

11241

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD

MENTAL.

TITULO:

EFFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ALUMNOS DEL PROGRAMA DE RECUPERACION ACADEMICA.

~~ALUMNA~~

MARCELA MARTINEZ PEREZ

TUTOR TEORICO:  
DR. WASCAR VERDUZCO F.

TUTOR METODOLOGICO:  
DR. FERNANDO CORONA H.

TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

"ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA  
SECRETARIA DE SALUD  
SECRETARIA DE ECONOMIA  
SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y PESQUERA  
SECRETARIA DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA

AÑO: 2003



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.

ESTA TESIS NO ESTÁ  
EN LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a publicar en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo de investigación.

NOMBRE: Merced Martínez

Pérez

FECHA: 13/03/03

SIGNATURA: [Signature]

## AGRADECIMIENTOS:

A mis padres: Ofelia y J. Carmen; a mis hermanos: Francisco, Cuauhtémoc, Gustavo y Karina ; a mis cuñadas (os); a mis sobrinos: Xavier, Luis, Adriana, Job y Emily; a mis abuelos Francisco y Carmen; a mi tía Beatriz (Q.P.D.); a mi tía Lala; a la tía María, al tío Pepe; a todos los primos; Ya que fueron pieza clave por su comprensión, su tiempo, sus demostraciones de afecto y apoyo.

Doy gracias a las Instituciones que ayudaron en mi crecimiento profesional: Departamento de Salud Mental e IMSS, así como a todos los profesores que dedicaron parte de su tiempo a compartirme su conocimiento, en especial a: Dr. Alejandro Díaz, Dr. David Silva, Dra. Corlay, Dr. Felipe Vázquez, Dr. Luis Ruíz, Dra. Martha Ontiveros, Dr. Fabila, Dr. Wazcar Verduzco, Dr. Fernando Corona, Dr. Salvador Morales, Dr. Jesús Ocampo, Dr. Félix Higuera.

A mis compañeros de generación que me motivaron siempre a superarme, en especial a César Heredia y a Antonio Acosta.

A todos mis amigos, en especial a: Isabel, Carolina, Guadalupe, Sheyla, Lisa Will, Saida, Mónica, Antonio, Delia, Ema, Héctor, quienes me demostraron en todo momento su paciencia y apoyo, aceptando mis limitaciones de tiempo.

A César González por su amistad y sus consejos profesionales.

Sobre todo doy gracias a ese Ser Supremo que permite que los eventos sucedan.

## INDICE

I.	ANTECEDENTES.....	3
II.	OBJETIVOS.....	8
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
IV.	MATERIAL Y METODOS.....	10
V.	RESULTADOS.....	25
VI.	DISCUSIÓN.....	28
VII.	CONCLUSION.....	30
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	31

## I. ANTECEDENTES

### MARCO TEORICO

La Psicoterapia de Grupo es una invención Americana del siglo XX; Con Joseph Pratt médico internista (1905) quien la aplicó primero a un grupo de pacientes con Tuberculosis, observando mejoría psicológica con este abordaje, después la usó con pacientes diabéticos y en ocasiones con pacientes neuróticos.

Edward Lazel (1921) psiquiatra, adoptó este método grupal para trabajos con Esquizofrénicos.

Louis Wender (1930) y otros de sus contemporáneos lo utilizaron para el tratamiento de problemas de personalidad, combinado con conceptos Freudianos sobre la Psicoterapia de Grupo, con interpretaciones de la transferencia familiar (1).

Schilder (1936) es el pionero de la terapia analítica de grupo, debido a su sistemática interpretación de la transferencia y de los sueños.

Moreno (1953) involucra el psicodrama y lo utiliza con buenos resultados en muchachos en edad de latencia, típicamente inhibidos y afectados. Posteriormente Slavson (1942) lo extiende a adolescentes y a adultos.

Alexander Wolf (1930) la llamó "aprendizaje interpersonal" y la utilizaba un derivado de la

asociación libre, incluyendo el análisis de la transferencia, la resistencia y los sueños. (1,2,3)

Lewin (1947) desarrollo en el concepto de "feedback" cuando los miembros se comparan y evalúan con otros (3).

Con la segunda guerra mundial, la abundancia de casos psiquiátricos y los pocos Psiquiatras militares existentes obligaron a utilizar los métodos de grupo, extendiéndose tanto a Hospitales Civiles Americanos como Británicos. Giles Thomas (1943) clasificó a las Psicoterapias de Grupo en: 1) Represivo - sugestiva - Incluía métodos de clases de Pratt y de Alcohólicos Anónimos y 2) Analítica- Abarcaba el trabajo de Schilder y Wender (2,4).

