



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**TALLER PSICOEDUCATIVO PARA DISMINUIR LOS SÍNTOMAS DE  
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

Que para obtener el grado de:

**Especialista en Intervención Clínica en Adultos y Grupos**

**P R E S E N T A**

**BRENDA ILIANA JIMÉNEZ RAMOS**

**DIRECTORA DE TESIS:** Mtra. María Del Rosario Muñoz Cebada

**COMITÉ:** Mtra. Beatriz Alejandra Macouzet Menéndez

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Mtra. María Asunción Valenzuela Cota

Mtro. Salvador Chavarría Luna

Adscritos a la Facultad de Psicología



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres y hermanos,  
por todo el apoyo,  
consejos y motivaciones.*

*Y sobre todo a ti Luis  
mi amor, mi compañero de vida,  
gracias por todo el apoyo,  
orientación y amor brindado.  
Te amo mucho.*

*A todos ustedes con cariño.*

*Brenda*

## **GRACIAS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y a todo su valioso equipo de docentes, por haberme acogido y porque, gracias a un esfuerzo conjunto, por fin culminé otro de los anhelos de continuar mi formación profesional y así seguir el largo camino que emprendí hace ya varios años, en ésta casa, mi casa de estudios.

A la Mtra. María del Rosario Muñoz por la esmerada guía que me brindó a lo largo de todo este camino, por su tiempo, interés y dedicación, tanto en las clases como en las supervisiones, así como su acompañamiento en los momentos difíciles, muchas gracias.

A todos los académicos y supervisores que a lo largo de mis estudios compartieron su conocimiento y experiencia, ya que con ello contribuyeron a mi formación como la profesionista que ahora soy, gracias a todos ellos.

Al Instituto Politécnico Nacional en especial al Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, por las facilidades brindadas para la realización de éste trabajo.

A todos los estudiantes que participaron a lo largo de este estudio, porque con sus vivencias incrementaron mi experiencia y sensibilidad.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
<b>Introducción</b> .....	3
<b>Capítulo 1. Depresión y Ansiedad</b> .....	8
1.1. Nosología .....	9
1.2. Epidemiología .....	12
1.3. Etiología .....	14
1.4. Teoría cognitivo-conductual de los trastornos depresivos y ansiosos .....	20
1.5 Depresión y ansiedad en estudiantes .....	29
1.6. Consecuencias de la depresión y ansiedad .....	33
<b>Capítulo 2. Intervención grupal como dispositivo de tratamiento ...</b>	38
2.1 Función del coordinador/terapeuta/facilitador .....	39
2.2 Tipos de intervención en grupo .....	40
2.3 Intervención grupal con pacientes depresivos y ansiosos.....	46
<b>Método</b> .....	49
<b>Resultados</b> .....	70
<b>Discusión y conclusiones</b> .....	85
<b>Referencias</b> .....	95
<b>Anexo 1. Consentimiento Informado</b> .....	106
<b>Anexo 2. BDI-II</b> .....	108
<b>Anexo 3. SCL-90</b> .....	114

## Resumen

En la actualidad, la depresión y ansiedad y sus manifestaciones sintomatológicas son uno de los principales problemas de salud en la población mundial, debido a los efectos negativos en la vida de las personas que lo padecen. En específico, la depresión se ha visto asociada con consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; lesiones no intencionales, violencia y bajo rendimiento escolar lo cual la vuelve un problema de salud pública (González-González et al., 2012). El presente trabajo tuvo por objetivos describir las variables socioeconómicas edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y tener o no pareja y su relación con los síntomas depresivos y ansiosos; así como estudiar los efectos de la implementación de un Taller Psicoeducativo Reflexivo sobre dicha sintomatología. Participaron 12 estudiantes de la Licenciatura en Psicología del IPN; los cuales fueron evaluados antes y después del Taller por medio del BDI-II y el SCL-90. El diseño de estudio fue experimental, en el cual el Grupo Control únicamente fue evaluado, mientras que el de Intervención asistió a un Taller psicoeducativo reflexivo. Los resultados mostraron que las variables sociodemográficas estudiadas no tuvieron ninguna relación con la sintomatología evaluada y que el taller generó una disminución estadísticamente significativa en la sintomatología evaluada tanto en hombres como en mujeres. Se puede concluir que la intervención grupal fue efectiva en la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, ya que permitió a los participantes contar con un espacio de aprendizaje y reflexión, que promovió el reconocimiento de los factores que fomentan la presencia de síntomas e implementar estrategias para disminuirlos.

**Palabras claves:** Depresión, ansiedad, estudiantes universitarios, psicoeducación, grupos de reflexión.

## **Abstract**

Currently symptomatology of depression and anxiety and its manifestations are some of the major health issues in world wide population, due to the negative effects over the lives of people who suffer it. Particularly depression has been associated with consumption of alcohol, tobacco and other drugs, as well as unintentional injuries, violence and low school performance, which makes it a public health issue (González-González et al., 2012). The purpose of this study was to describe socioeconomic variables associated with depression and anxiety symptoms (age, sex, education, socioeconomic status, marital status) and to study the effects of the implementation of a reflexive psychoeducational workshop on such symptoms. Participants included 12 college students from National Polytechnic Institute, which were evaluated before and after the workshop program using the BDI-II and SCL-90 tests. The research design was experimental, in which the Control Group was only evaluated, while the Intervention Group attended a psychoeducational group workshop. Results showed that sociodemographic variables did not have a significant correlation to symptomatology meanwhile participating in the workshop generated a statistically significant decrease of the symptoms that were evaluated on both men and women. In conclusion, intervention was effective in reducing depression and anxiety symptoms, because it allowed participants to have a space for learning and thinking about the issue, which promoted the recognition of factors that encourage the presence of symptoms and implement strategies in order to decrease them.

**Keywords:** Depression, anxiety, College students, psychoeducational, group-reflection.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la depresión y sus manifestaciones sintomatológicas son uno de los principales problemas de salud en la población mundial, tanto por su impacto en la vida productiva de los individuos como por su prevalencia respecto a otras enfermedades (González-Forteza et al., 2011).

Se estima que para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Asimismo, estudios recientes muestran que cada vez existe un mayor número de adolescentes con problemas de salud mental, siendo la depresión y sus síntomas los más frecuentes (González-Forteza et al., 2011).

En nuestro país, según lo reportado por Medina-Mora et al., (2003) en los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la prevalencia general de depresión es de 4.5% en los hombres y 5.8% en las mujeres. Así mismo, se reporta que otro de los padecimientos más frecuentes en la población son los trastornos de ansiedad, los cuales se presentan en un 14.3% alguna vez en la vida y en específico, son las mujeres quienes la presentan con mayor frecuencia.

Respecto a dicha relación, en diversos estudios se encuentra consistentemente que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia, alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta (Hankin & Abramson, 2001; Kessler et al., 2003). Así mismo, en la misma encuesta, se demuestra que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida y que 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor en algún momento de su infancia o adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida, durante los cuales no recibe tratamiento lo cual es sumamente grave, ya que las consecuencias asociadas deterioran el desarrollo

pleno de la persona que lo padece (Medina-Mora et al., 2003; Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz, 2004).

Por otra parte, Lecubrier (Cassano, Rossini & Pini, 2003), reporta que la ansiedad se encuentra estrechamente vinculada a la depresión, se han reportado datos de que en pacientes con un desorden de ansiedad, cerca del 45% presentaban un desorden depresivo, y que 40% de los pacientes con un desorden depresivo, simultáneamente presentaban uno de ansiedad, convirtiéndola así en una condición difícil de diagnosticar y tratar.

Respecto a los factores que incrementan la presencia de depresión en la etapa de adolescencia y/o adultez temprana, se ha observado que ésta situación esté relacionada con los cambios y procesos biológicos y psicológicos que ocurren en esta etapa de la vida, en la que puede aumentar la exposición a situaciones ante las que los individuos se ven rebasados y ello se convierte en fuente de estrés (Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco, Real, Chisholm y Medina-Mora, 2010).

El modelo cognitivo de la depresión ha sugerido que son los factores ambientales los que explican la presencia de sintomatología depresiva en ésta etapa, a los que se les ha definido como «sucesos vitales estresantes»; éstos incluyen situaciones de pérdida y fracaso, muerte de un ser querido y ruptura de la relación de pareja (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008).

Respecto a este punto, la teoría cognitiva de Beck, afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y

que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (Sanzs, 1993).

Otro estudio con adolescentes reportó que los que presentaban depresión de larga duración habían experimentado más sucesos de vida estresantes relacionados con problemas familiares, mientras que los que tenían episodios depresivos más cortos presentaron sucesos estresantes relacionados con el grupo de pares -ruptura de pareja- (Grant et al., 2006).

Por su parte Hammen (2005), señala que formas más leves de estrés en la vida cotidiana sí pueden desempeñar un papel importante en el inicio de la depresión. De esta forma, la relación entre estrés y depresión se ha centrado en estresores esporádicos, de contenido negativo, llegando a la conclusión de que tanto el número de estresores como su gravedad se relacionan con el inicio de un episodio depresivo.

Los resultados obtenidos por Veytia, González, Andrade y Oudhof (2012) demuestran que los sucesos vitales estresantes (sociales, familiares, escolares, de pareja, salud y económicos) se asocian a los síntomas de depresión, lo cual debería considerarse en el diseño de programas preventivos y en la atención clínica, ya que como lo reporta González-González et al., (2012), la depresión se asocia con distintas conductas de riesgo como el consumo de alcohol y de tabaco; así como con conductas que favorecen la presencia de lesiones no intencionales, violencia y uso de drogas, volviendo dicha condición en un problema de salud pública.

Por lo anterior, podemos ver que este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la etapa adulta; en la adolescencia los síntomas y trastornos depresivos también representan un grave problema de salud pública y mental, ya que como es sabido en ésta época de la vida, nos vemos inmersos en un proceso de transición y de ajustes a nivel personal e interpersonal, trayendo como consecuencias negativas problemas de salud mental y psicosociales, bajo rendimiento escolar, intentos o ideación suicida, consumo de sustancias y depresión (Angst, Angst & Stassen, 1999; Hickie, 2001; Marmorstein & Iacono, 2004; Renouf, Kovacs &

Mukerji, 1997; Fouilloux, Barragán, Ortiz, Jaimes, Urrutia & Guevara-Guzmán, 2013).

Por lo anteriormente dicho, el siguiente trabajo surgió del interés por realizar un estudio relacionado con la depresión y ansiedad en adultos jóvenes, debido a la observación realizada en los casi cuatro años de asesoramiento a alumnos de la Licenciatura en Psicología del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS-UST) del Instituto Politécnico Nacional, en donde se puede identificar la presencia de ambas sintomatologías y sus repercusiones en la vida escolar de quienes las padecen, ya que en su mayoría terminan abandonando sus estudios por no contar con los recursos suficientes para acceder a un tratamiento psicológico o psiquiátrico, o peor aún, porque no lo creen necesario.

Así mismo, otra de las motivaciones para la realización de ésta surge de la necesidad de poner en práctica los conocimientos teórico-prácticos adquiridos durante la Especialización en Intervención Clínica en Adultos y Grupos, lo cual permitió desarrollar e implementar una intervención grupal psicoeducativa reflexiva, destinada a beneficiar a estudiantes universitarios del Instituto Politécnico Nacional.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente y con la finalidad de favorecer al entendimiento de dicha condición y generar mayor conciencia sobre los factores que las propician y las consecuencias en la vida para las personas que las padecen, en la presente Tesis se realizó una observación sistemática que permitió tener un mayor conocimiento sobre la relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de licenciatura en psicología del CICS-UST y los efectos que tiene la implementación de un Taller Psicoeducativo Reflexivo sobre estas variables.

Los objetivos de este estudio fueron: a) Describir las variables socioeconómicas (edad, sexo, nivel socioeconómico, tener o no pareja) de estudiantes universitarios con síntomas de depresión y ansiedad y b) Estudiar los efectos de la implementación de un Taller Psicoeducativo Reflexivo sobre la sintomatología de depresión y ansiedad de los mismos alumnos. Para ello, las preguntas de investigación que se plantearon fueron: ¿Cuál es la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura que presentan

depresión?, ¿Cuál es la relación entre algunas variables sociodemográficas como la edad, sexo, el nivel socioeconómico y tener o no pareja con los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios?; ¿Existe algún efecto significativo en los síntomas de depresión y ansiedad después de asistir a un Taller psicoeducativo? y ¿Existen diferencias por género en la sintomatología analizada después de asistir al taller?

Finalmente, es importante mencionar que esta intervención permitió contribuir con datos relacionados a otro tipo de muestra, específicamente en estudiantes de psicología, ya que en nuestro país se cuentan con estudios recientes con estudiantes de medicina, pero muy pocos en nuestra área de formación.

# Capítulo 1. Depresión y Ansiedad

## Introducción

La depresión es un trastorno del estado de ánimo (APA, 2000) o trastorno del humor (afectivo) (OMS, 1992) que resulta ser de los más frecuentes e incapacitantes en la población general.

Parker (2006) opina que la depresión puede existir como enfermedad, síndrome o reacción. Es decir, no siempre se hace referencia a la depresión como un trastorno, sino que se puede hablar de *sintomatología depresiva* que Bousoño, Fernández, González-Quirós y Bobes (2003) la refieren como aquellas “manifestaciones que tiene una enfermedad o trastorno, sean éstas percibidas por el propio sujeto (síntomas) o por un observador capacitado (signos), o bien, si se obtienen a través de determinadas pruebas” (pp. 93 - 103).

Por otra parte, Sáiz, Duran, Paredes y Bousoño (2003), mencionan que la ansiedad es un fenómeno psíquico universal que todos experimentamos en mayor o menor medida en la vida cotidiana, el cual activa al sistema nervioso, como consecuencia de estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral.

Por su parte, Ayuso (1988), refiere que la ansiedad es vivenciada con inquietud y sobresaltos, por ello considera que cuando la ansiedad no es excesiva, ésta, es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento.

En los últimos años se ha propuesto el concepto de ansiedad normal adaptativa, que sirve para prepararnos para responder en las mejores condiciones posibles ante circunstancias amenazadoras de riesgo, externas o internas, dando como resultado un crecimiento individual y, por otro lado, la existencia de una ansiedad patológica, la cual no es adaptativa, ya que el peligro al que se pretende atender no es real, el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, provocando así, que la persona no sea capaz de

generar una respuesta adecuada (Sáiz et al., 2003; Kaplan y Sadock, 1999). Las preocupaciones, en la ansiedad no adaptativa o también conocida como patológica, son difíciles de controlar e interfieren típica y significativamente con la actividad general del individuo, ya que son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes y siempre suelen estar acompañados de síntomas físicos tales como, fatiga excesiva, inquietud motora e irritabilidad (APA, 2000).

### **1.1. Nosología**

Para la depresión y ansiedad se utilizan dos tipos de clasificación que son conceptualmente distintas, la dimensional y la categórica. En ambos casos, se clasifica la sintomatología como leve, moderada y severa (Arbabzadeh-Bouchez & Lepiné, 2003).

La clasificación dimensional (la cual es muy utilizada en Psicología), representa una alternativa a la aproximación por categorías, la cual evalúa un conjunto de características o componentes de una enfermedad o trastorno, que difieren entre sí, en función de la cantidad de atributos. Las dimensiones no representan en sí individuos concretos, sino características que típicamente aparecen en muchos individuos diferentes. Así, la inclusión de un sujeto en una dimensión determinada no excluye que también aparezca representado en otras dimensiones (Jiménez, 1997). El acercamiento dimensional, estipula que los componentes básicos de la función o disfunción psicológica están presentes en algún grado en muchos estados psicológicos o psicopatológicos (Wetzler, Van Praag y Katz, 1991).

En ésta forma de clasificación se pueden evaluar diversos continuos como son la intensidad, la duración y el impacto en las funciones diarias de la persona, a lo largo de una escala, desde el nivel más alto al más bajo, lo cual permite la cuantificación de esos componentes (Jiménez, 1997; Arbabzadeh-Bouchez & Lepiné, 2003).

Los dos principales sistemas clasificatorios de las enfermedades mentales son: el DSM y la CIE, en los cuales se contemplan criterios diagnósticos, descripciones y códigos totalmente compatibles entre una y otra clasificación (APA, 2000).

De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000) la depresión se encuentra clasificada dentro del capítulo “Trastornos del estado de ánimo” y tiene como característica principal estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

El cuadro que una persona deprimida presenta según Sáiz y Vázquez (1996), puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y evolución temporal, pero en general, abarca un conjunto de síntomas y signos que se reducen a cinco grandes núcleos, a saber: 1) *síntomas anímicos*: en donde la tristeza es el síntoma primordial, y aunque, además, los sentimientos de abatimiento, pesadumbre e infelicidad son los más habituales, también puede predominar la irritabilidad, la sensación de vacío o nerviosismo; 2) *síntomas motivacionales y conductuales*: se refiere a un estado general de inhibición que resulta ser doloroso subjetivamente para la persona deprimida. La anhedonia junto con el estado de ánimo deprimido, son los síntomas principales de un estado depresivo. En su forma más severa, puede presentarse lo que se conoce como retardo psicomotor, que consiste en un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta; 3) *síntomas cognitivos*: la capacidad de concentración, atención y memoria pueden afectarse drásticamente, incapacitando a la persona para su desempeño en actividades habituales. También el contenido de las cogniciones se altera, haciendo que la valoración que la persona deprimida hace de su entorno y de sí misma sea negativa, y es por tanto, común, ver en éstas personas autodesprecio, culparse a sí mismo y pérdida de la autoestima. Aunque algunos modelos cognitivos de la depresión precisamente plantean que éstas cogniciones negativas pudieran ser más una causa que un síntoma de la depresión; 4) *síntomas físicos*: éstos suelen ser uno de los motivos principales para buscar ayuda profesional. Un síntoma típico son los problemas de sueño, que afecta a un 70 a 80% de los pacientes, normalmente se presenta insomnio y en menor

porcentaje hipersomnias. Otros síntomas suelen ser la fatiga, la pérdida o aumento de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexuales. También pueden presentarse molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa y visión borrosa, entre otros; y 5) *síntomas interpersonales*: se deteriora la relación con los demás, se disminuye el interés por las personas, provocando aislamiento en la persona, y se ha encontrado que esto puede ser un predictor de un peor curso de la depresión.

Por otra parte, la ansiedad es clasificada por el DSM-IV-TR (APA, 2000), dentro del capítulo titulado “Trastornos de ansiedad” el cual está conformado por una variedad de trastornos. Cabe señalar que para el presente trabajo únicamente se retomará el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el cual tiene como característica principal la ansiedad y la preocupación excesivas durante un periodo superior a 6 meses, las cuales se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultad para controlar este estado de constante preocupación. Se acompaña de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (por ejemplo: manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, problemas para tragar o quejas de tener “algo en la garganta”) y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación en este trastorno son variadas y no se limitan a las identificadas para algunos trastornos como es el caso de las crisis de angustia, en donde la preocupación y temor a sufrir una crisis de angustia, es lo que origina la crisis; en la fobia social, la situación que provoca ansiedad es el miedo a quedar mal en público, por mencionar algunas.

A menudo las personas que presentan este trastorno, no reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una gran dificultad para

controlarlas y les provoca malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica general y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

## **1.2. Epidemiología**

Entre todos los trastornos psiquiátricos, los de ansiedad son los más frecuentes en la población general, excediendo a los del estado de ánimo. Se estima que en la población estadounidense, la prevalencia de algún trastorno de ansiedad durante la vida es de un 16.2% a un 24.9% (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007; Craske & Zucker, 2002) y de un 19.5% en la población que acude a alguna clínica de primer nivel de atención (Conway et al., 2006). En algunos otros reportes de ese país, se menciona que el 3% de la población presenta un trastorno de ansiedad generalizada (GAD), siendo las mujeres las que más la padecen (Judd et al., 1998).

Por otro lado, se ha visto que al menos 1 de cada 6 adultos en los Estados Unidos, reúne los criterios para un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, y 1 de cada 4 se ha encontrado en el criterio para un episodio de depresión mayor, depresión menor o depresión breve recurrente (Kessler, 2002). Se ha estimado que aproximadamente el 20-25% de la población padecerá depresión alguna vez en la vida (Chinchilla, 2004).

En México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), Medina-Mora et al., (2003), encontraron que en la población general, los trastornos más frecuentes eran los de ansiedad, lo que concuerda con estudios de otros países. En cuanto a los Trastornos de ansiedad generalizada, se reporta, que éstos se presentan en un 1.2% alguna vez en la vida, 0.7% en los últimos 12 meses y 0.4 en el último mes, siendo las mujeres las que lo presentan con mayor frecuencia en algún momento de su vida 1.6%, en contraste con los hombres 0.7%.

En éste mismo estudio, se reporta que la región conformada por las tres áreas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey) muestran la prevalencia más elevada de cualquier trastorno de ansiedad, en comparación con las otras cinco regiones seleccionadas (Noroeste, Norte, Centro-oeste, Centro-este y Sureste), presentándose en un 15.2%, 7.6% y 3.4% alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en el último mes, respectivamente.

Éstos trastornos resultaron ser los más prevalentes y los más crónicos, con edades de inicio muy tempranas, lo cual concuerda con lo reportado en otros estudios, en donde se menciona que aproximadamente un 62% de las personas diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad en la adultez, ya habían sido diagnosticadas en la niñez y/o adolescencia (Craske y Zucker, 2002).

