
EAF	Estrategias de afrontamiento

CAPÍTULO I: RESUMEN

En este estudio se evaluó la efectividad del Modelo Sistémico Integrativo en la reducción de síntomas de estrés y en la mejora de factores psicosociales en estudiantes de medicina, dada la prevalencia de niveles tan altos de estrés académico en esta población, dicho modelo se implementó como intervención práctica que combina diversas técnicas psicoterapéuticas, adaptadas a demandas del contexto académico exigente. Se incluyó una muestra de estudiantes mayores de 18 años, asignados aleatoriamente a grupos de intervención presenciales y virtuales, además de un grupo de control en lista de espera. Se realizaron 9 sesiones de intervención, una semanalmente, en cada grupo asignado. Se aplicaron escalas validadas antes y después de las intervenciones para medir variables clave. Los datos fueron analizados estadísticamente para determinar la efectividad del MSI en comparación con el grupo de control. En los resultados podemos observar como los estudiantes que participaron en el MSI lograron experimentar una reducción significativa en niveles de estrés y ciertos factores psicosociales evaluados, como lo fue la disminución en la percepción de demandas del medio ambiente. Específicamente, se observaron cambios positivos en variables como el funcionamiento familiar, el uso de estrategias de afrontamiento efectivas y la autoeficacia para manejar el estrés académico. En el grupo experimental, el MSI facilitó una disminución de las respuestas emocionales negativas y promovió un uso más adaptativo de los recursos emocionales y sociales. Además, el análisis comparativo entre los grupos de intervención presencial y virtual mostró que ambos enfoques fueron efectivos y con resultados similares por lo que podemos concluir que fue bien aceptado por los participantes, esto ayuda a destacar la versatilidad del MSI en diferentes formatos. Como conclusión podemos observar al MSI como una herramienta efectiva y reproducible para el apoyo psicosocial en entornos académicos exigentes, como lo es el de la facultad de medicina, en donde se busca promover tanto el bienestar emocional como un rendimiento académico saludable en estudiantes de medicina.

SUMMARY

This study evaluated the effectiveness of the Integrative Systemic Model (ISM) in reducing stress symptoms and improving psychosocial factors among medical students, a population, that is considered with a high prevalence of academic stress. The ISM was implemented as a practical intervention combining various psychotherapeutic techniques focused on the demands of the rigorous academic environment. Participants included students aged 18 and older, randomly assigned to in-person and virtual intervention groups, as well as a waitlist control group. Each intervention group underwent nine weekly sessions. Validated scales were administered pre- and post-intervention to measure key variables, and statistical analysis was performed to assess the ISM's efficacy compared to the control group. Results indicated significant reductions in stress levels and improved psychosocial factors in the ISM participants. Notable improvements included decreased perceived environmental demands, improve in family functioning, the use of new effective coping strategies, and greater self-efficacy in managing academic stress. The intervention facilitated to reduce negative emotional responses and promoted adaptive use of emotional and social resources. Comparative analysis revealed similar effectiveness between in-person and virtual delivery formats, demonstrating the ISM's versatility and acceptability among participants. These findings support the ISM as an effective and reproducible tool for psychosocial support in demanding academic settings, fostering emotional well-being and healthy academic performance among medical students.

CAPÍTULO II: INTRODUCCIÓN

El modelo sistémico integrativo para el estrés fue desarrollado para atender una necesidad de la población general y en particular de la población universitaria que presenta altos niveles de estrés derivado de las demandas académicas y de la vida en general, además, los estudiantes universitarios en la carrera de medicina suelen ser sometidos a una carga académica que supera el afrontamiento del estudiante promedio.

Estudiando los diferentes modelos psicoterapéuticos y teorías de la ansiedad y estrés, se determina utilizar corrientes que aportan soluciones al problema y se integran en un modelo con aportaciones novedosas para atender este problema creciente en la sociedad actual.

El modelo sistémico se integra desde una base epistemológica sólida, da soluciones a los problemas de salud mental y facilita su mejoría en pocas sesiones, además los modelos cognitivos de segunda y tercera generación, con amplia evidencia, permiten su integración para ampliar la efectividad de las intervenciones.

Es por esto que se desarrolló y ahora se evaluó con una metodología de investigación, la eficacia de un modelo terapéutico de enfoques sistémicos y cognitivos para el mejor afrontamiento del estrés y otros factores psicosociales implicados. Esperamos con los resultados obtenidos ampliar, implementar y divulgar la intervención, mejorando el bienestar en esta población.

EL MSI, SU ORIGINALIDAD Y DIFERENCIAS CON OTRAS ALTERNATIVAS

El MSI, es un modelo práctico, económico, adaptable y transferible al estar manualizado y sistematizado por sesiones e intervenciones específicas, posee un instrumento de autoevaluación de la intervención para medir el impacto de las sesiones y los diferentes elementos que lo componen, tiene bases epistemológicas de modelos basados en evidencias y enriquecidos con aportaciones que se están investigando. Se está aplicando e investigando en una población específica, los estudiantes universitarios de medicina que cursan la materia de psiquiatría, pero su diseño permite aplicarlo a otras poblaciones que se pueden investigar en otro momento. El estrés académico se define como una reacción de activación fisiológica, emocional, cognitiva y conductual ante estímulos y eventos académicos. Ha sido investigado en relación con variables como género, edad, profesión, estrategias de afrontamiento, etc. (Berrio, Mazo, 2011 p.65). En el mundo “uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés y en las ciudades, se estima que el 50 por ciento de las personas

tienen algún problema de salud mental de este tipo” (Caldera, Pulido y Martínez, 2007, p. 78). Los escasos trabajos sobre el tema han demostrado la existencia de índices notables de estrés en las poblaciones universitarias, alcanzando mayores cuotas en los primeros cursos de carrera y en los periodos inmediatamente anteriores a los exámenes” (Muñoz, 1999 citado en Martín, 2007, p.89). en este estudio Martín concluye que el estrés académico o estrés del estudiante no recibe la suficiente atención en el ámbito de la investigación, hay estudios de la relación entre el nivel de estrés y los exámenes en los estudiantes universitarios, además de analizar la influencia de determinados indicadores de salud y del autoconcepto académico en 40 estudiantes, y observaron diferencias significativas en el nivel de estrés alcanzado por los estudiantes de Psicología respecto al de Filología Hispánica durante los dos períodos analizados. Asimismo, se han hallado efectos sobre la salud (ansiedad, consumo de tabaco, cafeína o fármacos, alteraciones en el sueño y en la ingesta de alimentos) y sobre el autoconcepto académico de los estudiantes (peor nivel de autoconcepto académico) durante el período de presencia del estresor (Martín, 2007 p.87).

Berrío y Mazo en 2011 analizan 17 estudios sobre estrés académico del 2001 al 2011 realizados en América Latina, España y Estados Unidos, los estudios concuerdan en mostrar una elevada incidencia de estrés en estudiantes universitarios, alcanzando valores superiores al 67% de la población estudiada en la categoría de estrés moderado” (Román, Ortiz y Hernández, 2008, p. 1). Román y cols. de una muestra en estudiantes de medicina, su análisis de la distribución del estrés auto percibido sugirió que la incidencia del estrés moderado es de aproximadamente un 80% en la muestra estudiada. De igual manera se comportó la variable manifestaciones cognitivo-afectivas (83%), lo que sugiere que estas manifestaciones pueden ser las más importantes o predominantes en el proceso de estrés académico. En menor medida se percibió la incidencia de las manifestaciones conductuales y fisiológicas (niveles moderados), con valores de 75 y 57% respectivamente (Román, Ortiz y Hernández, 2008, p. 4).

El estrés representa un fenómeno inevitable y normal en la vida de las personas, ya que, favorece al ajuste y al requerimiento fundamental para la sobrevivencia,

siempre y cuando sea en niveles controlados. Sin embargo, si los niveles de estrés son altos puede llegar a alterar la salud de las personas debido a una respuesta exagerada afectando órganos, sistemas y favoreciendo a enfermarse. El estrés tiene cuatro significados: un estímulo físico y psicológico que causa tensión, resultado de una acción ejercida por un estresante, un agente estresante y simultáneamente el resultado de su acción y un mecanismo de defensa contra los estímulos. (Florina Nechita et al., 2014)

Estudios recientes sugieren adecuar los niveles de estrés en la universidad para que la experiencia para el estudiante sea gratificante (Freire et al., 2018). El aumento del estrés en el alumnado puede tensionar su bienestar emocional durante el proceso de aprendizaje. (D'Mello, 2013; Shannon et al., 2019). El estrés académico en particular se considera el proceso por el cual los estudiantes se ven abrumados por tareas académicas, en apuros para satisfacer las demandas académicas y los requisitos para un adecuado logro adecuado. (Frenzel et al., 2016, 2018; Karaman et al., 2017). Algunos investigadores ya han resaltado la relación entre el estrés general y el estrés académico en tareas académicas como presentar un examen, participar en clases y realizar tareas asignadas. (Goetz et al., 2014; Gentsch et al., 2018; Pozos-Radillo et al., 2014).

También provoca una experiencia subjetiva relacionadas con reacciones cognitivas (estrés percibido, pensamientos negativos, preocupación y sentimiento de incontrolabilidad) y afecto negativo (irritabilidad, agitación, miedo, ansiedad y culpa) y puede generar respuestas conductuales (llanto, abuso de uno mismo y de los demás, fumar.) (Garett et al., 2017)].

Es bien sabido que los factores de estrés en el ámbito educativo son multidimensionales, mientras que la investigación ha tendido a abordar factores centrados en el estudiante, como la personalidad (Saklofske et al., 2012), formas de afrontamiento (Chartier et al., 2011; Freire et al., 2018), ansiedad de los estudiantes (Putwain, 2018; Cassady et al., 2019) y metas (Cabanach et al., 2008; Rusk et al., 2011). Investigación reciente ha establecido factores del estudiante en este proceso, tales como creencias en uno mismo (Lazarus, 1999), temperamento (Hirvonena et al., 2019), nivel de ansiedad ante los exámenes (Putwain y Pescod,

2018) y autorregulación comportamiento (Boyras et al., 2016; de la Fuente et al., 2020). En estudiantes de medicina los principales factores estresores detonantes son: exámenes, retrasarse en el calendario de estudio, la gran cantidad de material que deben estudiar, carga pesada de trabajo y falta de tiempo para revisar lo previamente visto. Es comúnmente encontrar que las causas de estrés entre estudiantes de medicina están relacionadas directamente en el ámbito académico, representados en la tabla 1, particularmente hablando de la sobrecarga de trabajo, exigencia y desempeño. La falta de tiempo, el tiempo invertido, los niveles altos de exigencia y la dificultad del material de estudio son otras causas del incremento de estrés en estudiantes de medicina. Socialmente los alumnos se ven afectados debido a una sobrecarga de trabajo la cual les dificulta la gestión del tiempo personal y esto concierne en un equilibrio en actividades sociales, familiares, académico y desarrollo de relaciones interpersonales. (Meleito et al., 1998) En la tabla 2 se anexan los principales indicadores de estrés académico observados actualmente en población universitaria. (Berrío y Mazo, 2011 p. 82).

Tabla 1. Estresores académicos

Barraza (2003)	Polo, Hernández y Pozo (1996)
Competitividad grupal	Realización de un examen
Sobrecargas de tareas	Exposición de trabajos en clase
Exceso de responsabilidad	Intervención en el aula (responder a una pregunta del profesor, realizar preguntas, participar en coloquios, etc.)
Interrupciones del trabajo	Subir al despacho del profesor en horas de tutoría
Ambiente físico desagradable	Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajos obligatorios, etc.)
Falta de incentivos	Masificación de las aulas

Tiempo limitado para hacer el trabajo	Falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas
Problemas o conflictos con los asesores	Competitividad entre compañeros
Problemas o conflictos con tus compañeros	Realización de trabajos obligatorios para aprobar las asignaturas (búsqueda de material necesario, redactar el trabajo, etc.)
Las evaluaciones	La tarea de estudio
Tipo de trabajo que se te pide	Trabajar en grupo

Tabla 2. Indicadores del estrés académico

Indicadores	Ejemplos
Físicos: reacciones corporales	Dolores de cabeza, insomnio, problemas digestivos, fatiga crónica, sudoración excesiva, entre otros.
Psicológicos: relacionados con las funciones cognitivas o emocionales	Desconcentración, bloqueo mental, problemas de memoria, ansiedad, depresión, entre otros.
Comportamentales: involucran la conducta	Ausentismo de las clases, desgano para realizar las labores académicas, aislamiento, entre otros.

ABORDAJES TERAPÉUTICOS AL PROBLEMA.

En la investigación de factores comunes en psicoterapia, la terapia tiene éxito alrededor del 68% de las veces, cuando tiene éxito, la investigación ha indicado que hay cuatro factores comunes para su éxito (Lambert, M. J., 1992).

Estos son:

- **Factores del cliente:** las fortalezas, recursos, apoyos sociales, entornos de la persona y el tipo (frecuencia, intensidad y duración) de las quejas que tiene.
- **La relación terapéutica:** ¿Qué tan comprometido y conectado está el cliente en la terapia? Un terapeuta que es percibido por el cliente como cálido, empático, genuino, digno de confianza, sin prejuicios y respetuoso contribuye a desarrollar una alianza positiva.
- **Expectativa, esperanza y placebo:** el optimismo, la confianza y el sentido de esperanza del terapeuta marcan la diferencia.
- **Teoría / técnica:** qué procedimientos y modelo se guía o utiliza el terapeuta. Cuánto tiene el terapeuta de lealtad a su modelo y métodos (Lambert, M. J., 1992, Bill O'Hanlon 2019).

De todos señala que sólo el 15% tiene que ver con el modelo o la técnica, dando a los factores del cliente hasta el 40% (Escudero V., 2004, Schade N., 2009). Estos datos, lejos de favorecer el pesimismo en psicoterapia, la sitúa en un lugar privilegiado para el cambio, ya que las técnicas utilizadas van a influir, tanto en la relación médico-paciente como en el inicio y mantenimiento del cambio ante los factores exteriores (Montes, M. J., 2006).

ABORDAJES NO SISTÉMICOS Y SISTÉMICOS AL PROBLEMA

En un estudio de revisión y meta-análisis de 32 trabajos de investigación, sobre intervenciones para reducir el estrés en estudiantes universitarios (Regehr, Ch., Glancy, D., Pitts, A., 2013). Representaron una variedad de enfoques de intervención con estudiantes en una amplia gama de programas y disciplinas. Al final se incluyeron 24 estudios con 1431 estudiantes en el meta-análisis. Las intervenciones cognitivas, conductuales y de atención plena se asociaron con disminución de los síntomas de ansiedad. Los resultados secundarios incluyeron niveles más bajos de depresión y cortisol. Sin embargo, los estudios incluidos se limitaron a los publicados en revistas revisadas por pares. Estos estudios sobre-representan intervenciones con estudiantes mujeres en países occidentales. Los estudios sobre algunos tipos de intervenciones, como las intervenciones

psicoeducativas y las basadas en el arte, no tenían datos suficientes para incluirlos en el meta-análisis. La conclusión de esta revisión proporciona evidencia de que las intervenciones cognitivas, conductuales y de atención plena son eficaces para reducir el estrés en los estudiantes universitarios, y plantea que el trabajo futuro debe centrarse en desarrollar programas de reducción del estrés que atraigan a los estudiantes varones y aborden sus necesidades.

ABORDAJES DE ENFOQUES INTEGRATIVOS

Modelo sistémico cognoscitivista del estrés académico

Este modelo propuesto por Barraza (2005; 2006; 2007a; 2007b; 2008; Barraza y Acosta, 2007; Barraza y Silerio, 2007), se sustenta en la teoría general de sistemas de Colle, y en el modelo transaccional del estrés de Richard Lazarus. El modelo se constituye por cuatro hipótesis:

a. Hipótesis de los componentes sistémicos procesuales del estrés académico: enfatiza la definición de sistema abierto, que implica un proceso relacional sistema-entorno. Por tanto, los componentes sistémicos-procesuales del estrés académico se refieren al constante flujo de entrada (*input*) y salida (*output*) que presentan todos los sistemas para lograr su equilibrio. Dichos componentes del estrés académico son tres: estímulos estresores (*input*), síntomas (indicadores del desequilibrio sistémico) y estrategias de afrontamiento (*output*).

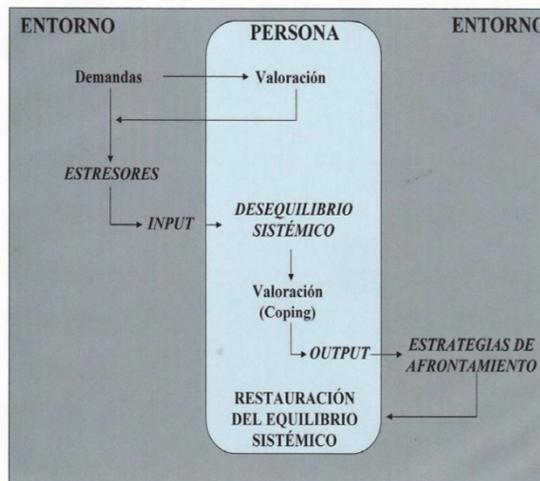
b. Hipótesis del estrés académico como estado psicológico: el estrés académico es un estado esencialmente psicológico porque presenta estresores mayores (amenazan la integridad vital del individuo y son ajenos a su valoración) y estresores menores (se constituyen en tales por la valoración que la persona hace de ellos). En general, un estresor es un “estímulo o situación amenazante que desencadena en el sujeto una reacción generalizada e inespecífica” (Barraza, 2005, p. 4).

“Este conjunto de indicadores se articulan de manera idiosincrática en las personas, de tal manera que el desequilibrio sistémico va a ser manifestado de manera diferente, en cantidad y variedad, por cada persona” (Barraza, 2008, p. 274).

Hipótesis del afrontamiento como restaurador del equilibrio sistémico: ante el desequilibrio que produce el estrés, el individuo pone en marcha diversas estrategias de afrontamiento para restaurar el equilibrio del sistema. Aunque son muy variadas las estrategias de afrontamiento, Barraza (2008) sugiere las siguientes: habilidad asertiva; elogios a sí mismo; distracciones evasivas; ventilación o confidencias; religiosidad; búsqueda de información sobre la situación; solicitud de asistencia profesional, tomar la situación con sentido del humor, y elaborar un plan y ejecución de sus tareas. Por último, para poder considerar completa la modelización sobre el estrés académico Barraza (2006) la acompaña con su respectiva representación gráfica.

Gráfico 1. Representación gráfica del modelo sistémico cognoscitivista para el estudio del estrés académico.

MODELO SISTÉMICO COGNOSCITIVISTA DEL ESTRÉS ACADÉMICO



Antecedentes de Intervenciones para el estrés académico que integran aspectos del modelo cognitivo-conductual y el modelo en soluciones.

Como lo hemos revisado en el estudio de Regehr, Ch., Glancy, D., Pitts, A., 2013. Existen diversos estudios que evalúan la eficacia del modelo cognitivo-conductual para manejo del estrés académico, estudios posteriores en América latina como el de (Furlan, 2013). Evalúan un programa en una muestra de 19 sujetos que

estimula el automonitoreo de las estrategias de aprendizaje implementadas, el aprendizaje de técnicas cognitivo-conductuales de control de la ansiedad y el ensayo anticipado de exámenes. Por otro lado, (Ramírez J., & Rodríguez J., 2012) toman en cuenta el proceso terapéutico combinado, utilizando dos modelos, el centrado en soluciones y el cognitivo-conductual concluyendo en una propuesta para equilibrar la utilización de ambos enfoques. Ya se ha utilizado la combinación de la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones en el tratamiento para el manejo del estrés en estudiantes foráneos (Venegas K., González M. (2015). En un grupo de 7 participantes adultos jóvenes, en 7 sesiones donde encuadran, aplican instrumentos de evaluación, aplican una técnica de risoterapia y la escala de avance desarrollada por De Shazer e Insoo Kim Berg, esta se aplica en cada sesión, psicoeducan sobre pensamientos distorsionados, hacen una técnica de autoestima, técnica de solución de problemas (SOLVE) y una técnica de hipnosis y en la séptima sesión cierran con aplicación de instrumentos de evaluación y una reflexión participativa, concluyendo que es efectiva, a pesar de los resultados contradictorios, mismos que justificaron por cerrar el grupo al estar en exámenes los estudiantes universitarios y esto les provocaba estrés.

Perspectiva sistémica del problema.

Los universitarios que tienen mayor estrés son de los primeros ciclos escolares, existe una estrecha relación entre procrastinación y el estrés académico, el cual conlleva a molestias físicas, psicológicas y comportamentales, a las mujeres les gustaría reducir la tendencia a posponer las tareas y a los varones no les gusta hacer trabajos mandados por otros (Cardona 2015).

Esta conclusión nos remite por un lado al problema y sus patrones intra e interpersonales, a más procrastinación más estrés a más estrés más procrastinación, por otro lado será ese el meollo del asunto, quizás nos perdemos en el mapa, quizás asumir que procrastinan en lugar de ver que es esparcimiento necesario o con causa justa es el camino a la solución, como lo plantea De Shazer

la solución es el problema, es cuándo no procrastina o este patrón no está y rompe con el esquema previo.

BASES TEÓRICAS DEL ENFOQUE SISTÉMICO EN EL QUE SE SUSTENTA EL MODELO SISTÉMICO INTEGRATIVO

Bases de la terapia breve sistémica

La Teoría General de Sistemas fue desarrollada con el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la ciencia clásica y su reducción mecanicista no podía explicar. Consigue proporcionar un marco teórico unificador tanto para las ciencias sociales como para las naturales. La explicación, hasta ahora exclusivamente lineal, se sustituye por un enfoque circular (Coronado A., 2010).

El modelo sistémico concibe a la familia como un sistema en el que la conducta de un miembro no se puede entender de manera aislada, independiente de lo que hace el resto; desde la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1968), se considera al individuo dentro de su contexto, explicándose las causas del síntoma como resultado de las alteraciones en el sistema familiar, y se concibe a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, cuya estructura es la de un sistema sociocultural abierto en constante transformación, que evoluciona a través de etapas que exigen reestructuración y adaptación a las circunstancias cambiantes, pero que simultáneamente mantiene cierta continuidad (Peñalva, C., 2001).

Modelo Estructural

El modelo estructural pone énfasis en la distribución del poder y la flexibilidad en las familias; maneja la jerarquía, donde los de más experiencia y edad tienen “mayor estatus”. Los miembros del sistema familiar se agrupan en subsistemas según su posición en esta, sin embargo cualquiera que sea la configuración en un

momento dado, deberán existir límites claros y bien definidos entre sus miembros (García J. y cols. 2014).

Virginia Satir da vida a dos enfoques opuestos del mundo: el modelo “Amenaza y recompensa” y el modelo “Semilla”. Estos modelos contrastan de manera notable en cuatro áreas: la definición de una relación. La definición del individuo, la explicación de los acontecimientos y las actitudes de la gente hacia el cambio. Las relaciones entre los modelos antes mencionados, presuponen una jerarquía en la que algunas personas definen las reglas para la buena conducta y otras obedecen dichas reglas. Esta jerarquía está fundamentada en los papeles que tienen los individuos en la vida.

Este modelo es el resultado lógico de las teorías de Satir sobre el proceso de cambio. La autoestima o auto valía, comunicación y reglas, son áreas base para tomar en cuenta. Su primera suposición clave está basada en una arraigada fe en que la gente está capacitada para creer y cambiar, y es capaz de toda clase de transformación.

En consecuencia, considera que un síntoma es la indicación de que la comunicación disfuncional o las reglas de la familia entorpecen la libertad de crecimiento de uno o más de sus miembros.

Su segunda suposición es que todos los seres humanos llevan consigo todos los recursos que necesitan para florecer. la tercera es que la familia es un sistema donde todo y todos reciben influencias e influyen en todo y todos los demás y cuarto que la persona y las concepciones del terapeuta son los elementos más importantes a su disposición. Debe creer que los seres humanos tienen la capacidad para crecer y cambiar, que poseen en sí los recursos que necesitan y que los problemas son multicausales. La humanidad del terapeuta es más importante que su experiencia (Baldwin M.1995,Satir V. 1980).

Según Minuchin, la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia; por otro lado, el concepto estructura familiar relaciona los conceptos de pautas interaccionales, sistemas de coacción, subsistemas, límites, aglutinamiento, desligamiento (Salvador Minuchin (1987).

Proponen tres estrategias principales de la terapia estructural: El cuestionamiento del síntoma, donde el síntoma es una solución protectora: el portador de síntoma se sacrifica para obtener la homeostasis de la familia, el problema reside en las pautas de interacción de la familia. Cuestionamiento de la estructura familiar, la concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares y sus reglas, si existe desapego, es posible que aquéllos estén aislados, faltos de apoyo. Incluso, el mismo terapeuta, se convierte en miembro participante del sistema que intenta transformar y las técnicas de que se dispone para esta estrategia son la fijación de fronteras, el desequilibrio y la enseñanza de la complementariedad. Cuestionamiento de la realidad familiar, los clientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construidos. El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza, la realidad conflictiva de la familia recibe un encuadramiento nuevo (Minuchin S., Fishman Ch., 1983, Minuchin S., 1987).

El objetivo de la terapia familiar estructural es reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa (García J. y cols. 2014).

Los límites son las reglas que definen quién y cómo participa en una operación, es la definición de los roles necesarios para cumplir una actividad (Peñalva, C., 2001). En este sentido se utilizan los límites hacia el sistema para lidiar mejor con el estrés, y se cuestiona el síntoma en el modelo que integramos.

Modelo Interaccional-Estratégico

Este modelo se desarrolla en el *Mental Research Institute* (MRI) en Palo Alto CA, EUA, apelando a unas cuantas ideas sencillas tenían el objetivo de comprobar que podía conseguir un cambio durante un período de tiempo estrictamente limitado – un máximo de diez sesiones de una hora- concentrando la atención en el principal desarreglo actual, utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para el cambio que conocieran, y buscando cuál era el mínimo cambio

necesario para solucionar el problema actual en vez de pretender reestructurar a familias enteras (Fish R. y cols. 1994).

Dentro de la fijación de un marco de tratamiento, considera solicitar la información directa del cliente en vez de a través de otros terapeutas intermediarios, esta terapia no es una continuación de la anterior y no se trabaja de la misma forma, en este enfoque, no se dan consejos o terapia por teléfono. Debe dejar claro que a quién llama que las sesiones de tratamiento son independientes de la vida que tiene lugar fuera de la sala de consulta, es una reunión que sirve para lograr la solución de un problema (Fish R. y cols. 1994).