La Legislación social durante los años de John F. Kennedy, con su Community Mental Health Center Act de 1963, influenció para que los Centros de Salud Mental Comunitaria tuvieran que contar en gran medida con Psicoterapia de Grupo. Todo este movimiento hizo que se creara la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo.

La terapia de grupo interpersonal fue introducida por Yalom (1970), empezó a llevar algunos grupos de pacientes externos, grupos de presos por delitos sexuales y grupos de entrenamiento para residentes en Psiquiatría (1).

Otra clave para el desarrollo de la terapia de orientación interpersonal fue el cada vez más importante grupo T y el movimiento de grupos de encuentro derivados de los *National Training Laboratories*, una Institución Pedagógica y de investigación interesada en incrementar la comprensión de las conductas individuales en grupos de tamaño grande o pequeño; Su orientación inminentemente investigadora, ayudó a preparar el camino al estudio de grupos de encuentro de la Universidad de Stanford (Lieberman, Yalom, Miles, 1973 ) y otras investigaciones (1,3).

Con Leszcz y Stone (1992) se ha retomado la psicoterapia de Grupo tipo Yalom para manejo de estrés en pacientes con síntomas ansiosos y depresivos con resultados clínicos positivos, sin embargo sin que se haya podido demostrar su significancia estadística positiva (3,5,6,7,8)

Por otro lado, Bojer (1971) describió los síntomas de Ansiedad y de Depresión, como los principales problemas durante los 3 primeros años en alumnos de Medicina, además de que ambos declinan conforme avanza el estudiante a grados superiores y en la residencia disminuye (9), sin embargo esta declinación no ocurre en mujeres (10).

Se han identificado al término del plan de estudios, una reactivación de esta sintomatología, asociado a problemas en relación a: vivienda, trabajo, dudas en relación a la calidad de su educación, responsabilidad clínica, entre otras, que les produce altos niveles de estrés (9). La asociación entre Ansiedad y Depresión en esta población es más frecuente en mujeres que en hombres en una proporción de 42 vs 33 por ciento (10). También se ha estudiado que el aprendizaje es peor en aquellos que presentan niveles intermedios de ansiedad y depresión (9)

La Depresión y la Ansiedad son conceptos abstractos difíciles de tratar en el encuadre grupal, sin embargo los fundamentos interpersonales de estos síntomas son tangibles y sensibles a la terapia grupal (1).

Desde 1992 inicia en la UNAM el Programa de recuperación académica, cuyo objetivo es brindar apoyo tutorial y asistencial a los egresados de la Facultad de Medicina que han reprobado el examen profesional en su etapa teórica o práctica. En 1998 existe un acuerdo con el Hospital de Psiquiatría de San Fernando para implementar la Psicoterapia de Grupo interpersonal como parte del programa.

## JUSTIFICACION

Desde el 16 de febrero de 1998 se inició como parte del Programa de recuperación académica de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México), la aplicación de la Psicoterapia de grupo de tipo interpersonal como método terapéutico dirigido a egresados de la facultad de medicina que habían reprobado el examen profesional, y que padecían síntomas del espectro ansioso y depresivo. Como en todas las disciplinas científicas se hizo necesario evaluar la efectividad de dicho método terapéutico, mediante un estudio objetivo. Es por esto que se diseñó el presente trabajo en donde pretendemos medir cuantitativamente la respuesta de los alumnos a la psicoterapia de grupo, la disminución de los síntomas y su impacto en el resultado del examen profesional.

No hay precedente en esta población, aunque ya existe un estudio en pacientes psiquiátricos (8). No obstante por las características de la población es un estudio novedoso y que puede ayudar a futuros terapeutas tanto en población escolar como en pacientes ambulatorios.

## II. OBJETIVOS

Describir mediante escalas clinimétricas la intensidad de los síntomas de Ansiedad y Depresión en alumnos de medicina que han reprobado su examen profesional y que presentan Ansiedad y Depresión.

Evaluar mediante escalas clinimétricas la eficacia de la psicoterapia de grupo interpersonal en la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos de esta población.

Correlacionar la mejoría en las puntuaciones de las escalas de Ansiedad y Depresión con la aprobación del examen profesional (teórico y práctico).

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es eficaz la psicoterapia de grupo interpersonal en la reducción de los síntomas ansiosos y depresivos en alumnos de medicina que han reprobado el examen profesional?

¿La mejoría de la ansiedad y la depresión se relaciona con la aprobación del examen profesional?