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, en esa misma Encuesta, Medina-Mora et al., (2003) reportan una prevalencia alguna vez en la vida en hombres del .6% y en mujeres el 2.3% y que el porcentaje de hombres y mujeres que han presentado alguna vez en su vida un episodio depresivo mayor es del 2% y 4.5% respectivamente. Y en los últimos 12 meses el .9% y 2.1%. Como puede observarse, las cifras siempre son mayores en las mujeres, casi en una razón de 2 a 1.

Otro dato importante de éste mismo estudio es que el episodio depresivo mayor presenta un primer auge alrededor de los 17 años, otro a los 32 y el final alrededor de los 65 años; Siendo los más jóvenes quienes presentan tasas de incidencia mayores (Medina-Mora et al., 2003; 2005).

Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005), encontraron que la prevalencia se incrementa con la edad en ambos sexos y que disminuye al aumentar la escolaridad. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor.

Otro estudio desarrollado en nuestro país en cuatro ciudades de México, señalan que 1 de cada 8 personas encuestadas padecía algún tipo de trastorno depresivo y cerca de la mitad había presentado algún episodio en el último año (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo, 2012).

### **1.3. Etiología de la Depresión y Ansiedad**

Actualmente se considera que la etiología de los trastornos depresivos es multifactorial y que puede ser el resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos y psicosociales (Sánchez, Fernández, Iglesias y González, 2003).

Por su parte, la ansiedad al igual que la depresión comparte varios de los factores etiológicos, por lo cual a continuación se mencionarán cada uno de ellos.

#### *Factores genéticos*

En la depresión, se ha visto que la frecuencia con la que los familiares de individuos depresivos presentan una depresión, es tres veces superior al resto de la población. Además, incrementa el riesgo de que también se padezcan otros trastornos afectivos distintos a la depresión (Sánchez et al., 2003). En el caso de la depresión leve, la herencia influye en un 20 a 45% y para la depresión severa es mucho más alta. Parece probable que en gran medida la susceptibilidad genética en las condiciones menos severas de los trastornos de depresión y ansiedad sea la misma y que pueda estar mediada, en parte, rasgos de la personalidad, tales como el neuroticismo. Y también parece probable, que en cierta proporción, el componente genético implique una vulnerabilidad a los estresores ambientales (Wallace, Scheider y McGuffin, 2002). Así que, si bien es clara la participación del factor genético, el patrón de transmisión aún es desconocido (Sánchez et al., 2003).

En la ansiedad, en las últimas investigaciones se ha comenzado a estudiar el papel que juega la genética en los trastornos de ansiedad. En un trabajo de Kaplan y Sadock, (1999), se menciona que aproximadamente un 4% de la población con ansiedad presenta una variante polimórfica del gen del transportador de la serotonina, produciendo menor número de transportadores, lo cual da como resultado un nivel de ansiedad mayor, con lo cual concluyen que existe, al menos,

algún componente genético, el cual contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad.

## *Factores biológicos*

### **a) Bioquímicos**

Muchos aspectos de los trastornos depresivos pueden ser entendidos en términos de una desregulación en la respuesta al estrés del sistema nervioso central (SNC). La desregulación se refiere tanto a una mayor duración como a una mayor intensidad de la respuesta al estrés del SNC que normalmente serían transitorias y adaptativas (Thase, Jindal & Howland, 2002).

En la etiología de la depresión se han implicado diversos neurotransmisores, en los que la hipótesis del déficit serotoninérgico y la alteración en los niveles de noradrenalina son las que cuentan con mayor apoyo experimental. El ácido 5-hidroxiindoleacético (5-HIAA), que es un metabolito de la serotonina, se encuentra disminuido en el líquido cefalorraquídeo. La noradrenalina tiene un efecto indirecto al modificar la cantidad de serotonina liberada y directamente, al disminuir el número de receptores  $\beta$ -adrenérgicos que se correlaciona con la respuesta clínica a antidepresivos. Respecto a la dopamina, cuyo metabolito, es el ácido homovanílico, se encuentra disminuido, y las anfetaminas, que incrementan las concentraciones de dopamina, reducen la sintomatología depresiva (Sánchez et al., 2003).

Por otro lado, otras hipótesis de investigación han propuesto que las alteraciones en el sistema neurotransmisor puede deberse a cambios en el número o sensibilidad de los receptores pre y postsinápticos y no a una alteración o deficiencia del neurotransmisor en cuestión (Pérez, 2000).

En cuanto a la ansiedad, las investigaciones biológicas se han desarrollado a partir de estudios preclínicos con modelos de ansiedad en animales, de pacientes en los que se identifican factores biológicos, del conocimiento de neurociencias básicas y de las acciones psicoterapéuticas de los fármacos (Kaplan et al., 1999).

En los estudios realizados en animales y los de respuesta a algunos tratamientos farmacológicos (por ejemplo a las benzodiazepinas), se han podido identificar los tres sistemas principales implicados en los trastornos de ansiedad, los cuales son el serotoninérgico, el noradrenérgico y el GABAérgico (Sánchez et al., 2003; Kaplan et al., 1999). Según Kaplan et al., los pacientes con ansiedad tienen una escasa regulación del sistema noradrenérgico, con estallidos ocasionales de actividad; una regulación anormal del sistema serotoninérgico, así como también, un funcionamiento anormal de sus receptores del ácido gamaminobutírico (GABA).

## **b) Endocrinológicos**

Los ejes implicados son el tiroideo y el suprarrenal. Parece que la depresión se asocia a una hipersecreción de cortisol, en pruebas de supresión de dexametasona, la inhibición en la secreción de cortisol se encuentra disminuida. Así mismo, un hipofuncionamiento o hiperfuncionamiento en el eje tiroideo se asocia con alteraciones en el estado de ánimo.

Por otro lado, también se han observado cambios neuroendócrinos como: disminución en la secreción nocturna de melatonina, concentraciones más bajas de hormonas foliculoestimulante y luteinizante, disminución en la respuesta a la hormona liberadora de corticotropina o la hormona liberadora de gonadotropinas (Sánchez et al., 2003).

En cuanto a la ansiedad, no se encontraron estudios enfocados al estudio de cambios o modificaciones endocrinológicas.

## **c) Neuroanatomía y neuroimagen**

En estudios de tomografía computarizada en pacientes depresivos se ha observado un aumento en el tamaño de los ventrículos cerebrales. La resonancia magnética ha revelado que el núcleo caudado y los lóbulos frontales son de menor tamaño y que en estas áreas hay una disminución en el metabolismo de la glucosa y del flujo sanguíneo. Además, es probable que exista una anomalía en el sistema límbico y ganglios basales (Sánchez et al., 2003).

Por otro lado, en las investigaciones realizadas con pacientes ansiosos, en las cuales se han utilizado estudios estructurales de imagen cerebral (como por ejemplo la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada), se ha visto que existen anomalías en el hemisferio derecho pero no en el izquierdo, además de un aumento en el tamaño de los ventrículos cerebrales, lo cual puede sugerir que en éste tipo de pacientes existe una asimetría cerebral (Sánchez et al., 2003; Kaplan et al., 1999).

Por su parte, los estudios funcionales de imagen cerebral, como por ejemplo la tomografía de emisión de positrones, tomografía computarizada por emisión de fotón único y electroencefalografía de pacientes con trastorno de ansiedad, han revelado frecuentes anomalías en el córtex frontal, en las áreas occipitales (la cual ha sido punto central para algunos investigadores, dado que posee la mayor concentración de receptores benzodiazepínicos del cerebro), en las áreas temporales, en los ganglios basales y en el sistema límbico (Kaplan et al., 1999).

En los estudios realizados con tomografías por emisión de positrones, se han observado que en pacientes con ansiedad existe una disminución en la tasa de metabolismo en los ganglios basales, sustancia gris, sistema límbico y corteza cerebral, en comparación con sujetos control normales (Sánchez et al., 2003; Kaplan et al., 1999).

A su vez, en los estudios realizados con electroencefalograma (EEG) del sueño, se han observado anomalías en los ritmos alfa y en los potenciales evocados, ya que las personas con algún trastorno de ansiedad presentan mayor fragmentación del sueño delta, una disminución en latencia, densidad y en el tiempo total de las fases del estadio 1 y sueño REM (Sánchez et al., 2003; Kaplan et al., 1999).

### *Factores psicosociales*

En algunas otras investigaciones, autores como Craske y Zucker (2002), hablan de “factores de riesgo” los cuales no pertenecen a un enfoque en específico,

sino son el resultado de las investigaciones llevadas a cabo con personas que padecen estos trastornos. Los factores de riesgo que se han asociado con ambas condiciones son: el género (se ha encontrado que las mujeres son más propensas a padecer estos trastornos, lo cual se explica por variables biológicas y estereotipos culturales que se convierten muchas veces en demandas sociales); temperamento, afectividad negativa (miedo, tristeza, culpa y hostilidad), estresores de vida, padres ansiosos y conductas aprendidas de los padres.

### **a) Personalidad**

Entre los rasgos de personalidad que Tellenbach refiere como “personalidad melancólica” y que sería un factor de riesgo para sufrir depresión, se encuentran: el perfeccionismo, la escrupulosidad, el retraimiento en las relaciones sociales, la alta competitividad laboral, un elevado nivel de autoexigencia y autocrítica, tendencia a la culpabilidad y a la evitación de discusiones y conflictos, exageración por el orden, intolerancia, inflexibilidad e inseguridad, influenciables, poca verbalización de emociones (Chinchilla, 2004; Sánchez et al., 2003). Por otro lado, la personalidad anancástica, la dependiente y la emocionalmente inestable, también son un factor de riesgo para caer en depresión. Así como aquellas personas que tienen dificultad para expresar y reconocer sus afectos (alexitimia), e incapacidad para disfrutar o relajarse ante situaciones de la vida diaria, además el tener una tendencia crónica hacia el pesimismo (Sánchez et al., 2003).

En cuanto a la relación entre las características de personalidad y la ansiedad, Guillamón (2004) señala que ésta ha sido muy estudiada. Por un lado, se ha examinado la relación entre rasgos de personalidad y trastornos de ansiedad y por otro lado, los trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad.

Dicha autora señala que en cuanto a los rasgos de personalidad, se pueden distinguir la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. La primera se refiere a una característica de personalidad relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, en la cual el rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia del

individuo a reaccionar de forma ansiosa, percibir situaciones como peligrosas o amenazantes y a la tendencia a responder ante estas situaciones con ansiedad de gran intensidad.

En lo referente a la ansiedad estado, Guillamón (2004) lo describe como un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo, en el cual los niveles de ansiedad incrementan o decrecientan según sea percibido la situación por el individuo.

Así mismo, en los trastornos de ansiedad también se han asociado otros rasgo de personalidad como son: la evitación del daño (*harm avoidance*) y la inhibición conductual, o mejor llamada una alta de inhibición conductual o evitación del daño suelen evitar y mostrarse inhibidos ante estímulos novedosos o no familiares, suelen reaccionar con retraimiento (no se acercan al estímulo desconocido, se alejan de él) (Guillamón, 2004).

#### **b) Sistema sociofamiliar**

La falta de apoyo social y una relación familiar patológica no sólo se han asociado a un mayor riesgo de sufrir enfermedad, sino también a un peor pronóstico de recuperación, ya que esta favorecen el aumento de recidivas y a una recuperación más lenta (Sánchez et al., 2003).

#### **c) Acontecimientos vitales**

En los estudios realizados con pacientes depresivos, en donde son comparados con un grupo control (no depresivos), se ha encontrado que los primeros reportan con mayor frecuencia en comparación con los segundos (en una proporción de 3 a 1), haber sufrido acontecimientos vitales estresantes durante los 6 meses anteriores de haber presentado su primer episodio depresivo. Dentro de los acontecimientos que se reportan se refieren a la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años y la pérdida del cónyuge (Sánchez et al., 2003).

Así mismo, Sánchez y cols. (2003) señalan en ese mismo estudio que los pacientes que han presentado más de un episodio depresivo, se relaciona con una posible susceptibilidad a presentar dicho cuadro debido a su historia previa de depresión y los acontecimientos de vida.

Por otro lado, Belle y Doucet (2003), señalan a la pobreza, la desigualdad y la discriminación como factores de riesgo para sufrir depresión entre las mujeres en Estados Unidos.

Finamente, es importante señalar que los factores de riesgo encontrados para una recurrencia de depresión son: historia de frecuentes y/o múltiples episodios, depresión doble, inicio después de los 60 años, larga duración de un episodio en particular, historia familiar de desórdenes afectivos y pobre control de síntomas durante la terapia de control (Boland & Keller, 2002).

#### **1.4. Teoría cognitivo-conductual**

Específicamente en el campo de la psicología han ido apareciendo a lo largo de los años diferentes modelos que explican el surgimiento y mantenimiento de la depresión y ansiedad, sin embargo para el presente trabajo resulta de gran interés describir únicamente el modelo cognitivo-conductual debido a que los instrumentos y técnicas usadas para desarrollar la presente Tesis se basan en este.

Es importante mencionar que en las tres últimas décadas el campo de la psicología ha sido testigo de una “revolución cognitiva” o mejor dicho “cognitivo-conductual”, la cual se ha alimentado de la interacción entre las necesidades de la práctica clínica y la psicología conductual, con el firme propósito de explicar y sobre todo desarrollar abordajes terapéuticos para diversas problemáticas del ser humano, como es el caso de la depresión y ansiedad (Freeman y DiTomasso, 2004).

Por lo anteriormente dicho, a continuación se describirán los aspectos más importantes de la teoría cognitivo-conductual respecto a los trastornos del estado

de ánimo y de los trastornos de ansiedad, es decir, se pretende explicar de dónde surgen y qué los mantiene.

### **1.4.1 Trastornos del estado de ánimo**

#### **Teorías conductuales**

Las teorías conductuales parten de que la característica principal de la depresión es una *reducción generalizada en la frecuencia de las conductas reforzadas positivamente* que sirven para controlar el medio, mientras que por otro lado, se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos. Fester en 1973 (Sanz y Vázquez, 1996) señala cuatro procesos que aislados o en combinación podrían explicar la patología depresiva:

1) Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas frecuentes de refuerzos de estímulos discriminativos importantes para la persona. Cuando hay pérdida de una única fuente de reforzamiento, se produce una generalización de efectos a conductas y dominios no relacionados con esa fuente, como la pérdida de apetito, de interés en el sexo o aislamiento social.

2) Programas de refuerzo de gran costo, que implican grandes cambios en la conducta de la persona para poder producir resultados esperados en el medio.

3) Falta de habilidad en desarrollar repertorios conductuales alternativos debido al surgimiento de espirales patológicas, es decir, cuando una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone ya una mala adaptación al medio, en vez de buscar otras opciones de respuesta para adaptarse a transformaciones del medio y proveerse de ese refuerzo positivo necesario, se produce en cambio, una nueva disminución de refuerzos positivos con la consecuente reducción conductual.

4) Limitada observación y aprendizaje de repertorios lleva a los depresivos a distorsionar la realidad y a producir conductas que son muy poco reforzadas.

Para Lewinsohn en 1976 (Sanz y Vázquez, 1996) otro teórico conductual, el reforzamiento insuficiente en los principales campos de la vida de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de respuestas o nivel de actividad y la consecuencia lógica de ello sería los sentimientos de baja autoestima y de desesperanza que padecen las personas deprimidas. Además, la depresión también podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores: a) un ambiente que no proporciona un reforzamiento suficiente; b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento en un ambiente dado, y c) incapacidad para disfrutar los reforzadores disponibles, debido a los altos niveles de ansiedad social.

Para este mismo autor, la depresión puede mantenerse a corto plazo porque las personas cercanas al individuo deprimido pueden reforzarla positivamente al mostrar simpatía, atención, apoyo y afecto. Y a largo plazo, la conducta depresiva podría llegar a ser aversiva para esas otras personas, las cuales evitarían al individuo depresivo, estableciendo así una espiral patológica que incrementaría y mantendría en el tiempo la depresión.

## **Teorías cognitivas**

Existen tres clases de teorías cognitivas, la del procesamiento de la información, las teorías cognitivo-sociales y las conductuales-cognitivas, sin embargo, todas parten del supuesto de que en el inicio, el curso y/o remisión de la depresión, ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental (Sanz y Vázquez, 1996).

A continuación se describirá lo que estos autores señalan como particularidades de cada una de estas tres clases.

### *1) Teorías del procesamiento de la información*

En estas teorías se concibe al individuo como un constructor activo de la realidad, que ante la continua demanda de capacidades adaptativas, él selecciona, codifica, almacena y recupera la información presente en el medio. Y esa

información sobre sí mismo y el mundo sufre transformaciones cognitivas que afectan tanto a las respuestas emocionales como conductuales del propio sujeto, produciéndose de este modo, una interdependencia entre cognición, emoción y conducta.

La teoría más conocida de éstas es la **Teoría de Beck**, en donde la premisa básica de los trastornos depresivos es que existe una *distorsión o sesgo sistemático* en el procesamiento de la información. Así, un sujeto depresivo, ante una pérdida o un fracaso, valora excesivamente los acontecimientos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como *tríada cognitiva negativa*: una visión negativa del yo (como alguien inútil, indeseable, sin valor y culpable de todas las circunstancias negativas que le rodean), del mundo (percibe las demandas de su medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables, por lo que considera al mundo como carente de interés, gratificaciones o alegrías) y del futuro (ningún aspecto negativo que el sujeto percibe cree que podrá modificarse en el futuro, a no ser que sea para aumentar las dificultades o el sufrimiento), esto como resultado de la amplificación de sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, frecuencia o intensidad, alterando la capacidad adaptativa de la persona que los sufre. Además, este autor considera que la etiología de la depresión no endógena tiene que ver con la interacción de tres factores: 1) la presencia de *actitudes o creencias disfuncionales* sobre el significado de ciertas experiencias, lo que hace que impregnen y condicionen la construcción de su realidad; 2) una *alta valoración subjetiva* de la importancia de esas experiencias, resultado de la estructura de la personalidad del individuo, y 3) la ocurrencia de un *estresor específico* a los otros factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales de la persona.

Los *esquemas disfuncionales depresógenos*, son los responsables del procesamiento sesgado de la información, ellos contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo que son poco realistas y disfuncionales porque establecen contingencias tan inflexibles e

inapropiados para determinar su propia autovalía. Estos esquemas estarían latentes antes de su activación a través de un suceso estresante similar a aquellos que sirvieron de base para la formación del esquema durante el proceso de socialización.

Otro tipo de esquemas cognitivos, de un orden jerárquico superior a los anteriores son los rasgos de *personalidad*, para los que se proponen dos dimensiones, la *sociotropía* y la *autonomía*. El primero incluye actitudes y creencias que implica una elevada valoración de las relaciones interpersonales y una elevada dependencia social al momento de juzgar la propia valía. El segundo incluye actitudes que resaltan la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema.

En la depresión, aparecen círculos viciosos o espirales cognitivas depresivas, es decir, las distorsiones negativas o errores en el procesamiento de la información que los sujetos depresivos cometen al personalizar sus fracasos y errores, y al exagerar y sobregeneralizar sus efectos, mantienen a la vez la validez de sus creencias negativas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.

## 2) Teorías cognitivo – sociales

La **teoría de la desesperanza**, propuesta por Abramson, Metlasky y Alloy (Sanz y Vázquez, 1996) señala que una nueva categoría de los trastornos depresivos sería la *depresión por desesperanza*, y que la causa suficiente para que ésta aparezca es la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un acontecimiento valorado como muy importante, unida a sentimientos de indefensión sobre la posibilidad de cambiar la ocurrencia de tal suceso. Por otro lado, señala que las diferencias individuales respecto a poseer o no un estilo atribucional depresógeno contribuyen como un factor de vulnerabilidad que conduce a la desesperanza. Además, plantea que la desesperanza puede ser producto de las conclusiones a las que llega la persona deprimida referente a las consecuencias del suceso negativo.

En esta teoría, no se incluyen las distorsiones cognitivas, como en la teoría de Beck, sin embargo, los procesos atribucionales negativos están sesgados (y no necesariamente distorsionados), y dependiendo de las circunstancias particulares, un juicio sesgado puede a su vez ser un juicio distorsionado o, por el contrario, coincidir con la realidad objetiva, ya que para éstos autores, existe la posibilidad de que las personas deprimidas pudieran ser más precisas en su visión de la realidad que los no deprimidos.

### 3) *Teorías conductuales – cognitivas*

Rehm (1977; citado por Sanz y Vázquez, 1996) elaboró una **teoría del autocontrol** de la depresión basada en el aprendizaje social y parte de la premisa de que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externo, por lo que el propio control de la conducta se vuelve más importante. Así las personas depresivas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta.

Según ésta teoría, un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Este déficit se puede concretar en la combinación de las siguientes condiciones: a) *déficit en las conductas de autoobservación*: las personas vulnerables a la depresión prestan mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos (visión negativa) y a las consecuencias inmediatas que a las de largo plazo; b) *déficit en las conductas de autoevaluación*: estas personas tienen criterios o estándares muy rigurosos o altos que a veces no pueden alcanzar y, por tanto, se evalúan de manera negativa; c) *déficit de las conductas de autorreforzamiento*: la persona deprimida se administra insuficientes recompensas o se castigan demasiado, esto debido a los déficit antes mencionados. Estos déficit forman parte del repertorio conductual de las personas y se adquiere durante el proceso de socialización y constituyen rasgos más o menos

estables que podrían ser detectados antes de la ocurrencia de un episodio depresivo (Sanz y Vázquez, 1996).