La premisa fundamental del modelo estratégico, es que las dificultades surgen a partir de las definiciones que se hacen de los hechos y las conductas que se desprenden de tales creencias, que les dan sentido manteniéndose en verdaderos circuitos relacionales mantenedores del problema “La clase de problemas que la gente trae a los psicoterapeutas persisten si son mantenidos por el funcionamiento actual de la conducta del paciente, y de los otros con quienes interactúa” (Cruz, J. 2009; Weakland, J. y cols. 1986).

En la intervención que diseñamos revisamos los intentos de solución previos para resolver el problema y las soluciones efectivas que el cliente ya logró y se comparten con el grupo. Se revisan los ciclos y patrones interpersonales que mantienen el estrés.

La retórica de la terapia breve desde el modelo estratégico, hace asunción del lenguaje, de la “posición” del paciente y de su “visión” del mundo; utilización de múltiples técnicas de comunicación persuasiva en la sesión (sugestiones directas o indirectas, uso de lenguajes metafóricos, actitudes y comportamientos no verbales, comparaciones cognitivas, “dobles vínculos” y paradojas comunicativas, uso de la metáfora, técnicas sugestivas de comunicación no verbal); Inducciones y comportamientos que se han de realizar fuera de las sesiones (prescripciones comportamentales directas, indirectas y paradójicas) (Watzlawick P., Nardone G., 1997).

Desde el modelo Estratégico, una jerarquía puede delinearse, entre otras maneras, observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una

organización. Una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. Lo que ha evolucionado en el campo de la terapia ha sido la concepción de que uno de los objetivos de la misma es cambiar las secuencias de hechos que acaecen entre personas dentro de un grupo organizado. Puede definirse el cambio terapéutico diciendo que es aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema autorregulante, preferiblemente el que da paso a un sistema más diversificado. La secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos es la que determina el caso patológico (Haley J 1980, Madanes C. 1982).

Parte de la intervención es ampliar el panorama y flexibilizar la visión del mundo de los estudiantes de medicina a través de los ejercicios y tareas estratégicas e interaccionales.

Modelo Construccinista

El modelo sistémico de Milán al que se le ha denominado los modelos lingüísticos construccionistas, es una corriente teórica de la terapia sistémica, el grupo de Milán realizó aportaciones en sus diferentes fases históricas, desde la terapia familiar de orientación psicoanalítica, pasando por Cibernética de 1er. Orden, paradoja y contraparadoja, familia como sistema homeostático, después por Cibernética de 2º orden, hipotetización, circularidad, neutralidad; reencuadres/rituales. En su fase reconstituida, aportó conceptos sobre normalidad-estructura, con Selvini/Prata; con enfoque flexible, pluralista, no normativo, con Boscolo/Cecchin y finalmente con la prescripción invariante, definir fronteras trasgeneracionales, intervenciones variadas, formular hipótesis sobre el sistema significativo, supervisor y observador de la supervisión (Boscolo, 1993).

En el modelo que proponemos, toma los conceptos de neutralidad y circularidad como estilo terapéutico. Cecchin describe que el concepto de hipotetización y circularidad son inherentes al de neutralidad, la neutralidad implica aceptar nuestra inhabilidad en el trabajo sistémico para actuar de forma neutral y no política desde un esquema del término tradicional, esto es tomar una posición como más correcta que otra y no involucrarse ni influir en el sistema que se trata, es entonces que neutralidad tiene que ver con las siguientes actitudes en el trabajo sistémico:

1. Una posición de curiosidad, 2. Entender la verdad sistémica 3. Alejarse de: la causa-efecto, de dirigir e instruir, simplificando la idea en un marco de moralidad lineal, buscando el actuar legal, y, 4. Atendiendo el "aburrimento", lo que se determina como verdad sistémica que no es la verdad, sino la apertura a diferentes verdades (Cecchin 1987).

Por otro lado, las preguntas circulares y reflexivas son implementadas en las diferentes sesiones para crear escenarios con soluciones en el presente y futuro, La circularidad es una técnica alimentada por la curiosidad, empleada en el desarrollo de hipótesis y en el sostenimiento de la neutralidad, el interrogatorio circular sería el método con el cual el clínico crea curiosidad dentro del sistema familiar y terapéutico. El terapeuta "observa" patrones circulares entre las conductas, entre hipótesis, preguntas y datos, avances y retrocesos, interesado en descubrir semejanzas o diferencias (Tomm K, 1988 a,b). En el entendimiento de patrones y ciclos sintomáticos inter e intrapersonales utilizamos estas bases. Algunas preguntas se basan en suposiciones lineales acerca de los fenómenos a la que se dirige, otras se basan en suposiciones circulares, otras tienen la intención de orientar y otras la de influir como las preguntas estratégicas y reflexivas (Tomm K. 1988b)

Las micro-prácticas transformativas favorecen los nuevos relatos, ya que los relatos sobre síntomas o conflictos se organizan a través de personajes y de sus muchos atributos, relaciones y vicisitudes; las tramas y hechos, y el grado de capacidad de acción de los participantes; el escenario y la incidencia que tiene en la trama; los corolarios éticos y los juicios de valor derivados del relato (Sluzki C. 1995).

En cuanto a estas transformaciones existen diferentes dimensiones y cambios transformativos en las narrativas. En las transformaciones se afianzan los nuevos relatos, los relatos alternativos, la realidad es la historia que me cuento, o la que cuentan de mí y me la creo (Sluzki C., 1995).

En cuanto a la narrativa como sistema, primero hay que definir que la narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guión (conversación y acciones) y contextos (escenarios donde transcurre la acción y acciones, historias y contextos

previos). Ligados entre sí por la trama narrativa (conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que explica la relación entre todos) A su vez este conjunto de actores-guión-contexto y trama posee corolarios morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y bastardos), corolarios interpersonales (con quién la gente se conecta, cómo, y por qué) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historias, que operan como guía así como contexto de justificación) (Sluzki C.1998).

Van der Hart en 1983, define a los rituales como actos simbólicos, que se han de realizar de un modo determinado y siguiendo un cierto orden, y pueden estar o no acompañados de fórmulas verbales, el ritual se lleva a cabo con gran participación e intensidad emotiva (Imber-Black E, y cols.1997).

En terapia se utilizan dos tipos de rituales fundamentalmente, esto según el equipo de Milán en 1977, los rituales de continuidad, expresión del ciclo del tiempo y rituales de paso (de discontinuidad), expresión del tiempo lineal, esto es marcan un punto de un cambio irreversible, por ejemplo una familia con hijos adolescentes a quienes no se les considera aún autónomos y responsables, donde ellos se comporten de un modo autónomo y los padres se lo faciliten, por otro lado los de continuidad crean un movimiento cíclico, que ordena el devenir del sistema, un ejemplo es el de alternarse días pares e impares para ser “el padre en turno”. Es así que se espera conseguir el efecto de promover acción y re-encuadre y crean un contexto seguro de experiencia (Imber-Black E, y cols.1997). Los rituales se utilizan en el modelo propuesto.

Modelo Centrado en Soluciones

El modelo sistémico enfocado en soluciones es una psicoterapia breve que trabaja desde el principio de que la conducta forma parte de patrones interaccionales, pero haciendo énfasis en los patrones interaccionales saludables (Charles R. 2008), poniendo a la persona o personas con un problema en una posición de agente de cambio en donde ella se ubique como parte de la solución, de esta forma, la visión sistémica de los problemas humanos tiene como regla fundamental ampliar la perspectiva y observar un fenómeno dentro de su entorno,

investigando la forma en que se auto-regulan los fenómenos en un organismo y como colaboran en la generación y mantenimiento tanto de conductas problemáticas, como de saludables y exitosas (Charles R. 2008, 2006).

Este tipo de terapia fue engendrada en un mar de diferentes disciplinas, con afluentes de la psicología, la medicina y la filosofía. (O'Hanlon W., Weiner-Davis M. 1990). El Modelo enfocado en soluciones contempla que los clientes tienen soluciones y respuestas antes de llegar a la terapia, el camino que recorre la co-creación de problemas a través de un lenguaje terapéutico, ayudado por las preguntas presuposicionales y las orientadas a futuro, que nos llevan desde la primer sesión a buscar excepciones y deconstruir el marco de los clientes, interviniendo en el patrón, que finalmente nos llevarán a indicar tareas ingeniosas según recomendaciones y los tipos de clientes. (De Shazer Steven (1991, 1994).

Las premisas del enfoque son (De Shazer Steven (1991, 1994):

- a) Los prejuicios que se derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son positivas como si son negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia.

Lo que esperas influye sobre lo que consigues, los terapeutas centrados en soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable nuestro trabajo, crean profecías autocumplidoras.

- b) Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- c) El cambio es constante. En pocas palabras si lo admites, te comportarás como si el cambio fuera inevitable.
- d) El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. Ayudamos a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que hacemos y los temas en que elegimos centrarnos.
- e) Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- f) No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.

No aceptan la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas cumplen determinadas funciones, nunca se ha demostrado empíricamente que la eliminación de síntomas tenga que llevar inevitablemente a una ruptura de la familia o a nuevos síntomas en otros miembros de la familia.

- g) Sólo es necesario un pequeño cambio. El cambio es contagioso, un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema.
- h) Los clientes definen los objetivos. No se cree que haya una única forma “correcta” o “válida” de vivir la propia vida, lo que en una familia o para una persona es una conducta inaceptable, resulta deseable para otra. Por lo tanto son los clientes y no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento, esto es diferente a la identificación de problemas, que consideran una co-creación entre clientes y terapeutas.
- i) El cambio o la resolución del problema pueden ser rápidos. Como resultado de nuestra interacción durante la primera sesión, nuestros clientes obtendrán una visión nueva, más productiva y optimista, de su situación.
- j) No hay una única forma “correcta” de ver las cosas. Puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. Aunque no pensamos que haya puntos de vista correctos o incorrectos, creemos que hay puntos de vista más o menos útiles.
- k) Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. En el caso de una persona con trastorno borderline, en vez de no poder cambiar esto, se centra en lo que si puede mejorar como su impulsividad, mejorar los patrones interpersonales problema, etc. La manera en la que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico.

El tema común de estas intervenciones es que se concentran en cosas que dan resultado.

Las cuatro técnicas básicas son:

- a) Excepciones,

- b) La pregunta del milagro,
- c) Ubicación en una escala,
- d) Enfocando al futuro.

Se ven llaves como maestras cambios pre-tratamiento, se ven expectativas y no se acusa.

En un desarrollo focalizado en la solución (De Shazer S., Berg I., Lipchik E. y cols. 1986), hablan de los siete principios más importantes:

1. La mayor parte de los trastornos se desarrollan y se mantienen en el contexto de la interacción humana.
2. La tarea consiste en ayudar a hacer algo diferente.
3. La noción de resistencia la consideran como el modo en que los clientes nos comunican como debíamos ayudarlos.
4. Es posible construir un significado nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto del trastorno del cliente.
5. Lo que hay que producir es solo un pequeño cambio y, por lo tanto, sólo es preciso un objetivo pequeño y razonable.
6. El cambio en una parte del sistema lleva a cambios en el sistema como conjunto.
7. También es posible llevar a cabo una terapia eficaz cuando el terapeuta no logra definir de qué se lamentan los clientes.

Construir soluciones es construir excepciones, estas están siempre presentes en la vida de los clientes, al igual que el cambio que a veces tenemos dificultad en verlo. (Miller G., 1997).

Terapia Narrativa

El enfoque que toma Bruner en la vida como narrativa, es uno constructivista, una visión que toma como premisa central que la "creación del mundo" es la función principal de la mente, ya sea en las ciencias o en las artes. Pero en el momento en que uno aplica una visión constructivista de la narrativa a la auto-narrativa, a la autobiografía, uno se enfrenta a los «dilemas». Por ejemplo, la visión

constructivista de que las "historias" no "suceden" en el mundo real, sino que se construyen en la cabeza de las personas. O como dijo Henry James una vez, las historias suceden a personas que saben cómo contarlas. (Bruner 1987)

Recetas para estructurar la experiencia

Preguntarás si las formas narrativas y el lenguaje que va con ellos en nuestros cuatro temas no son simplemente expresiones de sus estados internos, formas de hablar que son requeridas por la naturaleza de esos estados internos. Quizás. Pero he estado proponiendo una hipótesis más radical que ese. Creo que las formas de contar y las formas de conceptualizar que van con ellos se vuelven tan habituales que finalmente se convierten en recetas para estructurar la experiencia misma, para establecer rutas en la memoria, no solo para guiar la narrativa de la vida hasta el presente sino para dirigirla hacia el futuro. He argumentado que una vida como conducida es inseparable de una vida tal como se cuenta, o más sin rodeos, una vida no es "cómo era" sino cómo se interpreta y reinterpreta, cuenta y vuelve a contar: la realidad psíquica de Freud. Ciertas propiedades formales básicas de la narrativa de la vida no cambian fácilmente (Bruner 1987).

Hay diferentes formas de explicar una misma cosa, y por el otro, la de la no existencia de una única explicación válida. Se asume que nuestros cuerpos no están hechos para percibir e interiorizar la realidad tal cual se da en la naturaleza, y que para interactuar con el entorno debemos construir por nosotros mismo relatos sobre el funcionamiento del mundo.

Esto es lo que el pensador Alfred Korzybsky llamó la relación entre el mapa y el territorio. A cada uno de nosotros nos es imposible imaginar el planeta Tierra con todos sus detalles, y por eso tenemos que relacionarnos con este terreno creando abstracciones mentales asumibles por nuestra mente: los mapas. Desde luego, hay muchos mapas posibles que puedan representar una misma área, y aunque su utilización nos pueda resultar práctica, eso no significa que conozcamos el territorio en sí. La Terapia Narrativa parte de estas asunciones filosóficas y coloca al cliente o coautor de las terapias en el centro del foco de las sesiones. No es un sujeto que se limite a aportar información para que el terapeuta genere un

diagnóstico y un programa de tratamiento, sino que ambos trabajan tejiendo una manera útil y adaptativa de presentar la historia de la vida del cliente (White y Epston, 1993; White, 2002). La externalización del síntoma es una técnica psicoterapéutica que surge en el seno de la Terapia Narrativa. Fue creada en la década de los 80 por Michael White y David Epston (2002), desde un enfoque sistémico. El propósito de la identificación de la externalización del problema, es que los consultantes encuentren al externalizar sus vivencias, quedar libres para explorar otras ideas de lo que ellas mismas podrían ser. Todo esto contando con la capacidad de utilizar sus relatos o narraciones para convertir los problemas que afectan a las personas y a sus relaciones en entidades separadas de estas, si y solo así logrará co-construir significados por medio de experiencias (White y Epston, 2002; Urrego y cols 2016).

Los pioneros de la técnica se dieron cuenta de que al entrevistar a las familias sobre el problema de los hijos hablaban del menor como si fuera el contenedor de los males, una especie de caja de pandora responsable de las desgracias familiares. Esta forma de hablar acerca de los problemas o de los síntomas resultaba muy culpabilizadora, se etiquetaba al niño dando por hecho que el problema formaba parte de su identidad, lo que debilitaba las creencias de la familia y del paciente frente al cambio. En un intento de desculpabilizar y fomentar el cambio, White ideó una forma de conversar que separa lingüísticamente el síntoma de la identidad del paciente, “el problema es el problema, no el paciente”. A esta manera de conversar se le dio el nombre de externalización del síntoma y persigue los siguientes objetivos (White M., Epston D. 1993, White 2002) (Beyebach M., 2006):

1. Evitar la culpabilización del portador del síntoma
2. Aumentar la responsabilidad de todos los miembros sistema familiar
3. Ayudar a la persona a diferenciarse de las etiquetas diagnósticas (depresivo, hiperactivo, anoréxica, etc.)
4. Combatir la sensación de fracaso que aparece en muchas ocasiones ante la persistencia del problema pese a los intentos de solución

5. Abrir nuevas perspectivas sobre la visión del problema
6. Permitir a las personas abordar de un modo más tolerable los problemas que les atormentan
7. Ofrecer opciones de diálogo, y no de monólogo, en torno al síntoma.

Hipnosis Clínica Ericksoniana

En general, la evidencia indica que la hipnosis es un coadyuvante a otras intervenciones que ayudan a los pacientes a manejar y mejorar en una amplia variedad de problemas psicológicos y médicos, así mismo, su calidad de vida (Mendoza E. 2009). La hipnosis es un tema controversial y estigmatizado. Las múltiples investigaciones de las últimas décadas han permitido tanto derrumbar mitos, como evidenciar sus mecanismos y aplicaciones, y cómo estos contribuyen al bienestar de las personas. En el ambiente latinoamericano se requiere investigación con una metodología más rigurosa (Castañeda E. 2018)

Es definida por la Asociación Americana de Psicólogos (APA, 2014) como “un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión”. Por otro lado la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada en 2017, define la hipnosis como una construcción social que denota un rango de interacción entre personas (en hipnotizado u el hipnotizador) en las que se activan roles a partir de la influencia social. En este proceso de acuerdo implícito, “el hipnotizador/es intenta/n influir en los asentimientos, el pensamiento y la conducta, de las otra/s persona o personas pidiéndole/s que se concentre/n en ideas e imágenes que pueden evocar los efectos deseados” (Castañeda E. 2018).

Existen esfuerzos para validar una nueva perspectiva sobre cómo la hipnosis terapéutica y la neurociencia pueden integrarse a nivel genómico molecular como guía para la investigación básica y las aplicaciones clínicas (Rossi E.L. 2005).

Utilizamos dos tipos de ejercicios uno que es desarrollado con bases a la hipnosis clínica ericksoniana, tomado de D. CorydonHammond y, una reflexión hipnótica desarrollada para el trabajo en la consultoría y terapia sistémica para el apoyo en intervenciones en crisis o el manejo del estrés post-traumático (Lugoleos J. 2017).

Modelo Integrativo de Enfoques Sistémicos en Torno a Soluciones (MIESES)

Es un modelo terapéutico y de entrenamiento para terapeutas de tipo directivo, cuyo eje es el modelo de la terapia breve centrada en soluciones, apoyada por la terapia breve centrada en la interacción problemática y la hipnosis clínica naturalística aportado por Milton H. Erickson, además incorpora modelos postmodernos como el narrativo, colaborativo y reflexivo (Charles, 2018).

Charles define al marco teórico del MIESES de optimismo sistémico, con una perspectiva útil para la vida y la terapia, para entender más cómo se genera el cambio que porqué persisten los problemas, propone estudiar más los patrones inter e intrapersonales que generan bienestar, observa más los recursos positivos, ideales, metas y experiencias positivas en lugar de sólo la psicopatología, los déficits y traumas que también los considera interesantes, se interesa más por el presente, la solución y el futuro, más que el pasado y los problemas (Charles, 2006, 2008, 2018).

En este modelo se inspira el modelo sistémico integrativo para el estrés, utiliza, la meta ser, la externalización del síntoma, los ciclos sintomáticos y los patrones problemáticos y los patrones en soluciones, además de los re-encuadres y tareas, el modelo considera ejemplos de intervenciones en casos de estrés, irritabilidad, somatizaciones e insomnio, que se inspiran en el MIESES.

BASES DEL MODELO COGNITIVO

El modelo cognitivo ha dispuesto un marco teórico y un diseño de intervención de la psicopatología más preciso y generalizable, permitiendo una comprensión de los componentes cognitivos que juegan un papel dentro de la cadena causal. La hipótesis de la cadena causal de diátesis cognitiva – estrés, plantea como los individuos son más susceptibles a desencadenar determinados trastornos, cuando se enfrentan con acontecimientos estresantes negativos, personalmente significativos, congruentes con sus dimensiones de personalidad dominantes (Clark & Beck, 1997) (Londoño N. y cols. 2005).

La reestructuración cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Bados & García, 2010).

La terapia termina por centrarse en el cuestionamiento intensivo de los supuestos y creencias cuando se ha conseguido un alivio de los síntomas o cuando los esquemas interfieren con la marcha del tratamiento o con el progreso logrado. Así pues, es mejor empezar a trabajar sobre lo específico y concreto y pasar después a temas más generales y abstractos. Se supone que identificar y modificar los supuestos y creencias disfuncionales produce cambios más profundos que el simple cambio de pensamientos concretos y que ello es útil para prevenir más eficazmente las recaídas. Para cuestionar los supuestos y creencias, se emplea el cuestionamiento verbal y el conductual hasta establecer creencias más moderadas, realistas y adaptativas. Sin embargo, puesto que las creencias nucleares están más arraigadas que los pensamientos concretos, su modificación requiere más tiempo y puede suscitar mayores resistencias por parte del cliente (Clark D., Beck, A.. 2012). (Bados & García, 2010).

Estructuras Cognitivas y Reglas Ansiógenas

A toda persona la experiencia puede advertirle de lo cabe esperar en una situación y suministrarle datos de cómo hacerle frente. Esta preparación avanzada presupone la activación de “estructuras cognitivas” o “esquemas” que orientan al

individuo en una situación y lo ayudan a seleccionar detalles importantes. Cuando se percibe una amenaza, se activan os esquemas cognitivos relevantes, sirven para evaluar y asignar un significado al acontecimiento. Las reglas en los trastornos de ansiedad conciernen al concepto de peligro y vulnerabilidad, así como la estimación por parte del paciente de su capacidad para hacer frente al peligro y compensar así su vulnerabilidad. Las conclusiones derivadas de la aplicación de estas reglas toman la forma de predicciones tales como “me encuentro en peligro inmediato de muerte”. “no soy capaz de enfrentar el peligro”, entre otras, estas reglas son condicionales: “Si se produce tal acontecimiento, puede, puede que suponga para mí unos resultados adversos” (Beck A., Emery G., Greenberg R. 2014).

Las metas en la terapia

Dentro de los principios generales de la terapia cognitiva, Beck y cols. nos advierten de 4 aspectos relevantes de la intervención inicial, relacionadas con las metas de la terapia (Beck A., Freeman A., Davis D (2004).

1. Especificar las metas subyacentes

Por lo general la gente persigue objetivos amplios muy importantes para ellos, pero de los que es posible no tengan una conciencia completa, debiendo traducir en la terapia a los términos de estas metas, las aspiraciones y ambiciones expresas.

2. Pueden carecer de realismo

Las metas excesivamente ambiciosas o modestas crean en la terapia una tendencia negativa, estas deben ser realistas y elaboradas colaborativamente.

3. Pueden ser vagas y amorfas

Hay que reformular las metas como definiciones operacionales con las que se pueda trabajar.

4. Debe haber un acuerdo en cuanto a las metas del tratamiento

Deben ser explícitas, de acuerdo a un plan, en un término determinado, justificándolas, aceptando las aportaciones del paciente y proporcionando retroalimentación.

De tal forma que al desarrollar la intervención se tomó en cuenta el objetivo específico, traduciéndolo en una meta específica con indicadores de cambio relacionados al mejor manejo del estrés académico.

Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas

Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento

El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento es que el sujeto adquiera o refuerce las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para enfrentarse a situaciones de riesgo, en este caso al estrés académico, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales. Se basa en que la persona no tiene las habilidades adecuadas para afrontar situaciones sociales o interpersonales, lo que le puede llevar a una situación de estrés que puede dificultar su afrontamiento ante situaciones de alto riesgo.

Algunos de los componentes del tratamiento que se incluyen dentro del entrenamiento en habilidades sociales son: el entrenamiento en habilidades interpersonales para reducir patrones que provoquen estrés, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, poner límites y evitar sobrecargas, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas o aprender a reforzar la conducta de los demás (Becoña I., Cortés M., y cols., 2010).

Las técnicas de solución de problemas son un grupo de técnicas cognitivo-conductuales que pretenden facilitar una conducta eficaz. Como toda técnica de modificación de conducta, trata de producir consecuencias positivas y refuerzo positivo, así como evitar las consecuencias negativas. La técnica parte del hecho de que las personas somos solucionadores de problemas y que hay diferencias individuales en esta habilidad. Como consecuencia aquellas personas con cierto

déficit en la capacidad para solucionar problemas adecuadamente suelen tener una competencia social algo más deficiente que los que son capaces de resolver problemas eficazmente (D'Zurilla,1993).

Proceso de Resolución de Problemas (Tomado de Bados A, García E. 2014).

Se han distinguido dos componentes en este proceso:

- 1) Orientación o actitud hacia los problemas, que refleja una actitud general hacia los problemas; y
- 2) Habilidades básicas de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

A continuación, se presentan los elementos de estos componentes.

1. Orientación o actitud hacia los problemas.

- A. Percepción del problema.
- B. Atribución del problema.
- C. Valoración del problema.
- D. Control personal.
- E. Compromiso de tiempo y esfuerzo.

2. Habilidades básicas de resolución de problemas.

Fase 1. Definición y formulación del problema.

- A. Recogida de información pertinente.
- B. Comprensión del problema.
- C. Establecimiento de metas.
- D. Reevaluación del problema.

Fase 2. Generación de soluciones alternativas.

- A. Especificidad.
- B. Principio de cantidad.

- C. Principio de dilación de la crítica.
- D. Principio de variedad.
- E. Mejora de las soluciones mediante combinaciones, modificaciones e imaginación.
- F. Búsqueda de ayuda en caso necesario.

Fase 3. Toma de decisión.

- A. Criba preliminar.
- B. Anticipación de los resultados de las posibles soluciones.
- C. Evaluación (juicio y comparación) de las posibles soluciones.
- D. Elección de un plan de solución.
- E. Elaboración de un plan de acción.

Fase 4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

- A. Aplicación o puesta en práctica de la solución.
- B. Autorregistro.
- C. Autoevaluación.
- C1. Autorreforzamiento.
- C2. Averiguación y corrección.

BASES DEL MINDFULNESS Y LA ATENCIÓN PLENA

En las últimas décadas, han ido surgiendo un novedoso conjunto de modelos dentro de la orientación cognitivo-conductual. El foco de estas nuevas formas de tratamiento está dado por la utilización de estrategias de aceptación, ejercicios de conciencia plena y técnicas metacognitivas. Dentro de los nuevos modelos podemos citar: la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena –MBCT, sus siglas en inglés, la Terapia de Aceptación y Compromiso –ACT, sus siglas en inglés, entre otras (Korman, 2012). Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas apoyan ampliamente la afirmación de que la meditación consciente, practicada ampliamente para reducir el estrés y promover la salud, ejerce efectos beneficiosos sobre la salud física y mental, y el rendimiento

cognitivo (Tang, Hölzel y Posner, 2015). Recientemente se ha planteado que existen tres componentes que interactúan entre sí para dar lugar a un amplio rango de beneficios fruto de la práctica del mindfulness: (a) la mejora del control atencional, (b) una mayor capacidad de regulación emocional y (c) una transformación de la autoconsciencia, que incluiría un menor procesamiento auto referencial, una mayor conciencia del cuerpo y una mayor ecuanimidad (Tang, Hölzel y Posner, 2015). Como decimos, estos tres componentes interactúan unos con otros potenciándose mutuamente. (Tang, Hölzel y Posner, 2015) en (Hervás G y cols. 2015).