## MATERIAL Y METODOS

1. A través de una entrevista clínica se seleccionaron los integrantes de grupo con Diagnóstico de Ansiedad y Depresión de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

2. Aplicación a su ingreso (23-03-00) y al finalizar la psicoterapia de grupo (1-06-00), de 3 escalas autoaplicables:

- a) De Beck para Depresión.
- b) De Zung para Depresión.
- c) De Sheehan para Ansiedad.

### a) DISEÑO:

Se llevó a cabo una investigación observacional descriptiva.

## B) UNIVERSO Y MUESTRA.

El estudio fue llevado a cabo en el Hospital de Psiquiatría San Fernando, Siglo XXI perteneciente al IMSS. La muestra fue de 30 sujetos pasantes de medicina que reprobaron el examen profesional, que estaban incluidos en el programa de recuperación académica de la UNAM.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Alumnos egresados de la Facultad de Medicina de la UNAM, que no han obtenido su título por haber reprobado el examen profesional.
2. De cualquier edad.
3. De cualquier sexo.
4. Residentes del S.F.
5. Inscritos al programa de Recuperación Académica.

6. Aceptación voluntaria al estudio.

7. Con Diagnóstico mediante entrevista clínica de Ansiedad y Depresión de acuerdo a los criterios del DSM- IV.

8.-Cumplir con el perfil para psicoterapia de grupo.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

1. Presentar el examen por vez primera.

2. Presencia de Trastornos cerebrales que provoquen incapacidad de comunicación verbal o alteración de la conciencia.

3. Presencia de síntomas psicóticos, maníacos , conducta agitada o agresividad incontrolable.

14. Presencia de Alcoholismo o Dependencia a Sustancias.

15. Presencia de un Trastorno de la personalidad.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

1. Ausencia de más del 30% de las sesiones.
2. Manifestaciones de Depresión Psicótica o suficientemente grave para requerir hospitalización.
3. Conducta disruptiva en el grupo.
4. Cursar durante la terapia con enfermedades médicas graves (Como Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus o Asma o Epilepsia, que cursen con descontrol, o Angina Severa).
6. Cursar durante el proceso con síntomas maníacos, paranoides, o conductas francamente antisociales (que provoquen en el grupo sentimientos negativos impidiendo su cohesión).
9. Agitación extrema.
10. No cumplir con los reglamentos de psicoterapia de grupo.

## VARIABLES E INSTRUMENTOS.

### VARIABLES:

#### 1. PSICOTERAPIA DE GRUPO INTERPERSONAL:

Yalom (1970) basada en el trabajo de Harry Stack Sullivan, describe la relación entre cada integrante del grupo y como el terapeuta evoca sentimientos primitivos del paciente hacia sus padres y otras figuras de autoridad, así como las relaciones entre los miembros evocan claramente las rivalidades fraternales y dinámicas que se generan en las relaciones de pareja y entre iguales.

Se tiende a descartar las consideraciones sobre el allí y entonces, a favor del Aquí y Ahora de la situación grupal. Se supone que la conducta en el grupo refleja el estilo habitual de cada persona en sus relaciones sociales e interpersonales. Cabe esperar que un feedback adecuado permita al paciente adoptar conductas más apropiadas en tanto que el clima del grupo es cohesivo y le presta apoyo (1).

La autoobservación y la validación consensual ayudan a los miembros del grupo a percibir sus limitaciones, distorsiones pararámicas y las conductas maladaptativas

que producen respuestas no deseadas en los demás. (2)

Esta Psicoterapia consta de 11 factores terapéuticos: 1) Instalar esperanza, 2) Universalidad, 3) Proporcionar información, 4) Altruismo, 5) Recapitulación corroborada sobre el grupo familiar de origen, 6) Desarrollo de técnicas socializadoras, 7) Conducta imitativa, 8) Aprendizaje individual, 9) Cohesividad de grupo, 10) Catarsis y 11) Factores existenciales. (1,2,3,5,6).

## 2. DEPRESION:

El síndrome depresivo se define por un tono hipovital que se traduce en una claudicación psicofísica y de la vitalidad. En el plano psíquico supone tristeza, desmoralización, pérdida de autoestima y desinterés; En lo somático se expresa por astenia, postración, hipoactividad, anorexia, pérdida ponderal o alteraciones del sueño (11).

Dentro del espectro depresivo de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV), se incluyen: Trastorno depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor episodio único, Trastorno Depresivo Mayor recidivante, Trastorno Distónico, Trastorno Depresivo no especificado.