Por otro lado, Lewinsohn (Sanz y Vázquez, 1996) propone en su **teoría de la autofocalización** que los factores ambientales son los principales responsables de la depresión, aunque los factores cognitivos como el aumento de la *autoconciencia*, es decir, un aumento transitorio y situacional en la *autofocalización* o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente, podría mediar los efectos en el ambiente.

Para este autor, un episodio depresivo empieza con la aparición de un suceso antecedente o un estresor, para el cual el sujeto no es capaz de desarrollar nuevos patrones conductuales adaptativos que reemplacen a los anteriores, teniéndose como resultado una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido, el cual conduce a la persona a un desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones de la persona con el ambiente y un aumento en la tasa de experiencias aversivas. Dicha situación va reforzando un círculo vicioso, en donde la autopercepción del individuo va cambiando (se convierte en negativa) y se eso a su vez reduce su competencia social.

Además, esta teoría asume que hay factores de vulnerabilidad que incrementan o reducen el riesgo de ocurrencia de un episodio depresivo y su duración, a saber: ser mujer, tener de 20 a 40 años, tener una historia previa de depresión, tener pocas habilidades de afrontamiento, tener una elevada sensibilidad a los sucesos aversivos, ser pobre, mostrar una alta tendencia a la autoconciencia, tener baja autoestima, tener un bajo umbral para la activación de autoesquemas depresógenos y mostrar dependencia interpersonal. Entre los factores protectores se encuentran: autopercebirse como poseedor de una alta competencia social, experimentar una alta frecuencia de sucesos positivos y disponer de una persona con la cual se mantenga un vínculo cercano en la cual pueda confiar.

### **1.4.2 Trastornos de ansiedad**

En las tres últimas décadas el campo de la psicología ha sido testigo de una “revolución cognitiva”. Esta revolución cognitiva, o mejor dicho cognitivo-conductual, se ha alimentado por la interacción entre las necesidades de la práctica clínica y la psicología conductual (Freeman y DiTomasso, 2004).

La cognición, ha sido estudiada desde los filósofos orientales, griegos y romanos, sin embargo ésta corriente de pensamiento toma fuerza cuando Albert Ellis y Aaron T. Beck, comienzan a desarrollar sus teorías en este campo, convirtiéndose así en la fuente más influyente en la guía y el sostenimiento del movimiento cognitivo (Freeman, y DiTomasso, 2004).

El modelo conductual, sostiene que la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos (explicada en términos del modelo de condicionamiento clásico), la cual puede ser aprendida de los padres (aprendizaje social) (Kaplan et al., 1999, Sánchez et al., 2003).

De acuerdo al modelo cognitivo-conductual, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada responden de forma incorrecta y exagerada a peligros percibidos, cuando no los hay, dando falsas alarmas, manteniendo así al sistema en activación constante. La inexactitud se genera por medio de la atención selectiva a los detalles negativos del entorno, de las distorsiones en el procesamiento de la información y a la desmesurada percepción negativa de la persona de sus capacidades de afrontamiento (Freeman, y DiTomasso, 2004).

Freeman y DiTomasso (2004) mencionan que la percepción cognitiva que el sujeto tiene de los acontecimientos estresantes resulta crítica para este modelo neurofisiológico, por ello, establece los factores predisponentes y precipitantes que se asocian con el inicio del trastorno de ansiedad, los cuales se describirán a continuación.

### **a) Factores predisponentes:**

Beck y colaboradores (1985, citado por Freeman y DiTomasso, 2004), proponen, de acuerdo al modelo cognitivo de ansiedad, cinco factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y la propensión a la ansiedad:

- *Herencia genética.* La herencia puede manifestar su influencia a través de la existencia de un sistema nervioso vegetativo fácil de activar o lábil, es decir que bajo las condiciones oportunas, un paciente manifestará síntomas de ansiedad. Sin embargo, la interacción de los factores ambientales, psicológicos y sociales son importantes para propiciar esta manifestación.
- *Enfermedades somáticas.* Éste modelo contempla el posible rol de los factores somáticos en la vulnerabilidad individual, ya que al estudiar los trastornos de ansiedad, muchas veces, los síntomas somáticos aparecen remedando los de ansiedad, los cuales remiten tratando el problema somático. La existencia de un problema somático no descarta necesariamente la presencia del problema de ansiedad. Los problemas somáticos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad y, en ocasiones, ambos requieren tratamiento.
- *Traumas psicológicos.* Los traumas mentales durante la época de desarrollo aumentan la vulnerabilidad individual frente a la ansiedad ante situaciones parecidas a la del trauma original. Estos traumas pueden culminar en la elaboración de esquemas individuales específicos sobre la amenaza.
- *Ausencia de mecanismos de afrontamiento.* Como su nombre lo dice, es una carencia de respuestas del sujeto unida a una visión distorsionada y negativa sobre la capacidad para encarar una situación. Se ha visto que no son las percepciones primarias de las situaciones las que llevan a las personas a percibir un peligro inexistente, sino las percepciones secundarias de su incapacidad para afrontar esa amenaza con sus propios recursos. Se ha propuesto que quizá los pacientes con ansiedad no hayan aprendido estrategias adecuadas de afrontamiento, por el contrario, hayan

aprendido a utilizar respuestas como la evitación, que solo refuerzan la ansiedad e impiden un afrontamiento eficaz.

- *Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado.* Se ha visto que los sujetos con trastornos de ansiedad tienen creencias poco realistas acerca de la amenaza o del peligro. Regularmente, perciben las situaciones o acontecimientos similares a los de situaciones de peligro pasadas, activando así, pensamientos, conductas y emociones que refuerzan su esquema de peligro percibido.

### **b) Factores precipitantes:**

Freeman y DiTomasso (2004) retomaron lo propuesto por Beck para explicar que el modelo cognitivo de ansiedad propone varios factores posibles que precipitan la ansiedad tales como: enfermedades somáticas, sustancias tóxicas, elementos externos e intensos generadores de estrés, estrés de larga duración y factores estresantes que afectan la vulnerabilidad emocional de una persona.

Gracias al conocimiento proporcionado por el modelo conductual, cognitivo y de las teorías del aprendizaje, se han desarrollado algunos de los tratamientos más eficaces para los trastornos de ansiedad (Kaplan et al., 1999, Sánchez et al., 2003).

## **1.5 Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios**

El ingresar a un nuevo nivel de estudios implica exigencias físicas, intelectuales y emocionales diferentes a las que se habían venido vivenciando en años anteriores, lo cual fomenta el desarrollo de algún tipo de enfermedad psiquiátrica y en específico Depresión mayor, la cual puede determinar en gran medida su desempeño académico y social (Romo, Tafoya y Heinze, 2013; Montoya, Gutiérrez, Toro y et al., 2010).

Por lo anterior, desde hace ya varios años y en diversos países se ha investigado la presencia y efectos de diferentes trastornos en estudiantes de

diferentes niveles de estudio. Los más investigados son los Trastornos Depresivos y de Ansiedad.

En cuanto a las investigaciones realizadas en estudiantes de nivel superior en nuestro país, se reportan en gran cantidad las realizadas con estudiantes de medicina y en menor medida de otras carreras. A continuación, se mencionarán algunas de ellas y sobre todo, aquellas en donde se realizan comparaciones entre diversas carreras universitarias, tanto en nuestro país como en otros.

## **Prevalencia**

Fouilloux, et al. (2013) retomando varios estudios llevados a cabo en estudiantes de diversas carreras, señalan que el cursar el primer año de la carrera universitaria puede asociarse con altos porcentajes de morbilidad psicológica, especialmente depresión, debido a que con los cambios en su día a día se agregan nuevos estresores.

Furr et al. (2001, citado en Fouilloux, et al., 2013) señalan que la depresión afecta a cerca del 50% de la población universitaria, siendo las mujeres quienes presentan índices más altos en comparación con los hombres aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los sexos.

Por su parte, Manelic y Ortega-Soto (1995), señalan que de los 1004 estudiantes de la FES Aragón de la UNAM evaluados y provenientes de diversas carreras que se imparten en el plantel, el 13.6% presentó sintomatología depresiva y no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Específicamente en un estudio realizado por Romo et al., (2013), con estudiantes de la Facultad de medicina de la UNAM reportan que de los 1871 estudiantes de primer y último año encuestados el 6% presentó síntomas depresivos, encontrando mayor prevalencia en los estudiantes de último año. Teniendo mayor presencia de dichos síntomas en las mujeres de primer año y ninguna diferencia entre hombres y mujeres de último año.

Por su parte Fouilloux et al. (2013) en su estudio realizado en esa misma institución y carrera encontró que de los 774 estudiantes de primer año evaluados, el 23% presentó síntomas depresivos, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo estas últimas las que presentan mayor presencia de síntomas depresivos.

Dichas diferencias entre hombres y mujeres, se han reportado de forma consistente en diferentes estudios y países. Uno de ellos, es el estudio realizado en Lima, en el cual se encontró que de 500 estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) pertenecientes a diferentes bloques académicos (Ciencias de la Salud, Humanidades, Ciencias básicas, Ciencias empresariales e Ingenierías), se presenta con mayor intensidad la depresión y la ansiedad en mujeres, en comparación con los varones. Ya que se observó que el 15.35% de las mujeres presentaba depresión leve y 2.30% moderada; en cuanto a los hombres se observó que 5.30% puntuaban en un nivel leve y 2.30% moderado. Respecto a la ansiedad las mujeres puntuaron más alto en la escala usada en comparación con los hombres (Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

En otro estudio llevado a cabo en nuestro país, se encontró que de 437 estudiantes universitarios de diferentes carreras en una Universidad Pública de Tamaulipas, el 12% presentaron síntomas depresivos (Guzmán-Facundo, Ramos-Luna, Alonso-Castillo, et al., 2011).

Esos mismos autores encontraron que los síntomas depresivos que se presentaron con mayor frecuencia fueron: los cambios en los hábitos de sueño (55.4%), pérdida de apetito (37.8%), dificultades para concentrarse (31.7%) y pérdida de energía o fatiga (31.1%).

En otro estudio llevado a cabo en ese mismo estado y con 500 alumnos de nuevo ingreso a la Unidad Académica Multidisciplinaria Reynosa Tamaulipas (UAT), provenientes de diversas carreras como Ingeniero Químico, Ingeniero Industrial A, Ingeniero Industrial B, Químico Farmacobiólogo y Licenciado en Criminología, se encontró que el 66.64% de las mujeres y el 33.33% de los hombres presentan depresión. En cuanto a la ansiedad del total de la muestra el 54% presentaron el

trastorno, de los cuales el 62.59% fueron mujeres y el 37.40% hombres (Vargas, Villarreal, Guevara y Andrade, 2014).

Uno de los pocos estudios llevados a cabo con estudiantes de psicología es el desarrollado por González-Ramírez, Landero y García-Campayo (2009) en el cual evaluaron a 506 estudiantes de psicología de dos universidades de Monterrey. Los resultados demostraron que solo el 0.8% manifestaron depresión intensa, el 0.4% síntomas de ansiedad y el 25.5% presentaron síntomas psicossomáticos de intensidad media o alta.

En el estudio realizado por Ferrel, Celis y Hernández (2011) con 398 estudiantes de cuarto y quinto semestre de la Universidad Pública del Magdalena Colombia, se encontró que al comparar estudiantes de psicología, medicina, odontología y enfermería se halló que el 48% no presenta ningún tipo de depresión y que el 52% restante sufre algún grado de depresión. El mayor porcentaje lo presentó medicina (5.75%), seguido de Odontología (1.5%), Enfermería (.5%) y ningún caso en Psicología (0%).

## **Factores de riesgo**

Los factores de riesgo asociados con la presencia de síntomas depresivos son: episodios depresivos previos, edad de inicio del primer episodio depresivo entre los 14 y 18 años, violencia en la infancia y adolescencia (Romo et al., 2013); presencia de síntomas ansiosos, factores estresantes y nivel socioeconómico bajo (Guerrero et al, 2013; Fouilloux, et al., 2013).

Específicamente Ferrel et al., (2011), señalan que los factores sociodemográficos relacionados significativamente con la sintomatología depresiva son: edad (los estudiantes universitarios más jóvenes) y nivel socioeconómico bajo, el cual se relaciona en gran medida con otra de las variables estudiadas: género. Lo que se observó en este estudio es que los hombres con un nivel socioeconómico más bajo presentaban niveles de depresión graves, mientras que aquellas mujeres con un nivel socioeconómico medio o alto presentaban niveles más bajos.

Respecto a los factores estresantes se han encontrado que situaciones académicas como presentaciones orales, carga académica, las expectativas sobre el futuro y competitividad entre compañeros incrementan la presencia de estrés y por lo tanto en la presencia de depresión (Montoya et al., 2010).

Guzmán-Facundo et al. (2011) señalan que aquellos estudiantes que consumen alcohol, cigarros y/o marihuana alguna vez en la vida aumentan el riesgo de desarrollar depresión en comparación con los que no.

## **1.6. Consecuencias de la depresión y ansiedad**

En la actualidad, la depresión y sus manifestaciones sintomatológicas son uno de los principales problemas de salud en la población mundial, tanto por su impacto en la vida cotidiana y productiva de los individuos, como por su prevalencia respecto a otras enfermedades (González-Forteza et al., 2011).

Así mismo, esos mismos autores demuestran que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da a edades tempranas, durante las primeras décadas de vida y que 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor en algún momento de su infancia o adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida, durante los cuales no recibe tratamiento lo cual es sumamente grave, ya que las consecuencias asociadas deterioran el desarrollo pleno de la persona que lo padece (Medina-Mora et al., 2003; Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz, 2004).

A su vez, Jiménez, Wagner, Rivera y González-Forteza (2015), señalan que la depresión es un trastorno con una prevalencia cada vez mayor entre la población adolescente, la cual trae consigo dificultades extra a lo propio de la etapa de vida, llevándolos a exponerse a situaciones difíciles de afrontar y así, agregando mayor estrés en su día a día. Por lo anterior, estos autores concluyen que la presencia de sintomatología depresiva durante la adolescencia puede afectar diversas áreas de la vida y aumentar la probabilidad de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Estos mismos autores, al hacer una revisión de otros estudios señalan que existe evidencia que indica que cuando hay la presencia de un trastorno depresivo mayor o de distimia en niños y adolescentes, se incrementa el riesgo de que se presenten episodios depresivos recurrentes, asociados con suicidios y con otros comportamientos autodestructivos que se pueden prolongar hasta la edad adulta; afectado así la vida total del individuo, ya que se ven deterioradas sus relaciones interpersonales, su desarrollo personal y familiar y sobre todo la relación consigo mismo.

Dentro de los comportamientos autodestructivos asociados, Wagner et al (2012) refiere que aparecen conductas problemáticas como: uso de drogas, violencia, sexo desprotegido en jóvenes, así como ideación suicida, intentos de suicidio y finalmente una sobreutilización de servicios de salud.

Respecto al suicidio, Chinchilla (2004), señala que hay un alto porcentaje de riesgo al suicidio, ya que entre el 15 y 30% de los deprimidos lo intentan. Por su parte, Borges, Angst, Nock, Meron, Walters y Kessler (2006) reportan prevalencias de 2.6%, 0.7% y 0.4% para ideación, planeación e intento respectivamente. En México Borges, Wilcox, Medina-Mora, Zambrano, Blanco y Walters (2005) encontraron que el 8.3% presenta ideación, 3.2% planeación y 2.8% lo ha intentado alguna vez en la vida; y en los doce meses previos fue de 2.3%, 1.0% y 0.6% respectivamente. También se reporta que los individuos con inicio temprano tuvieron 50% mayor probabilidad de haber cometido un intento de suicidio (Benjet et al., 2004).

Por otra parte, también se han encontrado consecuencias adversas en la vida escolar y laboral de las personas que presentan depresión. Como por ejemplo, lo encontrado específicamente en estudios realizados en población universitaria por Manelic y Ortega-Soto (1995), los cuales señalan que una de las principales consecuencias es el malestar psicológico que experimenta el individuo que presenta depresión, lo cual puede constituir un problema importante, pues dicho malestar contribuye a tener un rendimiento académico insatisfactorio (bajas calificaciones, inasistencias y no realización de tareas), ya que como se sabe, las funciones

cognoscitivas se alteran cuando se presenta esta entidad nosológica, es decir, presentan dificultades para concentrarse, atender y memorizar la información.

Así mismo, de forma consistente se ha encontrado con gran frecuencia que aumenta el abandono de los estudios debido a su bajo rendimiento escolar e indecisiones vocacionales (Fouilloux et al., 2013). Lo cual coincide con lo reportado por Montoya et al., (2010), ya que de los 1344 estudiantes encuestados estos presentaron con mayor frecuencia problemas de concentración, faltas a la escuela, menor rendimiento académico, considerar abandonar los estudios, sentir rechazo por otros, consumo de alcohol y drogas y ser sancionado por causas disciplinarias.

Wagner et al (2012), señala que algunas otras consecuencias relacionadas con la presencia de trastornos depresivos en jóvenes son: dificultades para completar el bachillerato, deserción escolar y entre los graduados de bachillerato, predice el fracaso para entrar a la universidad.

En cuanto a la vida laboral, se ha encontrado que una parte sustancial de daño causado por la depresión implica reducción en el desempeño laboral. Análisis económicos de los costos de depresión en el lugar de trabajo estima que anualmente el costo equivalente en salarios relacionado a la falta de productividad en los Estados Unidos excede los 33 billones. Este subestimado excluye los efectos de la depresión en el desempeño de los compañeros de trabajo, los accidentes industriales y el cambio de personal (Kessler, 2002).

Wagner et al., (2012) mencionan que los resultados obtenidos en la Encuesta Mundial de Salud Mental, señalan que los trastornos depresivos generan un gran impacto en la vida de las personas, ya que genera un alto grado de discapacidad social y en las tareas personales cotidianas. Específicamente en México se encontró que en promedio se perdían 27 días productivos al año en las personas que presentaban un trastorno depresivo grave y 7 días para aquellos con un trastorno moderado.

Por otro lado, la edad media de inicio de depresión mayor es a mediados de los 20, esto es, dos décadas más temprano que las edades medias de inicio de las enfermedades físicas crónicas que tienen prevalencias y daños comparables a los

de la depresión. Otra importante implicación es que la depresión puede tener efectos profundos en la vida de los adolescentes y/o adultos jóvenes tales como: el logro académico, la entrada al mundo laboral, la paternidad, el matrimonio y la estabilidad emocional en general (Kessler, 2002).

Por otra parte, Lecubrier (como se cita en Cassano, Rossini & Pini, 2003), reporta que la ansiedad se encuentra estrechamente vinculada a la depresión, se han reportado datos de que en pacientes con un desorden de ansiedad, cerca del 45% presentaban un desorden depresivo, y que 40% de los pacientes con un desorden depresivo, simultáneamente presentaban uno de ansiedad, convirtiéndola así en una condición difícil de diagnosticar y tratar.

Al igual que la depresión, la ansiedad que tiene un inicio o desarrollo temprano hace que su evolución, sobre todo del trastorno de ansiedad generalizada, sea crónica, con periodos de mayor intensidad sintomática. Esta intensidad depende de diversos factores, entre ellos los trastornos comórbidos, el apoyo ambiental, la biología del trastorno y la duración de la enfermedad (Papp y Kleber, 2004).

Debido a ésta cronicidad, en varios estudios se han reportado que las personas que padecen algún trastorno de ansiedad tienden a presentar varias dificultades en su vida diaria; uno de estos estudios es el realizado por Kroenke et al (2007), en el cual mencionan que el 32% a 43% de los pacientes con síntomas de ansiedad reportan que su sintomatología les provocó dificultades para realizar su trabajo y convivir con otras personas, lo cual se vio reflejado en su menor funcionalidad social; más días de incapacidad y mayor número de visitas al médico en los últimos tres meses, en otras palabras, su calidad de vida se vio afectada por este padecimiento.

Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia y cronicidad de los trastornos de ansiedad, los pacientes no son diagnosticados ni tratados, ya que el diagnóstico se complica debido a que la mayoría de éstos pacientes presentan comorbilidad con otros padecimientos (Stein, 2003). Se estima que aproximadamente el 41% de estos pacientes no son atendidos, es decir, no están bajo tratamiento (Kroenke et al., 2007), lo cual da como resultado una condición que incapacita y cuesta a las

personas que lo padecen y al sistema de salud, ya que tienden a utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud (Stein, 2003).

## **Capítulo 2. Intervención grupal como dispositivo de tratamiento**

Martínez y Valenzuela (1994), señalan que Kurt Lewin es considerado el padre de la dinámica de grupos, ya que gracias a sus investigaciones se pudo describir, comprender y explicar las diversas expresiones en la vida colectiva.

Por su parte, Díaz-Portillo (2000), señala que uno de los primeros en utilizar intervenciones grupales fue el internista de Massachusetts Joseph Hersey Pratt (1872-1956), el cual trabajó en sus inicios con pacientes tuberculosos proponiendo una nueva forma de trabajo, la cual consistía en sesiones grupales de una hora durante 5 días a la semana; trayendo como resultado una disminución significativa del tiempo que debía de dedicarse a cada enfermo. Así mismo, observó que el proceso grupal por sí solo parecía tener un efecto terapéutico, ya que ahí se brindaba apoyo, se les enseñaba a cuidar mejor de sí mismos y de su enfermedad, así como promovía un clima de solidaridad, cooperación y también de emulación.