La capacidad de aceptación tiene un papel clave en la regulación emocional y es, por tanto, un mecanismo a tener en cuenta de cara a explicar los procesos de cambio. Muchos autores lo consideran como una faceta del rasgo de mindfulness, pero lo cierto es que también puede ser concebida de forma independiente (Hervás y cols. 2015). La práctica de mindfulness podría estar asociada con un aumento de la habilidad para detectar estímulos múltiples, mientras simultáneamente se mantiene la atención en el estímulo objetivo. El Mindfulness facilitaría o catalizaría los procesos de exposición y habituación a través de la saliencia del estímulo condicionado, es decir, la capacidad de mantener la atención facilitaría la exposición y reduciría la tendencia a la evitación (Teator 2011)

CAPÍTULO III: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Existe evidencia de que los estudiantes de medicina, respecto a temas de salud se encuentren en mejor condición que sus compañeros, pero nos referimos solamente a dolencias médicas (Garg, Agarwal, Dalal, 2017), sin embargo cuando analizamos estrés y ansiedad en esta población parece ser todo lo contrario ya que existe alta prevalencia de ansiedad y estrés en estudiantes universitarios de la carrera de medicina. Múltiples estudios han encontrado niveles significativamente altos de estrés en estudiantes de medicina y se ha reportado desde varios países,

que abarcan diferentes continentes (Garg, Agarwal, Dalal, 2017; Firth, 1986; Radcliffe, Lester, 2003; Yusoff, Rahim, Yaacob, 2010). Por otro lado, Rotenstein y colaboradores en 2016, publicaron una revisión sistemática y meta-análisis que estudió a 122,356 alumnos de la carrera de medicina de 43 países, documentando que la depresión está presente en el 27,2% de estudiantes de Medicina del mundo, y que la ideación suicida prevalece en el 11,1%. Según cálculos de la OMS, estas cifras están muy por encima del valor de 8% de prevalencia promedio de depresión en personas jóvenes. Sin embargo, y a pesar de la alta prevalencia de depresión en estudiantes de medicina, sólo el 15,7% de aquellos que dieron positivo para los criterios de depresión, buscó tratamiento psiquiátrico (Rotenstein y cols. 2016; Estrella, 2018).

El manejo terapéutico del estrés académico se demuestra necesario ante el impacto que representa en el rendimiento escolar, y el impacto en la vida en general (Berrio, Mazo, 2011; Caldera, Pulido y Martínez, 2007) es así, que determinar la efectividad de los programas de tratamiento en el manejo del estrés académico es importante, y justifica y motiva, por otro lado, el desarrollo de una herramienta que pueda apoyar de forma efectiva la reducción de los efectos del estrés en una población poco apoyada, la de estudiantes de medicina.

Por otro lado, hay estudios que demuestran, que el estrés entre los estudiantes de medicina es un proceso dinámico ya que las razones del estrés varían según la etapa del plan de estudios (Garg, Agarwal, Kumar, 2017). El modelo sistémico enfocado en soluciones aporta esta adaptabilidad al manejo de diferentes problemas desde un marco de los recursos saludables de las personas y sus interacciones ya intentadas y con resultados positivos, desde las excepciones, entre otras herramientas (Charles, 2008). De allí la iniciativa de este instrumento terapéutico, que pretende ser una herramienta práctica y de fácil manejo para la intervención con personas que necesitan mejorar su afrontamiento al estrés académico, pretende ser ideal como parte de un modelo integrado de atención en

las universidades, en particular la escuela de medicina que tiene, como ya se mencionó, altos niveles de estrés. Tomando en cuenta que la administración del colegio / universidad puede mitigar esto tomando los pasos apropiados según sea necesario (Garg, Agarwal, Kumar, 2017).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influye el **Modelo Sistémico Integrativo (MSI)** en la disminución de los síntomas de estrés académico y la mejora en factores psicosociales en estudiantes universitarios sin distinción de género mayores de 18 años?

HIPÓTESIS

La hipótesis central (H_1) de esta investigación consistió en que el Modelo Sistémico Integrativo mejora el estrés académico y su afrontamiento en estudiantes universitarios al comparar el efecto del grupo de intervención con el grupo control.

Por otro lado, la hipótesis nula (H_0) es que el Modelo Sistémico Integrativo no mejora el estrés académico ni su afrontamiento en estudiantes universitarios al comparar el efecto del grupo de intervención con el grupo control.

CAPÍTULO IV: OBJETIVOS

A. Objetivo General

Evaluar los efectos del **Modelo Sistémico Integrativo (MSI)** para mejorar el Estrés Académico, sus estrategias de afrontamiento y mejorar otros factores psicosociales en estudiantes universitarios de la carrera de medicina del 2º grado que cursan la materia de Introducción a la Salud Mental, en la escuela de medicina de la UANL comparado con un grupo control obtenido de la misma población.

B. Objetivos Específicos

- a) Evaluar el efecto del Modelo Sistémico Integrativo (MSI) en la disminución de los síntomas del estrés académico de los participantes del grupo de intervención pre y post-intervención y también comparando el grupo intervención contra el control.
- b) Evaluar las condiciones de los participantes de la muestra, en pre y post-intervención y también comparando el grupo de intervención contra el grupo control, en cada una de las siguientes variables relacionadas al estrés académico:
 - 1. El nivel de afectación ante el estrés en general.
 - 2. La intensidad del estrés académico.
 - 3. Las demandas del medio ambiente escolar.
 - 4. Las reacciones al estrés físicas.
 - 5. las reacciones al estrés psicológicas
 - 6. El tipo de estrategias de afrontamiento ante el estrés académico.
- c) Evaluar las condiciones de los participantes de la muestra, en pre y post-intervención y también comparando el grupo de intervención contra el grupo control, en cada una de las siguientes variables relacionadas a los factores psicosociales:
 - 1. El nivel de calidad de vida.
 - 2. El nivel de salud psicosocial: Somático, Ansiedad, Disfunción social, Depresión.
 - 3. Otras variables: Nivel de perfeccionismo, nivel de autoestima y tipo de creencias centrales de la personalidad.
 - 4. Nivel de satisfacción del sistema familiar.
 - 5. Evaluar el desarrollo de estrategias de afrontamiento relacionadas al estrés académico de los participantes.
 - 6. Evaluar el tipo de conductas relacionadas al estrés académico en los participantes en pre y post-intervención y también comparando el grupo de intervención contra el grupo control.

7. Evaluar el nivel de satisfacción de los participantes en su sistema familiar en pre y post-intervención y también comparando el grupo de intervención contra el grupo control.
8. Evaluar el nivel de apoyo social que los participantes tienen de su entorno, así como su nivel de percepción personal sobre el tema antes y después de la intervención y también comparando el grupo de intervención contra el grupo control.
9. Medir el nivel de perfeccionismo, autoestima y creencias de los participantes en pre y post intervención y también comparando el grupo de intervención contra el grupo control.
10. Determinar si hay diferencias significativas entre la aplicación presencial o a distancia por la plataforma zoom y también comparando el grupo de intervención contra el grupo control.

CAPÍTULO V: MATERIALES Y MÉTODOS

Población

La población incluida en esta investigación se conformó por estudiantes de la carrera de Medicina de ambos sexos mayores de 18 años que cursaron la materia de Introducción a la Salud Mental en el 2º año o alumnos que estaban cursando la materia de Psiquiatría en el 5to año de la carrera de Medicina de la UANL. De aquí se obtuvo la población total de estudiantes que cursaron la materia al momento de hacer la invitación y el tamizaje inicial.

Muestra

La población evaluada fue reconocida a través de un cuestionario de tamizaje inicial que sufría estrés académico, con disponibilidad para participar fuera de su horario de clases en la investigación, llenaron el consentimiento informado. Se reclutaron un total de 44 participantes a manera de casos consecutivos cada uno a conveniencia del horario que más se les facilitara acudir y que voluntariamente aceptaron estar en alguno de los grupos, ya sea presencial en un área que

respeta las medidas de seguridad para la prevención del contagio por COVID-19 y otro a distancia por medio de la plataforma zoom, a través de una invitación abierta y voluntaria, conformando una muestra probabilística, configurando así los grupos experimentales de estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de más de 18 años, de género indistinto, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Mayores de 18 años.
2. Ser alumno de la carrera de médico, cirujano y partero cursando la materia de psiquiatría.
3. Tener disponibilidad para asistir a todas las sesiones programadas en las instalaciones designadas del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, si es el caso.
4. Tener disponibilidad para asistir a todas las sesiones programadas a distancia a través de la plataforma zoom si es el caso.
5. Asistir de forma voluntaria, llenando el consentimiento informado.
6. Con capacidad para entender y llenar los instrumentos de medición.

Criterios de exclusión

1. Problemas médicos o mentales que le impidan participar en la intervención.

Criterios de eliminación

1. Faltar a más de 2 sesiones.

Aleatorización

Los participantes que cumplieron con los criterios de selección se asignaron de manera aleatoria a alguno de los tres grupos de estudio: experimental presencial (P), experimental por zoom (Z), y lista de espera (grupo control). La aleatorización se realizó en bloques de cuatro sin estratificación, y con una razón asignación de 1:1:2. El proceso se ejecutó en la página web Randomization (www.randomization.com).

Escenario

Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, creando un grupo presencial y otro virtual a través de la plataforma zoom.

Materiales y Métodos

Sondeo Inicial

Tamizaje con el Inventario SISCO de estrés académico, llenado un consentimiento informado previo.

Evaluación Inicial

Variables Sociodemográficas.

Instrumentos utilizados para la evaluación

- a) Variables Sociodemográficas.
- b) Inventario SISCO de Estrés Académico,
- c) Escala de Estresores Académicos (EEA)
- d) Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA),
- e) Escala de Calidad de Vida (Cuestionario WHOQOL-BREF),
- f) Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost
- g) Escala de Autoestima (Rosenberg)
- h) Cuestionario de Creencias (PBQ),
- i) Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS-28),
- j) Cuestionario de Funcionamiento Familiar (ff-sil)
- k) Escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA)
- l) Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)

Evaluación Final

- a) Cuestionario Final de la Evaluación del Modelo Sistémico Integrativo para la mejoría del Estrés (C-MSI-E) (Lugoleos 2018).

Tipo de Investigación

- Aplicada
- De campo
- De alcance explicativo
- Longitudinal
- Experimental
- Datos mixtos cuali-cuantitativos

Diseño de Investigación

Diseño experimental aleatorizado controlado no ciego. Se realizaron fases pre-test, intervención, post-test, y seguimiento a 3 meses con 2 grupos experimentales, uno a distancia vía plataforma Zoom y otro presencial y un grupo control.

Sesiones de intervención

Sesión 1. Sesión de Introducción y Sensibilización al Modelo de Intervención

Objetivo: Sensibilizar en el modelo sistémico integrativo para el estrés, además de explicar los objetivos y beneficios de la participación en el programa de intervención para el manejo del estrés.

Resumen Sesión 1:

Se parte de la revisión del consentimiento informado ya firmado para llegar a un entendimiento de la estructura, que implica aclarar la dinámica de las sesiones, incluyendo las reglas del grupo. Contemplar explicar la dinámica de integración grupal inicial. En esta sesión también se incluye actividad de integración, dónde cada participante menciona su nombre y en una frase que la o lo motivó a entrar al grupo. Se explica la importancia de llegar temprano a cada sesión y los esfuerzos

con las tareas y ejercicios. Objetivos de cada sesión y el ejercicio con la pregunta de ¿Qué esperan de dichas intervenciones?, dudas y comentarios. Se concluye agradeciendo el tiempo y recordando fechas y horarios.

Sesión 2. Conociendo al Estrés Académico

El objetivo es psicoeducar sobre el estrés académico y a través de preguntas directas y reflexivas elaborar una externalización del síntoma, una meta y una escala del síntoma.

Ejerció de integración grupal: Camina en círculos y propón movimientos.

Resumen sesión 2:

Dentro de la intervención de esta segunda sesión se utilizarán **preguntas directas y reflexivas, indicadores de cambios e intentos de solución previos**, preguntas para buscar **excepciones, preguntas para explorar problemas interpersonales, pregunta para facilitar e introducir la elaboración de la meta y la escala**. Se realiza la **externalización** del síntoma llamándolo “**Conociendo a MI enemigo**” Se hace retroalimentación con algunos estudiantes de como la llamaron, su significado y los demás pueden opinar sobre la externalización del otro compañero también. Se elabora la “**meta ser**”. Aplicación de **escala de avance inicial** ¿Al día de hoy, donde te colocarías en la escala (0 al 10) para alcanzar tú meta? Se hace un re-encuadre normalizador.

Tareas: Indicadores de cambio y pensar en mis lados fuertes.

Sesión 3. Mis Lados Fuertes

El Objetivo es que desde los lados fuertes y experiencias de éxito de cada participante se llegue a una reflexión sobre su potencial de cambio que se consolide a través de estrategias lúdicas e hipnosis clínica.

Se inicia con un ejercicio de integración grupal e inducción a la sesión, donde se forma un círculo grupal y cada uno propone un movimiento corporal y le agrega un sonido mientras los demás observan y lo repiten.

Resumen sesión 3

Se contesta escala de avance a través de la pregunta de avance, se revisan las tareas Previas (lados fuertes, indicadores), (Cabe señalar que voluntariamente un participante habla sobre el desarrollo de sus tareas y el resto reflexiona en su proceso) para pasar al ejercicio sobre **Mis Lados Fuertes** y la **Fórmula del éxito**, cada participante hace su **Lista de lados fuertes** y se prepara al grupo para realizar un **Dibujo del síntoma externalizado y de la meta**, posteriormente se realizan las **“Cuatro preguntas madre”**, **preguntas reflexivas orientadas a futuro sobre el problema resuelto o lo que pasa si no se resuelve, esto conecta con la revisión de la función positiva del síntoma, se cierre con un Re-encuadre re-significador**

Tareas: Escribir experiencias análogas positivas y fórmulas para lograr el cambio, Plan y Cierre, PRU 20.

Sesión 4. Relaciones Interpersonales para sanar

El **objetivo** es que a través del análisis de patrones interpersonales y ciclos sintomáticos cada participante revierta factores que contribuyen a generar estrés académico y que ahora esos mismos patrones faciliten su relajación y activen recursos saludables para logara metas, además de complementar su avance con técnicas de hipnosis clínica e imaginación dirigida que lo lleven al afrontamiento efectivo del estrés académico.

Ejercicio de Integración Grupal donde todos caminan a través de la sala sin rumbo, divagando, y dejando que su mente interna descanse mientras su mente interna trabaja

Resumen Sesión 4:

Pregunta y escala de avance, se revisan las **Tareas Previas (Plan y Cierre, etc.)**, se revisan los **Esfuerzos por meta**, y se explora las conclusiones sobre las **Preguntas Madre**, se hace psicoeducación sobre las relaciones interpersonales y los patrones y ciclos sintomáticos y en soluciones, se hacen ejercicios **utilizando losPIP, PIS, CSx. Patrón Interpersonal Problemático (PIP), Patrón Interpersonal Saludable (PIS) y Ciclo sintomático (CSx)** y se hace un enlace con los mapas mentales (**Situación, Pensar, sentir, hacer**). Se revisan

Experiencias **positivas previas**, se hace menciona un **Re-encuadre** y se cierra con el **Ejercicio el Lugar de la Serenidad**.

Tareas: Cartas al síntoma y a un ser querido, Practicar asertividad de PIP a PIS.

Sesión 5. Solución de Problemas a través de mis recursos saludables

El **objetivo** es que de las excepciones en torno a problemas académicos y experiencias de éxito en el manejo del estrés académico se facilite un cambio de paradigma en las creencias en torno al estrés y como este puede ser un recurso saludable y cómo incluso de las catástrofes impredecibles de la vida podemos crecer. **Ejercicio de integración:** Imita mis movimientos.

Resumen Sesión 5:

Pregunta y escala de avance. Impresión sobre la tarea narrativa Cartas y práctica de PIS en su medio social y familiar. Se realiza ejercicios: **Mito de la Caverna**, flexibilizando creencias disfuncionales.

Se psicoeduca en **Principios del modelo en soluciones** y su aplicación a la vida y la resolución de problemas y como esto repercute en mejor afrontamiento del estrés.

Nueva Creencia: Se parte de la identificación de creencias que influyen en las emociones en diferentes situaciones y le dan significado a nuestras conductas, se explica cómo re-estructurar esos pensamientos, preparando a los participantes para la sesión 6. Se explica la **Función del síntoma**, le agradecemos por lo que nos aportó y nos despedimos de este. **Se hace el ejercicio dirigido: Mi cisne negro**, a través de la imaginación y el lenguaje hipnótico nos lleva a sacar cosas buenas y crecer aún de las malas experiencias que se han vivido. Se finaliza con una **Reflexión** que integre la experiencia.

Sesión 6. Mis Creencias, Pensamientos y Emociones (Mapas Mentales)

Partiendo de que la solución es el problema, el **objetivo** es psicoeducar sobre el modelo sistémico y sus estrategias para evaluar sus valores y creencias y cómo estas influyen en cómo pensamos y en cómo nos lleva esto a ver el mundo de una manera, cuándo hay un problema tenemos pensamientos automáticos (PA),

emociones y creencias (presunciones y reglas disfuncionales) en torno al estrés académico, que llevamos al aula y a la vida en general, además de instruir sobre técnicas de respiración y relajación muscular progresiva y profundizar en la pausa regenerativa ultradiana PRU-20.

Ejercicio de Integración grupal (EIG) para estimular canales visual, auditivo y kinestésico.

Resumen Sesión 6:

Pregunta y escala de avance. Se revisan tareas previas con rituales y creencias. Psicoeducar sobre: **Pensamientos calientes, Emociones y Creencias**, se revisa el **Modelo Cognitivo del estrés, (Situación, Pensamiento, emoción y conducta)** se usa el **modelo narrativo** re-encuadrando la historia y forma de contarse internamente un hecho de vida. **Re-significando pensamientos estresantes**, identificamos y luego re-estructuramos Pensamientos automáticos que provocan estrés. Utilizamos el Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD). **Psicoeducación en Creencias y valores** y lo vinculamos con **Pensamientos “calientes” o automáticos estresantes.** **Técnicas de relajación** muscular progresiva y de respiración. Ejercicio de hipnosis clínica: **Sanación Universal**

Tareas: Identificar PA (Pensamientos automáticos) disfuncionales que generan estrés, hacer re-estructuración de PA y creencias con RPD

Sesión 7. Aceptación y Compromiso

El **objetivo** es revisar los principios del Mindfulness como estilo de vida y su aplicación práctica en el afrontamiento del estrés académico.

EIG: Caminar lentamente por toda la habitación o espacio según lo indique nuestra mente interna.

Resumen Sesión 7: **Pregunta y escala de avance.** Se inicia con ejercicio de **Meditación**, se psicoeduca sobre los **7 principios del Mindfulness** y se practican ejercicios **de tolerancia y aceptación (Hielo en mano)** y **ejercicio círculo de control**, se hace gráfica de **distribución del tiempo de vida, Focos gatillo**

(Como mantenernos en el presente y atención plena y su contraste con querer cambiar cosas que no están dentro de nuestro control ni influencia).

Ejercicio de **Meditación.Tareas:** Practicar meditación y observarnos practicando los principios básicos del mindfulness.

Sesión 8. Recursos para potencializar mis capacidades

Ejercicio de integración con técnica de meditación básica por 5 minutos, utilizando la atención plena en la respiración, y si la mente se distrae, volver a la respiración.

Resumen Sesión 8: Después de la **Pregunta y escala de avance**, se hace revisión de las tareas, meditar y practicar los 7 principios del Mindfulness.

Ejercicio de visualización a manera de repaso sobre lo aprendido en la intervención.

Revisión y repaso en el pizarrón de cada tema y fortaleza aprendida y aplicada.

Dinámica de ampliación y detallado de meta y fortalezas para la superación de retos.

Retroalimentación enfocada a logros y avances

Habilidades de Resolución de Problemas:

1. Definición y formulación del problema
2. Generación de soluciones alternativas
3. Toma de decisiones
4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad

Ejercicio de Resolución de Problemas (Pasos desde la teoría cognitiva para llegar a soluciones)

Tareas: Practicar resolución de problemas, cadena de favores.

Sesión 9: Cierre de la Intervención

El **objetivo** es hacer una retroalimentación sobre las sesiones (Fortalezas y debilidades percibidas de la intervención en base a estructura de las sesiones, cambios y logros).

EIG: Práctica de Técnica de Respiración dirigida por alguno de los participantes.

Resumen Sesión 9: Escala de Avance final, revisión de tareas previas (Resolución de problemas, cadena de favores).

1. En círculo cara a cara, sentados en el piso, o todos con la cámara encendida: Retroalimentación general en grupo (Tribuna abierta sobre su pensar y sentir después de la intervención)
 2. Impacto percibido ¿Qué impacto percibes en tu persona, escuela y familia? ¿Cambió tu forma de afrontar y ver el estrés? ¿Cómo lo hizo?
 3. Los participantes realizan una devolución circular: ¿Qué me diría mi familia y mis compañeros de mis avances y de cómo los estoy aplicando?
 4. ¿Cómo ha influido en mi familia y la satisfacción familiar la intervención para el estrés? Escala 0 al 10 y comentario individual.
 5. Aplicación del Instrumento (C-MSI-E)
 6. Elogios y comentarios por parte de los terapeutas.
- Despedida y cita de seguimiento para aplicación de instrumentos a los 3 meses.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

En este apartado se presentarán los diferentes resultados obtenidos en el trabajo de campo, iniciando con el cálculo del tamaño de la muestra, la metodología del análisis estadístico, para pasar con los datos demográficos de los participantes de la muestra, para luego presentar los datos cuantitativos según cada uno de los instrumentos aplicados en pre y post intervención de forma descriptiva, correlacional e inferencial a partir de la aplicación de las distintas pruebas estadísticas. Posteriormente se presentarán los resultados de tipo cualitativo y al final resultados de proceso acerca de la misma intervención probada.

Cálculo del tamaño de muestra

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con base en resultados de un estudio piloto de tipo pre-post en donde se evaluó el efecto de la intervención en un grupo de 18 participantes mediante la medición del avance auto reportado por

participante al inicio de la intervención (1ª sesión) y el final (7ª sesión). En la primera sesión se obtuvo un promedio de avance auto reportado de 2.41 con una desviación estándar de 1.51. En la última sesión se obtuvo un promedio de avance auto reportado de 7.05 con una desviación estándar de 1.09. Con base en estos datos se calculó el tamaño del efecto estimado mediante el estadístico D de Cohen resultando en $d = 3.52$. Según estos datos, utilizando un valor alfa bilateral de .05 en una fórmula de diferencia de medias en dos poblaciones independientes, un total de 3 participantes en cada grupo (control e intervención) nos daría un poder del 80% para encontrar dicho tamaño de efecto de la intervención con una confianza del 95% (Figura 1). Similarmente, un total de 4 participantes por grupo nos daría un poder del 95% con una confianza del 95% (Figura 2). Por último, un total de 6 participantes por grupo nos daría un poder del 99% con una confianza del 99% para encontrar dicho tamaño de efecto observado en el estudio piloto (Figura 3). Se decide utilizar una muestra de 15 a 25 sujetos por grupo de intervención y un total de 30 a 50 participantes en el grupo control. De tal manera que el total de muestra esperada es de 60 a 100 sujetos de investigación. Los cálculos previamente descritos se realizaron en el software estadístico *G*Power* versión 3.1 (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Alemania) para Mac OS.

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 3.523554
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= .95
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 4.9830579
	Critical t	= 2.4469119
	Df	= 6
	Sample size group 1	= 4
	Sample size group 2	= 4
	Total sample size	= 8
	Actual power	= 0.9836045

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis:	A priori: Compute required sample size		
Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	3.523554
	α err prob	=	.01
	Power (1- β err prob)	=	.99
	Allocation ratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentrality parameter δ	=	6.1029746
	Critical t	=	3.1692727
	Df	=	10
	Sample size group 1	=	6
	Sample size group 2	=	6
	Total sample size	=	12
	Actual power	=	0.9924967

Análisis estadístico

- Análisis cuantitativo

Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y porcentajes y las numéricas en medias y desviación estándar. Se evaluó la normalidad de las variables numéricas mediante el uso de histogramas, medidas de tendencia central y dispersión y las pruebas de **Kolmogorov-Smirnov** y **Shapiro-Wilks**.

En el análisis principal, se tomó en conjunto a los participantes del grupo de zoom y del grupo de intervención convencional como uno solo y al grupo control como otro grupo. En un análisis secundario, se valoró la superioridad del grupo de intervención convencional contra grupo zoom. Un valor de $p < .05$ se tomó como punto de corte para la significancia estadística. Todos los análisis estadísticos se realizaron en el paquete estadístico SPSS versión 25 (IBM, Armonk, NY, USA) para Mac OS.

- Análisis cualitativo

El análisis cualitativo es de tipo análisis de contenido y se enfocará primordialmente en las respuestas de los participantes a las preguntas abiertas o de libre narrativa. Este análisis se llevó a cabo mediante la categorización de los datos textuales con el objetivo de identificar dominios dentro de las respuestas que se puedan clasificar, resumir, y tabular para su posterior interpretación.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo, organizados por escalas. Primero se muestran los datos de la escala de variables sociodemográficas, seguidos por los resultados cuantitativos y cualitativos de cada escala restante, destacando los hallazgos significativos correspondientes

Limitación y modificación en diseño de estudio.

Inicialmente la investigación fue planteada para realizar una comparación directa entre grupo control vs grupo experimental. Además, se buscaba comparar la diferencia dentro de la modalidad del grupo zoom vs presencial. Sin embargo, al momento de realizar el estudio nos encontramos con una limitación en la retención de pacientes, esta limitación al disminuir la cantidad de participantes que contestó todas las escalas pre y post nos reduce la viabilidad de realizar una comparación directa con la robustez necesaria para asegurar la validez de los resultados. Con el fin de maximizar el aprovechamiento de los datos recolectados, se presenta de manera general una tabla comparativa entre el grupo control y el grupo experimental, y del resto de las escalas sólo se pondrán los ítems que hayan resultado con diferencia significativa ($p=0.05$). Ante esta limitación, se optó por realizar una comparación indirecta entre grupo control vs grupo experimental y grupo zoom vs grupo presencial, resaltando los resultados que marcan una diferencia significativa en pre y post intervención en ítems específicos.

A continuación, se presentan los resultados de las escalas con los datos unificados.