Según el DSM-IV se requiere la presencia de 5 o más de

los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa, para el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor: 1) Estado de ánimo depresivo, 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer, 3) Pérdida importante de peso o aumento del apetito casi cada día, 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día, 5) Agitación o enlentecimiento psicómotores casi cada día, 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día, 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día, 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día, 9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente.

Además los síntomas no cumplen los criterios para episodio mixto, los síntomas provocan malestar clínicamente significativos o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (12).

### 3. ANSIEDAD:

La Ansiedad como trastorno se manifiesta con una serie de síntomas y signos físicos, así como alteraciones en la esfera psíquica.

La sintomatología es amplia en el plano somático o físico y se caracteriza por una hiperreacción neurovegetativa que afecta a la mayoría de los sistemas.

En el plano psíquico la ansiedad puede variar entre la inquietud y el desasosiego hasta el terror, el pánico o la despersonalización. A nivel cognoscitivo el sujeto presenta pensamientos relacionados con el peligro emocional o corporal y sensaciones de preocupación y aprensión. En cuanto a la conducta, la ansiedad provoca una serie de respuestas dirigidas a la disminución o evitación del trastorno (11).

Los siguientes son considerados Trastornos de Ansiedad: Trastorno de angustia (con o sin agarofobia), Fobia social, Trastorno Obsesivo - compulsivo, Trastorno por estrés posttraumático, Trastorno por estrés agudo, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y Trastorno de ansiedad no especificado.

Los criterios para Ansiedad Generalizada según el DSM-IV son: Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral y escolar), que se prolongan más de 6 meses, al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación, la ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses): 1) Inquietud o impaciencia, 2) Fatigabilidad fácil, 3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, 4) Irritabilidad, 5) Tensión muscular, 6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador), el centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej. Drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (ej. Hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (12).

## INSTRUMENTOS

## 1. ESCALA AUTOAPLICABLE PARA DEPRESIÓN DE BECK:

El inventario de Depresión de Beck originalmente fue construida en Estados Unidos en 1961, posteriormente fue traducida al español (España), en México ha sido traducida y estandarizada en muestras clínicas por Torres, Hernández y Ortega en 1991 (13) y en muestras no clínicas por Jurado y col en 1998 (14), su uso ha alcanzado gran popularidad tanto en la práctica clínica como en la investigación tanto en México, como en otros lugares de Latinoamérica (15,16).

La escala incluye 21 reactivos de síntomas de depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (Severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener.

Tiene un valor predictivo del 85% (en pacientes con el Diagnóstico de depresión), con una sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86 (13).

Los puntos de corte de la escala; se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; De 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 refleja una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 64 indican una depresión severa (Beck y Steer, 1993). El tiempo de aplicación de la escala varía de 5 a 8 minutos (14).

## 2. ESCALA AUTOAPLICABLE PARA DEPRESIÓN DE ZUNG:

Construida en E.U.A. por Zung en 1965 (18), es ampliamente utilizada desde entonces (18,19,20). En México ha sido utilizada por Mezquita en 1985 (21), Heinze en 1989 (22), sin embargo es hasta 1998 cuando Jurado y col hacen la validación para residentes de la Ciudad de México (14) y ha sido utilizada en múltiples estudios entre ellos: Mezquita en 1985 (20). El validación concurrente con la Escala Autoaplicable de beck es de  $r=0.70$  y  $p < 0.000$ .

Comprende 20 rubros que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognitivos y fisiológicos más comunes de la Depresión. Los valores numéricos asignados a cada categoría de acuerdo a la severidad van del 1 al 4, de acuerdo a la severidad de cada ítem. La intensidad del cuadro depresivo queda

determinado : 50 a 59 = Depresión leve, 60 a 69 = Depresión moderada y 70 o más = Depresión severa (17).

### 3. ESCALA AUTOAPLICABLE PARA ANSIEDAD DE SHEEHAN.

La escala autoaplicable de Sheehan para Ansiedad, fue creada por el autor por quien lleva su nombre en Estados Unidos en 1983, usada en sus inicios para pacientes hospitalizados, posteriormente en 1993 fue validada para pacientes externos por Steven D. Kick y colaboradores (23). Desde entonces se ha usado en diversos estudios para medir los niveles de Ansiedad (23,24,25).

Esta escala es un cuestionario autoaplicable que consta de 35 ítem, las respuestas tienen un valor de 0 a 5 puntos, donde 0=En Absoluto, 1=Un poco, 2=Moderadamente, 3=Bastante y 4=Extremadamente; Con un rango total de 0 a 140; Su punto de corte para Ansiedad leve es de 20 (23), de 30 a 60 para ansiedad moderada y severa respectivamente (25). Con un valor predictivo positivo del 75% y una especificidad del 94% (23,25).