Desde ese entonces y hasta la actualidad el dispositivo grupal ha sido usado en diferentes ámbitos y bajo diversos marcos teóricos. Sin embargo, como menciona Klein (1996), a pesar de que existe una amplia gama de intervenciones grupales, en su mayoría comparten (sin importar la orientación teórica que se use) objetivos similares tales como: 1.- reducir las molestias sintomáticas, 2.- reestablecer lo antes posible el equilibrio psíquico del paciente, 3.- favorecer la utilización eficaz de los recursos del paciente y 4.- incrementar la comprensión del paciente acerca de sus trastornos actuales y la habilidad para manejarse en el futuro.

Dichos objetivos deben estar en consonancia con el tamaño del grupo, el número, duración y frecuencia de las sesiones, la disponibilidad de tiempo para llevar a cabo la terapia, los costes económicos y el grado de experiencia del terapeuta, y sobre todo en función de las necesidades y recursos de los miembros del grupo (Dellarossa, 1979).

La atención mediante la psicoterapia de grupo tiene marcadas ventajas sobre las terapias individuales tales como:

- La economía de tiempo empleado por profesional
- El beneficio de una intervención colectiva
- Mayor número de pacientes que pueden beneficiarse de recibir atención de un equipo terapéutico

Así mismo y agregando a lo mencionado anteriormente, Foulkes y Anthony en 1964 (Martínez y Valenzuela, 1994) señalan que *“la matriz grupal proporciona una red de interacción, interdependencia e interestimulación que permite una producción de contenido dentro de un proceso y una dinámica grupal”* (pp. 111).

Por dichas ventajas, la psicoterapia de grupo se impone como método terapéutico en las instituciones porque brinda la posibilidad de atención múltiple y simultánea, con el consiguiente ahorro de horas-terapeutas (Dellarossa, 1979).

## **2.1 Función del coordinador/terapeuta/facilitador en los grupos**

Respecto a este tema es importante señalar que debido a la gran demanda de atención en diversos ámbitos, la coordinación y dirección de los grupos ya no sólo queda a cargo de profesionales de la psicoterapia, sino que es un campo que ha sido y sigue siendo explotado por diversas profesiones como sacerdotes, pedagogos, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, entre algunos otros más. Sin embargo como lo señala Díaz-Portillo (2000), es importante diferenciar el tipo y alcances de la intervención para delimitar y adoptar un rol. Específicamente aquellos que utilizan el dispositivo grupal como una forma de entrenar y educar, tendrán que mediar el proceso de grupo a través de enseñar, dirigir y moderar las sesiones, ya que la intención final no será terapéutica sino educativa, por lo cual la función principal será coordinar o facilitar el aprendizaje.

Por otro lado, cuando se tiene la formación y experiencia en el ámbito psicoterapéutico se podrán establecer y trabajar desde alcances terapéuticos. Respecto a esto Dellarossa (1979) señala que el nivel de entrenamiento de los “grupoterapeutas” (término usado por el autor para referirse a los terapeutas grupales) guarda una relación directa con el desempeño de la tarea. Lo cual quiere decir, que a menor entrenamiento se tendrán mayores limitaciones en las interpretaciones que se les brinden a los integrantes del grupo, ya que estos se realizarán con base a mensajes parciales.

Por lo anteriormente dicho, ese mismo autor señala que el grupoterapeuta debe poseer las siguientes características:

1. Capacidad mental para abrirse, recibir y descifrar la numerosísima cantidad de mensajes emitidos por el grupo.
2. Capacidad para atender la cambiante dinámica del grupo y a la vez va compilando la ficha personal de cada uno de sus pacientes, llevando así la historia del grupo y las historias individuales. Lo cual exige una gran capacidad de síntesis.

Cuando el terapeuta logra desarrollar dichas capacidades, disminuye la posibilidad de promover dentro del grupo mensajes que sólo se “cruzan”, llevando a sesiones en donde cada uno habla al otro de lo suyo con una verdadera sordera psicológica, en un circuito en el que los mensajes se emiten pero la recepción es baja o nula. El objetivo final sería que dichos mensajes se “encuentren” (Dellarossa, 1979).

## **2.2. Tipos de intervención en grupo**

### **2.2.1. Grupos Terapéuticos**

Díaz-Portillo (2000) citando a O’Donnell, define a un grupo terapéutico como una reunión de personas organizadas en un tiempo y espacio determinados, que

tienen como objetivo la develación y transformación de las conductas inadecuadas de sus integrantes y el descubrimiento y afirmación de conductas sanas.

Por su parte, González-Nuñez (1999) definen al grupo terapéutico como una reunión (más o menos permanente y voluntaria) de tres o más personas (pacientes), que interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos; los cuales se reconocen a sí mismos como parte del grupo, aceptando los valores y normas de ese sistema explicitados en el contrato terapéutico.

El grupo psicoterapéutico es considerado como un “microgrupo” en donde se reúnen todos los grupos internos de cada uno de sus integrantes (familia y sociedad), por lo cual se reproducen las características del contexto socioeconómico es decir del “macrogrupo” (Díaz-Portillo, 2000). Por ello, Sandoval (2008) sugieren que la psicoterapia de grupo al aportar la presencia social de los “otros” permite que aparezcan más fácilmente los problemas interpersonales en un ámbito donde no sólo se expresa el sufrimiento y conflicto.

Por su parte Díaz-Portillo (2000) retomando a otros autores, señala que este tipo de grupos no se forman libremente, sino que se forma de manera deliberada para propósitos terapéuticos. Por lo que este tipo de grupos son los únicos en el que la admisión se establece en función de alguna deficiencia reconocida y admitida; así que una de las funciones del terapeuta es seleccionar a los integrantes en función de criterios establecidos, ya que cada uno de los miembros tiene objetivos diferentes.

El objetivo principal de la psicoterapia de grupo es lograr un cambio intrapsíquico relativamente permanente, más que sólo aliviar los síntomas o mejorar la conducta (Sandoval, 2008). Para ello, analiza la dinámica de grupos la cual se ocupa de las interacciones en el seno del grupo, con su conductor y entre sus integrantes; y de la relación de tales interacciones con la meta del grupo, su estructura y desarrollo (Munich, 1996).

Dellarossa (1979), comenta que en el grupo terapéutico se dirige la atención tratando de percibir las manifestaciones de los conflictos, con el fin de esclarecer sus raíces y motivaciones a fin de facilitar su elaboración y cambio.

En cuanto a la clasificación de los grupos terapéuticos se encuentra el que propone Díaz-Portillo (2000) en donde únicamente se dividen en dos y son diferenciados por los objetivos, encuadre, técnicas y función del terapeuta/coordinador/líder (el cual no necesariamente es un profesional de la psicoterapia, específicamente en los grupos no psicoanalíticos). Estos son:

- 1.- Grupos terapéuticos psicoanalíticos
- 2.- Grupos terapéuticos no psicoanalíticos: en donde se incluyen los de autoayuda, control emocional, contención, de apoyo y psicoeducativos.

### **2.2.2 Intervención grupal psicoeducativa**

El Instituto Nacional de Salud y la Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2006 citado por Rodríguez, López y Fagnani, 2014), define a la psicoeducación como cualquier programa estructurado grupal o individual que se ocupa de una enfermedad desde un punto de vista multidimensional incluyendo las perspectivas familiar, social, biológica y farmacológica, y que proporciona a los usuarios y sus cuidadores la información y las estrategias necesarias que permitan a los pacientes tener mayor participación en su tratamiento.

Por su parte Colom (2011, citado por Rodríguez et al. 2014) señala que este tipo de intervención generalmente se implementa de forma grupal, lo cual permite obtener grandes ventajas en comparación al trabajo individual. Algunas de ellas son: que permite un efecto colaborativo entre pares, rompe el aislamiento y aumenta la red de apoyo, contribuye a acabar con el estigma de los pacientes, permite el conocimiento directo de otros tipos de trastornos y estrategias, erradas o no, de enfrentamiento de la patología, hace más fácil la adquisición de conciencia de enfermedad, permite un aprendizaje más fácil a través del modelado, es más eficiente y reduce los costos económicos para pacientes y servicios de salud.

Rodríguez et al. (2014) señalan que algunos de los objetivos principales de la psicoeducación es aportar información fidedigna de la enfermedad así como de

los tratamientos (lo cual repercutirá positivamente en la adherencia hacia los mismos); brindar estrategias y entrenar a los pacientes en la detección y manejo de síntomas (fomentar el reconocimiento), así como promover comportamientos saludables (para reducir conductas de riesgo). Todo ello con la finalidad de permitir al paciente colaborar en forma activa en algunos aspectos de su tratamiento.

### **2.2.3. Grupos de reflexión**

Dellarossa (1979), señala que el nacimiento de los grupos reflexivos se ubica aproximadamente en el año de 1938 derivado de la investigación Operacional (Operational Research) la cual tenía por objetivo agrupar a cierto número de hombres con experiencia científica y ninguna sobre radio, ya que el fin era estudiar nuevos problemas desde puntos de vista generales.

Este mismo autor señala que durante la Segunda Guerra Mundial el trabajo grupal se multiplicó y una vez llegada la paz el método operativo se volvió una forma de dar solución a problemas civiles. A partir de dichas experiencias, Pichón Riviere perfecciona la teoría y técnica de los llamados “grupos operativos”, los cuales son una integración del pensamiento psicoanalítico y las técnicas de investigación operativa; los cuales son descritos como una forma innovadora de pensar y operar en los grupos, ya que a través de la reflexión los integrantes pueden superar y entender sus vivencias (Bernardez, Medeiros y Gonçalves, 1987). Específicamente, los grupos operativos se refieren a un grupo centrado en una tarea que los integrantes tratan de resolver funcionando como equipo (Martínez y Valenzuela, 1994).

Es aproximadamente en 1970 que los grupos de reflexión surgen a partir del trabajo con grupos operativos, ya que la filosofía de estos se aplica plenamente y eso ha hecho que se consideren no como un tipo de grupo diferente sino como una modalidad de los grupos operativos, cuya tarea central consiste en indagar un tema específico o situación (Dellarossa, 1979; Rojo-Lagarde y Taffoya-García, 2004).

Este tipo de grupos, tiene por objetivo principal que los participantes tengan un espacio en donde puedan expresar sus ideas, deseos, sentimientos y

necesidades para ser elaborados en forma compartida (Rojo-Lagarde y Taffoya-García, 2004). Por lo cual, se vuelve un espacio de reflexión que permite pensar conjuntamente las propias dificultades y compartirlas con otros a través del diálogo y la participación; Por ello, la tarea principal está centrada en la actividad reflexiva (Gimeno-Soria, (s/f); Fernández y Martínez, 2011).

Así mismo, Martínez y Valenzuela (1994), mencionan que su objetivo de este tipo de grupos es reflexionar sobre un tema desde diferentes niveles de participación y conceptualización de los miembros de un grupo, considerando su experiencia personal y la realidad-sociocultural, por lo que limitan su campo a los pensamientos y vivencias en relación con un tema o experiencia particular, es decir, lo importante es indagar.

Fernández y Martínez (2011) señalan que la metodología de los grupos de reflexión abarca tres aspectos fundamentales:

1. Aclarar y explicar los conflictos latentes que interfieren para pensar un tema determinado y las fantasías inconscientes asociadas a dichos conflictos (la explicación de estas son un paso inevitable e imprescindible para trabajar los estereotipos).
2. Aclarar y sintetizar los temas manifiestos agregando información pertinente.
3. Plantear nuevas maneras de pensar sobre el tema con la finalidad de generar nuevas alternativas de acción.

A su vez, señalan que al implementar dicha metodología a lo largo de las sesiones, genera un espacio propicio para poder pensar lo “omitido” (lo no pensado), revisar prejuicios, modificar estereotipos, transformar vivencias y conocimientos intuitivos en conceptualizaciones factibles de ser instrumentadas y abrirse a nuevas alternativas, la tarea implica reflexionar sobre ciertos temas que a partir de la vida cotidiana cuestiona las creencias, mitos y actitudes. Este cuestionamiento resulta muy movilizador, donde la participación en un grupo de reflexión demanda una tarea interna muy intensa, requiriendo una cantidad de energías disponibles y cierto grado de equilibrio emocional, ya que por debajo de

cierta estabilidad emocional, las movilizaciones resultan intolerables y pueden construir situaciones.

Por su parte, Dellarossa (1979), señala que en los grupos de reflexión se rescatan exclusivamente las manifestaciones de la capacidad de pensar y elaborar reflexiones por parte de cada uno de los miembros.

Este mismo autor señala que en el grupo de reflexión se realiza un abordaje intelectual, frío, afectivamente distante, que se va facilitando si se respeta la ubicación geográfica y el tiempo del relato, por lo cual se respeta el allá y entonces de la anécdota y se tratará de indagar antes que se produzca el fenómeno de la redramatización en el aquí y ahora de la sesión que moviliza mayor compromiso afectivo.

Jimeno-Soria, (s/f) señala que estos grupos basan sus principios y valores en la corresponsabilización de las situaciones en las que consultante y consultado se encuentran, manteniendo siempre un respeto mutuo entre ellos y los contenidos que se aportan, por lo cual este método y técnica proporciona a los usuarios un espacio en donde pueden compartir e intercambiar con otros sus opiniones, vivencias y miedos, sin temor a ser rechazados, pero sobre todo les permite reflexionar sobre sus decisiones y la responsabilidad que tienen sobre ellas (Bernardez, et al., s/f).

El proceso en el grupo de reflexión contiene tres momentos: aproximación, desarrollo y cierre, por lo cual se sugiere un tiempo mínimo de cuatro meses y ocho meses máximo, según el tema y el nivel de profundización que se pretenda (Martínez y Valenzuela, 1994).

Finalmente es importante señalar que Dellarossa (1979) refiere que los Grupos Reflexivos han sido utilizados para la formación sistemática de profesionales en la coordinación de grupos, los cuales han trabajado con objetivos formativos más que psicoterapéuticos.

### **2.2.3.1 Grupos de reflexión focalizada**

Martínez y Valenzuela (1994), proponen una nueva modalidad de los grupos de reflexión a los cuales llaman “Grupos de reflexión focalizada”, en la cual se *“pretende llevar a cabo un análisis y construcción grupal a partir de las aportaciones de todos y cada uno de los integrantes de un grupo en torno a un tema dado, recuperando tanto los componentes de contenido, como los aspectos afectivos que surgen a través de procesos de reflexión y de la experiencia vivencial planeadas y puestas en marcha con un objetivo definido”* (pp. 117).

Las autoras señalan que esta modalidad se fundamenta e integra en diversos planteamientos teóricos sobre fenomenología grupal con la finalidad de fundamentar el proceso de reflexión grupal y para sustentar la utilización de procedimientos vivenciales en grupo. Tales planteamientos son: los grupos T de Lewin; la corriente psicoanalítica de Bion, Pichon Riviere y grupos de reflexión; Grupos focalizados desde la psicología social; así como la terapia centrada en el cliente, Gestalt, psicodrama y técnicas de expresión creativa.

Esta modalidad de grupos ha sido usada generando grandes ventajas y beneficios para las participantes y sus creadoras Martínez y Valenzuela (1994) para desarrollar la investigación denominada “Una experiencia en Grupos de Reflexión en torno al placer sexual de las mujeres”, en la cual se formaron grupos de reflexión con duración de 15 sesiones de 75 minutos.

## **2.3. Intervención grupal con personas que presentan síntomas depresivos y ansiosos**

En la literatura y estudios publicados en los últimos años desarrollados en diversos países y poblaciones, se reportan una variedad de tratamientos tanto individuales como grupales, los cuales han mostrado en la mayoría de los casos éxito; entendido esto último como lo explican Vázquez, Torres, Hermida, Otero y

Blanco (2014), la reducción de síntomas y fundamentalmente por la reducción en el comienzo de nuevos episodios.

Esos mismos autores, al hacer una revisión y análisis de 42 estudios desarrollados entre los años 1990 y 2013 en varios países, sobre las intervenciones psicológicas y psicoeducativas de prevención de la depresión, señalan que algo común en la gran mayoría de dichos reportes son las graves consecuencias del desarrollo de la depresión en jóvenes y adultos y las limitaciones del alcance de los tratamientos, por lo cual consideran de suma importancia la necesidad de implementar programas de prevención.

Tomando en cuenta eso, en los últimos años se ha acuñado el término de “prevención indicada” la cual es definida como aquella que tiene como población objetivo a personas que ya han desarrollado signos y síntomas, pero que todavía no cumplen los criterios diagnósticos para un trastorno (Vázquez et al. 2014). Por lo cual la meta de los programas de prevención indicada de la depresión es evitar el desarrollo de un episodio depresivo mayor.

Dichos programas de prevención indicada, han basado sus intervenciones en el modelo Cognitivo-Conductual, implementando estrategias tanto psicológicas como psicoeducativas, entendiendo las primeras como una intervención que tiene por objetivo enseñar a las personas habilidades para reducir la depresión como por ejemplo: el manejo del estrés, la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entre otras; y las segundas, se refiere únicamente en proporcionar información sobre el padecimiento (Vázquez et al. 2014).

A su vez, se ha encontrado que las intervenciones grupales han mostrado efectividad en la disminución de síntomas depresivos en diversas poblaciones, como lo demuestran los resultados del reciente estudio desarrollado en el IMSS por García-Peña, Vázquez-Estupiñan, Avalos-Pérez, Robles, Sánchez-García, y Juárez-Cedillo (2015), en el cual se seleccionaron 80 pacientes adultos mayores con presencia de sintomatología depresiva. La mitad de dichos pacientes pertenecientes al Grupo de Intervención (GI) fueron invitados a conformar grupos

de 7 a 10 participantes a lo largo de 12 sesiones, con la finalidad de beneficiarse de intervenciones grupales desarrolladas bajo el modelo cognitivo-conductual y disminuir la presencia de síntomas depresivos. Los resultados muestran que la intervención fue efectiva, ya que el 56% de los participantes del GI mostró una disminución en comparación con 30% del Grupo Control (GC).

Por su parte, Sánchez (2003) encontró que la terapia grupal cognitivo conductual mostró efectividad en la disminución de síntomas de personas con diversos trastornos de ansiedad, las cuales acudieron a 8 sesiones de 90 minutos 1 vez por semana. Así mismo, reporta que los cambios logrados durante la intervención, se mantuvieron un tiempo posterior.

Finalmente, es importante señalar que otro de los hallazgos de la revisión que hacen Vázquez et al. (2014), es que las intervenciones dirigidas únicamente a la disminución de síntomas depresivos han mostrado tener un impacto significativo en los síntomas de ansiedad, lo cual los lleva a la conclusión de que los programas de prevención para la depresión también son útiles para la ansiedad.

## **MÉTODO**

La presente Tesis surge como resultado del desarrollo e implementación de una intervención grupal innovadora; Por lo cual, es importante explicar primeramente el origen y sustento de la misma y posteriormente, describir la metodología desarrollada en el estudio realizado.

### **Taller Psicoeducativo para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de psicología**

#### **Justificación**

Es importante recalcar que para la creación del presente Taller, se revisaron diversos materiales de consulta sobre intervenciones terapéuticas para personas que han sido diagnosticadas con depresión, con la intención de generar un impacto a nivel cognitivo, conductual y emocional. Para ello, el Taller que se desarrolló e implementó por la autora de la presente Tesis, retomó e integró en una propuesta de intervención grupal innovadora la psicoeducación, grupos de reflexión focalizada y técnicas cognitivo conductuales, para disminuir los síntomas depresivos y ansiosos de los participantes.

Para desarrollar dicha propuesta, se partió del concepto de “proceso de aprendizaje” el cual según Dellarossa (1979), señala como la capacidad o posibilidad de enriquecerse por medio de la experiencia. Por lo cual, dicho proceso demanda las mejores capacidades del individuo y que cualquier deficiencia causada por limitación en el desarrollo de las funciones mentales o por conflictos que pueden inhibir o distorsionar por periodos variables esas capacidades, se traducirán inmediatamente en dificultades de mayor o menor grado en la capacidad para aprender.

Por lo anteriormente dicho, el Taller desde su creación y desarrollo tuvo como eje rector el aprendizaje (como lo explica Dellarossa) y que la sintomatología

depresiva y ansiosa presente en los participantes era entendida como un “conflicto” que entorpecía ese proceso de enriquecimiento. Por lo cual, se tenía que generar una intervención que tuviera impacto en diferentes niveles: por un lado lo psicoeducativo, por otro psicológico y por último reflexivo.

El nivel psicoeducativo y psicológico se basa en lo que Vázquez et al. (2014) llamaron “prevención indicada”, en la cual se implementan estrategias tanto psicológicas como psicoeducativas. En el Taller se promovió los procesos educativos integrando algunas técnicas terapéuticas de tipo cognitivo conductual, orientadas a mejorar el estado emocional y a reducir los síntomas de depresión y ansiedad, así como informar respecto a dichas sintomatologías.

Dichos componentes continuamente interactúan a lo largo de toda la intervención, ya que en todas las sesiones se brinda información sobre la temática a trabajar (psicoeducativo), se realizan actividades que promueven cambios a nivel cognitivo y conductual, realizando ejercicios que promueven la comprensión, autoanálisis, expresión de ideas y sentimientos (psicológico y reflexivo) en un ambiente de confianza, contención y retroalimentación como lo es el grupo; siempre tomando en cuenta las diferencias en las ideas, creencias y atribuciones sociales que son consagradas a hombres y mujeres culturalmente y que se han visto reflejadas en la presencia y diversos tipos de manifestaciones de la depresión.