Variables sociodemográficas

En los datos arrojados en la escala de datos sociodemográficos tomamos en cuenta a 17 participantes, quienes contestaron esta escala y continuaron contestando las demás escalas. El 43.8% de los participantes que contestaron eran de sexo masculino y el 36.2% restante de género femenino. El 100% de los participantes estaban solteros, el 35.3% estaba recibiendo tratamiento psicoterapéutico sin mencionar modalidad específica, por su contra parte el 17.6%

de los participantes estaba recibiendo tratamiento farmacológico sin especificar medicación y el restante 82.4% no estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico farmacológico. La edad media para la madre de los pacientes fue de 51.47 años y para los padres fue de 50.36 años, en el caso de las madres de los pacientes el 47.1% informó tener estudios de licenciatura, maestría o doctorado y el 42.9 % restante educación de menor grado (preparatoria hacia abajo), el 52.9 % de las mamás de los participantes se encontraban trabajando. Por el otro lado el 76.5% de los padres de los pacientes reportaron estudios de licenciatura, maestría o doctorado y el 86.6% de los padres trabajan. El 100 % afirmó tener hermanos siendo la media de 1.76 hermanos por cada participante, el 70.6 % de los participantes vive con su familia, un 23.5 % reportó vivir con *roomies* y el 5.9 % restante vive solo. El 41.2 % reporta vivir cerca de donde estudia, el 17.6 % reportó trabajar y estudiar al mismo tiempo y, por último el 35.3 % de los participantes informaron ser foráneos (Cfr. Tabla 3)

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los participantes incluidos en el estudio

	Participantes	Control	Intervención	Zoom
N	17	7	5	5
Edad	22.06 (7.24)	19.57 (1.62)	27.75 (13.79)	21.00 (2.35)
Género = masculino (%)	7 (43.8)	4 (57.1)	2 (50.0)	1 (20.0)
Estado civil = Soltero (%)	17 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)
Tx psicoterapeutico = si (%)	6 (35.3)	4 (57.1)	1 (20.0)	1 (20.0)
Tx farmacológico (%)				
No	14 (82.4)	5 (71.4)	4 (80.0)	5 (100.0)
Si	3 (17.6)	2 (28.6)	1 (20.0)	0 (0.0)
Edad de la madre	51.47 (11.25)	45.86 (5.46)	61.60 (15.84)	49.20 (4.55)
Universidad u otro grado de estudio de la madre = (%)	8 (47.1)	3 (42.9)	2 (40.0)	3 (60.0)
Trabajo de la madre= (%)	9 (52.9)	3 (42.9)	3 (60.0)	3 (60.0)

Edad del padre	50.36 (4.85)	49.17 (6.43)	51.00 (4.36)	51.40 (3.36)
Universidad u otro grado de estudio del padre = (%)	13 (76.5)	6 (85.7)	3 (60.0)	4 (80.0)
Trabajo del padre = (%)	13 (86.7)	5 (83.3)	4 (100.0)	4 (80.0)
Hermanos = si (%)	17 (100.0)	7 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)
Numero de hermanos	1.76 (1.03)	1.57 (0.53)	2.40 (1.67)	1.40 (0.55)
Vive con (%)				
Familia	12 (70.6)	5 (71.4)	3 (60.0)	4 (80.0)
Roomies	4 (23.5)	2 (28.6)	1 (20.0)	1 (20.0)
Solo	1 (5.9)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)
Vive cerca de la escuela = si (%)	7 (41.2)	3 (42.9)	2 (40.0)	2 (40.0)
Situación trabaja y estudia = si (%)	3 (17.6)	0 (0.0)	3 (60.0)	0 (0.0)
Foráneo = si (%)	6 (35.3)	2 (28.6)	2 (40.0)	2 (40.0)

inventario SISCO del estrés académico (Barraza A., 2007).

En esta tabla comparativa de grupo control vs grupo experimental podemos observar como en el grupo control los datos se mantienen consistentes y no dan como resultado un cambio significativo el no recibir el modelo de intervención. Por el otro lado observamos como en el grupo experimental si se observa una diferencia significativa ($p=0.029$) en el dominio de DMA en donde en el grupo pre-intervención tenemos una media de 28.67 y DE de ± 4.32 y en el grupo post intervención una media y DE de $20.83 \pm (6.18)$.

Según las respuestas de los participantes que terminaron las escalas pre-intervención y post intervención, recogidas con el *inventario SISCO del estrés académico*, observamos una participación de 12 participantes en total, habiendo completado en el grupo control 6 participantes (50%), en el grupo de intervención 3 participantes (25%) y en el grupo de zoom los 3 participantes restantes (25%).

Dentro de los participantes la edad promedio fue de 20.25 años cumplidos, siendo 7 participantes del sexo femenino (58.3%) y el resto pacientes masculinos. Siendo el 75% de 2do año de la carrera y el 25% restante siendo de 5to año. De dichos participantes el 100% eran solteros. El 100 por ciento de los participantes respondió de manera positiva a la pregunta de preocupación / nerviosismo y el promedio de intensidad de preocupación / nerviosismo y, en la post intervención el hasta el 91.7% mantuvo positiva la respuesta. El inventario se divide en 4 dominios, siendo de la pregunta 12 a la 19 las **demandas del medio ambiente (DMA)**, de la pregunta 20 a la 25 estamos hablando de **reacciones físicas al estrés (REF)**, de la pregunta 26 a la 34 estamos hablando de **reacciones psicológicas al estrés (REP)** y por último de la pregunta 35 a la 40 hablamos de **estrategias de afrontamiento (EAF)**. Las últimas dos preguntas evalúan si estaban recibiendo algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico (Cfr. Tabla 4).

Tabla 4. Tabla comparativa grupo control vs grupo experimental, SISCO.

Control	post	pre	p	Experimental	post	pre	p
n	6	6		n		6	6
Demandas del medio	21.50	21.17	0.91	Demandas del medio ambiente	20.83 (6.18)	28.67 (4.32)	0.02 9
	post		pre	Reacciones físicas al estrés	19.33 (7.34)	24.33 (5.35)	0.20 7
N	5 (5.49)	6 (6.16)	4	Reacciones psicológicas al estrés	20.17 (6.68)	25.50 (4.42)	0.13 4
Semestre (%)	1 19.67 (6.74)	1 19.67 (5.54)	1	Estrategias de afrontamiento	20.50 (4.42)	16.83 (3.37)	0.13 7
3	5 (41.7) 20.83	9 (75.0) 20.67	0.95				
4	4 (33.3) (5.71)	5 (28) (5.28)	9				
10	3 (25.0)	3 (25.0)					
Grupo (%)							
Control	6 (50.0)	6 (50.0)					
Intervención	3 (25.0)	3 (25.0)					
Zoom	3 (25.0)	3 (25.0)					
Edad	20.25 (2.34)	20.17 (2.41)					

Tabla 5. Distribución por semestre y grupo que contestaron el Inventario SISCO del estrés académico.

A continuación, se presentan los resultados de las escalas con los datos unificados.

Cuestionario General de Salud (CGS-28) (Goldberg 1979)

Tabla 6

	post	pre	p
N	12 Media/DE	12 Media/DE	
Perder el sueño por preocupaciones	3.50 (0.80)	2.67 (0.78)	0.017
Capaz de disfrutar de sus actividades normales	3.50 (0.67)	2.67 (0.89)	0.017

En este instrumento en la pregunta B1, sobre si sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño, encontramos que las medias y desviaciones estándar corresponden a $2.67 \pm (0.78)$ en grupo pre intervención y $3.50 \pm (0.80)$ en grupo post intervención, se identifica una diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0.017$), esto indica una

mejoría en la pregunta referente al sueño.

También podemos observar en la pregunta C7, una media y desviación estándar de $2.67 \pm (0.78)$ en grupo pre intervención y $3.50 \pm (0.80)$ en grupo post intervención, de igual manera con una diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0.017$) indicando una mejoría en la capacidad de disfrutar de sus actividades normales de cada día (Cfr. Tabla 6).

Cuestionario de Creencias de la personalidad (PBQ) (Beck, A. T., & Beck, J. S. 1991. Citado por Beck y Freeman, 2004).

En relación a la cuestionario de creencias centrales de la personalidad, observamos en la pregunta 43, que hace referencia a *si cualquier señal de tensión en una relación indica que la relación está mal y debe terminarla*, y que indica rasgos limítrofes de la personalidad, en el grupo pre intervención tenemos una media y desviación estándar correspondientes a $1.31 \pm (1.25)$ y en el grupo post intervención tenemos $0.46 \pm (0.66)$ respectivamente, con una diferencia significativa ($p=0.041$) (Cfr. Tabla 7).

Tabla 7

	post	pre	p
N	13	13	
Pregunta No. 43	0.46 (0.66)	1.31 (1.25)	0.041

Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA) (Cabanach R. G. y cols. 2010)

Tabla 8

	post	pre	p
n	13	13	
Pregunta #2	3.31 (0.63)	2.46 (1.20)	0.034
Pregunta #7	3.54 (0.78)	2.62 (1.19)	0.028

En la segunda pregunta de la escala de afrontamiento, que habla acerca de *expresar opiniones y buscar apoyo en situaciones problemáticas*, observamos una diferencia significativa ($p=0.034$) entre el grupo pre y post intervención, con una media y desviación estandar de $2.46 \pm (.20)$ y de $3.31 \pm (0.63)$ respectivamente.

De igual manera en el inciso 7 que cuestiona sobre *si procura pensar en positivo en situaciones difíciles en épocas de exámenes*, vemos una media y desviación estándar de $2.62 \pm (1.19)$ en el grupo pre intervención y de $3.54 \pm (0.78)$ en el grupos post intervención, indicando así una diferencia significativa ($p=0.028$). (Cfr. Tabla 8)

Escala de Estresores Académicos (EEA) (Cabanach R. y cols. 2016)

Esta escala evalúa 8 dominios, como Deficiencias metodológicas del profesorado, Sobrecarga académica del estudiante, Creencias sobre el rendimiento académico, Intervenciones en público, Clima social negativo, Exámenes, Carencia de valor de los contenidos y Dificultades de participación, no se encuentran resultados significativos, sin embargo hay una mejoría en el pre y post en la percepción de estrés en cada uno de estos dominios.

Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost et. al. 1990)

Tabla 9

	post	pre	p
n	12	12	
Pregunta 17	2.50 (1.57)	3.83 (1.40)	0.039
Pregunta 32	2.33 (1.15)	3.50 (1.45)	0.040

En el inciso número 17, “incluso cuando hago algo muy cuidadosamente, a menudo siento que no lo he hecho del todo bien”, tenemos una media y desviación estándar de $3.83 \pm (1.40)$ en el grupo pre intervención y de $2.50 \pm (1.57)$ en el grupo post intervención, teniendo así un resultado significativo ($p=0.039$) y en el inciso 32, “tiendo a atrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez”, vemos una media y desviación estándar en el grupo pre intervención de $3.50 \pm (1.45)$ y en el grupo post intervención de $2.33 \pm (0.15)$ encontrando así un resultado significativo ($p=0.040$) (Cfr. Tabla 9).

Cuestionario de Funcionamiento Familiar (ff-sil)(Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999).

En la escala de satisfacción familiar, en el inciso 8, correspondiente a como se comunican y actúan para dar soluciones a sus problemas familiares, tenemos en el grupo pre intervención una desviación estándar y una media de $3.23 \pm (0.60)$ y en el grupo post intervención $4.00 \pm (1.00)$ resultando una diferencia significativa ($p=0.026$), con esto se pudiera inferir una mejora en seguridad y confianza en el sistema familiar (Cfr. Tabla 10). Además, en el resto de los reactivos se evidenció una tendencia a la mejoría, que no fue estadísticamente significativa, sin embargo, mostraron avance en la forma como se comunican y actúan con sus familias.

Tabla 10

	post	pre	p
n	13	13	
Inciso 8	4.00 (1.00)	3.23 (0.60)	0.026

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA): Barraca Mairal, J. (2004).

En la escala de satisfacción familiar por adjetivos podemos observar resultados en ítems específicos, en el adjetivo de “**desahogado/a**” tenemos en los grupos pre y post intervención una media y DE con datos de $2.23 \pm (0.60)$ y $1.69 \pm (0.48)$ respectivamente con un valor significativo ($p=0.018$), referente a sentirse “**apoyado/a**” observamos un valor de media de 2.08 en el grupo pre intervención con una DE de 0.64 y en el grupo post intervención se observa una media de 1.54 y una DE con 0.52, resultando así un valor significativo ($p=0.027$), por otro lado, en el adjetivo de “**cercano/a**” tenemos en el grupo pre intervención una media de 2.38 y una DE con 0.51, por su parte en el grupo post intervención tenemos datos de media con 1.77 y una DE con 0.60 obteniendo así una diferencia significativa ($p=0.009$) y, por último tenemos en el adjetivo de “**bien**” un grupo pre intervención de 1.85 y una DE con 0.55 y en el grupo post intervención una media y DE con $1.31 \pm (0.48)$ teniendo así una diferencia significativa con valor de p en 0.014. (Cfr. Tabla 11)

Tabla 11

	post	pre	p
n	13	13	
Apoyado/a	1.54 (0.52)	2.08 (0.64)	0.027
Cercano/a	1.77 (0.60)	2.38 (0.51)	0.009
Bien	1.31 (0.48)	1.85 (0.55)	0.014

Escala de Calidad de Vida (Cuestionario WHOQOL-BREF)(World Health Organization)

De todos los participantes de los grupos que contestaron la escala WHOQOL-BREF observamos en la pregunta 22, correspondiente a ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos? observamos en el grupo pre intervención una media y desviación estándar de $3.62 \pm (1.04)$ y en el grupo post intervención observamos una media y una desviación estándar de $4.46 \pm (0.66)$ obteniendo así una diferencia significativa ($p=0.021$). Con dicha pregunta contestada y observando los resultados podemos inferir que contestaron con mayor frecuencia la opción de “bastante” posterior a recibir las intervenciones.

En la pregunta 26 referente a, ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?, observamos que el grupo pre intervención tuvo 5 respuestas en el rango de moderado, en el grupo post intervención ningún participante contestó con lo mismo, si no analizando los datos podemos observar incremento en la respuesta hacia la opción de denuncia o raramente, por otro lado observamos que en el grupo pre se obtuvo una media y desviación estándar de $3.31 \pm (1.11)$ y en el grupo post una media y desviación estándar de $2.54 \pm (0.97)$, que aunque no significativo fue importante, al igual que el resto de las preguntas con una tendencia hacia la mejoría. (Cfr. Tabla 12)

Tabla 12

	post	pre	p
N	13	13	
Pregunta #22	4.46 (0.66)	3.62 (1.04)	0.021
Pregunta #26	2.54 (0.97)	3.31 (1.11)	0.072

Escala de Autoestima (Rosenberg) (Rosenberg, M. 1965) (Schmitt D., Allik J., 2005) (Figueroa A., 2017).

En la escala de Rosenberg que mide la autoestima, se observaron mejorías en los participantes, sin embargo, no se encontraron resultados significativos.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) (Grazt y Roemer, 2004)

En los resultados de la escala DERS podemos ver algunos resultados significativos, en la primer sección referente a un listado de emociones y sentimientos, hablando específicamente de sentirse **productivo** podemos ver como la media y la desviación estándar del grupo pre intervención es de $2.69 \pm (0.95)$ y del grupo post intervención es de $3.62 \pm (1.04)$ observando una diferencia significativa ($p=0.027$) lo cual pudiéramos inferir que al término de la intervención los participantes se perciben más productivos. De igual manera en la sensación de estar **solitario o aislado**, se observa una media y desviación estándar en el grupo pre intervención de $2.92 \pm (1.32)$ y en el grupo post intervención de $1.92 \pm (0.86)$ dando como resulta un valor de $p=0.031$, con lo cual podemos inferir que esa disminución en el puntaje se refleja con sentirse menos solitarios o aislados, posterior a la intervención. De la misma forma observamos en sentirse **estresado** una media y DE de $3.54 \pm (0.78)$ para el grupo pre intervención y para el grupo post intervención $2.46 \pm (0.88)$ dando como resultado significativo, un valor de $p=0.003$, lo cual nos habla de una reducción en percepción del estrés, posterior a recibir la intervención. Por otro lado, en la segunda sección de la escala, que explora *cuando me siento mal*, observamos diferencias significativas en el inciso 3, 7, 9 y 12. El **inciso 3 “Creo que así me sentiré por mucho tiempo”** cuenta con una media y desviación estándar en el grupo pre intervención de $3.31 \pm (1.25)$ y en el grupo post intervención de $2.00 \pm (1.15)$ con un valor de $p=0.011$. En el **inciso 7 “Me cuesta trabajo controlar lo que hago”**, en el grupo

pre intervención, se encuentra una media y DE de $2.69 \pm (0.85)$ y en el grupo post intervención de $1.85 \pm (1.07)$ obteniendo una diferencia significativa ($p=0.035$)

En el **inciso 8** “**Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor**”, el grupo pre intervención se obtuvo una media y DE de $2.54 \pm (0.97)$ y en el grupo post intervención de $1.46 \pm (0.52)$ dando como resultado un valor de $p=0.002$. Por último tenemos en el **inciso 12** “**Siento que mis emociones me rebasan**” una media y desviación estándar $3.31 \pm (1.11)$ y de $2.31 \pm (1.18)$ en el grupo pre intervención y post intervención respectivamente, observando una diferencia significativa con valor de $p=0.036$. Documentando una mejor regulación empccional.(Cfr. Tabla 13)

Tabla 13

	post	pre	p
N	13	13	
Productivo	3.62 (1.04)	2.69 (0.95)	0.02 7
Solitario/Aislado	1.92 (0.86)	2.92 (1.32)	0.03 1
Estresado	2.46 (0.88)	3.54 (0.78)	0.00 3
Inciso 3	2.00 (1.15)	3.31 (1.25)	0.01 1
Inciso 7	1.85 (1.07)	2.69 (0.85)	0.03 5
Inciso 8	1.46 (0.52)	2.54 (0.97)	0.00 2

Inciso 12	2.31 (1.18)	3.31 (1.11)	0.03 6
------------------	--------------------	--------------------	-----------

Comparación grupo control vs experimental

En la tabla 14, podemos observar los ítems que tuvieron una diferencia significativa en el grupo control al momento de contestar las escalas en pre y post intervención del estudio, se observan algunos ítems en donde los pacientes mostraron mejoría, como la pregunta C6 del cuestionario general de salud de Goldberg, la pregunta 43 del cuestionario de creencias (PBQ) y de la escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) (Cfr. Tabla 14).

Tabla 14. Tabla general comparativa de ítems significativos grupo control.

Grupo Control	Post	Pre	p
n	6	6	
Escala Goldberg			
C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	3.50 (0.55)	3.00 (0.00)	0.049
PBQ	6	6	
Pregunta 43.Cualquier señal de tensión en una relación indica que la relación está mal y debo terminarla.	0.33 (0.52)	1.67 (1.37)	0.049
ESFA	6	6	
Feliz	2.17 (0.41)	1.50 (0.55)	0.038
Aislado/a	1.17 (0.41)	2.00 (0.63)	0.022
Agitado/a	3.00 (0.00)	2.00 (0.89)	0.021
Apoyado/a	1.67 (0.52)	2.33 (0.52)	0.049
Bien	1.50 (0.55)	2.17 (0.41)	0.038

En la tabla 15 se abordan los resultados en las escalas e ítems específicos que tienen una diferencia significativa tomando por separado el grupo experimental, se observan cambios significativos en la escala de Goldberg(p=0.02) en los incisos

B1 y C7, en la escala de afrontamiento al estrés observamos mejoría y cambios significativos en el inciso 2 ($p=0.01$) y en el inciso 7 también se observan cambios significativos ($p=0.04$), por otra parte en la escala multidireccional de perfeccionismo se observan diferencias significativas en la pregunta 1($p=0.01$), 17($p=0.05$) y 32($p<0.001$), en la escala WHOQOL-BRF se observa diferencia significativa en la pregunta 12 con un valor significativo ($p=0.01$), en las preguntas 14, 22 y 26 de igual manera se observa una diferencia significativa($p=0.02$). (Cfr. Tabla 15)

Tabla15. Tabla comparativa de ítems significativos en grupo experimental.

Grupo Experimental	Post	Pre	p
n			
Escala Goldberg	6	6	
B1 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	3.50 (0.84)	2.17 (0.75)	0.02
C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	3.50 (0.84)	2.17 (0.75)	0.02
A-CEA	6	6	
2.- Cuando me enfrento a una situación problemática, expreso mis opiniones y busco apoyo	3.50 (0.55)	2.00 (1.10)	0.01
7.- Cuando me enfrento a una dificultad mientras estoy preparando los exámenes, procuro pensar en positivo	3.50 (0.84)	2.33 (0.82)	0.04
Multidireccional de perfeccionismo			
1. Mis padres me fijaron metas muy altas	2.00 (1.26)	4.17 (0.98)	0.01
17. Incluso cuando hago algo muy cuidadosamente, a menudo siento que no lo he hecho del todo bien	2.50 (1.52)	4.17 (0.98)	0.05
32. Tiendo a atrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	2.17 (0.98)	4.50 (0.55)	<0.001
ESFA			
Desanimado/a	2.86 (0.38)	2.29 (0.49)	0.03
Comprendido/a	1.57 (0.53)	2.29 (0.49)	0.02
Cómodo/a	1.71 (0.49)	2.43 (0.53)	0.02
Cercano/a	1.57 (0.53)	2.57 (0.53)	0
WHOQOL-BRF			

12. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	4.29 (0.49)	3.43 (0.53)	0.01
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	4.00 (0.82)	2.86 (0.69)	0.02
22. Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	4.71 (0.49)	3.86 (0.69)	0.02
26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	2.71 (0.95)	3.86 (0.69)	0.02

Comparación de grupo experimental zoom vs presencial.

En las tablas 16 y 17 se presentan la comparación indirecta a través de las tablas de grupo experimental dividido en zoom y presencial, tras la falta de retención de pacientes el número de muestra no termina siendo el suficiente para darle la robustez necesaria a los resultados obtenidos. Sin embargo, con estas diferencias obtenidas en las respuestas pueden ser abordadas de manera cualitativa y no cuantitativa. En el grupo zoom observamos en la escala DERS un aumento en la sensación de sentirse **productivo**, con un valor significativo ($p=0.005$), en la escala Goldberg tenemos diferencias significativas en los incisos A1($p=0.032$), B5($p=0.011$) y B6 ($p=0.045$). Por otro lado, en la escala de estresores académicos también observamos cambios significativos en las preguntas 29($p=0.04$), 36($p=0.032$), 38($p=0.024$) y 40($p=0.007$). En la escala de afrontamiento ante el estrés académico tenemos diferentes ítems con cambios significativos, en los incisos 5, 11 y 14 se puede observar dicho valor($p=0.05$), En las escalas de perfeccionismo, las preguntas 9, 23, 26, 28 y 34 son las que demuestran cambios significativos($p<0.05$). Por último tenemos la escala WHOQOL-BREF en donde el ítem 7, referente a niveles de concentración, observamos una diferencia significativa($p=0.045$) (Cfr. Tabla 16 zoom y 17 presencial).

Tabla 16. Tabla comparativa de resultados pre y post intervención del grupo experimental modalidad Zoom

Zoom	post	pre	p
n			
Escala DERS	4	4	

Productivo/a	3.75 (0.50)	2.25 (0.50)	0.005
SISCO	3	3	
DMA (mean (SD))	18.33 (5.51)	31.33 (5.03)	0.039
REF (mean (SD))	16.67 (8.39)	25.67 (4.16)	0.171
REP (mean (SD))	17.67 (8.50)	26.67 (4.51)	0.181
EAF (mean (SD))	20.33 (5.86)	16.67 (4.93)	0.454
Cuestionario General de Salud (Goldberg)	4	4	
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	3.25 (0.96)	1.75 (0.50)	0.032
B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	3.75 (0.50)	2.00 (0.82)	0.011
B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	3.50 (1.00)	1.75 (0.96)	0.045
Cuestionario de Creencias de la personalidad (PBQ)	4	4	
8. Si no soy amado, siempre seré infeliz	0.25 (0.50)	1.50 (0.58)	0.017
Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA) (Cabanach)	4	4	
2.- Expreso mis opiniones y busco apoyo	3.50 (0.58)	1.50 (0.58)	0.003
5.- Pido consejo a un familiar o a un amigo a quien aprecio	3.50 (0.58)	2.50 (0.58)	0.05
9.Elaboro un plan de acción y lo sigo	2.75 (0.50)	1.75 (0.50)	0.03
11.- Hablo sobre las situaciones estresantes con mi pareja, mi familia o amigos	3.50 (0.58)	2.50 (0.58)	0.05
14.Busco consejo y solicito ayuda a otras personas	3.50 (0.58)	2.50 (0.58)	0.05
Escala de estresores académicos deCabanach	4	4	
29. Por las demandas excesivas y variadas que se me hacen	2.00 (0.82)	3.25 (0.50)	0.04
36. no dispongo de tiempo para dedicarme a las materias	1.75 (0.50)	3.25 (0.96)	0.032
38. Por la excesiva carga de trabajo que debo atender	1.50 (0.58)	3.00 (0.82)	0.024
40.Por el ritmo de trabajo o estudio que se nos	1.25 (0.96)	3.50	0.007

exige		(0.58)	
Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost	3	3	
9. Si fallo en el trabajo, en la escuela o en casa soy un fracaso como persona	2.67 (0.58)	4.67 (0.58)	0.013
23. Si no hago las cosas tan bien como el resto de personas quiere decir que soy inferior a ellas	2.33 (1.15)	4.67 (0.58)	0.035
26. Mis padres siempre han tenido más expectativas sobre mi futuro que yo	2.33 (1.53)	5.00 (0.00)	0.039
28. En general tengo dudas acerca de lo que hago	2.67 (0.58)	4.33 (0.58)	0.024
34. Cuantos menos errores cometa más personas me querrán	2.33 (0.58)	4.67 (0.58)	0.008
Calidad de Vida WHOQOL-BREF	4	4	
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	3.50 (1.29)	1.75 (0.50)	0.045

Analizando los resultados de la tabla 17 de la modalidad presencial podemos encontrar que hubo cambios en la escala DERS en relación a sentirse aislado ($p=0.01$) y, en la pregunta 8, que evalúa la creencia de que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor ($p=0.05$) obteniendo diferencias significativas en ambas, por otra parte, en la escala Goldberg tenemos en los incisos A1, A3, B1, C3, C5 diferencias significativas ($p<0.001$) y en el inciso B4 de igual manera se puede observar dicha diferencia significativa ($p=0.04$). En la escala de estresores académicos en la pregunta 10, tenemos una diferencia significativa ($p<0.001$), pasando a los resultados referentes a la escala de perfeccionismo tenemos 3 preguntas con cambios significativos, la pregunta 14 ($p=0.04$), 32 ($p=0.01$) y 33 ($p=0.04$). Por último, en la escala WHOQOL-BREF tenemos las preguntas 6 y 14 con diferencia significativa ($p=0.02$). (Cfr. Tabla 17)

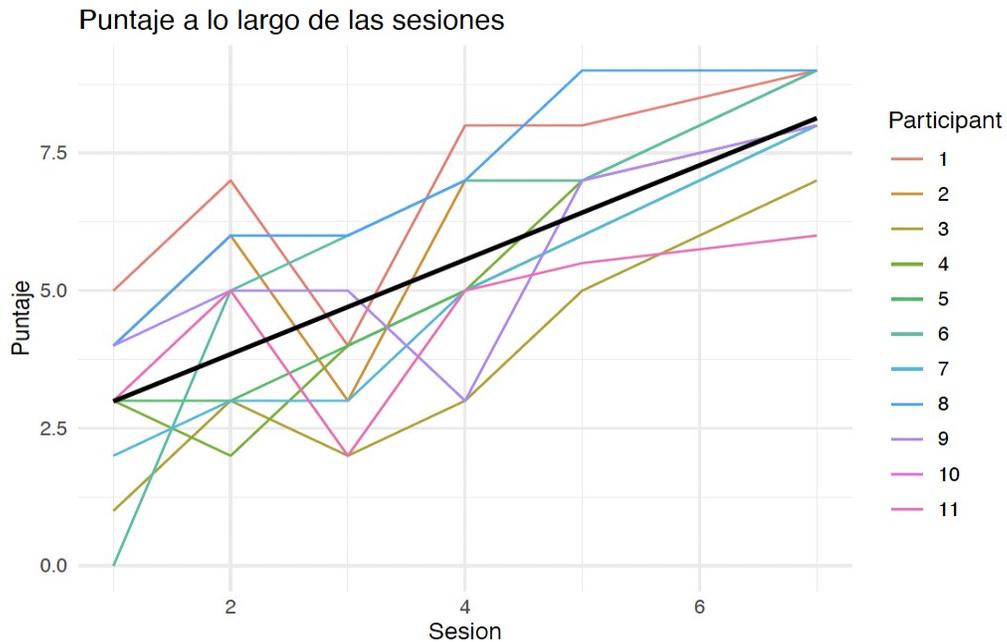
Tabla 17. Tabla comparativa de resultados pre y post intervención de grupo experimental modalidad presencial

Presencial	post	pre	p
n			
Escala Regulación Emocional	3	3	

(DERS)			
Solitario/aislado	2.33 (0.58)	4.33 (0.58)	0.01
8. Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor	1.33 (0.58)	2.67 (0.58)	0.05
Cuestionario General de Salud(Goldberg)			
	3	3	
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	4.00 (0.00)	3.00 (0.00)	<0.001
A. 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	4.00 (0.00)	2.00 (0.00)	<0.001
B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	4.00 (0.00)	1.50 (0.71)	0.04
B.4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	4.00 (0.00)	3.00 (0.00)	<0.001
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	4.00 (0.00)	3.00 (0.00)	<0.001
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	4.00 (0.00)	2.00 (0.00)	<0.001
Escala de estresores académicos (Cabanach)	2	2	
10.Cuando el profesor da la clase de una manera determinada y luego nos examina de un modo poco coherente con esa forma de dar la clase	2.00 (0.00)	1.00 (0.00)	<0.001
Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost	3	3	
14. Si fallo en parte, es tan malo como fracasar completamente	1.33 (0.58)	3.67 (1.15)	0.04
32. Tiendo a atrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	1.67 (0.58)	4.33 (0.58)	0.01
33. Me lleva mucho tiempo hacer las cosas correctamente	1.33 (0.58)	3.67 (1.15)	0.04
Calidad de Vida WHOQOL-BREF			
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	4.33 (0.58)	3.00 (0.00)	0.02
14. Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	4.33 (0.58)	2.67 (0.58)	0.02

Resultados de Escala de Precepción Subjetiva de Avance.