Así mismo, debido a los beneficios que el trabajo grupal en cualquiera de sus modalidades proporciona a los integrantes de los mismos, es que se decidió conjuntar ambas intervenciones (psicoeducativa y grupal) con la intención de propiciar procesos interpersonales, así como la creación de un espacio grupal para la expresión de emociones y sentimientos; pero sobre todo, proporcionar un espacio en donde las personas que integran el grupo escuchen otras vivencias y descubran que no son los “únicos” que viven eso, y así aprender de la propia participación en el grupo integrando lo sentido y lo vivido en sesión.

Una vez descrito esto, se procederá a detallar la intervención desarrollada.

NOMBRE DEL TALLER: “Hablando sobre depresión y ansiedad”

DURACIÓN: 6 sesiones de 90 minutos una vez por semana

OBJETIVOS DE TALLER:

- Al finalizar el taller, los participantes serán capaces de identificar la sintomatología, riesgos y factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la depresión y ansiedad en cada caso particular.
- Así mismo, se pretende psicoeducar y proporcionar estrategias que les permitan minimizar dicha sintomatología.
- Brindar un espacio de análisis y reflexión personal con la finalidad de buscar soluciones a su situación personal.

Como se mencionó anteriormente, el Taller estuvo conformado por seis sesiones, las cuales en su conjunto tenían la finalidad de generar un proceso grupal en el que se estableciera en primer lugar: la confianza básica para la realización y logro de los objetivos, así como definir el encuadre grupal y comenzar con reflexiones “desde lo teórico” para comenzar a mirarse desde esa perspectiva. Por ello, como se verá a continuación la primera sesión fue desarrollada tomando en cuenta lo dicho anteriormente, es decir, aprender teóricamente sobre los síntomas de depresión y ansiedad y posteriormente reflexionar, compartir y vivenciar lo descubierto de sí mismos (as), iniciando con un reconocimiento de síntomas.

<b>SESIÓN 1</b>			
<b>OBJETIVO: El participante conozca e identifique en su situación personal la sintomatología depresiva y ansiosa, así como los factores de riesgo.</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Temas</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida</li> <li>• Objetivos del taller</li> <li>• Características y dinámica del taller</li> <li>• Explicación de las reglas del grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carpeta de trabajo de cada participante</li> <li>• Fotocopias con las reglas del grupo</li> <li>• Consentimiento informado</li> </ul>	20
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de participantes y coordinadora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gafetes con nombres</li> </ul>	10
Revisión Tema 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es la depresión y la ansiedad? <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Síntomas y factores de riesgo</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotafolio</li> </ul>	15
Ejercicio uno “Identificando mis síntomas y factores de riesgo”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El objetivo es que cada participante reflexione sobre su situación personal y logre identificar qué síntomas y qué factores de riesgo están presentes en su vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Plumas</li> </ul>	20
Participación de cada integrante con la finalidad de compartir en grupo su reflexión del ejercicio 1			15

Actividades en casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación del uso y lectura del recordatorio uno</li> </ul>	Recordatorio uno: <i>“Ahora sé que no soy la única persona que sufre. El primer paso es reconocer lo que siento y brindarme un tiempo a mí mismo (a)”</i>	5
Cierre	El coordinador dará un breve resumen de lo ocurrido en esta primera sesión, enfatizando en la importancia de analizar y reconocer de forma personal los puntos abordados en la sesión e ir implementando las estrategias utilizadas en la misma, en su vida cotidiana.		5

Posteriormente, con la finalidad de continuar desarrollando la confianza básica y pasar de una reflexión e identificación puramente teórica y lejana sobre su situación a una más personal y profunda, se desarrolla una segunda sesión en donde se privilegia la reflexión e identificación cognitiva (pensamientos) y afectiva (lo que generan esos pensamientos).

<b>SESIÓN 2</b>			
<b>OBJETIVO:</b> El participante conocerá los diferentes pensamientos automáticos distorsionados que la persona deprimida genera y con ello, identificará los propios que los mantienen en un estado depresivo y/o ansioso.			
<b>Actividades</b>	<b>Temas</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida			15
Comentarios sobre las			

actividades realizadas en casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso y beneficio del recordatorio durante la semana.</li> </ul>		
Revisión Tema 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas de pensar de la persona deprimida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carpeta de trabajo de cada participante</li> <li>• Fotocopias con formas de pensar de la persona deprimida</li> </ul>	20
Ejercicio dos "Identificando mis formas de pensar"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El objetivo es que cada participante reflexione sobre su situación personal y logre identificar los pensamientos y situaciones en donde surgen los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Plumas</li> </ul>	15
Análisis y participación personal de la temática abordada			25
Actividades en casa	<p>Tarea 1 "Nuevas maneras de pensar y comportarnos"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso del recordatorio dos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de autoregistro de pensamientos</li> </ul> <p>Recordatorio dos:  <i>"Realizar actividades que me gustan y pensar en todo lo positivo que hay en mi vida, me</i></p>	10

		<i>hace sentir valioso (a)”</i>	
Cierre	El coordinador dará un breve resumen de lo ocurrido en la sesión, enfatizando en la importancia de analizar y reconocer de forma personal los puntos abordados en la sesión e ir implementando las estrategias utilizadas en la misma en su vida cotidiana.		5

Para la tercera, cuarta y quinta sesión y siguiendo el proceso grupal esperado, se desarrollaron temáticas más profundas y personales, suponiendo que para ese momento ya se podría desarrollar y encaminar las sesiones a la temática propiamente dicha, es decir, se habría logrado consolidar la confianza básica y ahora pasar al momento de poder reflexionar sobre sí mismos (as) sin escudarse en aspectos teóricos; fortaleciendo así el proceso reflexivo y vivencial, sin dejar de lado el aspecto psicoeducativo, en el cual se les enseñaba los factores y acontecimientos que han marcado su vida en diferentes etapas y que los (las) han llevado a desarrollar y mantener sus síntomas.

<b>SESIÓN 3</b>			
<b>OBJETIVO: Los participantes identificarán los acontecimientos de vida que influyen en el mantenimiento de su sintomatología depresiva.</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Temas</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida			20
Comentarios sobre las actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarea 2</li> <li>• Uso del recordatorio 2</li> </ul>		

realizadas en casa			
Revisión Tema 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo multicausal de la depresión <ul style="list-style-type: none"> <li>Acontecimientos de vida</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rotafolio</li> <li>Carpeta de trabajo de cada participante</li> <li>Hojas blancas</li> <li>Pluma</li> </ul>	15
Ejercicio 3 “Recordando mi vida”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escribir sobre las situaciones que viven día a día y cómo los hace sentir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojas blancas</li> <li>Plumas</li> </ul>	30
Análisis y participación personal de la temática abordada			20
Actividades en casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarea 3: Empezando a cambiar mi vida.</li> <li>Uso del recordatorio tres</li> </ul>	<p>Cada participante con base al ejercicio realizado en la sesión, pensará y llevará a cabo una actividad diferente que disfrute y la haga sentir bien.</p> <p>Recordatorio tres:  <i>“Gracias a mis experiencias de vida, soy una persona valiosa, fuerte e importante y por ello hago cosas</i></p>	5

		<i>que me hagan sentir feliz”.</i>	
Cierre	El coordinador dará un breve resumen de lo ocurrido en esta primera sesión, enfatizando en la importancia de analizar y reconocer de forma personal los puntos abordados en la sesión e ir implementando las estrategias utilizadas en la misma, en su vida cotidiana.		10
<b>SESIÓN 4</b>			
<b>OBJETIVO: Los participantes identificarán los aspectos de su historia infantil que influye como causa de su sintomatología depresiva.</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Temas</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida			15
Comentarios sobre las actividades realizadas en casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexiones derivadas de la Tarea 3 “Empezando a cambiar mi vida”</li> <li>• Uso del recordatorio 3</li> </ul>		
Revisión Tema 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo multicausal de la depresión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia Infantil</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotafolio</li> <li>• Carpeta de trabajo de cada participante</li> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Pluma</li> </ul>	20
Ejercicio 4 “Recordando mi historia”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir sobre las situaciones que vivieron en la infancia y cómo se sintieron.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Plumitas</li> </ul>	30

Análisis y participación personal de la temática abordada. ¿Cómo se relaciona mi historia infantil con mi sintomatología actual?		20
Actividades en casa	<p>Tarea 4 “Resignificando mi historia de vida”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso del recordatorio cuatro</li> </ul>	<p>5</p> <p>Escribirán una carta para sí mismos, enfatizando todos los aspectos positivos y fortalezas que tienen ahora gracias a las vivencias del pasado.</p> <p>Recordatorio cuatro: <i>“Ahora que miro hacia atrás y recuerdo lo que he vivido puedo comprender un poco más de mi”</i></p>
Cierre	El coordinador dará un breve resumen de lo ocurrido en esta primera sesión, enfatizando en la importancia de analizar y reconocer de forma personal los puntos abordados en la sesión e ir implementando las estrategias utilizadas en la misma en su vida cotidiana.	5

Para el quinto encuentro, se desarrolló una sesión que permitiera reflexionar y autoevaluar su propia condición social de ser hombre/mujer, ya que es una

variable que ha sido asociada muy frecuentemente con el mantenimiento de síntomas depresivos y para la intervención y estudio desarrollado en la presente Tesis fue de gran interés debido a que fue una de las variables estudiadas como se explicará más adelante.

<b>SESIÓN 5</b>			
<b>OBJETIVO: Los participantes identificarán cómo influye en el mantenimiento de su sintomatología depresiva la condición social de ser hombre/mujer.</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Temas</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida  Comentarios sobre las actividades realizadas en casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarea 4</li> <li>• Uso del recordatorio 4</li> </ul>		20
Revisión Tema 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo multicausal de la depresión               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición social: ser mujer/hombre en las diversas etapas de nuestra vida.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotafolio</li> </ul>	15
Ejercicio 5 “¿Qué implica ser hombre/Ser mujer?”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escribir sobre cómo ha sido y qué ha implicado ser hombre/mujer y cómo eso se relaciona con sus síntomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas blancas</li> <li>• Plumas</li> </ul>	30

Análisis y participación personal de la temática abordada		20
Actividades en casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarea 5: Reescribiendo mi historia como mujer/hombre</li> <li>Uso del recordatorio cinco</li> </ul>	<p>Cada participante escribirá una carta para sí mismos en donde enfatice todo lo positivo que hay en su vida por el simple hecho de ser hombres/mujeres.</p> <p>Recordatorio cinco:  <i>“Me gusta ser hombre/mujer porque....”</i> (Cada participante completará con la frase que desee).</p>
Cierre	El coordinador dará un breve resumen de lo ocurrido en esta primera sesión, enfatizando en la importancia de analizar y reconocer de forma personal los puntos abordados en la sesión e ir implementando las estrategias utilizadas en la misma en su vida cotidiana.	10

La sexta y última sesión, permitió finalizar el proceso grupal evaluando el logro de los objetivos planteados en un inicio, así como el aprendizaje, autodescubrimiento y vivencias derivadas de la experiencia grupal y con ello dar un cierre y canalización de lo descubierto.

<b>SESIÓN 6</b>			
<b>OBJETIVO: Dar cierre al taller</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Temas</b>	<b>Materiales</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida			20
Comentarios sobre las actividades realizadas en casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio tres</li> <li>• Uso del recordatorio 5</li> </ul>		
Análisis y participación personal sobre el proceso de reconocimiento que iniciaron desde la sesión 1, así como los cambios observados en ellos mismos a partir de los ejercicios propuestos a lo largo del taller.			40
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad final “Escribiendo mi propio recordatorio”. Cada participante con base en lo aprendido y logros conseguidos pensará y escribirá un recordatorio que le permita mantener dichos cambios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hojas de colores</li> <li>• Plumas</li> </ul>	10
Cierre	El coordinador brindará una retroalimentación a cada uno de los participantes con la finalidad de resaltar los logros y cambios conseguidos por cada uno de ellos, así como motivar el uso		20

	posterior de las estrategias aprendidas a lo largo del taller.	
--	----------------------------------------------------------------	--

Una vez descrito el Taller, se continuará con la descripción de la metodología seguida para la realización del presente estudio.

## **Pregunta de investigación**

Las preguntas de investigación que se plantearon para este estudio son: ¿Cuál es la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura que presentan depresión?, ¿Cuál es la relación entre algunas variables sociodemográficas como la edad, sexo, el nivel socioeconómico, así como la variable tener o no pareja con los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios?; ¿Existe algún efecto significativo en los síntomas de ansiedad y depresión después de asistir a un Taller Psicoeducativo Reflexivo? y ¿Existen diferencias por género en la sintomatología analizada después de asistir al taller?

## **Objetivos**

Los objetivos de este estudio fueron: a) Describir y analizar las variables socioeconómicas (edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico), así como la variable tener o no pareja en estudiantes universitarios con síntomas de depresión y ansiedad y b) Estudiar y analizar los efectos de la implementación de un Taller Psicoeducativo Reflexivo sobre la sintomatología de depresión y ansiedad de los mismos alumnos.

## Hipótesis

Las hipótesis bajo las cuales se trabajó son:

H<sub>1</sub> – Las mujeres presentan niveles más altos de sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con los hombres.

H<sub>0</sub> – Las mujeres no presentan niveles más altos de sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con los hombres.

H<sub>2</sub> – Los estudiantes con menor nivel socioeconómico presentan mayor sintomatología depresiva y ansiosa.

H<sub>0</sub> – Los estudiantes con menor nivel socioeconómico no presentan mayor sintomatología depresiva y ansiosa

H<sub>3</sub> – Los estudiantes sin pareja presentan mayor sintomatología depresiva y ansiosa.

H<sub>0</sub> – Los estudiantes sin pareja no presentan mayor sintomatología depresiva y ansiosa.

H<sub>4</sub>– Existe una disminución estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva y ansiosa de los estudiantes asistentes al taller.

H<sub>0</sub>– No existe una disminución estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva y ansiosa de los estudiantes asistentes al taller.

H<sub>5</sub>– Existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad después de asistir al Taller Psicoeducativo Reflexivo.

H<sub>0</sub> – No existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad después de asistir al Taller Psicoeducativo Reflexivo.

## Variables

Las *variables sociodemográficas* que se consideraron son: edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y tener o no pareja al momento de la evaluación.

La *variable independiente* es el Taller Psicoeducativo Reflexivo.

Las *variables dependientes* son los síntomas de depresión y ansiedad.

- **Definición Conceptual**

*Depresión:* presencia de sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer por las ocupaciones habitualmente gozosas de la vida, pérdida de la vitalidad o energía, indecisión o dudas, insomnio o excesiva somnolencia, pérdida de la libido, sentimientos de culpa y desgano o hiperactividad (APA, 2000). En la depresión, aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada (Sanzs, 1993).

*Ansiedad:* Las personas tienen preocupaciones que son difíciles de controlar e interfieren típica y significativamente con la actividad general del individuo, ya que son permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes y siempre suelen estar acompañados de síntomas físicos tales como fatiga excesiva, inquietud motora e irritabilidad (APA, 2000). En la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento (Sanzs, 1993).

- **Definición Operacional**

*Depresión:* Puntaje final obtenido a través del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

*Ansiedad:* Puntaje final obtenido a través de la subescala de ansiedad de la Lista de Síntomas (SCL-90), la cual evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos (Derogatis, 1978).

## **Diseño de investigación**

Se utilizó un diseño experimental que contó con un grupo experimental y uno control ya que se manipuló la variable independiente (taller psicoeducativo) para estudiar su efecto sobre dos variables dependientes (sintomatología depresiva y ansiosa). Para ello, se evaluó la frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva en dos momentos en ambos grupos. El primero de ellos antes de iniciar el taller y el segundo una vez concluido el mismo; cabe señalar que entre dichas evaluaciones hubo un tiempo de diferencia de dos meses.

## **Participantes**

El total de participantes fue de 12 estudiantes, por lo cual cada Grupo estuvo conformado por 6 integrantes, todos ellos estudiantes de la Licenciatura en Psicología del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás del Instituto Politécnico Nacional (CICS-UST), interesados en participar en la investigación y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) ser estudiantes activos, b) edad entre 18 y 23 años, c) obtener una puntuación entre 10 y 29 (depresión leve y moderada) al momento de la aplicación en el Inventario de Depresión de Beck II (BDI II).

Los criterios de exclusión fueron: a) estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico, b) consumo excesivo de alcohol o algún tipo de drogas, c) presentar riesgo suicida y d) obtener un puntaje menor de 10 y mayor de 29 en el BDI-II.

## Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la realización del presente estudio fueron una sección de preguntas cerradas en donde se recabó información sobre los datos sociodemográficos y criterios de inclusión/exclusión; El Inventario de Depresión de Beck II (IDB II) para evaluar la sintomatología depresiva y la subescala de ansiedad de la Lista de 90 Síntomas (SCL-90) para la sintomatología ansiosa, mismos que pueden consultarse en los ANEXOS 2 y 3 y que se describen a continuación:

Para la sintomatología depresiva se utilizó **El Inventario de Depresión de Beck II (IDB II)** (BDI II por sus siglas en inglés, Beck Depression Inventory II; Beck et al., 1996). El Beck I (BDI), se desarrolló para evaluar las manifestaciones conductuales de la depresión. Proporciona una evaluación estandarizada de la severidad de la depresión en pacientes diagnosticados con la enfermedad, pero también puede utilizarse para seleccionar pacientes que pudieran estar deprimidos y requirieran intervención (Arbabzadeh-Bouchez & Lepiné, 2003).

La segunda versión del Beck (BDI II), elimina algunos síntomas de la versión anterior, tales como la pérdida de peso, cambio en la imagen corporal, dificultad en el trabajo y preocupación somática y, por otro lado, también pregunta por el incremento del sueño y el apetito. Otra modificación en la versión II es que cambia el tiempo de encuadre de una semana a dos para hacerlo más compatible con los criterios del DSM-IV (Nezu, Nezu, McClure, & Zwick, 2002). Este instrumento está compuesto de 21 reactivos, cada uno contempla cuatro alternativas de respuesta que se presentan de menor a mayor gravedad según la intensidad de los síntomas. Dichas respuestas son puntuadas de 0-3 y la sumatoria total puede encontrarse en un rango de 0-63 puntos. Los puntos de corte que se proponen son: 0-13 depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa (Beck et al., 1996).

El IDB ha sido investigado, utilizado y estandarizado en México en diversos estudios, algunos de ellos son los de Torres-Castillo, Hernández y Ortega (1991);

González, Reséndiz y Reyes-Lagunes (2015) y por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998); en este último utilizaron los siguientes puntos de corte: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63). Por lo cual, para éste estudio se utilizarán los mismos.

Para la sintomatología ansiosa se utilizó la **subescala de ansiedad de la Lista de 90 Síntomas** (SCL 90 por sus siglas en inglés, Sympton Check List 90, Derogatis, 1978). Es una escala compuesta por 90 ítems (dividida en 9 subescalas) que evalúa el grado de “malestar” psicológico que un sujeto puede experimentar durante el periodo comprendido entre el día de la evaluación y dos semanas anteriores a la aplicación. La subescala de ansiedad, evalúa la presencia de síntomas y comportamientos clínicamente significativos como inquietud, nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos, etc. Ésta subescala, está conformada por 10 reactivos que se contestan en una escala tipo likert de 5 puntos, que va desde “nada” (cero) hasta “mucho” (cuatro). Esta escala ha sido utilizada y validada en población mexicana por Cruz, López, Blas, González y Chávez (2005) y por Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil y Carvazos (2005), mostrando características psicométricas adecuadas para su uso en nuestra población. Las subescalas aisladas han sido utilizadas en estudios anteriores por Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Norma (2003).

## **Procedimiento**

El desarrollo de la investigación estuvo conformado por tres fases a saber:

- Fase 1. Evaluación de sintomatología (ambos grupos)
- Fase 2. Taller psicoeducativo (grupo de intervención)
- Fase 3. Evaluación de sintomatología (ambos grupos)

La **primera Fase** inició con la detección y selección de los participantes. Para ello, la entrevistadora acudió al salón de clase para explicar los objetivos de la investigación e invitar a participar de forma voluntaria a los estudiantes en el estudio.

Aquellos interesados contestaron de forma individual y en línea el instrumento de evaluación descrito anteriormente. Con los resultados arrojados de esa primera evaluación, se identificó a los posibles participantes del estudio que cumplieran con los criterios de inclusión antes mencionados. Dicha aplicación duró alrededor de 30 a 35 minutos y se efectuó a principios del mes de enero del 2015.

Posterior a ello, la entrevistadora contactó nuevamente a los estudiantes que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Cabe señalar que previo al contacto y con la finalidad de realizar la **conformación de los grupos**, se colocaron todos los nombres de los participantes elegibles en una urna y de forma aleatoria se asignaron al grupo de intervención (GI) o al control (GC).

Una vez reunidos con los participantes elegibles, se les explicó los objetivos y procedimiento del estudio tomando en cuenta el grupo al que pertenecerían, los beneficios, riesgos y se les solicitó su participación voluntaria; quienes aceptaron, firmaron una carta de consentimiento informado. Cuando los estudiantes no aceptaron se les dio las gracias.

Durante la **segunda Fase**, los estudiantes que integraron el GI acudieron al Taller Psicoeducativo para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, el cual tuvo una duración de 6 sesiones, de 90 minutos, una vez a la semana. Esta segunda fase se efectuó a finales del mes de febrero y principios de marzo del año 2015.

La **tercera Fase** se llevó a cabo durante el mes de marzo, aproximadamente 8 semanas después de la primera evaluación y una vez concluido el Taller Psicoeducativo Reflexivo. En dicha fase, se contactó y evaluó nuevamente a los participantes de ambos grupos; para ello se utilizaron los mismos instrumentos descritos previamente.

Es importante señalar que a aquellos estudiantes que continuaban presentando niveles moderados o altos de sintomatología depresiva y ansiosa al final del estudio, se les canalizó a servicios de salud mental, para dar seguimiento a su situación.

## **Análisis de datos**

El análisis estadístico se realizó por medio del Programa IBM SPSS versión 22.

Las variables sociodemográficas se analizaron a través de los estadísticos descriptivos, al igual que los datos de las dos evaluaciones de síntomas de depresión y ansiedad. Para estos últimos, se utilizaron puntos de corte, con la finalidad de clasificar el nivel de sintomatología. En el caso de los síntomas depresivos se manejaron los puntos de corte señalados por Jurado et al., (1998) los cuales son: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y grave (30-63). En el caso de la ansiedad, debido a que el instrumento no propone puntos de corte para las escalas aisladas y no se encontraron estudios que los propongan, se decidió establecer los siguientes para el presente estudio: mínima (0-9), leve (10-20), moderada (21-30) y grave (31-40).

Debido al tamaño y tipo de muestra, el nivel y número de mediciones de las variables se decidió utilizar análisis paramétricos y no paramétricos.

Para determinar la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad en ambas evaluaciones y grupos, se utilizó la prueba de Correlación de Spearman.

En cuanto a la relación entre las variables sociodemográficas y los síntomas depresivos y ansiosos, se utilizó una *t* de Student para analizar las variables sexo y tener o no pareja. En lo que respecta a las variables edad, escolaridad y nivel socioeconómico, se implementó un análisis no paramétrico con la prueba de Kruskal Wallis.

Para conocer si había una diferencia significativa en la presencia de síntomas depresivos y ansiosos después de asistir al taller Psicoeducativo, se llevó a cabo un análisis mediante una *t* de Student.

Finalmente, se empleó la prueba de Wilcoxon para determinar si había diferencias estadísticamente significativas por género, en la sintomatología analizada después de haber asistido al taller.

## RESULTADOS

Es importante señalar que derivado de lo observado en cada una de las sesiones y sobre todo las necesidades detectadas en los participantes, se consideró sumamente importante ampliar los objetivos de la intervención grupal implementada y a su vez el análisis y presentación de la información recabada.

Por lo anteriormente dicho y con la finalidad de mostrar con mayor claridad los resultados obtenidos en el presente trabajo, primeramente se describen las características de los grupos que conformaron el estudio, así como las evaluaciones realizadas respecto a los síntomas y variables sociodemográficas estudiadas. Posteriormente, se presentará un análisis breve de cada una de las sesiones desarrolladas en el Taller, con la finalidad de brindar mayor información que permita el entendimiento del impacto del trabajo grupal en los síntomas estudiados.

### **Características sociodemográficas de la muestra.**

La muestra estuvo conformada por 12 alumnos de la licenciatura en Psicología del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud Unidad Santo Tomás (CICS-UST), los cuales fueron divididos en forma aleatoria en dos grupos: Control e Intervención; cada uno ellos fue integrado por 6 alumnos, 2 hombres y 4 mujeres| respectivamente.

El promedio de edad del total de los participantes fue de 21.17 años (DE=1.337), con un rango de 19 a 24 años; en cuanto al nivel socioeconómico (basado en el ingreso mensual familiar) se encontró que el 58.3% se encuentra en un nivel medio, el 33.3% alto y el 8.3% en bajo. El 41.7% se encuentra cursando el sexto semestre, 33.3% el octavo y 25% quinto. Así mismo, respecto a si se tiene o no pareja se encontró que 7 (58.3%) de los evaluados no tenía pareja y 5 (41.7%) sí tiene.

En la Tabla 1 y 2 se presentan con mayor detalle y por grupo, las características de la muestra.

**Tabla 1.**  
**Características sociodemográficas del Grupo Control (N=6)**

<b>Variables</b>	<b>f (%)</b>
<b>Sexo</b>	4 (67)
Mujer	2 (33)
Hombre	
<b>Edad</b>	
19-20	1 (17)
21-22	4 (66)
23-24	1 (17)
<b>Nivel socioeconómico</b>	
Medio	3 (50)
Alto	3 (50)
<b>Semestre</b>	
Quinto	1 (17)
Sexto	3 (50)
Octavo	2 (33)
<b>Tiene Pareja</b>	
Si	2 (33)
No	4 (67)

**Tabla 2.**  
**Características sociodemográficas del Grupo Intervención (N=6)**

<b>Variables</b>	<b>f (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Mujer	4 (67)
Hombre	2 (33)
<b>Edad</b>	
19-20	2 (33)
21-22	3 (50)
23-24	1 (17)

<b>Nivel socioeconómico</b>	
Bajo	1 (17)
Medio	4 (66)
Alto	1 (17)
<b>Semestre</b>	
Quinto	2 (33)
Sexto	2 (33)
Octavo	2 (33)
<b>Tiene Pareja</b>	
Si	3 (50)
No	3 (50)

## Síntomas depresivos y de ansiedad

Los resultados obtenidos por el **Grupo Control** respecto a los **síntomas depresivos** medidos a través del BDI-II, demuestran que en la primera evaluación 5 de los 6 integrantes puntuaron en rangos entre 11 y 16 puntos, lo cual los ubica en la clasificación de sintomatología leve, mientras que uno de ellos se ubicó en el nivel moderado (23 puntos). En cuanto a la segunda evaluación, se puede observar un incremento en las puntuaciones, ubicando a la mitad de los integrantes en un nivel leve pero con puntuaciones mayores (14 y 16) y la otra mitad en un nivel moderado con puntuaciones de 16 y 23. Resultados que señalan una tendencia a incremento de síntomas depresivos con el paso del tiempo (Ver Figura 1).

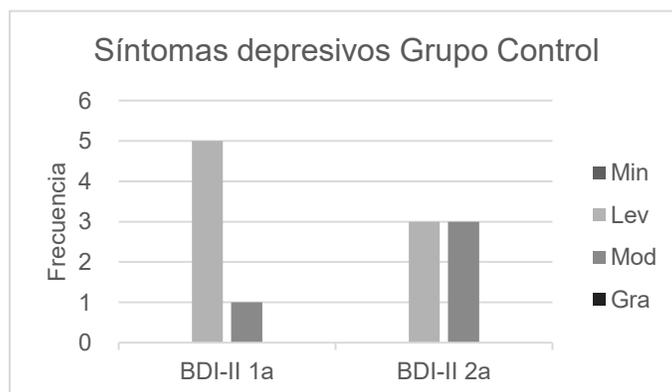


Fig. 1 Niveles de depresión medidos con el BDI-II durante la primera y segunda evaluación en el Grupo Control

En cuanto a los **síntomas de ansiedad** evaluados mediante el SCL-90, los resultados obtenidos por el **Grupo Control** muestran que en la primera evaluación tres de los integrantes obtuvieron puntajes entre 23 y 28 lo cual los ubica en un nivel moderado; dos de los participantes entre los puntajes de 11 y 20 (nivel leve); y solamente uno de ellos se ubicó en un nivel mínimo. En cuanto a la segunda evaluación, los resultados señalan un mantenimiento en la presencia de ansiedad, ya que se reportan tres casos con puntuaciones entre 23 y 28 ubicándolos en un nivel moderado, dos en un nivel leve y un caso en nivel mínimo (Ver Figura 2).

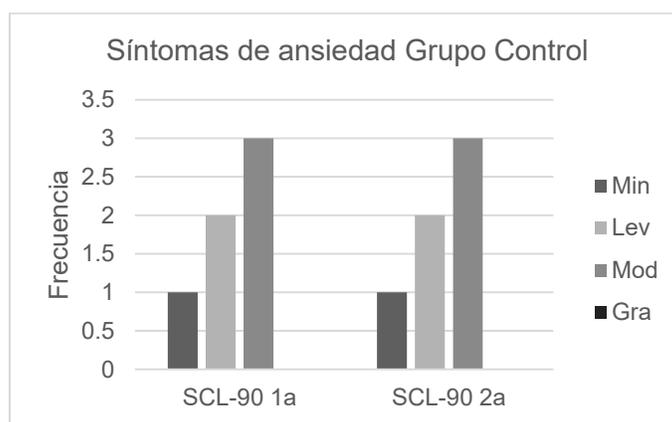


Fig. 2 Niveles de ansiedad medidos con el SCL-90 durante la primera y segunda evaluación en el Grupo Control

Los resultados obtenidos por el **Grupo de Intervención** respecto a los **síntomas depresivos**, demuestran que en la primera evaluación los 6 integrantes puntuaron entre los rangos de 10 y 16 puntos, lo cual los ubica en la clasificación de sintomatología leve; rangos similares al grupo control a excepción del caso que puntuó en 23. En cuanto a la segunda evaluación, se puede observar un decremento en las puntuaciones, ya que 5 de ellos obtuvieron un puntaje de 8 y 9, lo cual los ubica en un nivel mínimo; mientras que un participante se continuó ubicando en un nivel leve. Dichos resultados señalan una diferencia respecto a las encontradas en el grupo control, ya que en este grupo lo que se observa es una

tendencia a la disminución de sintomatología depresiva posterior a su asistencia al taller (Ver Figura 3).

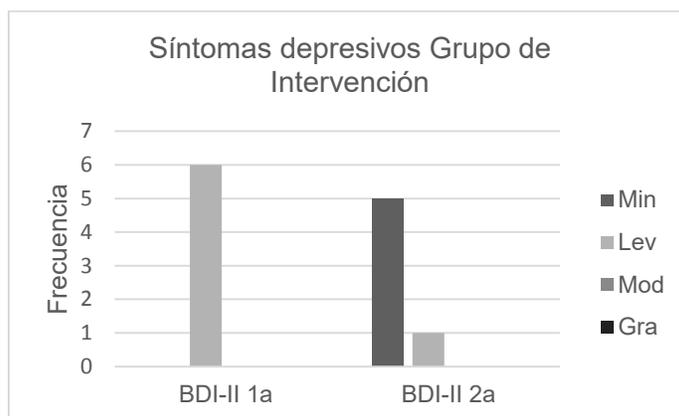


Fig. 3 Niveles de depresión medidos con el BDI-II durante la primera y segunda evaluación en el Grupo Control

En cuanto a los **síntomas de ansiedad** evaluados en el **Grupo de Intervención** durante la primera evaluación, señalan niveles más altos que los reportados por el Grupo Control, ya que la mitad de los participantes reportó presencia de niveles leves (rangos entre 10 y 20); dos de ellos puntuaron en un nivel moderado y uno con nivel grave. En lo que respecta a la segunda evaluación, se puede observar un decremento en la presencia de ansiedad, ya que se reportan únicamente niveles mínimos y leves (puntajes de 4-6 y 15-17-18 respectivamente) (Ver Figura 4).

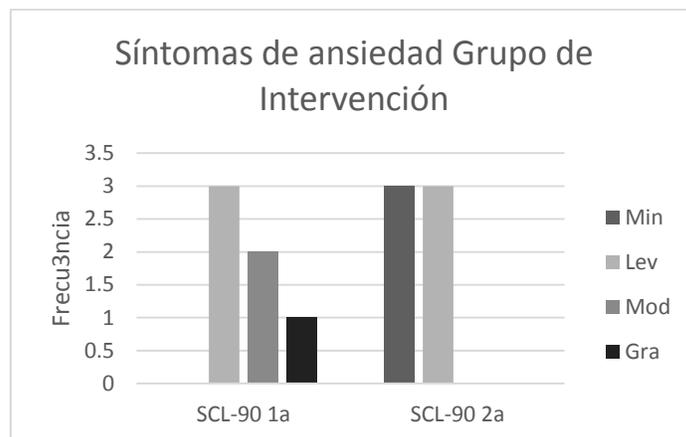


Fig. 4 Niveles de ansiedad medidos con el SCL-90 durante la primera y segunda evaluación en el Grupo de Intervención

### **¿Cuál es la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de licenciatura que presentan depresión?**

Para responder a ésta pregunta se analizó mediante la prueba de Correlación de Spearman los síntomas de depresión (BDI-II) y los síntomas de ansiedad (SCL-90) tanto de la primera, como la segunda evaluación.

Los resultados de la primera evaluación indicaron que no existe una correlación estadísticamente significativa ( $p > .05$ ). Sin embargo, para la segunda evaluación se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa, alta y directamente proporcional ( $r_s = 0.767$ ,  $p = 0.01$ ) (Ver Figura 5).

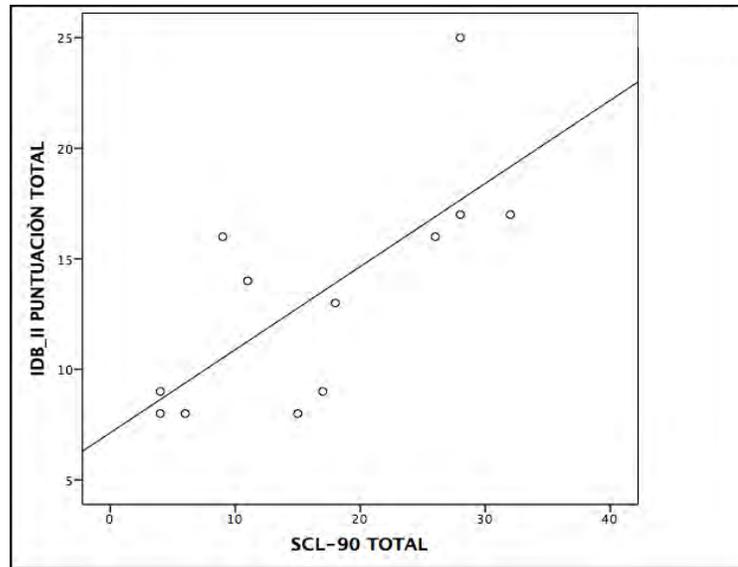


Fig. 5 Correlación entre síntomas depresivos y ansiosos segunda evaluación

**¿Cuál es la relación entre algunas variables sociodemográficas como la edad, sexo, el nivel socioeconómico, así como la variable tener o no pareja con los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios?**

Para comprobar si las hipótesis planteadas sobre la relación de las variables sociodemográficas como la edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico y tener o no pareja están asociadas a la sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes, se analizó por separado cada una de estas sintomatologías.

Debido a que las variables sociodemográficas comprendían dos o más categorías, se decidió utilizar dos diferentes análisis: *t* de Student para analizar las variables sexo y tener pareja (con dos categorías cada una), y Kruskal Wallis para las variables edad, escolaridad y nivel socioeconómico, ya que cada una de estas contaba con tres categorías.

La prueba *t* de Student, mostró tanto con la sintomatología depresiva como de ansiedad y las variables señaladas, que no hubo relaciones estadísticamente significativas entre ellas ( $p > .05$ ).

El mismo resultado se observó con la prueba Kruskal Wallis, ya que no se encontró una relación estadísticamente significativa ( $p > .05$ ) entre las variables analizadas.

Por lo mencionado anteriormente, podemos decir que las hipótesis planteadas ( $H_1, H_2$  y  $H_3$ ) sobre estas relaciones se rechazan.

### **¿Existe algún efecto significativo en los síntomas de ansiedad y depresión después de asistir a un Taller Psicoeducativo Reflexivo?**

Para conocer si había una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de síntomas depresivos y ansiosos después de asistir al Taller Psicoeducativo Reflexivo, se analizaron las medias de la sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (SCL-90) de la primera y segunda evaluación mediante una *t* de Student, en la cual se encontró que el decremento observado fue estadísticamente significativo tanto para la depresión ( $t=3.67, g/5, p<.01$ ), como para la ansiedad ( $t=7.27, g/5, p<.00$ ). Por lo cual la  $H_4$  se acepta (Ver Tabla 3).

**Tabla 3.**  
**Medias de depresión (BDI-II) y de ansiedad (SCL-90)**

<b>Variable</b>	<b>1ª evaluación Media (DS)</b>	<b>2ª evaluación Media (DS)</b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Depresión (IDB-II)</b>	12.17 (2.639)	9.17 (1.941)	3.67	.01*
<b>Ansiedad (SCL90)</b>	20 (8.854)	10.67 (6.683)	7.27	.00*

## **¿Existen diferencias por género en la sintomatología analizada después de asistir al taller?**

Finalmente, se empleó la prueba de Wilcoxon para determinar si había diferencias estadísticamente significativas por género en la sintomatología analizada después de haber asistido al taller, sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ( $p > .05$ ). Por lo cual se rechaza la  $H_5$  ya que la sintomatología estudiada disminuyó por igual.

## **Análisis por sesión grupal**

Antes de presentar el análisis desarrollado de las sesiones del Taller, es importante precisar que se decidió integrar una intervención grupal de tipo reflexiva vivencial, ya que los objetivos planteados en un inicio (únicamente psicoeducativos) limitaban los beneficios de los participantes y no sólo basta saber si disminuyeron los síntomas estudiados sino qué factores estuvieron implicados y se consideró que ese proceso sólo podría entenderse a través del análisis de lo ocurrido en cada una de las sesiones.

Por lo anteriormente dicho, a continuación se presenta un análisis de contenido de cada una de las sesiones, tomando como unidades de análisis: la interacción entre participantes, tipo de participación, ambiente grupal, así como integración y aplicabilidad de los contenidos del taller en su vida personal.

### **Sesión 1**

La sesión dio inicio de manera puntual, ya que todos los integrantes del grupo llegaron poco antes de la hora acordada, conforme fueron llegando se fueron ubicando de manera separada y sin interactuar entre ellos. La única interacción (miradas y participación) que se dio desde el inicio y hasta el fin de la sesión fue hacia la facilitadora. A medida que se fue desarrollando la sesión, se pudo observar

que una característica que compartían todos eran sus participaciones evasivas, lejanas y racionales sobre su interés de acudir al Taller, ya que mencionaron acudir con el único propósito de “aprender sobre la depresión y sobre grupos”. A medida que se estableció el encuadre de trabajo se percibió un ambiente de angustia e interés por continuar acudiendo, ya que nunca habían experimentado algo así y eso les causaba miedo, por lo cual la defensa más utilizada ante esto fue la racionalización e intelectualización. Cuando se comenzó a revisar el primer tema se mostraron muy atentos y participativos tratando de mostrar que sabían sobre la depresión y ansiedad, sin embargo, cuando se les pidió aterrizar eso a su vida y situación personal, se observó nuevamente niveles altos de ansiedad, lo cual provocó silencios y poca participación; sin embargo, se mostraban reflexivos y con dificultades para identificar la presencia de manifestaciones de depresión y ansiedad en sus vidas.

La conclusión a la que se llegó de manera grupal y con la cual se identificaron todos fue: *“mirar y entender la depresión en otras personas es más fácil, lo complicado viene cuando se trata de nosotros, es muy complicado y las manifestaciones son tan variadas que por eso pasan desapercibidas o hasta parecen normales”*.

## **Sesión 2**

En esta sesión se observó desde un inicio mayor interacción entre los participantes del grupo, ya que derivado de la coincidencia entre algunos miembros en la hora de llegada al espacio de trabajo se mostraban más sonrientes, dirigiéndose miradas y saludos de bienvenida.

Al iniciar la sesión, hubo una participación más espontánea y menos defensiva de la mayoría de los integrantes, derivada de las reflexiones y aplicabilidad de las técnicas usadas la sesión pasada y tarea. La mayoría reconoció que desde la sesión pasada, habían estado pensando en lo que sus compañeros compartieron y que en algunos casos alguna frase o situación coincidía mucho con

su vida. Todos señalaron que usaron el recordatorio, y que al leerlo continuamente identificaron sentimientos encontrados hacia ellos mismos, los cuales iban desde un fuerte enojo hasta tristeza, porque identificaban que pocas veces se daban tiempo para ellos mismos y que siempre habían estado “bien” para todos los demás y que por ello, era complicado pensarse como alguien que no lo está. Ante estas primeras participaciones, el grupo se mostró más integrado y con un mayor reconocimiento entre los miembros.

La ansiedad comenzó a hacerse presente en el ambiente grupal a medida que se exponía el tema de la sesión; representándose a través de risas, silencios y movimientos constantes de pies y manos, así como participaciones racionales y dificultades para identificar y aterrizar dichos aspectos en su vida. En la medida que la coordinadora intervino y retomó sus propias reflexiones para señalar y enfatizar la importancia de brindarse un espacio de reflexión y aprendizaje (como lo era el taller), el grupo pudo realizar la actividad.

La conclusión a la que se llegó de manera grupal y con la cual se identificaron todos fue que: la mayoría de los pensamientos identificados en las personas con depresión están presentes en su día a día, sin embargo nunca se habían detenido a pensar que eso los mantenía en un estado de tristeza, ansiedad y sobre todo, en un círculo vicioso de desconfianza hacia sus propias capacidades y que los limitaba en las actividades que les gustaban y que habían dejado de hacer.

### **Sesión 3**

En esta sesión se observó una interacción física y emocional más cercana entre algunos de los miembros, ya que llegaron juntos y antes de iniciar la sesión cuando esperaban la llegada de los otros, platicaban sobre aspectos de su vida cotidiana, algunos otros continúan siendo reservados y sólo interactúan cuando da inicio la sesión.