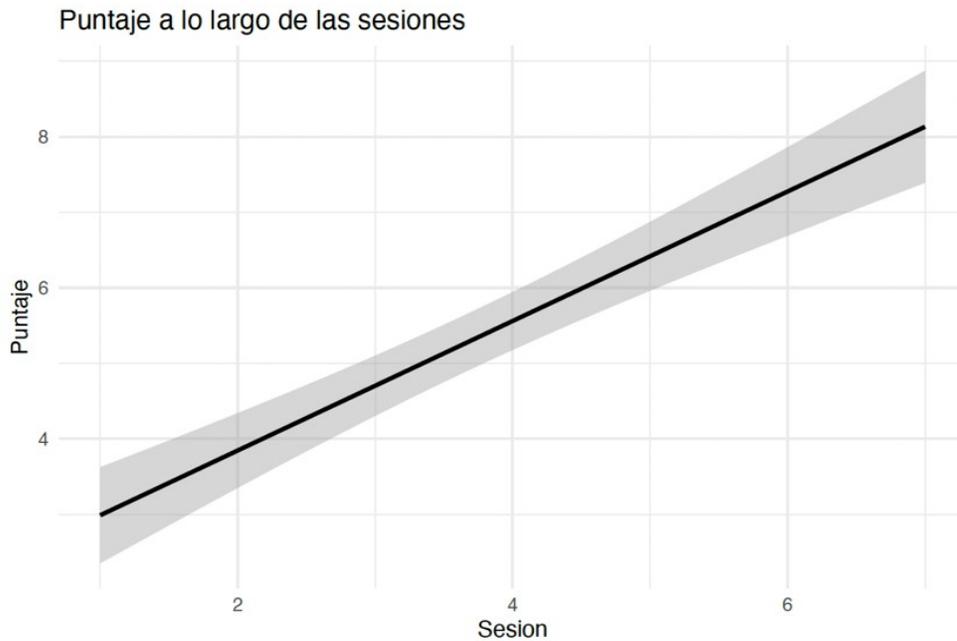
Como parte de nuestros objetivos en este protocolo fue analizar los cambios en la escala de avance de percepción subjetiva, esta se utiliza como una estrategia dentro de la técnica del modelo en soluciones y, a continuación, se presentan los resultados.



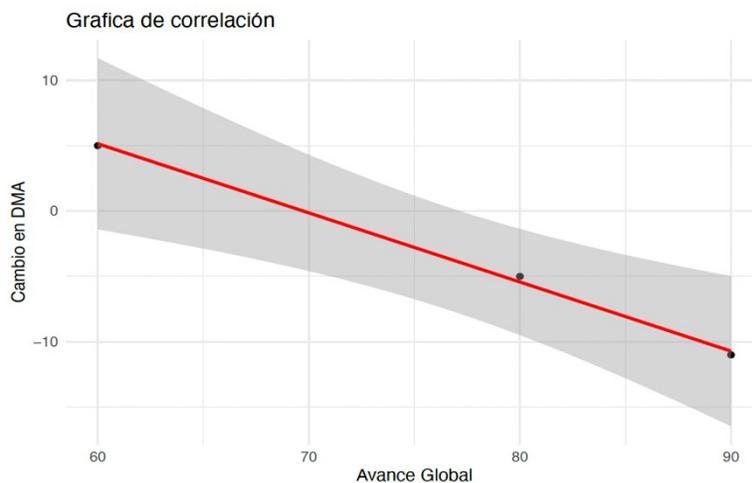
Gráfica 2

En nuestra evaluación con la **escala de avance** podemos notar como los participantes incluidos en el estudio iban calificándose con mejor puntaje mientras más pasaban las sesiones, en esta gráfica (Gráfica 2) lo desglosamos por cada participante que contestó la escala final de avance posterior a recibir la intervención de 9 semanas, si bien, varían los puntajes, podemos observar como al paso de las sesiones, mantiene una tendencia a la alza. Esto quiere decir que conforme pasaban las sesiones los participantes se sentían mejor consigo mismos como para poder sobrellevar el estrés y la ansiedad de la facultad.

Gráfica 3



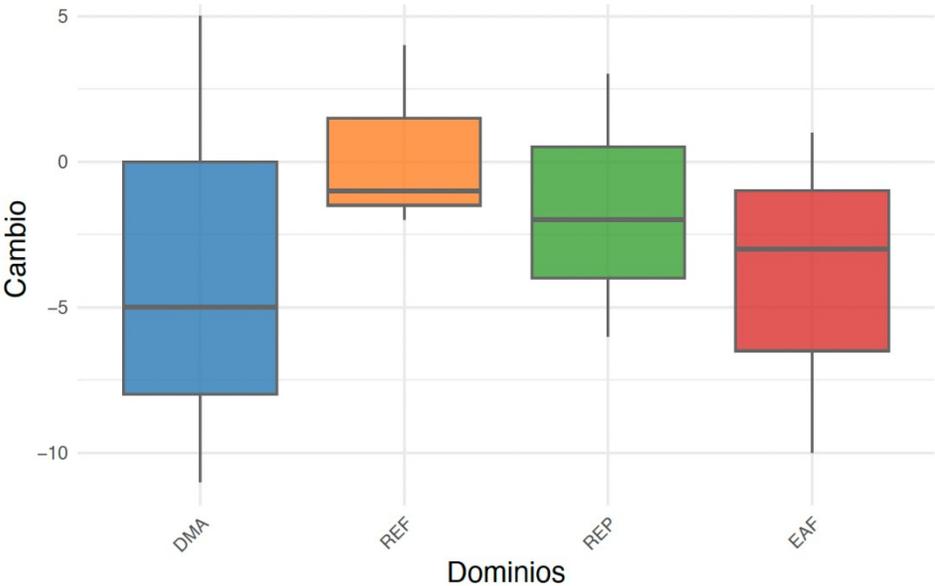
La gráfica muestra el puntaje conforme pasaban las sesiones (Gráfica 3) y los resultados del análisis estadístico indican una relación positiva y significativa entre la cantidad de sesiones y el puntaje. Conforme se incrementa el número de sesiones, los puntajes muestran una tendencia a mejorar. Estos hallazgos sugieren que la repetición o la mayor exposición en las sesiones contribuye de manera favorable a la mejora de los puntajes.



Gráfica 6

La gráfica de correlación (Gráfica 6) presentada evidencia una clara relación negativa entre el avance global y el cambio en demandas del medio ambiente. En términos generales, se observa que a medida que el avance global aumenta, el cambio en la precepción de las demandas ambientales tiende a disminuir de forma notable. Esta tendencia descendente sugiere una correlación inversa entre ambas variables, lo que implica que el crecimiento en el avance global está asociado con una reducción en el estrés provocado por las demandas del medio ambiente.

La banda de confianza representada en la gráfica refuerza esta observación, indicando un alto grado de certeza en la tendencia dentro del rango central de los datos. Se encontró que el avance global tiene un efecto negativo significativo sobre las demandas del medio ambiente, lo cual es respaldado por un valor p estadísticamente significativo (0.0297). Estos hallazgos proporcionan una base sólida para afirmar que mientras más exista avance global influye de manera inversa en la disminución de demandas del medio ambiente, con un alto nivel de confianza dentro del rango de valores observados.(Para ver las demás gráficas correspondientes a los demás dominios, ver en anexos, gráficas 4, 5 y 7)



Gráfica 8

Interpretación de los dominios

Podemos observar en la caja de **demanda de medio ambiente** (Gráfica 8) donde se presenta una gran dispersión de los datos. La mediana está por debajo de cero, lo que indica que existió una **reducción** en sintomatología asociada a demandas del medio ambiente posterior a recibir las intervenciones basadas en el modelo sistémico.

Resultados Cualitativos

Inicio de la Intervención:

Los participantes del estudio mostraron buena disposición y apertura desde la primera sesión, siendo puntuales y receptivos, tanto en el grupo de intervención presencial como en el grupo por zoom; en general algo retraídos y con muestras de ansiedad leve observadas en posturas de inquietud y movimientos corporales como mover los brazos y piernas, esto en algunos de los participantes, en el grupo por zoom no fue posible observar adecuadamente a los participantes ya que sólo mostraban el rostro y parte del tronco superior. Estas conductas fueron cediendo en el curso de la intervención.

A través de las sesiones el nivel de participación fue cambiando según cada integrante, contrastando entre las diferentes personas que intervenían frecuentemente y otros ocasionalmente, sin embargo, todos realizaron los ejercicios y tareas asignadas en cada la sesión.

Durante la intervención:

A partir de la aplicación de la técnica narrativa de la externalización del síntoma, los participantes externalizaron el estrés de diferentes formas. Aquí se mencionan algunos ejemplos de nombres asignados: *La desconfianza destructiva, la carga*

agobiante, el freno total, la procrastinación angustiante, los pensamientos pesimistas, la ansiedad preocupona, el acabose total, desorganización procrastinada, entre otros.

Por otro lado, la Meta Ser o meta en soluciones, que se refiere a aquello que cada estudiante persiguió alcanzar, la elaboraron de las siguientes formas. Ejemplos de Metas:

Confianza productiva, estudiosamente alegre, apasionadamente trabajadora, plenamente aliviado, plenamente optimista, tranquilamente confiado, más relajadamente flexible, participativamente organizada, entre otras.

Todos los participantes calificaron su avance en cada sesión en función de la externalización del problema y la meta que se propusieron, aplicando en cada sesión y entre sesiones las estrategias terapéuticas.

El trabajo fue en grupo, lo que facilitó la aclaración de conceptos, la realización de un *role playing* o juego de roles, además de facilitar un espejeo de los problemas y de las soluciones compartidas por cada participante.

Cabe señalar que en el grupo trabajado de forma virtual por la plataforma zoom este aspecto se dificultó más, y fue complicada la implementación de los ejercicios a distancia, en comparación con el grupo de forma presencial.

Cierre de la intervención:

Los participantes reconocieron beneficios a través de las sesiones, lo expresaron en frases como:

- “Los exámenes son difíciles pero lo manejo mejor”,
- “Deje de tener problemas dermatológicos a raíz de las sesiones”,
- “No podía dormir antes del examen y ahora...lo hago mejor”,

- “Pase de tener atracones a hacer ejercicios de meditación que me ayudaron a afrontar mejor la escuela”.

La asistencia fue adecuada, un 25% asistió a todas las sesiones, y el otro 75 % de los participantes faltaron a 1 ó 2 sesiones. Las inasistencias se relacionaron con actividades de guardias en el hospital o rotaciones especiales por parte de los estudiantes.

Investigación de Proceso.

Se realizó una investigación de Proceso en la que se indagó con los participantes el tipo de impresiones que las intervenciones les ofrecieron, tomada de la cuestionario final de evaluación de la intervención del MSI (Lugoleos 2017), se encontró que la sesión 3ª (Mis Lados Fuertes) tuvo más impacto en los participantes, seguida de la 7ª (Aceptación y Compromiso conmigo y el presente) y finalmente las sesiones 4ª y 6ª (Relaciones Interpersonales y Mis Creencias Pensamientos y Emociones). Por otro lado, el grupo de participantes, indicó que la 8ª sesión (Potencializando Recursos y Capacidades) fue la que menos les aportó al avance o tuvo menos impacto en ellos, seguida por la sesión 2ª (Conociendo al Estrés Académico). La sesión 5ª (Solución de Problemas) tuvo un impacto intermedio según sus respuestas.

Además de las metas individuales se elaboró una meta grupal, la cual también fue calificada con la escala de precepción subjetiva de avance en cada sesión, a continuación, se describe la del grupo presencial.

Grupo Presencial:

Meta Grupal General

Problema Externalizado	Sesión 1a	Sesión 2a	Sesión 3a	Sesión 4a	Sesión 5a	Sesión 6a	Sesión 7a	Meta
La carga preocupona	3.5	3.5	5	7	8	8	8.7	Inteligentem ente Relajados

5 Metas grupales a alcanzar

Meta	Sesión 2 (1ª calificación)	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª (Final)
Estar menos cansados	1.5	2	5	5.5	7	8	9
Ser más participativos	3	4.5	5	7	7	8.5	9
Ser más amables y sociables	3	3.5	6	7	8	8.5	9
Disfrutar actividades	3.5	4	6	7	8	9	9
Ser más saludables	2	3	4.5	5.5	7	8	8.5

Grupo Zoom:

Problema externalizado	Sesión 1a	Sesión 2a	Sesión 3a	Sesión 4a	Sesión 5a	Sesión 6a	Sesión 7a	Meta
La desconfianza destructiva	4	4.3	4.7	5.5	6.5	7	8	Constructiva mente Confiables

5 Metasgrupales a alcanzar

Meta	Sesión 2 (1ª calificación)	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª (Final)
Estar de mejor humor	4.5	5.5	5.5	7	7.5	7.5	8
Más motivados	4	4.5	5	7.5	7.5	8	8.5
Ser más participativos	4	4.5	5	6.5	7	7.5	8
Estar Relajados	2.5	4	5.5	6	6.5	7	9
Mejor rendimiento en seguridad en acciones	4	4.8	5	6	7	7.5	8

En cuanto a la pregunta sobre cuál elemento el participante recordaba que le hubiese marcado para realizar cambios, estas fueron las respuestas más frecuentes:

- Ejercicios de meditación (mindfulness) y respiración, la pausa regenerativa.
- Identificar lados fuertes, ejercicios de relajación, estar más consciente del síntoma, meditación;
- Las creencias y los pensamientos automáticos; poner un nombre al estrés y hacer una meta;
- Que evidencias tengo para respaldar mis creencias viejas;
- Intentos de solución previos, saber que tengo las soluciones en mí para resolver los problemas.
- Hacer cartas externalizando lo que sentía sobre el estrés y despidiéndome de él, El ejercicio del cisne negro para no auto exigirme, Identificar pensamientos automáticos en mi vida, trabajar los PIS.
- Solución de problemas, hacer dibujos del problema y meta.
- Romper patrones que me llevan al estrés

Con base en las respuestas, queda claro que el factor gatillo del cambio puede ser muy diverso e influido por las circunstancias ambientales o personales, lo importante es que de alguna forma cada participante encontró el camino para avanzar en su meta personal apoyados en el grupo terapéutico y su grupo externo.

Cabe la reflexión con los resultados encontrados que fue el proceso de las 7 sesiones en su conjunto la que facilitó el cambio, independientemente de lo que cada participante reconoce como una intervención “gatillo” generadora de cambio, o que más recuerda y le impacto.

De los 6 sujetos, 4 refirieron aprobar satisfactoriamente el semestre, 2 aprobar insatisfactoriamente y solo 1 refirió no aprobar el semestre, de estos tres últimos cursaban el 3er semestre de la carrera de medicina.

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

Comparación grupo control vs grupo experimental

Uno de los hallazgos importantes fue identificar cambios significativos en el grupo control sin recibir el modelo de intervención, estos resultados nos hablan de que, independientemente de recibir las intervenciones de este modelo, se observan algunos ítems en donde los pacientes mostraron mejoría en diferentes ámbitos de su vida, esto puede deberse a diversos factores que es importante tomar en cuenta. Pueden existir factores contextuales o factores externos vividos durante el periodo de tiempo de la intervención que pueden ser cambios en la dinámica familiar, cambios en situaciones sentimentales, cambios laborales, entre otros. Además, es importante mencionar el efecto placebo que el participar en un estudio de investigación puede llegar a tener, pudiendo generar cambios conductuales voluntarios en los participantes al comprometerse con el estudio. Estos cambios significativos en el grupo control nos invitan a implementar diferentes estrategias para futuros estudios como lo pudiera ser incluir grupos control con diferentes niveles de exposición a variables externas.

Comparación grupo zoom vs grupo presencial

En estos momentos no es preciso inferir si la diferencia en las modalidades representa una mejoría de una por encima de la otra, pero si podemos describir los resultados observados en los resultados. En la escala DERS, de ambos grupos, podemos inferir una mejoría en la percepción del bienestar personal tras observar diferencias significativas en la pregunta de sentirse más productivos, esto es importante ya que la congruencia de poder percibirse como más productivos basado en mejoras de su rendimiento genera un bienestar que permite sobrellevar de la mejor manera ámbitos exigentes, como lo es el de la facultad de medicina. En la escala de estresores académicos, específicamente en el grupo presencial, la percepción que tuvieron los participantes respecto a la manera de examinar de los profesores demostró una diferencia, pudiendo tener un efecto benéfico con una mayor sensación de tranquilidad al momento de llevar ciertas clases o al menos no agregar un estrés extra al tener que estar pendientes de ciertas conductas incongruentes por parte del personal docente. Abordando los estresores académicos, en ambos grupos, observamos una disminución en diferentes ítems

con los que se puede inferir que los participantes se mostraron con una respuesta disminuida al fracaso y una menor importancia ante las comparaciones con demás personas, estas características son fundamentales para poder sobrellevar de mejor manera las exigencias que el ámbito de la facultad de medicina les pudiera exigir. Por otra parte, en el grupo presencial en la escala multidireccional de perfeccionismo los participantes muestran una disminución en la percepción que se tiene al fracaso, se atrasan menos en sus trabajos y cada vez les lleva menos tiempo realizar las cosas correctamente, con esto podemos inferir una disminución de idealismos personales lo cual puede llevar a una mejor satisfacción personal. En la escala WHOQOL-BRF, de ambos grupos, los participantes también demostraron una mejoría en que la vida tenga sentido, mayor tiempo para actividades de ocio y una mejora en su satisfacción para realizar actividades diarias, estos cambios son importantes ya que tienen como resultado una mejoría en emociones positivas y una mejora en la percepción de bienestar, lo cual puede influir positivamente en síntomas de estrés y ansiedad. En estos momentos no es preciso mencionar una diferencia en cuanto a modalidad, pero si podemos inferir que sin importar la modalidad podemos encontrar resultados beneficios en los participantes que reciben el modelo de intervención.

Manejo del Estrés

Como lo menciona en su revisión sistemática Chust-Hernández et al. (2022), en los últimos años se han publicado varias revisiones sistemáticas que analizan la eficacia de distintas intervenciones sobre el estrés general o percibido de los estudiantes universitarios (Amanvermez et al., 2020; Breedvelt et al., 2019; Regehr et al., 2013; Yusufov et al., 2019), pero no existe ninguna revisión sistemática que analice la eficacia de las intervenciones no farmacológicas sobre el estrés puramente académico en los estudiantes universitarios. Es por eso que resaltamos la importancia de nuestro modelo y de los resultados arrojados tras las intervenciones.

El manejo del estrés fue uno de los objetivos principales en la investigación, los resultados indican una mejora significativa en diversas áreas relacionadas con el

estrésen los estudiantes que participaron en el MSI, como aumento de las capacidades de afrontamiento y una reducción de síntomas físicos y psicológicos relacionados al estrés académico, además de un cambio en la percepción de las demandas del ambiente escolar.

Los hallazgos que más resaltan se presentan a continuación.

Reacciones al estrés físico y psicológico: Siguiendo la premisa en donde se describe al estrés académico como una reacción fisiológica, emocional y cognitiva ante las demandas académicas que pueden llevar a ansiedad, alteraciones del sueño y otros problemas de salud (Berrio y Mezo 2011), en nuestros resultados podemos observar una reducción notable en las reacciones físicas y psicológicas al estrés en los participantes post-intervención. Esto puede interpretarse como una evidencia de que el MSI ayuda a los estudiantes a manejar de manera más efectiva las demandas ambientales principalmente y académicas, ya que se trabaja en modificar patrones de pensamiento negativos y conductas desadaptativas. Estos hallazgos sugieren la eficacia de los principios de **reestructuración cognitiva y técnicas conductuales** en la reducción de la ansiedad y el estrés académico. Este efecto coincide con los resultados de estudios previos, en los que las intervenciones cognitivo conductuales demostraron ser efectivas para disminuir síntomas de ansiedad (Regehr, Glancy y Pitts, 2013). De manera complementaria, un metaanálisis reciente de Chust-Hernández et al. (2022) también respalda la eficacia de diversas intervenciones no farmacológicas, particularmente la TCC, para reducir el estrés en estudiantes universitarios, siendo esta una de las intervenciones con mayor evidencia en la reducción de síntomas de estrés general (Amanvermez et al., 2020). Referente a técnicas de mindfulness se considera necesario seguir motivando a la investigación debido a la heterogeneidad que se ha demostrado a lo largo de la literatura.

- **Estrategias de afrontamiento:** Como lo menciona Alkhawaldeh (2023) en su artículo en que basados en sus hallazgos, se puede llegar a un acuerdo

de que los resultados de estudios previos que resaltan la importancia de la prevención del estrés se enfocan en aumentar la conciencia del estudiante sobre estrategias de afrontamiento efectivas. En cuanto a las estrategias de afrontamiento en nuestro modelo, observamos una mejora en los participantes post-intervención, particularmente en la **capacidad para expresar opiniones y buscar apoyo en situaciones problemáticas**, así como en el uso de pensamientos positivos durante momentos de presión, donde pudiéramos poner de ejemplo, situaciones como los exámenes. Esto puede sugerir que el MSI fomenta herramientas prácticas para manejar el estrés de manera activa y positiva, lo que es de suma importancia en un entorno de mucha exigencia como lo es el de los estudiantes de medicina. Si nos enfocamos en el **modelo centrado en soluciones** descrito por De Shazer (1991,1994) podemos observar que se hace énfasis en desarrollar a los individuos como agentes activos de cambio, enfocándose en soluciones prácticas y centradas en el aquí y el ahora. Los resultados muestran que los participantes post-intervención mejoraron en su capacidad para expresar opiniones, buscar apoyo y utilizar pensamientos positivos para enfrentar el estrés, anticipando escenarios futuros esperanzadores. Estas mejoras son esenciales en el modelo centrado en soluciones, el cual promueve herramientas prácticas para un afrontamiento efectivo. Este modelo busca establecer un camino hacia la co-creación de soluciones a través de un lenguaje terapéutico que incluye preguntas presuposicionales y orientadas al futuro. Desde la primera sesión, se exploran excepciones y se deconstruyen las premisas de los participantes, interviniendo en los patrones problemáticos y permitiendo la asignación de tareas innovadoras ajustadas a las necesidades y características individuales de cada participante (De Shazer, 1991, 1994).

Calidad de Vida y Salud Psicosocial

Como lo menciona Rodríguez Tejada (2024) en su artículo, la terapia grupal en cualquiera de las modalidades terapéuticas usadas tiene el valor añadido del poder co-terapéutico de cada uno de los integrantes, así como el sentimiento de identidad de grupo e integración, este modelo de psicoterapia ha demostrado un efecto positivo en la percepción de la calidad de vida, nuestro MSI son intervenciones grupales, así que por naturaleza de la intervención se pueden observar dichos efectos positivos y que dentro de nuestro estudio fue una de las variables clave que mostraron mejoría significativa tras la intervención. Como lo menciona Vanagteren (2021) en su metaanálisis donde se utilizan diferentes modelos psicoterapéuticos como lo son, mindfulness, terapia de aceptación y compromiso, TCC e intervenciones sistémicas, así, se confirma la eficacia enfocados en el objetivo de mejorar el bienestar mental, resultados obtenidos en nuestro modelo, los cuales se presentan a continuación.