En esta ocasión surgió de manera espontánea, con gran entusiasmo y motivación cada una de las participaciones, el grupo mostró entusiasmo y empatía con la felicidad expresada en su discurso y postura, ya que se encontraban muy

entusiasmados por compartir lo hecho en la semana y que se refería a que varios de los participantes pusieron en práctica lo reflexionado en la sesión anterior sobre darse un tiempo para sí mismos y hacer cosas que les agradan. Mencionaron que habían hecho cosas que habían dejado de hacer porque consideraban poco importantes, por falta de tiempo o porque simplemente ya no les interesaban como antes. Sin embargo, a raíz de lo reflexionado habían pensado en su vida y qué cosas habían dejado y se habían dado cuenta que al brindarse la oportunidad de hacerlo nuevamente les había traído felicidad y más tranquilidad, un sentimiento que habían experimentado poco en los últimos meses.

Es importante señalar que el tipo de participación que se dio en esta sesión estuvo cargada de emoción y en menor medida de racionalización, los integrantes no mostraron dificultad para reconocer el sentimiento generado de la experiencia vivida. Así mismo, el ambiente de la sesión fluctuó entre los sentimientos de alegría, enojo y tristeza, ya que las primeras participaciones llenas de felicidad fueron usadas como punto de reflexión para comprender los acontecimientos de su día a día.

La reflexión y conclusión más importante a la que llegó el grupo fue que su vida actual está cargada de responsabilidades y demandas de otros (padres, pareja, amigos) que ellos intentan cubrir (sin éxito ya que siempre se les piden más) aunque eso implique dejarse de lado, lo cual se vuelve un círculo vicioso en donde intentan cumplir con esas expectativas y nunca lo logran, generando enojo y frustración hacia sí mismos.

Así mismo, lograron identificar que en su vida actual han vivido pérdidas o cambios importantes en su vida (pareja o cambio de casa) que consideraban superados o en su defecto “olvidados”, pero al momento de permitirse hablar de ellos y reflexionar sobre su impacto en su vida y estado de ánimo pudieron detectar que esos acontecimientos favorecían mucho el que se hubieran alejado de situaciones que les provocaban felicidad y los llevaban a entrar nuevamente en los círculos viciosos mencionados con anterioridad.

## **Sesión 4**

Al igual que en la sesión anterior, al inicio se observó una interacción física y emocional más cercana entre los miembros del grupo. Se comunicaban y miraban entre sí y sólo en algunas ocasiones miraban al facilitador.

Cuando se inició con la exposición del tema, se percibió un cambio radical en el ambiente, de iniciar con una atmosfera de compañerismo, alegría y entusiasmo, se pasó a un ambiente angustiante, silencioso y racional.

A lo largo de la sesión se presentaron muchos silencios acompañados de manifestaciones de ansiedad y fue sólo un participante quien se permitió compartir su experiencia con el grupo, la cual tuvo resonancia en los miembros quienes se mostraron empáticos con la tristeza y enojo del que fue el portavoz de esos sentimientos.

En general fue una sesión que provocó niveles altos de ansiedad, la cual pudo ser verbalizada hasta el momento de concluir, ya que los participantes refirieron que gracias a la experiencia narrada por su compañera habían podido iniciar con el rastreo de la tristeza y ansiedad que ha estado presente en sus vidas y que en muchas ocasiones no se habían permitido identificar, ya que preferían bloquear las experiencias dolorosas.

Al finalizar muchos llegaron a la conclusión de que nunca habían sentido la necesidad de buscar un espacio terapéutico personal para “sacar” toda esa “basura” que sólo los mantiene mal y que ahora que conocían más sobre su tristeza y ansiedad, se daban cuenta de la importancia de trabajar en terapia y no sólo acudir por demanda de la carrera.

## **Sesión 5**

La sesión se desarrolló en un ambiente de compañerismo, empatía y aprendizaje, ya que a diferencia de la sesión anterior en esta hubo participación de

todos los miembros, las cuales estaban influenciadas por el análisis individual, contenidos teóricos y sentimientos generados de dicho ejercicio.

Los miembros del grupo interactuaban e intercambiaban ideas, las cuales compartían y dejaba ver las coincidencias en los sentimientos y comportamientos que los caracterizaban y que los hacía no cumplir o encasillarse en los estereotipos de género. Así mismo, retomaban e integraban las reflexiones de sesiones anteriores. Denotando así la integración del cúmulo de reflexiones e interacción de los aprendizaje anteriores.

Una de las conclusiones más importantes del grupo fue que consideraban que tanto hombres como mujeres se identificaban con una postura fuerte, dominante y activa, la cual habían adoptado e integrado a su personalidad desde hace mucho tiempo con la intención de salir adelante y no sentirse en desventaja, lo cual se relacionaba con el tema anterior por sus experiencias en la infancia. Sin embargo, dicha situación a pesar de ser una fortaleza a la vez se volvía una desventaja que los llevaba a mantenerse en ese papel y dejar de lado sus sentimientos y siempre querer ser una persona fuerte a la cual no le duele nada.

## **Sesión 6**

El cierre del taller se desarrolló en un ambiente marcado por felicidad, confianza sorpresa y a la vez nostalgia, ya que las conclusiones y reflexiones personales señalaban que consideraban que se sentían felices por el recorrido hecho en muy poco tiempo (aunque doloroso en algunos momentos) y que eso les había permitido aprender sobre su tristeza y ansiedad y las formas en que habían estado cubriendo y escondiendo todos esos sentimientos.

Un cambio muy notorio fue la forma en que expresaron los participantes sus ideas y sentimientos, ya que hablaban en primera persona y se dirigían a sus compañeros, enfatizando su sentir. Se mostraban con una actitud más abierta y empática a diferencia de las primeras sesiones en donde se mostraban resistentes,

evasivos y distantes. Se habló y reflexionó sobre “su depresión o tristeza” y no de “la depresión”.

Así mismo, el grupo enfatizó que gracias a sus compañeros, la actitud y ambiente de respeto y confidencialidad y el haber compartido experiencias había facilitado su reflexión personal y los había motivado a poner en práctica los ejercicios y técnicas descritas en las sesiones.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo tiene como objetivos describir algunas variables sociodemográficas y su relación con los síntomas depresivos y ansiosos, así como estudiar los efectos de la implementación de un Taller que en un principio tenía objetivos puramente psicoeducativos, sin embargo por las necesidades detectadas en los participantes se tuvo que ampliar a un Grupo Psicoeducativo Reflexivo en una muestra de estudiantes universitarios entre 19 y 24 años de edad que se encontraban cursando el quinto, sexto y octavo semestre de la Licenciatura en psicología en el CICS Santo Tomás del IPN . Con la finalidad de explicar con mayor claridad las conclusiones más importantes derivadas de la integración del análisis cuantitativo y el análisis realizado en cada una de las sesiones del taller/grupo, se iniciará con el análisis de las variables y posteriormente con los hallazgos del trabajo grupal.

Los resultados obtenidos sobre la poca o nula relación de la sintomatología estudiada y las variables sociodemográficas, así como el tener o no pareja, son contrastantes a los reportados en otros estudios, en donde sí se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre estas variables (Belle y Doucet, 2003; Craske y Zucker, 2002; Ferrel et al, 2011; Sánchez et al, 2003).

Una posible explicación de esto es que si la relación entre las variables sociodemográficas y síntomas depresivos y ansiosos no fueron significativos, podría deberse no al hecho de que tal relación no exista, sino que en el presente estudio se contó con una pequeña muestra que no se consideran representativa de la población estudiada, lo cual no permitió ver con claridad la asociación entre las variables.

En cuanto a la edad, se ha visto que los universitarios más jóvenes son los que presentan mayores prevalencias y niveles de depresión. Específicamente, en los estudios con universitarios se observa que se presentan niveles de depresión leve en los de 19 años, moderada en los de 23 y severa en los de 20 (Ferrel et al.,

2011; Miranda y Gutierrez, 1998 citado en Ferrel et al., 2011). Dichos resultados son contrastantes con lo observado en el presente estudio ya que se contó con la participación de estudiantes con un rango de edad entre 19 y 24 años, con un promedio de 21 años, los cuales presentaban en un primer momento niveles leves de sintomatología depresiva, por lo cual no se observó dicha relación observada en otros estudios.

En cuanto a la variable género, se han reportado pocas investigaciones con resultados similares a los encontrados en el presente estudio, en donde se señala que no existe diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la presencia de síntomas depresivos (Manelic & Ortega-Soto, 1995; Romo et al., 2013), otros más refieren de forma consistente una proporción de 2 a 1 entre mujeres y hombres, siendo ellas las que presentan niveles más altos y con mayor frecuencia (Arrivillaga, et al., 2003; Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994; Cassano & Fava, 2002; Vázquez, 2005 citados en Ferrel et al, 2011; Fouilloux, et al., 2013; Furr, et al., 2001 citado por Fouilloux, et al., 2013; Riveros et al., 2007; Vargas et al., 2014) y no sólo en población universitaria sino en la población en general (Hankin & Abramson, 2001; Kessler et al., 2003; Medina-Mora et al., En cuanto a la ansiedad también se reporta mayor presencia en mujeres que en hombres (Judd et al., 1998; Medina-Mora et al., 2003), lo cual contrasta con lo visto en la primera evaluación realizada en este estudio, ya que son los hombres quienes en ambas evaluaciones y grupos presentaron niveles más altos en comparación a las mujeres aunque esta diferencia no fue significativa.

Así mismo, considero que la población con la cual se trabajó, en su mayoría mujeres y en menor cantidad hombres, no encajan en el estereotipo cultural que le “corresponde”, es decir con los estereotipos de lo que “debería” ser una mujer (sensible, abnegada, tierna, amorosa, cariñosa, cuidadora, pasiva, no agresiva, etc.) y/o con lo masculino (fuerte, duro, poco sensible, que no llora, resistente, etc.); y por lo tanto las demandas sociales que se le exigen a cada uno no son las mismas que en la población general. Dicho análisis se basa en lo reflexionado en la sesión 5 del taller, la cual se destinó a hablar sobre ello y en la cual se identificó que ellos

mismos se consideraban fuera de lo esperado para su género, ya que las mujeres mencionaban ser de un carácter, forma de pensar y actuar más apegado a lo masculino y los hombres a su vez, señalaban que podrían estar más conectados a sus afectos que la mayoría de los hombres. Así mismo, se comentó que dicho análisis sobre su condición de ser hombre o mujer, ya lo habían hecho en otro espacio (materias de género y sexualidad como parte de su formación académica) y que eso había tenido gran influencia en sus vidas, ya que les había brindado un panorama distinto sobre sí mismos y su propia construcción. Lo cual se vuelve una variable más que podría explicar una parte de dicha diferencia de resultados entre los estudios mencionados y el presente.

Así mismo, otro de los factores que considero influyen en dichos resultados son las redes de apoyo (variable que no fue evaluada pero que sí se abordó en el grupo); ya que a lo largo de las sesiones grupales un aspecto que constantemente estaba presente en el discurso de los participantes era que, a pesar de tener limitaciones financieras o alguna problemática personal, contaban con el apoyo de su familia para solventar los gastos y requerimientos académicos y/o solucionar sus problemas.

Respecto a los niveles más altos de ansiedad en hombres, puede estar muy relacionada con otras variables que no fueron evaluadas sistemáticamente, pero que en las sesiones grupales se analizaron y reflexionaron, los cuales se refieren a los “acontecimiento de vida estresante” o “sucesos vitales estresantes” (Ferrel et al, 2011; Grant et al, 2006; Oliva et al, 2008 y Paykel, 1992) que se han encontrado estrechamente relacionados con el mantenimiento de los síntomas. Los factores ambientales que se han encontrado estrechamente relacionados son: las situaciones de fracaso y ruptura de la relación de pareja (Oliva et al, 2008); problemas familiares (Grant et al, 2006); estresores esporádicos de contenido negativo (Hammen, 2005) y en general todos aquellos que se relacionen con lo social, familiar, escolar, de pareja, salud y económicos (Veytia et al., 2012).

Los sucesos que los participantes asocian con su malestar derivado de la sintomatología ansiosa, se relacionan con acontecimientos escolares como

dificultades con maestros y con los contenidos de algunas materias, lo cual concuerda con lo propuesto por Montoya et al., (2010) sobre estresores escolares; dificultades familiares y sobre todo algo que consideran un factor sumamente importante es el no contar con el apoyo de su pareja en el último mes, sobre todo, los hombres refirieron sentirse más solos y sin apoyo, a pesar de que reportan tener diversas redes de apoyo eso ha contribuido a que se sientan desesperados y presenten ideas negativas sobre sí mismos.

El nivel socioeconómico se considera como un factor desencadenante de la depresión, ya que de forma repetida se ha encontrado una relación significativa entre síntomas depresivos y menor nivel socioeconómico (Ferrel et al, 2011; Guerrero et al, 2013). Respecto a esta variable, los participantes comentaron no tener problemas económicos que les impidieran realizar sus actividades o quehaceres como estudiantes, por lo cual esa podría ser la explicación a esta no relación encontrada.

En cuanto a la poca o nula relación que se observó en la variable estudiada en la presente Tesis sobre tener o no pareja muchos autores la consideran como un “acontecimiento de vida estresante” o “sucesos vitales estresantes”, en donde se incluyen situaciones de pérdida y ruptura de la relación de pareja al perder una relación importante por separación. Dicho acontecimiento se ha visto estrechamente relacionado con episodios depresivos (Ferrel et al, 2011; Grant et al., 2006; Oliva et al., 2008; Paykel, 1992; Sánchez et al, 2003).

Respecto a esta variable, es importante considerar que la información de la misma fue recabada al inicio del estudio durante la primera evaluación y que los participantes del Grupo Control refirieron con mayor frecuencia (4 de 6) no tener pareja debido a una ruptura reciente, en comparación con los (3 de 3) del Grupo de Intervención que refirieron no tener pareja por decisión y no por ruptura, lo cual puede ser un factor (aunque no relacionado estadísticamente en el presente estudio) que pueda incrementar los niveles de depresión y ansiedad, sin embargo no se cuenta con suficiente información para afirmar o descartar dicha relación.

En cuanto a los resultados derivados de la evaluación sistemática que se hizo sobre la presencia de síntomas depresivos y ansiosos demostraron que tanto los integrantes del Grupo Control como del Grupo de Intervención presentaban en un primer momento niveles leves en la sintomatología depresiva. Esto concuerda con los bajos niveles o nula presencia en los síntomas depresivos y de ansiedad en estudiantes de Psicología en comparación con otras carreras universitarias (Guzmán-Facundo et al., 2011; González-Ramírez et al., 2009; Ferrel et al., 2011).

Respecto a este punto, es importante mencionar que a pesar de que la presencia de síntomas depresivos y ansiosos se mantiene en niveles bajos, no quiere decir que pueda considerarse a los estudiantes de Psicología como una población con un riesgo bajo, ya que como se observó con el Grupo Control, la tendencia es el mantenimiento e incremento de ambas sintomatologías debido a la no atención de dicho malestar cuando está en una etapa inicial.

Con base en estos resultados cabría preguntarse si esa poca atención que se le brinda al malestar pueda ser considerada como una variable de mayor poder predictivo, ya que considero que una de las grandes problemáticas tanto de la población afectada por estas condiciones como por el personal de salud es el demeritar la presencia y sobre todo la evolución que pueda tener, y sólo hasta que ven afectada significativamente su vida (cuando la presencia es más profunda) deciden buscar ayuda. Lo anterior, es algo que continuamente se reflexionó en el taller, pues ninguno de los participantes había buscado atención psicológica previamente, al no considerarlo un problema y creían que mejorarían con el tiempo. Sin embargo, al término del Taller el grupo pudo concluir que ese tipo de acciones se relacionaba con una forma de evadir situaciones dolorosas.

Agregado a esa situación, otro de los factores que se detectó a lo largo de las sesiones grupales fue que los participantes “creían” saber todo sobre depresión y ansiedad por su formación. Sin embargo, cuando se dio inicio al taller y se explican las diversas formas en que pueden manifestarse los síntomas, fue hasta ese momento que se permitieron tener un espacio de reflexión sobre sí mismos y de compartir experiencias, lo cual los llevó al reconocimiento del malestar presente y

efectos en su vida. Pero sobre todo, pudieron detectar que ese “saber” que creían tener no era más que una de las tantas defensas usadas para “negar” o no “ver” lo que acontece en sus vidas.

Otro hallazgo importante fue que los resultados con respecto a la relación entre depresión y ansiedad, podrían sugerir según lo observado en la primera evaluación en donde no se presentó una relación estadísticamente significativa entre dichos síntomas, que se tratan de trastornos distintos que se presentan juntos. Sin embargo, en lo concerniente a lo observado en la segunda evaluación específicamente con los integrantes del Grupo de Intervención en donde después de asistir al Taller se encuentra una relación estrecha y estadísticamente significativa, podría sugerir que realmente se trata de entidades que se influyen mutuamente; por lo que la comorbilidad puede ser el elemento que dé explicación de la co-ocurrencia de estas entidades, como señala Lecubrier (citado en Cassano et al., 2003) la ansiedad se encuentra estrechamente vinculada a la depresión y ésta con la ansiedad.

Así mismo, considero que otro de los aspectos a considerar para entender ese “cambio” en la relación entre ambas sintomatologías, es que a pesar de que los alumnos estudian y “aprenden” teóricamente sobre estas dos nosologías a lo largo de su formación, no las logran detectar en su vida y después de asistir a un espacio de reflexión (como lo fue el Taller) y se permiten mirar y reconocerse, logran identificar con mayor facilidad los síntomas presentes en su vida cotidiana, lo cual pudo haber influido al momento de contestar por segunda ocasión el instrumento.

Ahondando en la idea anterior, considero que la explicación al cambio observado posterior a la asistencia de un Taller en cada uno de los participantes del presente estudio, se debió en gran medida a la interacción entre los beneficios y bondades del trabajo grupal, el aspecto psicoeducativo y sobre todo al reflexivo manejado a lo largo de las sesiones ejecutadas. Ya que con ello, se generó mayor conciencia y aprendizaje sobre sí mismos y de los demás, y sobre todo, detectar con mayor facilidad malestares emocionales y físicos.

Dichos resultados se lograron gracias a la integración en una intervención grupal en la cual se retomó lo propuesto por Rodríguez et al. (2014), los cuales señalan que los beneficios principales del trabajo grupal psicoeducativo son: la colaboración entre pares, ruptura del aislamiento, aumento en las redes de apoyo, conocimiento de los trastornos y estrategias lo cual facilita la adquisición de conciencia de enfermedad y permite un aprendizaje más fácil a través del modelado; Así como, lo propuesto por Rojo-Lagarde y Taffoya-García (2004); Gimeno-Soria, (s/f); Fernández y Martínez (2011) respecto a los grupos reflexivos así como lo propuesto por Martínez y Valenzuela (1994) en donde se señala que el objetivo principal en este tipo de grupos es que los participantes tengan un espacio en donde puedan expresar sus ideas, deseos, sentimientos y necesidades para ser elaborados en forma compartida.

Como se mencionó anteriormente, la autora de la presente Tesis tuvo como eje rector y siempre en mente desarrollar e implementar una intervención grupal que explotara al máximo los beneficios, ventajas y estrategias del trabajo grupal psicoeducativo y reflexivo con la intención de beneficiar con esas grandes y diversas bondades señaladas con anterioridad, a los estudiantes que participaron en el estudio. Por ello, fue sumamente importante el análisis constante de las sesiones, la función del facilitador, las estrategias implementadas, así como ajustes a lo ya planeado.

Por otra parte, la conclusión más importante de la presente investigación fue el haber confirmado que la intervención grupal desarrollada e implementada a lo largo del Taller Psicoeducativo-Reflexivo, contribuyó significativamente en la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa que presentaban los estudiantes de Psicología que se beneficiaron de la misma; resultado que coincide con otros estudios en donde se ha utilizado el dispositivo grupal en sus diferentes modalidades y marcos teóricos (Vázquez et al, 2014; García-Peña et al, 2015; Sánchez, 2003). Así mismo, se trató de una intervención grupal de la cual tanto hombres como mujeres se beneficiaron, ya que en ambos casos la sintomatología estudiada disminuyó por igual y que a pesar de estar enfocada en su mayoría a la

sintomatología depresiva, contribuyó en la disminución de la ansiedad, resultado que coincide con lo reportado por Vázquez et al (2014).

Respecto a estos hallazgos, es importante señalar que existen pocas publicaciones en donde se reporten el uso, tipo y características de la intervención similares a las del presente estudio, así como de los beneficios y bondades del trabajo grupal en el área de la Psicología. En cambio, se encuentra en mayor medida estudios realizados por médicos o enfermeras en donde señalan el uso del dispositivo grupal como una forma de tratamiento que tiene únicamente por objetivo la psicoeducación sobre el padecimiento y la enseñanza de habilidades para reducir los síntomas. Sin embargo, a pesar de que el dispositivo grupal se ha implementado por otros profesionistas de la salud diferentes al psicólogo, se ha observado una alta efectividad en la disminución de síntomas y mantenimiento de la mejoría a través del tiempo (Casañas et al., 2014; García-Peña et al., 2015; Vázquez et al., 2014). Sobre todo, se ha observado que la intervención psicoeducativa es más eficaz en pacientes con síntomas leves (Casañas et al., 2014) y que son efectivas tanto para la depresión y ansiedad (Vazquez et al., 2014).

Uno de los grandes beneficios observados derivado de la intervención desarrollada e implementada y que podría dar cuenta de la efectividad mostrada, fue el hecho de haber integrado en la intervención el componente psicoeducativo y reflexivo con la finalidad de fomentar el proceso de aprendizaje (Dellarossa, 1979), tanto teórico y de sí mismos a través de la experiencia grupal, ya que a lo largo de las sesiones gracias a la metodología desarrollada en cada una de ellas, permitió conocer lo que marca la literatura sobre estas dos sintomatologías, sin embargo con los ejercicios y reflexiones logradas por el grupo y por cada uno de sus integrantes, cada uno de ellos lograron reconocer “su sintomatología”, “sus pensamientos”, “su historia de vida” (desde la infancia hasta la actualidad) y “sus significados de ser hombre y mujer”, y cómo estos interactúan y mantienen los síntomas actuales. Es decir, lograron identificar algunas de las experiencias, distorsiones y creencias negativas sobre sus fracasos, errores y sobre sí mismos, su historia y su futuro.

Otra parte fundamental de la intervención que contribuyó a lograr esos objetivos, fue que desde un inicio se implementaron estrategias cognitivo-conductuales, las cuales tenían la finalidad de generar oportunidades de mirarse y experimentar nuevas sensaciones y situaciones de aprendizaje, que les permitieran seguir reflexionando fuera del espacio utilizado por el Taller.

Finalmente, es importante decir que como lo señala González-González et al., (2012), la depresión se asocia con distintas conductas de riesgo como el consumo de alcohol y de tabaco; así como con conductas que favorecen la presencia de lesiones no intencionales, violencia, uso de tabaco, alcohol y otras drogas, volviendo dicha condición en un problema de salud pública. Por lo cual, es una problemática que debemos prevenir y tratar cuando sus niveles aún sean bajos, con ello estaremos reduciendo el riesgo de todas estas conductas, ya que como se habló en algunas sesiones dentro del grupo, estas conductas comenzaban a hacerse presentes en la vida diaria de los participantes, por lo cual es sumamente importante seguir estudiando dicha condición y generar mayores estrategias que incluyan el dispositivo grupal.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Una de las primeras limitaciones del estudio fue el haber logrado captar únicamente 12 de los 24 estudiantes que se tenían contemplados en un primer momento (12 integrantes por grupo e igual número de hombres y mujeres), sin embargo dicha situación se vio influenciada debido al movimiento estudiantil suscitado en el periodo en que se tenía programado implementar el Taller, por lo cual se tuvo que cambiar fechas, horario y sede de encuentro, lo cual generó que no todos los participantes aceptaran continuar en el estudio.

Derivado de lo mencionado anteriormente, no se contó con la participación y evaluación por igual de hombres y mujeres, por lo cual las comparaciones y resultados no pueden ser generalizados ni concluyentes como se esperaba. Para

ello, se sugiere se contemple una participación equilibrada entre hombres y mujeres para poder establecer diferencias significativas entre ellos.

A su vez, es importante analizar y dar seguimiento de los efectos de la intervención grupal realizada, con la finalidad de conocer los beneficios de lo aprendido e implementado en el Taller y verificar su efectividad a través del tiempo.

Finalmente, con este tipo de estudios se pretende tener un mayor acercamiento y entendimiento de la población estudiantil de la licenciatura en psicología, la cual no ha sido muy estudiada y a pesar de que los niveles de depresión y ansiedad encontrados en este y otros estudios marcan como una población “sin riesgo” por presentar niveles nulos o bajo. Algo que se pudo comprobar gracias al grupo control, es que dichas sintomatologías tienden a incrementar si no reciben un tratamiento y cuidado, llevado a la persona a tener mayores complicaciones en su vida cotidiana y sobre todo en sus actividades escolares. Por lo cual es importante seguir estudiando otras variables relacionadas como historia infantil, violencia y redes de apoyo, e ir generando intervenciones grupales (por su efectividad mostrada) que permitan beneficiar a mayor población y que los efectos negativos como el consumo de sustancias y conductas de riesgo que se han encontrado en estrecha relación disminuyan.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*, (4<sup>a</sup> ed., text revision). Washington, DC.
- Angst, J., Angst, F. & Stassen, H. (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 60(2):57–62.
- Arbabzadeh-Bouchez, S. & Lépine, J-P. (2003). Measurements of depression and anxiety disorders. En Kasper, S., den Boer, J. y Ad Sitsen, J. M. (eds). *Handbook of depression and anxiety* (2<sup>a</sup>. Ed. pp.127-145). U.S.A: Marcel Dekker, Inc.
- Ayuso, J. (1988) La angustia. Concepto y clasificación. En J. Ayuso (Ed.) *Trastorno de Angustia* (pp. 13 – 34). Barcelona: Martínez Roca. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000.
- Beck, A.T., Steer, R. & Brown (1990). Manual for de Beck Anxiety Inventory. New York. Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R. & Brown (1996). Manual for de Beck Depression Inventory. New York. Psychological Corporation.
- Belle, D. & Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 101-113.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47, suplemento 1, 4-11.
- Benjet C., Borges G., Medina-Mora M.E., Fleiz-Bautista, C. y Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública*. 46(5).

- Bernardez, M.I., Medeiros, P. y Gonçalves, R. (s/r). Grupo Operativo/Reflexivo de educación en salud en la comunidad de las Villas operarias de Vila Isabel, Río de Janeiro.
- Boland, R. & Keller, M. B. (2002). Course and outcome of depression. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depresión* (pp.43-60). New York: Guilford.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Meron, R, A., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12 mont suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36, 1747-1757.
- Borges,G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican Nacional Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12 month prevalence, prychiatric factors and service utilization, *Salud mental*, 28 (2), 40-46.
- Bousoño, G. M., Fernández, D. J. M., González-Quirós, M. L. M. y Bobes, G. J. (2003). Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. En Bobes, G. J., Bousorio, G. M. y Sain, M. P. A. *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en la atención primaria* (Eds. pp 93-103) Masson, Barcelona.
- Bousoño, G. M., González, G. E., Paino, P. M. y Pedregal S. J. A. (2003). Interpretación y delimitación de la naturaleza de los trastornos de ansiedad y depresivos. En Bobes, G. J., Bousoño, G. M., González, G. P. M. y Sain, M. P. A (Eds). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 37-46). Barcelona: Masson.
- Casañas, R., Catalán, R., Raya, A. y Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*: 34 (121), 145-146.

- Cassano, G.B., Rossini, N. B. & Pini, S. (2003). Comorbidity of depression and anxiety. En Kasper, S., den Boer, J. & Ad Sitsen, J. M. (eds). *Handbook of depression and anxiety* (pp.69-87). USA: Marcel Dekker, Inc.
- Chinchilla, M. A. (2004). *Abordaje práctico de la depresión en atención primaria*. Masson, España.
- Conway, K., Compton, W., Stinson, F., et al. (2006). Lifetime mood, anxiety and drug use disorders are common in the United States population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (9): 247-257, november.
- Craske, M. & Zucker, B. (2002). Prevention of anxiety disorders: A model for intervention. *Applied and Preventive Psychology*, 10: 155-175.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. A. (2005) Datos sobre la validez y confiabilidad del Symptom Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud mental*, 28(1): 72-81.
- Dellarossa, A. (1979). Cap. IV Grupos de reflexión, en *Grupos de Reflexión. Entrenamiento institucional de coordinadores y terapeutas de grupos*. Editorial Paidós, pp. 69-128.
- Derogatis, L. R. (1978). *SCL-90-R. Revised version manual 1 USA*.
- Díaz-Portillo, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. Ed. Pax México.
- Fernández, C.E. y Martínez, J.I. (2011). Grupo de reflexión para padres que solicitan atención clínica para sus hijos en un Centro Comunitario de Atención Psicológica. Tesis de Licenciatura en Psicología de la UNAM.
- Ferrel, R., Celis, A. y Hernández, O. (2011). Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de una Universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*: 27:40-60.

- Fouilloux, C., Barragán, V, Ortiz, S., Jaimes, A., Urrutia, M.E. y Guevara-Guzmán, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental*. 36(1): 59-65.
- Freeman, A. y DiTomasso, R. (2004). Conceptos cognitivos de la ansiedad. En D. Stein y E. Hollander (Comp.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (pp. 85-95) Barcelona, España: Psiquiatría Editores.
- García-Peña, Vázquez-Estupiñan, Avalos-Pérez, Robles, Sánchez-García, y Juárez-Cedillo (2015). Eficacia clínica de una terapia cognitivo-conductual en grupo para personas mayores con depresión en Atención primaria. Un ensayo aleatorio controlado. *Salud Mental*. 38 (1): 33-39.
- Gimeno- Soria, X. (s/r). Los grupos de reflexión de madres y padres en el ámbito de la educación.
- González, D., Reséndiz, A. & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*; 38(4): 237-244.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González-González, A., Juárez, F., Medina-Mora, M. E. y Fernández-Varela, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34 (1): 53-59.
- González-González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., Jiménez, A., Medina-Mora, M.E. y Fernández-Varela, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1):51-55.9. Dinámica de Grupos. Tácticas
- González-Nuñez (1999). Psicoterapia de Grupos: Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. Ed. El Manual moderno, México.

- González-Ramírez, M., Landero, R. y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana de Salud Pública: 25 (2): 141.*
- Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E., McMahon S.D., Gipson P.Y., Campbell A.J., Krochok K. & Westerholm R.I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clin Psychol Rev, 26:257-283.*
- Guerrero, J.B., Heinze, G., Ortíz, S., Cortes, J., Barragán, V. y Flores-Ramos, M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de Medicina. *Gaceta Médica de México: 149:598-604.*
- Guillamón, N. (2004). Relación entre personalidad y ansiedad. Extraído el 04 de septiembre del 2016 del sitio web: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/ansiedad-y-personalidad/>
- Guzmán-Facundo, F.R., Ramos-Luna, S., Alonso-Castillo, M.M., Esparza-Almanza, S.E., López-García, K.S. & Ibarra-González, C. (2011). Depression and psychoactive substances consumption in Mexican college undergraduates. *Invest Educ Enferm: 29(3):442-450.*
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol, 1:293– 319.*
- Hankin, B. & Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychol Bull, 127:773–796.*
- Hickie, I. (2001). Choosing antidepressant drugs in general practice. *Aust Fam Physician, 30:663–667.*

- Jiménez, M. (1997). Clasificación de los problemas psicológicos. En M. Ortiz-Tallo (Ed.), *Trastornos psicológicos* (pp. 51 – 87) España: ediciones ALJIBE.
- Jiménez, A., Wagner, F., Rivera, M.E. y González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2):103-107.
- Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H-U. & Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatrica Scand*, 98 (suppl. 393): 6-11.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Ruber, V. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3): 26-31.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). Trastornos de ansiedad. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta*, (8ª edición, pp. 657-710) Madrid: Medica Panamericana.
- Kessler, R. C. (2002). Epidemiology of depression. En Gotlib, I & Hammen, C. (Eds). *Handbook of depresión* (pp.23-42). New York: Guilford.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E. & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA*, 289:3095-3105.
- Klein (1996). Dinámica de grupos En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de grupo*. Madrid: Medica Panamericana.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Monahan, P. & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146 (5): 317-325. March, 06.

- Lara, C., Espinosa, I., Cárdenas, M.L., Fócil, M. y Carvazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3): 42-50.
- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L. y Norma, A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3):27-36.
- Lara-Muñoz, M.C., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D. y Medina-Mora, M.E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33(4): 301-308.
- Manelic, H. y Ortega-Soto, H. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón. *Salud Mental*: 18 (2).
- Marmorstein, N. & Iacono, W. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: Associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *J Child Psychol Psychiatry*, 45:377–386.
- Martínez, M.I. y Valenzuela, M. A. (1996). Cap. IV Aportaciones de los grupos de reflexión focalizada al análisis de los conceptos placer y placer en la pareja. En P. Corres, P. Bedolla y I. Martínez (Eds.). Los significados del placer en mujeres y hombres. México: Fontamara.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16.

- Medina-Mora, M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* : 35(12):1773-1783.
- Montoya, L.M, Gutiérrez, J.A, Toro, B.E. Briñón, M.A., Rosas, E. y Salazar, L.E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev CES Med*: 24(1): 7-17.
- Munich, R.L. (1996). Dinámica de grupos. En H. Kaplan y B. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo*, (pp. 23-35) Madrid: Medica Panamericana.
- Nezu, A. M., Nezu, C.M., McClure, K.S. & Zwick, M.L. (2002). Assessment of depression. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds.). *Handbook of depression* (pp.61-82). New York: Guilford.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista Psicopatología Psicología Clínica*, 13:53-62.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10*. (10ª revisión). Madrid.
- Papp, L. y Kleber, M. (2004). Fenomenología del trastorno de ansiedad generalizada. En D. Stein y E. Hollander (Comp.), *Tratado de los Trastornos de Ansiedad* (pp. 133 - 144) Barcelona, España: Psiquiatría Editores.
- Parker, G. (2006). Through a glass darkly: The disutility of the DSM nosology of depressive disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), december: 879-886.

Pérez, A.F.A. (2000). Depresión-Biología de los trastornos afectivos. Geo salud. Extraído el 20 de diciembre del 2015 del sitio web:

**[http://www.geosalud.com/salud\\_mental\\_prof/depresion\\_biologia.htm](http://www.geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_biologia.htm)**

Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*: 10 (1): 91-102.

Renouf, A., Kovacs, M. & Mukerji, P. (1997). Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:998–1004.

Rodríguez, E.L.; López, A.F. y Fagnani, J., (2014). Psicoeducación Grupal en el Trastorno Bipolar: Una revisión no sistemática de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*: Vol. XXIII, núm. 2, pp. 101-116.

Rojo-Lagarde, V. y Taffoya-García, M. (2004). Los grupos de reflexión de mujeres: una alternativa metodológica para el proceso de ciudadanía. *Otras Miradas*, vol. 4, núm. 1, junio, 2004, pp. 50-59

Romo, F., Tafoya, S. y Heinze, G. (2013). Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Mental*: 375-379.

Sáiz, P. A., Duran, A., Paredes, B. y Bousoño, M. (2003). Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En J. Bobes, M. Bousoño, P. González y P. Sáiz (Eds.), *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 61- 91) Barcelona: Masson.

Sáiz, J. y Vázquez, C. (1996). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (Eds. pp 343-375) McGraw Hill, España.

- Sánchez, A., Fernández, J.M., Iglesias, C. y González, J. C. (2003) Factores etiopatogénicos. En Bobes, M., Bousoño, P., González y Sáiz, P. (Eds.). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria (pp.16-36). Barcelona:Masson.
- Sanz, (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9 (2), 133-170.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1996). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En Belloch, A., Sandin, B. y Ramos, F. Manual de Psicopatología, Vol. 2 (Eds. pp. 343-375). McGraw Hill, España.
- Stein, M. (2003). Attending to anxiety disorders in primary care. *Journal Clinic Psychiatry*, 64(suppl 15): 35-39.
- Thase, M. E., Jindal, R. & Howland, R. H. (2002). Biological aspects of depresión. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depresión* (pp.192-219). New York: Guilford.
- Torres-Castillo, M., Hernández-Malpica, E. y Ortega-Soto, H. (1991).Validez y reproductibilidad del Inventario de Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14(2): 1-6.
- Vargas, C., Villarreal, K., Guevara, C. y Andrade, M. (2014). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*: 5 (1) enero-junio.
- Vázquez, F., Torres, A., Hermida, E., Otero, P. y Blanco, V. (2014). La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión. *Anales de Psicología* [en línea], 30 (Enero-Sin mes): [Fecha de consulta: 12 de mayo de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16729452003> ISSN 0212-9728.

- Veytia, M., González, N., Andrade, P. y Oudhof, P. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*: 35 (1): 37-43.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*: 35(3): 3-11.
- Wallace, J., Scheider, T. & McGuffin, P. (2002). Genetics of depression. En Gotlib, I. y Hammen, C. (Eds). *Handbook of depresión* (pp.169-191). New york: Guilford.
- Wetzler, S., Van Praag, H. M. y Katz, M. M. (1991). Diagnosticando la depresión: una doble línea de aproximación. En J. P., Feighner y W. F. Boyer (Eds.), *Perspectivas en Psiquiatría volumen 2. Diagnóstico de la depresión* (pp.83 – 97) England: John Wiley & Sons.

# ANEXO 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación se titula Depresión y Ansiedad en estudiantes de licenciatura, la cual tiene por objetivo conocer y describir las variables socioeconómicas de estudiantes universitarios con síntomas de depresión y ansiedad, así como estudiar los efectos de la implementación de un Taller Psicoeducativo dirigido a aquellos alumnos que presenten sintomatología depresiva.

Por lo anterior, para poder participar en el estudio se requiere evaluar la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, la cual se realizará por medio de un cuestionario en línea que se encuentra en el sitio web: <http://goo.gl/aFzZeU>.

El procedimiento a seguir a lo largo de la investigación se realizará en tres fases, mismas que a continuación se describen:

La **primera Fase** da inicio con la detección y selección de los participantes, en la cual se hace una invitación para participar de forma voluntaria contestando el cuestionario en línea.

La **segunda Fase**, consiste en asistir a un Taller Psicoeducativo, el cual tendrá una duración de 6 sesiones, de 90 minutos, una vez a la semana. Dicho taller tiene por objetivo:

- Que los participantes logren identificar la sintomatología, riesgos y factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la depresión en cada caso particular.
- Proporcionar estrategias que les permitan minimizar dicha sintomatología.
- Brindar un espacio de análisis y reflexión personal con la finalidad de buscar soluciones a su situación.

La **tercera Fase** consiste en contestar nuevamente el cuestionario en línea al finalizar el taller, para dar un seguimiento a su situación y síntomas. El cual se encuentra en la siguiente liga: <http://gol.go/kM7aPD>

Es importante señalar que aquellos estudiantes que continúan presentando niveles moderados o altos de sintomatología depresiva y ansiosa al final del estudio, se les canalizará a servicios de salud mental, para dar seguimiento a su situación.

Así mismo es importante señalar que en cualquier momento puedes retirarte del estudio, ya que la idea es que tu participación sea voluntaria y encuentres beneficios para tu salud, de no ser así te encuentras en el derecho de no seguir participando.

Finalmente es necesario remarcar que los datos personales serán usados confidencialmente y los resultados serán publicados.

Cualquier duda o comentario contacta a BRENDA ILIANA JIMÉNEZ RAMOS ([brendailiana.ipn@gmail.com](mailto:brendailiana.ipn@gmail.com)).

#### AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio y que los resultados sean publicados tomando en cuenta la confidencialidad de mis datos personales.

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### BDI-II

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

No me siento triste	
Me siento triste.	
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.	
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.	

2)

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.	
Me siento desanimado respecto al futuro.	
Siento que no tengo que esperar nada.	
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no	

3)

No me siento fracasado.	
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.	
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.	
Me siento una persona totalmente fracasada.	

4)

Las cosas me satisfacen tanto como antes.	
No disfruto de las cosas tanto como antes.	
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas	
Estoy insatisfecho o aburrido de todo	

5)

No me siento especialmente culpable.	
Me siento culpable en bastantes ocasiones.	
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	
Me siento culpable constantemente.	

6)

No creo que esté siendo castigado.	
Me siento como si fuese a ser castigado.	
Espero ser castigado.	
Siento que estoy siendo castigado.	

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.	
Estoy decepcionado de mí mismo.	
Me da vergüenza de mí mismo.	
Me detesto.	

8)

No me considero peor que cualquier otro.	
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.	
Continuamente me culpo por mis faltas.	
Me culpo por todo lo malo que sucede.	

9)

No tengo ningún pensamiento de suicidio.	
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.	
Desearía suicidarme.	
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	

10)

No lloro más de lo que solía llorar	
Ahora lloro más que antes.	
Lloro continuamente.	
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.	

11)

No estoy más irritado de lo normal en mí.	
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
Me siento irritado continuamente.	
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían	

12)

No he perdido el interés por los demás.	
Estoy menos interesado en los demás que antes.	
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	
He perdido todo el interés por los demás.	

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	
Evito tomar decisiones más que antes.	
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
Ya me es imposible tomar decisiones.	

14)

No creo tener peor aspecto que antes.	
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	
Creo que tengo un aspecto horrible.	

15)

Trabajo igual que antes.	
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	
No puedo hacer nada en absoluto.	

16)

Duermo tan bien como siempre.	
No duermo tan bien como antes.	
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	

17)

No me siento más cansado de lo normal.	
Me canso más fácilmente que antes.	
Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
Estoy demasiado cansado para hacer nada.	

18)

Mi apetito no ha disminuido.	
No tengo tan buen apetito como antes.	
Ahora tengo mucho menos apetito.	
He perdido completamente el apetito	

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
He perdido más de 2 kilos y medio.	
He perdido más de 4 kilos.	
He perdido más de 7 kilos.	

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.	
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.	
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.	
Estoy menos interesado por el sexo que antes.	
Estoy mucho menos interesado por el sexo.	
He perdido totalmente mi interés por el sexo.	

## ANEXO 3

### SCL-90-R

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante las últimas dos semanas. Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta: NADA, MUY POCO, POCO, BASTANTE O MUCHO. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	<b>Nada 0</b>	<b>Muy Poco 1</b>	<b>Poco 2</b>	<b>Bastante 3</b>	<b>Mucho 4</b>
Nerviosismo					
Temblores en mi cuerpo					
Asustarme de repente sin razón alguna					
Tener miedos					
Mi corazón late muy fuerte, se acelera					
Sentirme muy nervioso(a), agitado (a).					
Tener ataques de mucho miedo, pánico					
Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme					
Sentir que algo malo me va a pasar.					
Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					