•**Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF:** Es importante iniciar destacando que el estrés académico puede generar una experiencia subjetiva caracterizada por reacciones cognitivas negativas, como el estrés percibido, pensamientos negativos, preocupación y una sensación de incontrolabilidad. Esto suele ir acompañado de afecto negativo, manifestado en episodios de irritabilidad, agitación, miedo, ansiedad y culpa, y puede dar lugar a respuestas conductuales como llanto, autolesiones, abuso hacia otros y adicciones (Garett et al., 2017).

En los resultados de escala WHOQOL-BRF se observó una mejora en la percepción de sentido de vida y en la disponibilidad de información para enfrentar los desafíos cotidianos, lo cual se interpreta como un incremento en el bienestar y una disminución del estrés percibida por los participantes, reflejando una mayor satisfacción personal y autonomía. La relevancia yace en que el manejo del estrés no solo implica reducir síntomas físicos y la carga emocional, sino mejorar la calidad de vida en general. En nuestro MSI, se utilizan fases específicas de la psicoterapia breve estratégica, como lo son adaptarnos al lenguaje de los participantes, identificar y definir el problema, intentos de solución hasta la fecha, proponerse nuevas metas, prescripción del síntoma, para que al término se realice una consolidación de cambio, permitiéndole autonomía al participante para poder

potenciar dichos cambios en los que ha trabajado. Estas intervenciones han demostrado un efecto positivo en la mejoría de calidad de vida tanto en el individuo como en su entorno, así como un mayor control y gestión de sus estados emocionales (Rodríguez Tejada 2024).

Con estos resultados, podemos inferir que existen mejoras en áreas clave para el manejo del estrés académico, siendo las reacciones cognitivas, la intensidad de los afectos y mejora en las respuestas conductuales las más importantes.

Además, podemos inferir que tras recibir las intervenciones terapéuticas los participantes consideraron tener mayor disponibilidad de información y por lo tanto, más flexibilidad cognitiva, lo cual pudiera hablar de mejoría en áreas interpersonales como, por ejemplo, el desarrollo de herramientas alternas para la autosuficiencia y mayor sentido de búsqueda, lo cual se puede considerar como un impacto positivo en la vida de los participantes.

•**Salud Psicosocial:** Como lo describe Meleito en 1998 en donde se mencionan las afectaciones sociales que pueden llegar a tener los alumnos bajo el estrés, que es una dificultad para balancear las sobrecargas interpersonales, familiares, académicas y sociales (Meleito, 1998), observamos que los resultados revelaron una disminución significativa en la percepción de sentirse solitario o aislado y una reducción en el nivel de estrés general. Estos resultados refuerzan la idea principal de que el MSI no solo ayuda a reducir el estrés académico, sino que también tiene un impacto positivo en la salud mental y social de los estudiantes, proporcionándoles mejores habilidades psicosociales y con esto permitirles interactuar con su entorno de manera más saludable. En relación a lo mencionado en el artículo acerca de la **Terapia Breve Sistémica**, de que esta terapia ayuda a los pacientes a observar sus problemas en un contexto más amplio y a desarrollar patrones interaccionales saludables (Charles 2008), los resultados reportados por los participantes indican que la intervención fomentó una mayor conexión con su entorno y un enfoque sistémico en la resolución de problemas y apoyo.

Autoestima, Perfeccionismo y Regulación Emocional

•**Disminución del perfeccionismo:** Según Martín(2007, p. 87), el autoconcepto académico de los estudiantes tiende a verse afectado negativamente durante períodos de estrés. Aunque puede ser difícil reducir la presencia de factores estresores en la carrera, es posible trabajar en estrategias de afrontamiento que minimicen su impacto. En este sentido, los participantes post-intervención mostraron una disminución significativa en actitudes perfeccionistas, como la sensación de que “nunca hacen las cosas lo suficientemente bien” o la tendencia a repetir tareas innecesariamente, lo cual sugiere que una mejor gestión del estrés puede fomentar un autoconcepto académico más saludable. Esto nos podría indicar que el MSI resultó beneficioso para los estudiantes a ser menos autocríticos y más comprensivos con ellos mismos, lo cual es de suma importancia en entornos académicos donde existen muchas expectativas elevadas y donde el período de presencia de un estresor puede ser incierto, esto es de suma importancia, pues en entornos académicos de alta demanda, los estudiantes frecuentemente caen en autocríticas severas, tal como lo menciona Martín (2007) en sus estudios sobre autoconcepto y manejo de expectativas. En el modelo **cognitivo-conductual**, reducir el perfeccionismo está relacionado con modificar pensamientos autocríticos y patrones perfeccionistas. Otros metaanálisis como el de Lloyd (2014) y Galloway (2021) demuestran resultados en donde la TCC se utiliza como modelo eficaz para reducir significativamente el perfeccionismo y esto a su vez, reducir los síntomas asociados, reforzando así el impacto de los resultados obtenidos en nuestro estudio.

La reducción el perfeccionismo puede contribuir indirectamente a mejorar el autoestima de los participantes, al permitirles aceptar sus limitaciones y valorarse más allá de su desempeño académico, lo cual resulta de suma importancia poder poner en práctica dichas herramientas para poder sobrellevar ambientes de características específicas, sin una necesidad de cambiarlos. Por otra parte, como señalan Cardenal Hernández y Díaz Morales (2000), existen diversas intervenciones terapéuticas, como la educación racional emotiva (ERE) y la relajación, que han

demostrado ser técnicas efectivas para mejorar la autoestima global. En su estudio, estas técnicas se implementaron en una población adolescente, y nosotros logramos observar resultados similares al integrar fundamentos de la ERE en nuestro modelo. A lo largo de las sesiones, se enseñó a los participantes a diferenciar entre sentimientos, pensamientos y emociones, a identificar pensamientos racionales e irracionales, y se incluyeron ejercicios de relajación al inicio y final de cada sesión, tales como tensar y relajar grupos musculares y realizar ejercicios de respiración. Este enfoque coincide con los hallazgos de Cardenal Hernández y Díaz Morales (2000), quienes concluyeron que tanto la ERE como la relajación son eficaces para aumentar la autoestima global. Además, sus resultados mostraron una relación entre una mayor autoestima y puntuaciones más altas en la dimensión de satisfacción, así como puntuaciones más bajas en ansiedad. Entonces queda bastante probado que una autoestima alta va estar asociada a menores niveles de ansiedad (Cardenal Hernández y Díaz Morales, 2000).

Una **mejoría significativa de la Regulación Emocional** se presentó en la post intervención, los estudiantes respondieron sentirse más productivos, con menos sensación de aislamiento, además de una reducción de la percepción del estrés, por otro lado, hay mejor autoconfianza de que en momentos de malestar, lo tendrá por menos tiempo, con mayor control de lo que hace y mayor capacidad para encontrar salidas constructivas y herramientas para sentirse mejor ante situaciones escolares y personales que involucran emociones intensas, consideramos que tanto las técnicas de mindfulness, incluyendo meditación, como las de relajación muscular progresiva, además de la estrategias de identificación de patrones intra e inter personales problemáticos y en soluciones, junto al cambio de mapas mentales contribuyeron en este avance.

Satisfacción familiar por adjetivos.

Hablando acerca de los adjetivos que se catalogan como positivos observamos cambios importantes, tras la intervención, reflejando así una mejoría en aspectos

relacionados con el bienestar emocional y la calidad en las relaciones familiares. Lo que principalmente se reporta tras la intervención es la percepción de sentirse más desahogados, sensación de mayor apoyo emocional por parte de la familia, un aumento en la percepción de cercanía con la familia y por último una percepción general de bienestar en el ámbito familiar. Esto se puede interpretar como una reducción en la carga emocional, un fortalecimiento en las relaciones dentro de la familia y fortalecimiento en el vínculo familiar, que anteriormente representaba causa de estrés para los participantes.

Escala de Avance Final

La escala de avance final nos ayudó a tener una visión general de cómo los estudiantes percibieron su progreso a lo largo del estudio

- **Tendencia a la mejora:** Se observó una mejora constante en los puntajes de los participantes conforme avanzaban las sesiones, lo que indica que el MSI tiene un efecto acumulativo positivo en su bienestar. Esta tendencia nos puede sugerir que los estudiantes, a medida que recibían más sesiones, se sentían con mayor capacidad de enfrentar el estrés y la ansiedad relacionados con la facultad.
- **Relación con las demandas ambientales:** Los resultados también nos muestran una correlación inversa entre el avance global y las demandas del entorno. A medida que los estudiantes reportaban un mayor avance en su sensación de bienestar, las demandas percibidas del medio ambiente disminuían. Esto nos ayuda a reforzar la idea de que el MSI no solo mejora las habilidades individuales para enfrentar el estrés, sino que también cambia la forma en que los estudiantes perciben y responden a situaciones externas. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que sugieren que la reducción del estrés facilita una experiencia más positiva en el ambiente académico (Freire et al., 2018). Esto demuestra que, al reducir el estrés, los

estudiantes también perciben las demandas del entorno de manera menos amenazante y de manera más manejable. Como lo menciona Barraza (2008), del **modelo cognoscitivista del estrés académico**, se centra en la autorregulación y la adaptación al entorno, esto se ve reflejado en el MSI, ya que los participantes lograron mejorar su capacidad para manejar las demandas académicas, incrementando así su bienestar al reducir la intensidad de las respuestas cognitivas y emocionales ante el estrés. Además, Barraza (2008) describe técnicas del modelo cognoscitivista, utilizadas a lo largo de las sesiones de nuestro estudio, como la planificación, habilidades asertivas, autoelogios y programación de tareas, que contribuyeron a la mejora observada en los participantes.

• **Impacto de la repetición de sesiones:** Los datos sugieren que una mayor exposición al modelo terapéutico contribuye a una mejora más sostenida, lo cual podría ser un aspecto clave para futuras investigaciones y recomendaciones, enfatizando la importancia de un seguimiento prolongado y consistente en intervenciones de este tipo. Fish et al. (1994), basados en el modelo de repetición en terapia breve, propusieron que el cambio puede lograrse mediante intervenciones cortas y focalizadas que aplican técnicas activas de estímulo en un número limitado de sesiones. También como lo menciona Rodríguez Tejada (2024) en su artículo mencionando que la terapia breve estratégica se basa en la hipótesis de que los problemas se perpetúan según un patrón repetitivo de intentos de solución fallido, así se puede diseñar un modelo de psicoterapia breve dividido en diferentes fases, en el cual, la repetición en sesiones definidas logre marcar metas específicas y trabajar sobre ellas en determinado tiempo limitado (Rodríguez Tejada 2024).

De forma similar, en nuestro estudio, los resultados mostraron que a medida que los estudiantes recibieron más sesiones del MSI, sus puntuaciones de bienestar mejoraron. Esto sugiere que el MSI tiene un efecto acumulativo que potencia el bienestar psicológico y mejora el manejo del estrés a largo plazo, un beneficio consistente con los efectos documentados en otros modelos de terapia breve.

Cabe señalar que, a pesar de los resultados obtenidos, sugerimos se realicen más estudios con una muestra más grande y en diferentes poblaciones tanto de estudiantes, así como la posibilidad de ampliarlo a otras poblaciones.

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIÓN

Como conclusión general podemos mencionar que estos hallazgos refuerzan la efectividad del Modelo Sistémico Integrativo en múltiples dimensiones, no solo en la reducción del estrés académico, sino también en la mejora de la calidad de vida, la salud psicosocial, y el perfeccionismo, aspectos que son de suma importancia para el bienestar general de los estudiantes de medicina. Por otro lado, hemos observado que es posible replicar la metodología en diferentes modalidades, tanto presenciales como a través de Zoom, y en ambas se han registrado resultados positivos. Esto motiva a seguir investigando esta área tan relevante para la atención a los estudiantes de medicina en la actualidad. Sin embargo, a pesar de los desafíos identificados en el estudio, queda claro que es necesario realizar ciertos ajustes y modificaciones en la metodología para lograr una implementación óptima.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio	Efectos del modelo sistémico integrativo en la disminución de síntomas de estrés y mejora en factores psicosociales en estudiantes universitarios de la carrera de medicina
Nombre del Investigador Principal	Dr. Javier Lugoleos Cano

Servicio / Departamento	Psiquiatría
Teléfono de Contacto	81 1300 4677
Persona de Contacto	Dr. Javier Lugoleos Cano
Versión de Documento	6.0
Fecha de Documento	AGOSTO del 2022

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación. Este documento contiene información importante acerca del propósito del estudio, lo que Usted hará si decide participar, y la forma en que nos gustaría utilizar su información personal y la de su salud.

Puede contener palabras que Usted no entienda. Por favor solicite a su médico o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

1.-¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El propósito del presente estudio es cuantificar el efecto de la intervención de tipo modelo sistémico integrativo sobre la disminución de los síntomas de estrés y la mejoría de otros factores relacionados con el estado mental y social de los participantes. El modelo sistémico integrativo es un tipo de intervención psicológica enfocada en realizar una valoración comprehensiva del participante y eventualmente darle mejores herramientas personales para afrontar las situaciones de la vida que puedan estar causándole estrés al participante.

Se le pide participar porque si bien, se ha comprobado que este modelo funciona para disminuir el estrés en estudios con pocas personas y que no han sido diseñados de la mejor manera, ahora se va a realizar este estudio con un buen diseño y con más personas para tratar de medir cual es el verdadero efecto de esta intervención psicológica sobre los síntomas del estrés.

Con su participación nos ayudará a generar conocimiento científico que nos permitirá tener más claridad acerca del verdadero efecto de esta intervención para que futuras personas con síntomas de estrés se puedan beneficiar de ella.

2.-¿CUÁL SERÁ LA DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CUÁNTOS PARTICIPANTES HABRÁ EN ESTE ESTUDIO?

La duración del estudio será de 9 intervenciones, las cuales serán 1 vez a la semana, con una duración de 45-60 minutos cada una. Tres meses posteriores a la intervención se realizará un seguimiento a los participantes. Dando así un total de 9 semanas de intervenciones más 3 meses para el período de seguimiento. Por lo tanto, la participación de los sujetos en el estudio tendrá una duración total de 19 semanas o 4 meses y 3 semanas aproximadamente; de las cuales, 9 semanas serán de intervención y mediciones seguido de un periodo de receso de la intervención de 12 semanas para culminar con una última evaluación.

Se incluirán de 60 a 100 participantes en total siendo distribuidos de la siguiente manera: de 30 a 50 participantes en el grupo control, de 15 a 25 participantes en el grupo presencial y de 15 a 25 participantes vía ZOOM.

3.-¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARÁN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN?

Para que usted sea considerado para participar en este estudio de investigación, usted deberá ser:

1. Mayor de 18 años.
2. Ser alumno de la carrera de médico, cirujano y partero cursando la materia de psiquiatría.
3. Tener disponibilidad para asistir a todas las sesiones programadas en las instalaciones designadas del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", si es el caso.
4. Tener disponibilidad para asistir a todas las sesiones programadas a distancia a través de la plataforma zoom si es el caso.
5. Asistir de forma voluntaria, llenando el consentimiento informado.
6. Con capacidad para entender y llenar los instrumentos de medición.
7. Ausencia de problemas médicos o mentales que le impidan participar en la intervención.

4.-¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIO?

El tratamiento consiste en una intervención psicológica que se llama modelo sistémico integral que ha sido diseñada para disminuir los síntomas de estrés, además de otros factores que puedan afectar los aspectos mentales o sociales de los participantes. El modelo sistémico integrativo para el estrés fue desarrollado para atender una demanda de la población general y en particular de la población universitaria que presenta altos niveles de estrés derivado de las demandas académicas y de la vida en general, además, como estudiante universitario en la carrera de medicina somos sometidos a una demanda que supera el afrontamiento de un estudiante promedio, situación que se mantiene hasta la fecha, por otro lado, se agrega la crisis sanitaria por la pandemia mundial de COVID, que ha exacerbado el aislamiento social, los problemas de salud mental y económicos.

Estudiando los diferentes modelos psicoterapéuticos y teorías de la ansiedad y estrés, se determina utilizar corrientes que aportan soluciones al problema y se integran en un modelo con aportaciones novedosas para atender este problema creciente en la sociedad actual.

5.- ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?

Inicialmente se aplicarán escalas pre intervención para valorar puntajes respecto a diferentes ámbitos de los estudiantes, analizando niveles de estrés y factores psicosocial. Posteriormente se aplicarán 9 intervenciones grupales, en donde se juntarán los alumnos en el grupo presencial en un aula del departamento, siguiendo todas las medidas de sanidad, siendo 1 por semana, de 40-60 minutos de duración, impartidas en este caso por el director de tesis, en donde se aplicarán estrategias para afrontamiento de situaciones del estrés del día a día del estudiante de medicina, al finalizar las intervenciones se aplicarán las mismas escalas para comparar una mejoría pre y post intervención.

6.- ¿QUÉ VA A HACER SI USTED DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Si usted da su consentimiento para participar, se le pedirá que asista a las 9 sesiones en las cuales se implementará la intervención psicológica. Sus responsabilidades consistirán principalmente en asistir a las sesiones y llenar los cuestionarios con los que vamos a poder identificar alguna mejoría en sus síntomas del estrés.

En caso de que usted sea asignado al grupo control, usted no deberá asistir a las sesiones de la intervención psicológica pero si deberá de llenar los cuestionarios cuando se lo pidamos. Al finalizar con las intervenciones, si usted está en el grupo control, será invitado a participar en la intervención para que pueda obtener los beneficios completos de esta misma.

7.-CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?

Las principales molestias en las intervenciones pudieran ser incomodidad de participar en ciertas sesiones, hablar de temas emocionalmente difíciles, molestias interpersonales o contraerse con alguna actividad extracurricular. No existen riesgos mayores como en alguna intervención médica

8.-¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?

Los posibles beneficios para usted de este estudio incluyen el desarrollo de herramientas que le permitan manejar mejor el estrés que pueda surgir en diferentes aspectos de su vida. También le permitirá conocer por qué es que algunas situaciones le causan estrés y eso le permitirá modificar su conducta y reacciones ante situaciones similares cuando las experimente en el futuro.

La participación en este estudio puede ayudar a los médicos científicos a comprender mejor el verdadero beneficio de esta intervención para manejar y afrontar de mejor manera el estrés en personas que tienen síntomas de estrés. Particularmente, en este caso, en estudiantes de medicina. Esto permitirá desarrollar más conocimiento acerca de esta intervención para que futuras personas que tengan síntomas de estrés se puedan beneficiar de esta intervención y puedan desarrollar herramientas que les permitan afrontar mejor estas situaciones.

9.-¿QUÉ OTROS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS PODRÍAN ESTAR DISPONIBLES PARA USTED?

Usted no tiene que participar en este estudio de investigación si no lo desea. En lugar de este estudio, usted puede acercarse al departamento de psiquiatría para valoración psicológica y evaluar cuales son las posibles alternativas que usted tiene para cuidar su salud mental dependiendo de lo que se discuta en su valoración.

10.-¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?

No habrá costos para Usted por participar en este estudio.

11.-¿SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRANSPORTACIÓN?

A Usted no se le proporcionará ninguna compensación para sus gastos de transportación.

12.-¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

Usted no recibirá ningún pago por la participación en este estudio

13.-¿SE ALMACENARÁN MUESTRAS DE SANGRE O TEJIDOS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES?

No se tomarán muestras de sangre o tejidos durante este estudio de investigación.

14.-¿QUÉ DEBE HACER SI LE PASA ALGO COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Si Usted sufre una lesión o enfermedad durante su participación en el estudio, debe buscar tratamiento a través de su médico de cabecera o centro de atención médica de elección y debe informárselo inmediatamente al médico del estudio.

Los gastos que genere dicha lesión o enfermedad sólo le serán pagados si el médico del estudio ha decidido que la lesión / enfermedad está directamente relacionada con los procedimientos del estudio, y no es el resultado de una condición pre-existente de la progresión normal de su enfermedad, o porque no se han seguido las indicaciones que el médico de estudio ha recomendado.

15.-¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Si decide participar en este estudio, Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, incluyendo la decisión de continuar o no su participación en el estudio. Usted es libre de terminar su participación en este estudio en cualquier momento.

16.- ¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?

Su participación es totalmente voluntaria. Si desea suspender su participación, puede hacerlo con libertad en cualquier momento. Si elige no participar o retirarse del estudio, su atención médica presente y/o futura no se verá afectada y no incurrirá en sanciones ni perderá los beneficios a los que usted tendría derecho de algún otro modo.

Su participación también podrá ser suspendida o terminada por el médico del estudio, sin su consentimiento, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Que el estudio haya sido cancelado.
- Que el médico considere que es lo mejor para Usted.
- Que necesita algún procedimiento o medicamento que interfiere con esta investigación.
- Que no ha seguido las indicaciones del médico lo que pudiera traer como consecuencias problemas en su salud.

Si Usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- Notificar a su médico tratante del estudio
- Deberá de regresar todo el material que su médico le solicite.

Si su participación en el estudio se da por terminada, por cualquier razón, por su seguridad, el médico continuará con seguimientos clínicos. Además, su información médica recabada hasta ese momento podrá ser utilizada para fines de la investigación.

17.- ¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO?

Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Esta información no contendrá su nombre completo ni su

domicilio, pero podrá contener otra información acerca de Usted, tal como iniciales y su fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Su nombre no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo a la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares, así mismo de solicitar el acceso, corrección y oposición de su información personal. La solicitud será procesada de acuerdo a las regulaciones de protección de datos vigentes. Sin embargo, cierta información no podrá estar disponible hasta que el estudio sea completado, esto con la finalidad de proteger la integridad del Estudio.

La Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales.

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al médico un resumen de su expediente clínico.

La información personal acerca de su salud y de su tratamiento del estudio podrá procesarse o transferirse a terceros en otros países para fines de investigación y de reportes de seguridad, incluyendo agencias reguladoras locales (Secretaría de Salud SSA a través de la COFEPRIS), así como al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de nuestra Institución.

Para los propósitos de este estudio, autoridades sanitarias como la Secretaría de Salud y el Comité de Ética en Investigación y/o el Comité de Investigación de nuestra Institución, podrán inspeccionar su expediente clínico, incluso los datos que fueron recabados antes del inicio de su participación, los cuales pueden incluir su nombre, domicilio u otra información personal.

En caso necesario estas auditorías o inspecciones podrán hacer fotocopias de parte o de todo su expediente clínico. La razón de esto es asegurar que el estudio se está llevando a cabo apropiadamente con la finalidad de salvaguardar sus derechos como sujeto en investigación.

Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información médica personal confidencial. Se mantendrá el anonimato.

Al firmar este documento, Usted autoriza el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento. No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará.

18.- SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al **Dr. Oscar De la Garza Castro**, Presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic Antonio Zapata de la Riva** en caso de tener dudas en relación a sus derechos como paciente.

Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.
CP 64460
Teléfonos: 8183294050 ext. 2870 a 2874
Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

RESUMEN CONSENTIMIENTO

PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN

- Mi participación es completamente voluntaria.

- Confirmando que he leído y entendido este documento y la información proporcionada del estudio.

- Confirmando que se me ha explicado el estudio, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que se me ha dado el tiempo suficiente para decidir sobre mi participación. Sé con quién debo comunicarme si tengo más preguntas.
- Entiendo que las secciones de mis anotaciones médicas serán revisadas cuando sea pertinente por el Comité de Ética en Investigación o cualquier otra autoridad regulatoria para proteger mi participación en el estudio.
- Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación.
- Acepto que mi médico general sea informado de mi participación en este estudio.
- Acepto que la información acerca de este estudio y los resultados de cualquier examen o procedimiento pueden ser incluidos en mi expediente clínico.
- Confirmando que se me ha entregado una copia de este documento de consentimiento firmado.

Nombre del Sujeto de Investigación

Firma

Fecha

PRIMER TESTIGO

Nombre del Primer Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

SEGUNDO TESTIGO

Testigo Firma Nombre del Segundo

Dirección

Fecha _____

Relación con el Sujeto de Investigación _____

PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO

He discutido lo anterior y he aclarado las dudas. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento _____
Firma _____

Fecha _____

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

ANEXO 2

Variables Sociodemográficas

1.Nombre:

2.Matrícula:

3.Calificaciones de las asignaturas del curso anterior: _____

4. _____ Suspendido (1) ...Aprobado (2) ...Notable (3) ...

obresaliente (4) ...M. Honorífica (5)

5. ¿Qué edad tiene tu madre? _____

6.- ¿Qué estudios tiene tu madre?

1. No tiene estudios

2 .Estudios Primarios

3. Estudios de Secundaria

4. Estudios de Preparatoria

5. Estudios Universitarios

- 6. Estudios de Maestría
- 7. Estudios de Doctorado

7.- ¿En qué trabaja tu madre?

8.- En el caso en que esté desempleada, ¿en qué trabajaba antes?

9.- ¿Qué edad tiene tu padre? _____

10. - ¿Qué estudios tiene tu padre?

- 1. No tiene estudios
- 2. Estudios Primarios
- 3. Estudios de Secundaria
- 4. Estudios de Preparatoria
- 5. Estudios Universitarios
- 6. Estudios de Maestría
- 7. Estudios de Doctorado

11.- ¿En qué trabaja tu padre?

12.- En el caso en que esté desempleado, ¿en qué trabajaba antes?

13.- ¿Tienes hermanos? _____ En caso de si: ¿Cuántos? _____

14.- ¿Con quién vives?

- 1. Familia de origen
- 2. Otros familiares
- 3. Solo(a)
- 4. Con compañeros/amigos

5. Otro, especificar _____

15.- ¿En qué municipio y colonia vives?

16.- ¿Está cerca de donde estudias? Si No

17.- ¿Además de estudiar trabajas? Si No

18.- ¿Eres foráneo? Si No

ANEXO 3

Inventario SISCO de estrés académico

El presente cuestionario tiene como objetivo central reconocer las características del estrés que suele acompañar a los estudiantes de educación superior durante sus estudios. La sinceridad con que respondas a los cuestionamientos será de gran utilidad para la investigación. La información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales. La respuesta a este cuestionario es voluntaria por lo que estás en tu derecho de contestarlo o no contestarlo.

En lugar de tu nombre, proporciona tu matrícula. Gracias.

Nombre/Matrícula:

1. Edad en años cumplidos

2. Sexo

Masculino

Femenino

3. Programa educativo que cursas (carrera)

- LCE
- LPS
- IIS
- LDG
- Otra

4. Semestre que cursas actualmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- Otro

5. Número de materias que cursas este semestre

6. Indica el periodo en el que cursas la mayoría de tus materias

- Por la mañana
- Por la tarde
- Ambos turnos

7. Número de veces a la semana que haces uso de la biblioteca

8. ¿Has cursado (en tus estudios actuales) materias en la modalidad virtual-presencial?

Sí

No

9. Estado civil

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Otro

10. Durante el transcurso de este semestre, ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo?

EN CASO DE SELECCIONAR LA ALTERNATIVA "SÍ", PASAR A LA SIGUIENTE PREGUNTA Y CONTINUAR CON EL RESTO.

Sí

No

11. Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5, señala tu nivel de preocupación o nerviosismo, donde (1) es poco y (5) es mucho:

1

2

3

4

5

12. Selecciona con qué frecuencia te inquietó: la competencia con los compañeros del grupo.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

13. Selecciona con qué frecuencia te inquietó: la sobrecarga de tareas y trabajos escolares.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

14. Selecciona con qué frecuencia te inquietó: la personalidad y el carácter del profesor.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

15. Selecciona con qué frecuencia te inquietó: las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etcétera).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

16. Selecciona con qué frecuencia te inquietó: el tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etcétera).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

17. Selecciona con qué frecuencia te inquietó: el no entender los temas que se abordan en la clase.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

18. Selecciona con que frecuencia te inquietó: la participación en clase (responder a preguntas, exposiciones, etcétera).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces

- Casi siempre
- Siempre

19. Selecciona con qué frecuencia te inquietó: el tiempo limitado para hacer el trabajo.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

20. Señala con qué frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas:
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

21. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas: Fatiga crónica (cansancio permanente).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

22. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas: Dolores

de cabeza o migraña.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

23. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas:
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

24. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas:
Rascarse, morderse la uñas, frotarse, etcétera.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

25. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas:
Somnolencia o mayor necesidad de dormir.

- Nunca
- Rara vez

- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

26. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones psicológicas:
Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

27. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones psicológicas:
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

28. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones psicológicas:
Ansiedad, angustia o depresión.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

29. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones psicológicas:

Problemas de concentración.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

30. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones psicológicas:

Sentimiento de agresividad o aumento de la irritabilidad.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

31. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones comportamentales: Conflictos o tendencia a polemizar o discutir.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

32. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones comportamentales: Aislamiento de los demás.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

33. Señala con que frecuencia tuviste las siguientes reacciones comportamentales: Desgano para realizar las labores escolares.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

34. Señala con qué frecuencia tuviste las siguientes reacciones comportamentales: Aumento o reducción de consumo de alimentos.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

35. Señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o nerviosismo: habilidad asertiva (defender nuestras preferencias ideas o sentimientos sin dañar a otros).

- Nunca
- Rara vez

- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

36. Señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o nerviosismo: elaboración de un plan y ejecución de sus tareas.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

37. Señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o nerviosismo: Elogios a sí mismo.

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

38. Señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o nerviosismo: la religiosidad (oraciones o asistencia a misa).

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Casi siempre

Siempre

39. Señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o nerviosismo: búsqueda de información sobre la situación.

Nunca

Rara vez

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

40. Señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o nerviosismo: ventilación y confidencias (verbalización de la situación que preocupa).

Nunca

Rara vez

Algunas veces

Casi siempre

Siempre

41. Has recibido tratamiento psiquiátrico

Si

No

42. Has recibido tratamiento psicológico

Si

No

ANEXO 4

Escala de Estresores Académicos

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con situaciones, acontecimientos e interpretaciones que pueden provocarnos inquietud o estrés. Indique en qué medida le ponen nervioso o le inquietan a usted.

Me pongo nervioso o me inquieto...

(0=*nunca*; 1=*alguna vez*; 2=*bastantes veces*; 3=*casi siempre*; 4=*siempre*).

1. Cuando me preguntan en clase

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Si tengo que hablar en voz alta en clase

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3. Al salir a la pizarra

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. Al hacer una exposición o al hablar en público durante un cierto tiempo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. Al hablar de los exámenes

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6. Cuando tengo exámenes

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7. Mientras preparo los exámenes

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8. Cuando se acercan las fechas de los exámenes

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9. Si tengo que exponer en público una opinión

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10. Cuando el profesor da la clase de una manera determinada y luego nos examina de un modo poco coherente con esa forma de dar la clase

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11. Cuando los profesores no se ponen de acuerdo entre ellos (manifiestan claras discrepancias entre ellos en temas académicos)

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12. Cuando no me queda claro cómo he de estudiar una materia

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13. Cuando no tengo claro qué exigen en las distintas materias

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14. Cuando los profesores plantean trabajos, actividades o tareas que no tienen mucho que ver entre sí (que son incongruentes)

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

15. Cuando el profesor no plantea de forma clara qué es lo que tenemos que hacer

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

16. Cuando el profesor plantea trabajos, actividades o tareas que son contradictorios entre sí

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

17. Cuando los distintos profesores esperan de nosotros cosas diferentes

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

18. Cuando el profesor espera de nosotros que sepamos cosas que no nos ha enseñado

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

19. Cuando el profesor da por hecho que tenemos conocimientos que en realidad no tenemos

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

20. Cuando el profesor plantea exámenes claramente incongruentes con lo estudiado/enseñado

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

21. Cuando existe una clara falta de coherencia entre los contenidos de las distintas materias

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

22. Las asignaturas que cursamos tienen poco que ver con mis expectativas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

23. Las asignaturas que cursamos tienen escaso interés

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

24. Lo que estoy estudiando tiene una escasa utilidad futura

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

25. Las clases a las que asisto son poco prácticas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

26. Por no saber si mi ritmo de aprendizaje es el adecuado

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

27. Por el excesivo número de asignaturas que integran el plan de estudios de mi carrera

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

28. Porque los resultados obtenidos en los exámenes no reflejan, en absoluto, mi trabajo anterior de preparación ni el esfuerzo desarrollado

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

29. Por las demandas excesivas y variadas que se me hacen

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

30. Porque rindo claramente por debajo de mis conocimientos

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

31. Por el escaso tiempo de que dispongo para estudiar adecuadamente las distintas materias

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

32. Por el cumplimiento de los plazos o fechas determinadas de las tareas encomendadas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

33. Por la excesiva cantidad de información que se me proporciona en clase, sin que se indique claramente lo fundamental

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

34. Por el excesivo tiempo que debo dedicarle a la realización de las actividades académicas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

35. Porque no creo que pueda hacer frente a las exigencias de la carrera que estudio

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

36. Porque no dispongo de tiempo para dedicarme a las materias todo lo necesario

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

37. Porque no creo que pueda lograr los objetivos propuestos

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

38. Por la excesiva carga de trabajo que debo atender

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

39. Por el excesivo número de horas de clase diarias que tengo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

40. Por el ritmo de trabajo o estudio que se nos exige

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

41. Porque desconozco si mi progreso académico es adecuado

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

42. Porque no sé cómo hacer bien las cosas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

43. Porque no sé qué hacer para que se reconozca mi esfuerzo y mi trabajo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

44. Porque no tengo claro cómo conseguir que se valore mi dominio de las materias

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

45. Porque no tengo posibilidad alguna o muy escasa de dar mi opinión sobre la metodología de enseñanza de las materias del plan de estudios

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

46. Porque no sé qué hacer para que se reconozca mi valía personal

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

47. Porque las posibilidades de opinar sobre el procedimiento de evaluación de las asignaturas del plan de estudios son muy escasas o nulas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

48. Porque no está en mi mano plantear los trabajos, tareas o actividades como me gustaría

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

49. Por los conflictos en las relaciones con otras personas (profesores, compañeros)

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

50. Por la excesiva competitividad existente en clase

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

51. Por la falta de apoyo de los profesores

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

52. Por la falta de apoyo de los compañeros

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

53. Por la ausencia de un buen ambiente en clase

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

54. Por la existencia de favoritismos en clase

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

ANEXO 5

Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA)

A continuación, se presentan algunas de las cosas que hacemos y pensamos los individuos cuando nos enfrentamos a una situación problemática que nos provoca ansiedad o estrés.

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.

Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

Lea detenidamente cada afirmación e indique EN QUÉ MEDIDA USTED SE COMPORTA ASÍ CUANDO SE ENFRENTA A UNA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

0	1	2	3	4
Nunca	Alguna Vez	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre

1.- Cuando me enfrento a una situación problemática, olvido los aspectos desagradables y resalto los positivo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2.- Cuando me enfrento a una situación problemática, expreso mis opiniones y busco apoyo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3.- Cuando me enfrento a una situación problemática, priorizo las tareas y organizo el tiempo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4.- Cuando me enfrento a una situación problemática durante los exámenes, procuro pensar que soy capaz de hacer las cosas bien por mi mismo

0	1	2	3	4
Nunca	Alguna Vez	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre

5.- Cuando me enfrento a una situación problemática, pido consejo a un familiar o a un amigo a quien aprecio

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6.- Cuando me enfrento a una situación problemática mientras estoy preparando los exámenes, planifico detalladamente cómo estudiar el examen

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7.- Cuando me enfrento a una dificultad mientras estoy preparando los exámenes, procuro pensar en positivo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8.- Cuando me enfrento a una situación difícil, hablo de los problemas con otros

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9.- Cuando me enfrento a una situación problemática, elaboro un plan de acción y lo sigo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10.- Cuando me enfrento a una situación problemática, no permito que el problema me supere; procuro darme un plazo para solucionarlo

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11.- Cuando me enfrento a una situación problemática, hablo sobre las situaciones estresantes con mi pareja, mi familia o amigos

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12.- Cuando me enfrento a una situación problemática mientras estoy preparando los exámenes, me centro en lo que necesito para obtener los mejores resultados

0	1	2	3	4
Nunca	Alguna Vez	Bastantes Veces	Muchas Veces	Siempre

13.- Cuando me enfrento a una situación problemática, pienso objetivamente sobre la situación e intento tener mis emociones bajo control

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14.- Cuando me enfrento a una situación problemática, busco consejo y solicito ayuda a otras personas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

15.- Cuando me enfrento a una situación problemática, organizo los recursos personales que tengo para afrontar la situación

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

16.- Cuando me enfrento a una situación complicada, en general procuro no darle importancia a los problemas

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

17.- Cuando me enfrento a una situación problemática, manifiesto mis sentimientos y opiniones

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

18.- Cuando me enfrento a una situación problemática, como en los exámenes, suelo pensar que me saldrán bien

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

19.- Cuando me enfrento a una situación difícil, hago una lista de las tareas que tengo que hacer, las hago una a una y no paso a la siguiente hasta que no he finalizado la anterior

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

20.- Cuando me enfrento a una situación problemática la noche antes del examen, trato de pensar que estoy preparado para realizarlo bien

0	1	2	3	4
Nunca	Alguna Vez	Bastantes	Muchas	Siempre

		Veces	Veces	
--	--	-------	-------	--

21.- Cuando me enfrento a una situación problemática, hablo con alguien para saber más de la situación

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

22.- Cuando me enfrento a un problema, como sentir ansiedad durante el examen, trato de verlo como algo lógico y normal de la situación

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

23.- Cuando me enfrento a una situación problemática, cambio algunas cosas para obtener buenos resultados.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

ANEXO 6

Questionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría	1	2	3	4	5

	su calidad de vida?					
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo	1	2	3	4	5

	que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento o médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida	1	2	3	4	5

	diaria?					
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida	1	2	3	4	5

	diaria?					
1 1	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
1 2	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
1 3	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
1 4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente

1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas					
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cuán satisfecho	1	2	3	4	5

	está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con	1	2	3	4	5

	su vida sexual?					
2 2	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
2 3	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
	La					

	siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?					
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

7. Soy una persona ordenada	1 2 3 4 5
8. Intento ser una persona organizada	1 2 3 4 5
9. Si fallo en el trabajo, en la escuela o en casa soy un fracaso como persona	1 2 3 4 5
10. Debo preocuparme si cometo un error	1 2 3 4 5
11. Mis padres querían que yo fuera el/la mejor en todo	1 2 3 4 5
12. Me fijo metas más elevadas que la mayoría de la gente	1 2 3 4 5
13. Si alguien hace mejor que yo las cosas en el trabajo, en la escuela o en casa me siento como si hubiera fracasado completamente	1 2 3 4 5
14. Si fallo en parte, es tan malo como fracasar completamente	1 2 3 4 5
15. Para mi familia solo son buenos los resultados excelentes	1 2 3 4 5
16. Soy muy bueno/a concentrando mis esfuerzos para alcanzar una meta	1 2 3 4 5
17. Incluso cuando hago algo muy cuidadosamente, a menudo	1 2 3 4

siento que no lo he hecho del todo bien	5
18. Odio no ser el/la mejor en todo lo que hago	1 2 3 4 5
19. Me propongo metas excesivamente altas	1 2 3 4 5
20. Mis padres han esperado grandes cosas de mí	1 2 3 4 5
21. La gente probablemente tendrá peor opinión de mí si cometo un error	1 2 3 4 5
22. Pienso que nunca llegaré a satisfacer las expectativas de mis padres	1 2 3 4 5
23. Si no hago las cosas tan bien como el resto de personas quiere decir que soy inferior a ellas	1 2 3 4 5
24. Otras personas parecen conformarse con menos que yo	1 2 3 4 5
25. Si no lo hago bien siempre, la gente no me respetará	1 2 3 4 5
26. Mis padres siempre han tenido más expectativas sobre mi futuro que yo	1 2 3 4 5
27. Trato de ser una persona ordenada	1 2 3 4 5

28. En general tengo dudas acerca de lo que hago	1 2 3 4 5
29. La limpieza tiene mucha importancia para mí	1 2 3 4 5
30. Espero hacer las cosas de cada día mejor que la mayoría de la gente	1 2 3 4 5
31. Soy una persona organizada	1 2 3 4 5
32. Tiendo a atrasarme en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	1 2 3 4 5
33. Me lleva mucho tiempo hacer las cosas correctamente	1 2 3 4 5
34. Cuantos menos errores cometa más personas me querrán	1 2 3 4 5
35. Siento que nunca cumpliré las expectativas de mis padres	1 2 3 4 5

ANEXO 8

Escala Rosenberg

Nombre _____

Fecha _____

Por favor responda las siguientes preguntas con la respuesta que considere más adecuada

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.				
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A menudo creo que no soy una buena persona.				

ANEXO 9

DERS

Esta escala consiste en un número de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lee cada ítem y enumera de acuerdo a la escala en el recuadro indicando en qué grado te has sentido en el transcurso de la **última semana**. Después, señala la respuesta que mejor refleje tu forma de sentir o pensar.

1	2	3	4	5
Nada	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente

Alegre		Triste
Relajado		Enojado / Irritable
Seguro de mi mismo		Solitario / Aislado
Motivado		Apático / Indiferente
Productivo		Estresado

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	Seguido	Siempre

Cuando me siento mal...		
1	Mis emociones me sobrepasan y se salen de control	
2	Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento	
3	Creo que así me sentiré por mucho tiempo	
4	Me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas	
5	Siento que soy débil	
6	Me cuesta trabajo concentrarme	
7	Me cuesta trabajo controlar lo que hago	
8	Creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor	

9	Me molesto conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	
1 0	Se me dificulta pensar en algo más	
1 1	Me toma mucho tiempo sentirme mejor	
1 2	Siento que mis emociones me rebasan	

ANEXO 10

CUESTIONARIO DE CREENCIAS (PBQ)

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor, lea a continuación las declaraciones y la escala de CUÁNTO CREE CADA UNA. Trate de juzgar cómo se siente acerca de su declaración la mayor parte del tiempo.

4	3	2	1	0

Creo no lo totalmente creo	Creo mucho	Creo moderadamente	Creo poco	

1. Soy socialmente inepto e indeseable en el trabajo y/o en situaciones sociales.	4	3	2	1	0
2. Debo evitar situaciones desagradables a toda costa.	4	3	2	1	0
3. Debo evitar las situaciones en las que llamo la atención, o ser tan discreto como me sea posible.	4	3	2	1	0
4. Es mejor no hacer nada que intentar algo que podría fallar.	4	3	2	1	0

5. Si ignoro un problema, este desaparece.	4	3	2	1	0
6. Necesito a alguien disponible en todo momento para que me ayude a llevar a cabo lo que tengo que hacer o en caso de que algo malo suceda.	4	3	2	1	0
7. Lo peor que me puede pasar es ser abandonado.	4	3	2	1	0
8. Si no soy amado, siempre seré infeliz.	4	3	2	1	0
9. Debo ser sumiso para tener a la gente de buenas conmigo.	4	3	2	1	0
10. Necesito que otros me ayuden a tomar decisiones o que me digan que hacer.	4	3	2	1	0
11. Tengo que depender de mí mismo para ver que las cosas se hagan bien.	4	3	2	1	0
12. Es importante hacer un trabajo perfecto en todo.	4	3	2	1	0
13. Tengo que estar en completo control de mis emociones.	4	3	2	1	0
14. Fallas, defectos o errores son intolerables.	4	3	2	1	0
15. Mi forma de hacer las cosas, es generalmente la mejor manera.	4	3	2	1	0
16. Está bien mentir y engañar mientras no me descubran.	4	3	2	1	0
17. Otras personas son débiles y se merecen que se aprovechen de ellos.	4	3	2	1	0
18. Debo hacer todo lo que quiera mientras no me atrapen.	4	3	2	1	0
19. Como puedo salirme con la mía, no tengo que preocuparme por las consecuencias.	4	3	2	1	0
20. Si la gente no puede cuidarse a sí misma, es su problema.	4	3	2	1	0
21. Dado que soy tan superior tengo derecho a un trato especial y privilegios.	4	3	2	1	0
22. Es muy importante obtener reconocimiento, halagos y admiración.	4	3	2	1	0
23. La gente debe reconocer lo especial que soy.	4	3	2	1	0
24. Las necesidades de otras personas no deben interferir con las mías.	4	3	2	1	0
25. Trato de socializar únicamente con gente de mi estatus o nivel	4	3	2	1	0
26. Para ser feliz, necesito que otras personas me presten atención.	4	3	2	1	0
27. La manera de obtener lo que quiero es deslumbrar o divertir la gente.	4	3	2	1	0
28. Es terrible si la gente me ignora.	4	3	2	1	0
29. Me gusta ser el centro de atención.	4	3	2	1	0
30. La gente me presta atención sólo si actúo de manera extrema.	4	3	2	1	0

31. Disfruto más hacer las cosas por mí mismo que con otras personas.	4	3	2	1	0
32. En muchas situaciones, estoy mejor estando solo.	4	3	2	1	0
33. Mi privacidad es mucho más importante que la cercanía con la gente.	4	3	2	1	0
34. Puedo usar a la gente para mis propósitos, mientras no me involucre.	4	3	2	1	0
35. Las relaciones son desordenadas, terminan mal e interfieren con mi libertad.	4	3	2	1	0
36. Tengo que estar con la guardia alta en todo momento.	4	3	2	1	0
37. No es seguro confiar en otras personas.	4	3	2	1	0
38. Si la gente actúa amigablemente, seguramente es porque quieren algo	4	3	2	1	0
39. La gente se aprovecharía de mí si se los permito.	4	3	2	1	0
40. Si las personas averiguan cosas de mí, van a utilizarlas en mi contra.	4	3	2	1	0
41. Si las personas se acercan a mí, van a descubrir mi verdadero "yo" y me rechazarán.	4	3	2	1	0
42. Si tengo emociones desagradables se intensificarán y se saldrán de control.	4	3	2	1	0
43. Cualquier señal de tensión en una relación indica que la relación está mal y debo terminarla.	4	3	2	1	0
44. Soy débil y necesito de la gente.	4	3	2	1	0
45. Las personas cercanas a mí pueden ser desleales o infieles.	4	3	2	1	0

Ev	Dep	OC	As	Na	Hi	Esq	Par	Lim

ANEXO 11

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="radio"/> Mejor que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Peor que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No mas que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No mas que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No mas que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
<input type="radio"/> No, en absoluto	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> No más que lo habitual	<input type="radio"/> No mas que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

<input type="radio"/> Más activo que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="radio"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="radio"/> Mejor que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Peor que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="radio"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios?
<input type="radio"/> Más útil de lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Menos útil de lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="radio"/> Más que lo habitual	<input type="radio"/> No, en absoluto
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> No más que lo habitual
<input type="radio"/> Menos que lo habitual	<input type="radio"/> Bastante más que lo habitual
<input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="radio"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="radio"/> Más que lo habitual	<input type="radio"/> Claramente, no
<input type="radio"/> Igual que lo habitual	<input type="radio"/> Me parece que no
<input type="radio"/> Menos que lo habitual	<input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="radio"/> Claramente, lo he pensado

ANEXO 12

Cuestionario de Funcionamiento Familiar (ff-sil)

EVALUACION

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una **X** su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Situaciones	Casi Nunca	Poca s Vece s	A veces	Mucha s Veces	Casi Siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
No expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en la familia tiene un problema los demás ayudan					

Se distribuyen las tareas de forma que nadie esta sobrecargado					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familia difícil somos capaces de buscar ayuda entre otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Nombre: _____

Fecha: _____

Escala (Califica del 0 al 10 según corresponda al avance obtenido por sesión)



Síntoma Externalizado-----►Meta Ser

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Inicial Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Final Sesión 7

Indicadores de Cambio (5 principales)

Indicador de Avance (Lo positivo que proyecté alcanzar)	Escala Inicial 1ª Sesión	Escala Final (Sesión 7)
1.		
2.		
3.		

4.		
5.		

Nombre: _____

Fecha: _____

En relación a las sesiones contesta según corresponda:

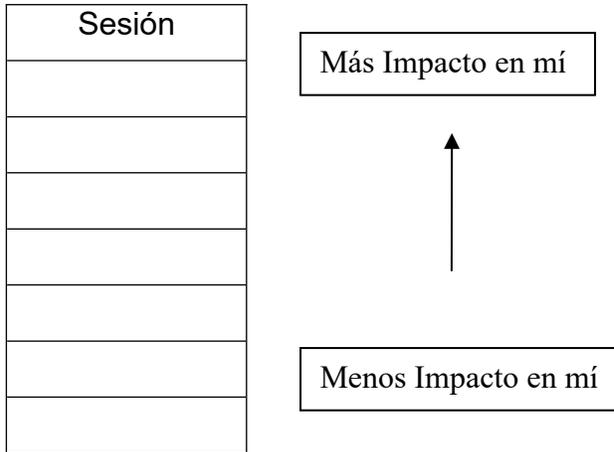
1. ¿Qué sesión consideras que más te aportó al avance?

2. ¿Por qué?

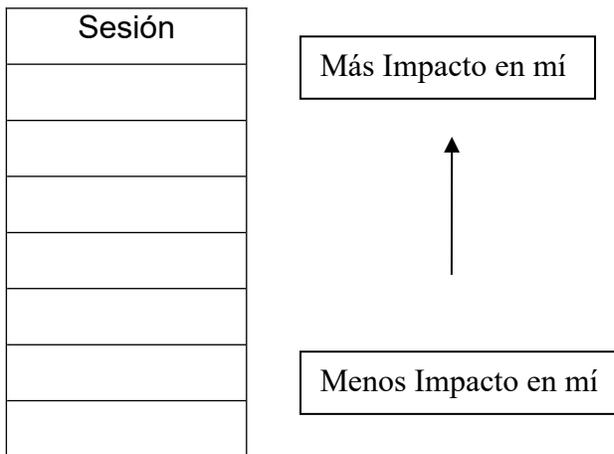
3. ¿Qué sesión consideras que menos te aportó al avance?

4. ¿Por qué?

Ordena según lo consideres la sesión que más tuvo un impacto positivo en alcanzar tu meta y así sucesivamente hasta la que menos impacto tuvo. (Arriba la de más impacto)



Si consideras que hubo 2 ó más sesiones que tuvieron un impacto similar colócalas en al mismo nivel



Nombre: _____

Fecha: _____

Menciona de lo que recuerdes que marcó que realizaras un cambio , un avance, que dejó una huella en ti o algo bueno, puedes mencionar uno o varios elementos o aspectos, ejercicios, intervenciones, etc. ¿qué fue lo que más te ayudó?:

Qué cambiarías, que mejorarías de esta experiencia:

Deja un comentario final o recomendación:

¡Gracias, felicidades por tu esfuerzo!

Contesta.-

Si lo sabes, cual fue tu calificación en la materia _____ este semestre: _____

Este semestre lo vas a:

- 1) Aprobar satisfactoriamente
- 2) Aprobar insatisfactoriamente

3) No aprobar

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha: _____

*e-mail (anótalo muy legible):

*Teléfono de contacto (Móvil) (anótalo muy

legible): _____

TABLAS

Tabla 1. Estresores académicos

Barraza (2003)	Polo, Hernández y Pozo (1996)
Competitividad grupal	Realización de un examen
Sobrecargas de tareas	Exposición de trabajos en clase

Exceso de responsabilidad	Intervención en el aula (responder a una pregunta del profesor, realizar preguntas, participar en coloquios, etc.)
Interrupciones del trabajo	Subir al despacho del profesor en horas de tutoría
Ambiente físico desagradable	Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajos obligatorios, etc.)
Falta de incentivos	Masificación de las aulas
Tiempo limitado para hacer el trabajo	Falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas
Problemas o conflictos con los asesores	Competitividad entre compañeros
Problemas o conflictos con tus compañeros	Realización de trabajos obligatorios para aprobar las asignaturas (búsqueda de material necesario, redactar el trabajo, etc.)
Las evaluaciones	La tarea de estudio
Tipo de trabajo que se te pide	Trabajar en grupo

Tabla 2. Indicadores del estrés académico

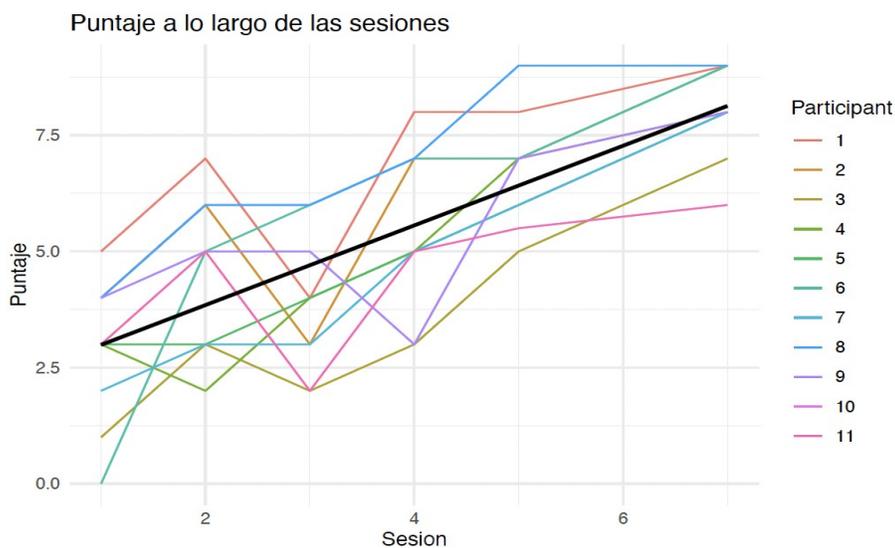
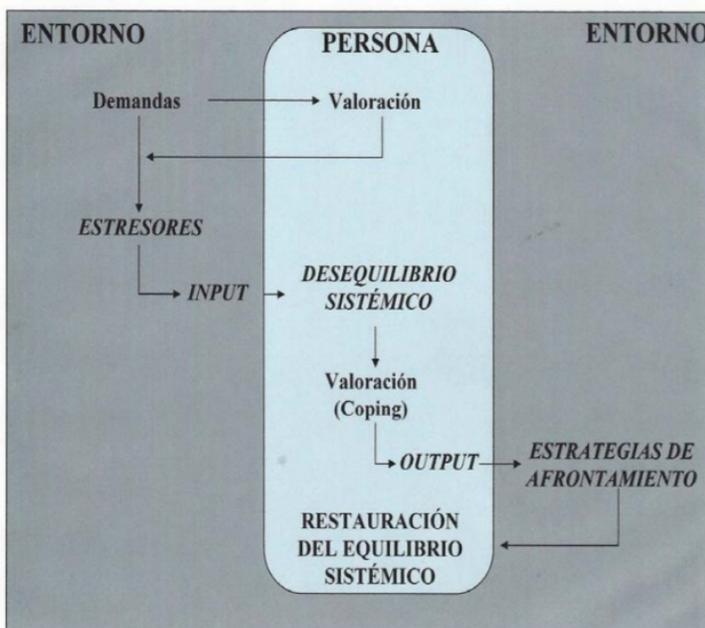
Indicadores	Ejemplos
Físicos: reacciones corporales	Dolores de cabeza, insomnio, problemas digestivos, fatiga crónica, sudoración excesiva, etc.

Psicológicos: relacionados con las funciones cognitivas o emocionales	Desconcentración, bloqueo mental, problemas de memoria, ansiedad, depresión, etc
Comportamentales: involucran la conducta	Ausentismo de las clases, desgano para realizar las labores académicas, aislamiento, etc.

Gráfica 1

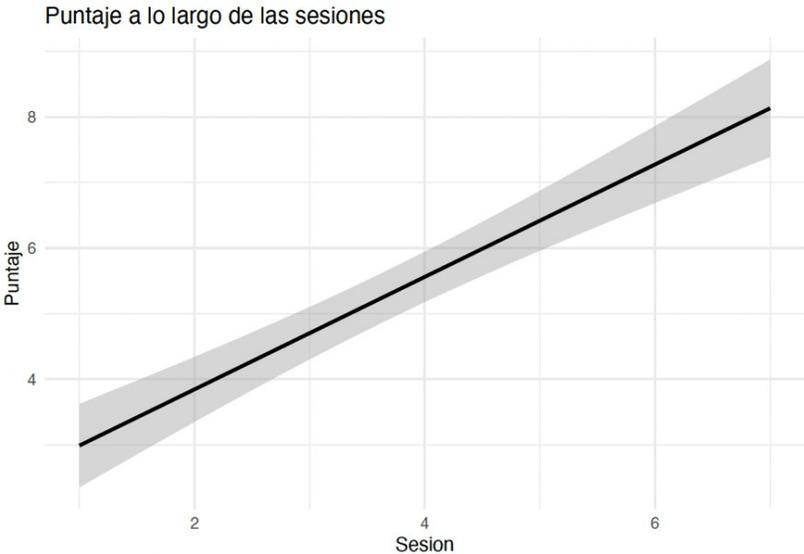
Representación gráfica del modelo sistémico cognoscitivista para el estudio del estrés académico.

MODELO SISTÉMICO COGNOSCITIVISTA DEL ESTRÉS ACADÉMICO

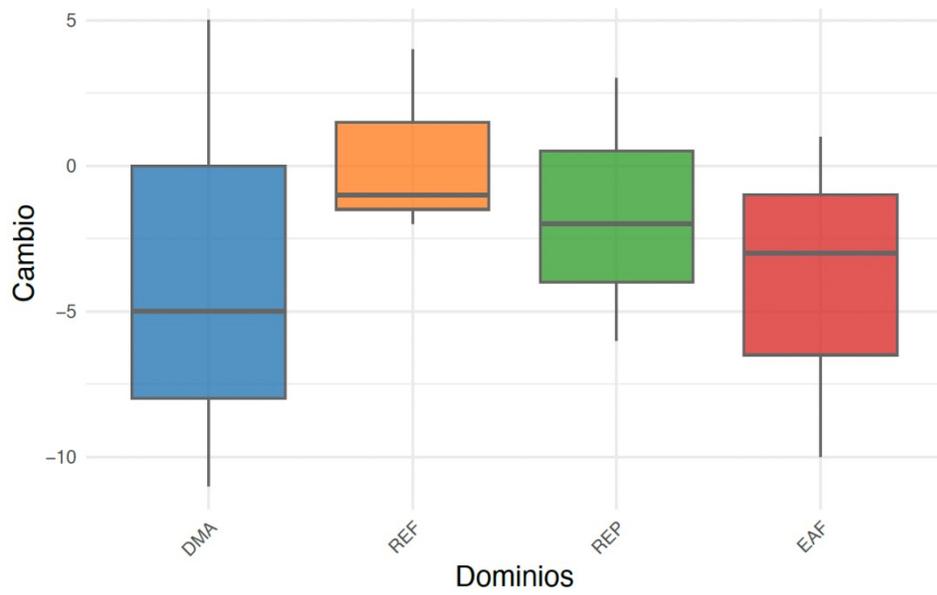
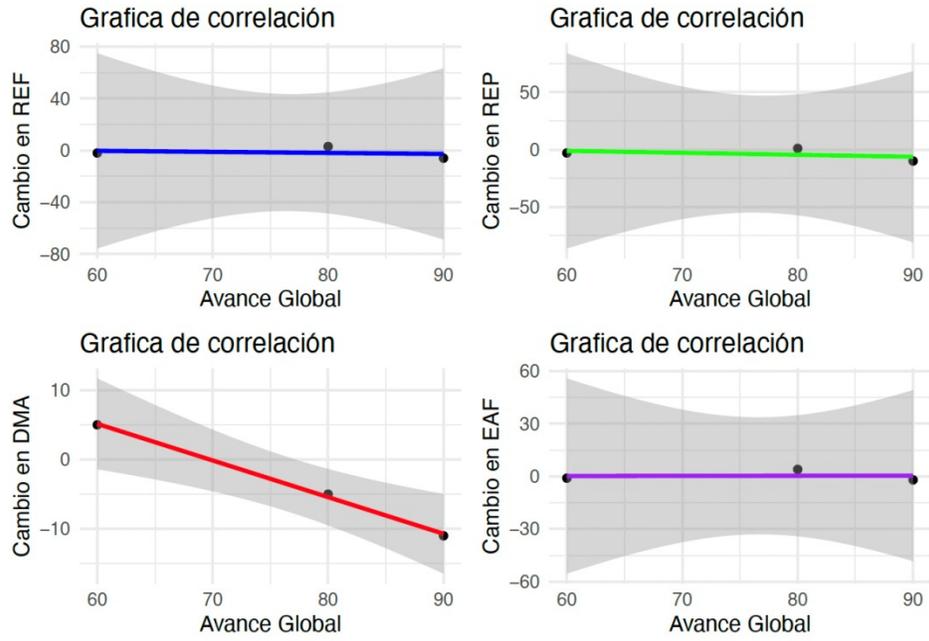


Gráfica 2

Gráfica 3



**Gráficas
4, 5, 6 y 7**



Gráfica 8

Figura 1.

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	3.523554
	α err prob	=	.05
	Power (1- β err prob)	=	.80
	Allocation ratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentrality parameter δ	=	4.3154547
	Critical t	=	2.7764451
	Df	=	4
	Sample size group 1	=	3
	Sample size group 2	=	3
	Total sample size	=	6
	Actual power	=	0.8899453

Figura 2.

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	3.523554
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	.95
	Allocation ratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentrality parameter δ	=	4.9830579
	Critical t	=	2.4469119
	Df	=	6
	Sample size group 1	=	4
	Sample size group 2	=	4
	Total sample size	=	8
	Actual power	=	0.9836045

Figura 3.

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size d	=	3.523554
	α err prob	=	.01
	Power (1- β err prob)	=	.99
	Allocation ratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentrality parameter δ	=	6.1029746
	Critical t	=	3.1692727
	Df	=	10
	Sample size group 1	=	6
	Sample size group 2	=	6
	Total sample size	=	12
	Actual power	=	0.9924967

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alkhaldeh, A., Al Omari, O., Al Aldawi, S., Al Hashmi, I., Ballad, C. A., Ibrahim, A., Al Sabei, S., Alsarairah, A., Al Qadire, M., & AlBashtawy, M. (2023). Stress factors, stress levels, and coping mechanisms among university students. *The Scientific World Journal*, 2023, Article 2026971. <https://doi.org/10.1155/2023/2026971>
2. Amanvermez, Y., Kessler, R. C., Zhao, R., Bruffaerts, R., Cuijpers, P., de Wit, L. M., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2022). Effects of self-guided stress management interventions in college students: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 28, 100503. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100503>
3. American Association of Psychology (APA) Division-30. About the Society of Psychological Hypnosis (2014). Definition and description of hypnosis. Washington: APA. En <http://www.apadivisions.org/division-30/about/index>.
4. Bados A., García E. (2010). La Técnica de la Reestructuración Cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Pág. 1-63.
5. Bados A., García E. (2014). Resolución de Problemas. Universidad de Barcelona, Departamento de Psicología. Junio.
6. Baldwin Michele (1995). Terapia Familiar Paso a Paso, Virginia Satir. Editorial Pax México. Caps. 1, 2, 4, 5, 6.
7. Barraca Mairal, J. (2004). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA): Desarrollo y análisis psicométrico. *Revista de Psicoterapia*, 15(58), 117-131.
8. Barraza, A. (2005). Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. *Psicología Científica.com*. Extraído el 7 de junio, 2009 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estresacademico-de-los-alumnos-de-educacion-mediasuperior.pdf>
9. Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Psicología Científica.com*. Extraído el 8 de enero, 2010 de

[http:// www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf167-un-modelo-conceptual-para-el-estudio-delestres-academico.pdf](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf167-un-modelo-conceptual-para-el-estudio-delestres-academico.pdf)

10. Barraza, A. (2008). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos [Versión electrónica]. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 2 (26), 270-289.
11. Barraza, A., (2007). El inventario SISCO del estrés académico. *INED* 7, 90–93.
12. Beck A., Emery G., Greenberg R. (2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobias. Una Perspectiva Cognitiva*. Ed Desclée De Brouwer. Pág. 119-135.
13. Beck Aaron T., Freeman Arthur, Davis Denise D. y Otros (2004). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Ed. Paidós 2ª Edición. Cap. 4.
14. Beck, Aaron T., Rush John, Shaw Brian f., Emery Gary. (2010) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Ed. Desclée De Brouwer
15. Becoña I., Cortés M., y cols. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Edita: Socidrogalcoho. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, España. pag. 157.
16. Berrío, N., Mazo R. (2011). *Estrés Académico*. *Revista de Psicología*, Universidad de Antioquia. Vol. 3. No. 2. Julio –Diciembre.
17. Beyebach, Mark. (2006) *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder, Barcelona.
18. [Bill O’Hanlon \(2019\).Billohanlon.com.three-waves-of-psychotherapy.pdf](http://Billohanlon.com.three-waves-of-psychotherapy.pdf)
19. Boscolo L., Bertrando P. (1993), *Los Tiempos del Tiempo: Cáp. 4. El observador y el tiempo*; Ed. Paidós.
20. Breedvelt, J. J. F., Amanvermez, Y., Harrer, M., Karyotaki, E., Gilbody, S., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2019). The effects of meditation, yoga, and mindfulness on depression, anxiety, and stress in tertiary education students: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 193. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00193>
21. Bruner, L. (1987). *Life as Narrative*. *Social Research* , 54(1), pp. 11 - 32.

22. Cabanach R., Souto-Gestal A., Franco V. (2016). Escala de Estresores Académicos para la Evaluación de los Estresores Académicos en Estudiantes Universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7, 41-50.
23. Cabanach R., y Cols. (2010). Escala de Afrontamiento del Estrés académico (A-CEA). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1(1): 51-64.
24. Caldera, J.F., Pulido, B.E. & Martínez, M.G. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos [Versión electrónica]. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 77-82.
25. Cardenal Hernández, V., & Díaz Morales, J. F. (2000). Modificación de la autoestima y de la ansiedad por la aplicación de diferentes intervenciones terapéuticas (educación racional emotiva y relajación) en adolescentes. *Revista Volumen*(6), 295-306.
26. Cardona Villa, L. (2015). Relaciones entre procrastinación académica y estrés
27. Carrasco A., Belloch A., Perpiñá C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 36, Nº 153, 49-65.
28. Castañeda, E. & Krikorian A. (2018). Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 269-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/of.urosario.edu.co/apl/a.5488>.
29. Charles T. Ruperto (2008). *De la Violencia al Amor. Hipnosoluciones en Terapia Breve*. Ed. Cree-Ser.
30. Charles T. Ruperto (2008). *De la Violencia al Amor. Hipnosoluciones en Terapia Breve*. Ed. Cree-Ser.
31. Charles T. Ruperto (2018). *Pasos para una Terapia Breve Efectiva: Cáp 1, MIESES, origen, desarrollo y marco teórico*. Ed. Cree-Ser.
32. Charles T. Ruperto. (2006) *Terapia Breve Sistémica en Soluciones para Parejas y Padres*. Ed. Cree-Ser.

33. Charles T. Ruperto. (2006) *Terapia Breve Sistémica en Soluciones para Parejas y Padres*. Ed. Cree-Ser.
34. Chust-Hernández, P., López-González, E., & Senent-Sánchez, J. M. (2023). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la reducción del estrés académico en estudiantes universitarios: Una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*, 29(1), 45-62. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000162>
35. Clark David A., Beck, Aaron T. (2012) *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Ed. Desclée De Brouwer.
36. Clark, D.A. & Beck A. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En *Manual de psicoterapias cognitivas*. Compiladora Isabel Caro. Barcelona: Paidós.
37. Coronado-Hijón Antonio. (2010). *Orientación e Intervención Familiar en el contexto educativo desde el enfoque ecosistémico*. Monografía. Universidad Nacional de Educación a Distancia. (UNED) Centro Asociado de Sevilla Consejería Educación Junta de Andalucía (España).
38. Cruz, J. P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, Vol. 27, No.1, 129-142.
39. D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
40. De la Revilla Ahumada L, et al. (2004). Utilización del cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*;33(8):417-25..
41. De Shazer S., Berg I., Lipchik E. y cols. (1986). Terapia breve: Un desarrollo focalizado en la solución. *FamilyProcess*, vol. 25. Págs. 207-221.
42. De Shazer Steven (1991). *Claves para la Solución en Terapia Breve* . Ed Paidós.
43. De Shazer Steven (1994). *En origen las palabras eran magia*. Ed Gedisa
44. Díaz Martín Y, Ortigosa Fernández E, Díaz Cifuentes A, Castillo Estrada Y. (2015). *Intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en*

- estudiantes de primer año de Medicina. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 40 (5).
45. Escudero, V. (2004), «Simposio Psicología, Investigación y Terapia Familiar. ¿Hacia dónde hay que ir?», Cuadernos de Terapia Familiar, n.º 56-57, pp. 37-38.
 46. Espinoza I., Osorio P. y cols. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. RevMed Chile; 139: 579-586.
 47. Estrella Porter J (2018). Depresión y suicidio en estudiantes de Medicina: ¿Una verdad a voces? Elsevier.
 48. Figueroba A., (2017). <https://psicologiaymente.com/clinica/escala-autoestima-rosenberg>.
 49. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;292:1177–80.
 50. Fish, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1994). La Táctica del Cambio, como abreviar la terapia. Editorial Herder.
 51. Franco K., y cols. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo. Revista Mexicana de Psicología, junio. Volumen 27, Número 2, 143-149.
 52. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research, 14 (5), 449-468.
 53. Furlan L., A. (2013). Eficacia de una Intervención para Disminuir la Ansiedad frente a los Exámenes en Estudiantes Universitarios Argentinos. Revista Colombiana de Psicología vol. 22 n.º 1 enero-junio. P. 75-89.
 54. Galloway, R., Watson, H., Greene, D., Shafran, R., & Egan, S. J. (2021). The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1952302>
 55. García J. y cols. (2014). Situaciones de estrés y familia. En Barraza A., Méndez A. (Coordinadores), Actores Educativos. Investigaciones y Reflexiones (pp. 29-38). Ed. Red Durango de investigadores Educativos A.C.

56. Garg, K., Agarwal, M., & Dalal, P. K. (2017). Stress among medical students: A cross-sectional study from a North Indian Medical University. *Indian journal of psychiatry*, 59(4), 502–504.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_239_17.
57. Gianfranco Cecchin (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *FamilyProcess*.
58. Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Oxford, England: Oxford U. Press.
59. Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145. doi: 10.1017/S0033291700021644.
60. Goldfried, M. (1995) De a Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. *Cáp. 10 Puede Complementarse la Terapia Conductual con Contribuciones de Oras Orientaciones*.p.155-164. Ed Desclée De Brouwer.
61. Gómez-Hernández M. J. (2007). Manual de Técnicas y Dinámicas. El Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco. Agosto.
62. González M., Landero R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una Muestra Mexicana. *Revista de Psicopatología Psicología Clínica*. Vol. 12, No. 2, pp.189-198.
63. Gratz, K. y Roemer (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, (1). 41-54.
64. Haley J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Editorial Amorrortu. Cap. 4 Comunicación: Secuencia y jerarquía.
65. Hervás G., Cebolla A., Soler J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*. Vol. 27. Núm. 3. Páginas 115-124.

66. Imber-Black Evan, Roberts Janine, Whiting Richard (Comps) (1997).
Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia: Pautas para la Elaboración de Rituales Terapéuticos. Ed. Gedisa.
67. Judith S. Beck. (2000) Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización. Ed. Gedisa.
68. Korman, Guido P.; Garay, Cristian J. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness) Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXI, núm. 1, abril, pp. 5-13.
69. Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (pp. 94-129). New York: Basic Books.
70. Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2014). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, páginas 1-27.
<https://doi.org/10.1017/S135246581400016>
71. Londoño N., Álvarez C., López P., Posada S. (2005). Distorsiones Cognitivas Asociadas al Trastorno de Ansiedad Generalizada. Informes psicológicos, No. 7 p. 123 – 136.
72. Lugoleos J. (2017). Desarrollo de una relajación hipnótica para el trabajo en la consultoría y terapia sistémica. Sistemas humanos: Problemas y Soluciones. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Breve y Consultoría Sistémica. Año 7. No. 14.
73. Madanes Cloe (1982). Terapia Familiar Estratégica. Editorial Amorrortu. Cap. 2 Elementos de la terapia familiar estratégica.
74. Martín, I. (2007). Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. Apuntes de Psicología. Vol. 25, número 1. Págs. 87-99.
75. Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo-Serrano C, Mas CC, Ezbán M, Caraveo J, Corona J. (1983). The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Med.* May;13(2):355-61.

76. Mendoza, M. Elena y Capafons, Antonio (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 98-116. ISSN:0214-7823.
77. Miller G., (1997). *Becoming Miracle Workers*. Caps. 6 y 9. Construyendo el cambio en la terapia breve ecosistémica. Ed. Aldine de Gruyter, NY.
78. Montes, M. J. (2006). Terapia Sistémica e Institución Pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la Demanda. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26 (2), 83-96.
79. O'Hanlon W., Weiner-Davis M. (1990). En busca de soluciones, un nuevo enfoque en psicoterapia. Ed. Paidós.
80. Ortega, T., De la Cuesta, D. and Dias, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(3), 164-8.
81. Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista estructural" *Salud Mental*, vol. 24, núm. 2, abril, pp. 32-42.
82. Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "Entrevista estructural" *Salud Mental*, vol. 24, núm. 2, abril, pp. 32-42
83. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: A qualitative study. *Med Educ*. 2003;37:32–8.
84. Ramírez J., Rodríguez J. (2012). El Proceso en Psicoterapia Combinando Dos Modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo-Conductual. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*. 15, (2).
85. Regehr, Ch., Glancy, DA., (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. Volume 148, Issue 1, 15 May, Pages 1-11.
86. Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E. (2024). Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. *Artículo especial*, Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ronda Histórica, Distrito Sanitario Sevilla, Servicio Andaluz de Salud.

87. Román, C. A., Ortiz, F. & Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina [Versión electrónica]. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46(7), 1-8.
88. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
89. Rossi, E.L. (2005). Prospects for exploring the molecular-genomic foundations of therapeutic hypnosis with DNA microarrays. *Am J Clin Hypn*; 48(2-3):165-82. doi: 10.1080/00029157.2005.10401514.
90. Rotenstein, L. S. et al. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340> JAMA 316, 2214–2236.
91. Salvador Minuchin (1987). *Familias y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa. Caps. 3 y 5.
92. Salvador Minuchin, H. Charles Fishman (1983). *Técnicas de Terapia Familiar*. Editorial Paidós. Caps. 1-15.
93. Sandín B., Chorot P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y Validación Preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Volumen 8, Número 1, pp. 39-54.
94. Satir Virginia (1980). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. Ediciones científicas, La prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., Caps. 1, 10, 14.
95. Schade, Nieves, Beyebach, Mark, Torres, Patricio, & González, Angélica. (2009). *Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo*. *Terapia psicológica*, 27(2), 239-246. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200009>
96. Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-42.

97. Scott D. Miller, Insoo Kim Berg. (1995). *The Miracle Method. A Radically New Approach to Problem Drinking*. W.W. Borton & Company, New York/London.
98. Servicio Andaluz de Salud, 2010. Anexo 3.1 de la publicación “Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco”.
99. Sikandar Ortega Aguilar, Ari Ortega Aguilar. (2013). Esquemas Maladaptativos Tempranos Asociados a la Conducta Criminal. *Revista Internacional PEI: Por la Psicología y Educación Integral*. Año 2, Número 4. Enero-Febrero.
100. Sluzki Carlos (1995). *Transformaciones: Una Propuesta para Cambios Narrativos en Psicoterapia*. *Revista de Psicoterapia*, Vol. VI, No. 22-23, Cottage Hospital, Santa Barbara, CA. publicado en *Family Process*, 1992 (31), 217-213 con el título “Transformations: “A Blue print for Narrative Changes in Therapy”.
101. Sluzki Carlos (1998). *La Red Social: Frontera en la práctica sistémica*. Cáp. 7: Red, Familia y Narrativa. Ed. Gedisa.
102. Tang, Y. Y., Hözel, B. K. y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213–225.
103. Tomm Karl (1988a). *Entrevista Circular: Una Herramienta Clínica Multifacética*. *Revista Family Process*.
104. Tomm Karl (1988b). *La entrevista como intervención. Parte I: El diseño de estrategias como una cuarta directriz para el terapeuta*. *Terapia Familiar*, compilado por Beyebach M., J. L. Rodríguez-Arras J.L. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
105. Treanor M., (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*. 31, 617–625.
106. Triglia Adrián. *Psicología y mente.com*. El mito de la Caverna de Platón.

107. Urrego Aguinaga, D., Jaramillo Chavarría, G. A., Rodríguez Muñoz, J. C. y Cardona Arbeláez, J. P. (2016). Sentidos de la externalización del problema en la terapia narrativa. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 68-80.
108. Vallejo M. A. et al. (2014). El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. *Clínica y Salud* 25. p. 105-110.
109. van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M., & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
110. Venegas K., González M. (2015). Manejo de Estrés en Estudiantes Foráneos y de Intercambio Académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 18, (4), Diciembre.
111. Von Bertalanffy (1968). *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de Cultura Económica. México.
112. Watzlawick, P., Nardone, G. (1997). *Terapia Breve Estratégica*. Editorial Paidós, Cap. 6. El Lenguaje que cura: La comunicación como vehículo de cambio terapéutico.
113. Weakland, J., Fish, R., Watzlawic, P., Brodin, A. (1986). *FamilyProcces* 13, 141-168.
114. White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
115. White, Michael y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós, Barcelona.
116. WHO (World Health Organization)(http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbr ef/en/).
117. Yusufov, M., Nicoloro-SantaBarbara, J., Grey, N. E., Moyer, A., & Lobel, M. (2019). Meta-analytic evaluation of stress reduction interventions

for undergraduate and graduate students. *International Journal of Stress Management*, 26(2), 132-145. <https://doi.org/10.1037/str0000111>

118. Yusoff MS, Abdul Rahim AF, Yaacob MJ. Prevalence and sources of stress among Universiti Sains Malaysia Medical students. *Malays J Med Sci*. 2010;17:30-7

Resumen autobiográfico

Mi nombre es Adrián Valdez Villarreal, nací el 14 de noviembre de 1995 en Reynosa, Tamaulipas. Soy médico graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) en el año 2020. Durante mi formación universitaria, tuve la oportunidad de desempeñarme como becario del Departamento de Radiología e Imagenología de la facultad por un periodo de un año y medio, desde 2017 hasta 2018, experiencia que fomentó mi crecimiento como estudiante y como líder. En el año 2020, realicé mi servicio social en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario (HU), donde mi empatía y vocación por el bienestar de los pacientes en el área de la salud mental me llevaron a continuar mi especialización en este campo. Actualmente, me encuentro cursando mi residencia en Psiquiatría en el mismo hospital, la cual finalizaré en 2025. En octubre del 2023, participé en el 32.º Congreso Nacional de Investigación e Innovación en Medicina en octubre de 2023, donde presenté un cartel titulado "*Entre la Espada y la Pared: Clozapina, Risperidona y el Desafío del Síndrome Neuroléptico Maligno*", lo cual representó un importante logro en mi formación como psiquiatra e investigador. Mi motivación se basa en el deseo profundo de ayudar a los pacientes, y considero que mi empatía me permite comprender y conectar genuinamente con sus necesidades en el ámbito de la salud mental. Entre mis habilidades destacan el liderazgo, la capacidad de trabajo en equipo, y un enfoque firme en el cumplimiento de los objetivos, lo cual me permite abordar cada desafío con compromiso y disciplina. Fuera del ámbito profesional, disfruto de ver y practicar deportes los fines de semana, y también de ir al cine, una de mis actividades favoritas. Los valores como la responsabilidad, el respeto y la honestidad son principios que me definen tanto en mi vida personal como en mi carrera. A corto plazo, mi objetivo es concluir mi residencia en Psiquiatría, y a largo plazo, deseo realizar una subespecialidad en esta área, formar una familia y convertirme en un profesional comprometido con el bienestar de la comunidad.