Su traducción en México fue publicada en la Guía del Manejo del espectro Depresión - Ansiedad, que se editó bajo los auspicios del Departamento de Psicología Médica, psiquiatría y Salud Mental de la UNAM en 1992, bajo consenso por un grupo de médicos psiquiatras.

a) PROCESO DE ESTUDIO.

Se obtuvo la autorización del comité de ética de los hospitales y el consentimiento informado por parte de los pacientes.

Se realizó una entrevista clínica psiquiátrica a los participantes, incluyendo en la psicoterapia de grupo a los que reunían criterios propios de ella. En esta entrevista seleccionó aquellos que presentaban Ansiedad y Depresión de acuerdo al DSM-IV, que además cumplieran con los criterios de inclusión.

En la primera sesión de psicoterapia se les aplicó las siguientes escalas autoaplicables: De Beck para Depresión, De Zung para Depresión, De Sheehan para Ansiedad.

Se formó un expediente integrado por las tres escalas, el consentimiento del paciente firmado y una ficha de identificación integrada por los siguientes datos: Nombre, edad, sexo, número de afiliación, lugar de origen y residencia, ocupación, número de exámenes previos, diagnóstico de enfermedad médica (si la había), diagnóstico psiquiátrico.

Las sesiones (un total de 11), se llevaron a cabo semanalmente con una duración de cada una de 80 minutos, la última sesión previa al examen se aplicaron por segunda vez las escalas señaladas.

Se obtuvo por medio de las Autoridades de la facultad de medicina, mediante el convenio de guardar la confidencialidad de los participantes, las listas de los asistentes al Programa de recuperación académica, así como los resultados globales de los aprobados y de los reprobados en el examen profesional que se llevó a cabo en junio del 2000 (teórico y práctico).

Se vaciaron los datos obtenidos de las variables y la puntuación de las escalas en una hoja de concentración de datos donde se les dio tratamiento estadístico.

#### **f) ANALISIS ESTADISTICO.**

Se procedió en primer término a la descripción de variables utilizando media y desviación estándar para variables continuas y frecuencias y porcentajes para variables discretas.

#### **g) RECURSOS FISICOS, HUMANOS, Y FINANCIEROS.**

La investigación se realizó en el hospital de Psiquiatría San Fernando, se contó con los investigadores (3 individuos), quienes no recibieron remuneración; así mismo los recursos materiales fueron limitados: computadora, impresora, disketts de 3 1/2, fotocopias de las 3 escalas, el consentimiento informado y del resumen clínico. (240); todo fue financiado por los investigadores.

#### h) CONSIDERACIONES ETICAS.

Esta investigación no implica riesgo alguno salud de los pacientes, por lo que no viola ningún precepto estipulado en la convención de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos, se respetaron las normas propias de la Psicoterapia de grupo.

Aún cuando es una investigación inocua, de acuerdo a la ley general de Salud vigente, se solicitó el consentimiento escrito del paciente.

## V. RESULTADOS

El total de integrantes al programa de recuperación académica fue de 85. De los cuales 30 ingresaron a Psicoterapia de Grupo. 13 fueron eliminados del estudio por cumplir con criterios de exclusión y/o eliminación.

La muestra fue conformada por 17 sujetos que reunían criterios para alguno de los tipos de Ansiedad y depresión en la entrevista clínica y siguiendo los criterios del DSM-IV. De ellos 5 hombres (29.4%) y 12 mujeres (70.6%); Con un rango de edad de 24 a 30 años (una media de 25.94 y una desviación estándar de  $\pm$  2.01).

De los 17 sujetos en estudio : 14 habían reprobado en una ocasión el examen profesional, 2 dos veces y 1 en tres ocasiones. De estos 15 habían pasado el examen teórico y 2 lo reprobaron.

La escala autoaplicable de Beck para Depresión antes de la Psicoterapia de Grupo arrojó los siguientes datos: Un rango de 5-13, una media de 20.18, desviación estándar de 8.26; Después de 11 sesiones de la Psicoterapia: Un rango de 2-32, una media de 11.00 y una desviación estándar de 8.24 (Tabla 1).

La escala autoaplicable de Zung para Depresión antes de la Terapia grupal tuvo un rango de 31-69, una media de 49.82 y una desviación estándar de 10.82; Después de 11 sesiones de Terapia grupal: Un rango de 23-60, una media de 36.35 y una desviación estándar de 11.83 (Tabla 1).

Las calificaciones de la escala autoaplicable de Sheehan para Ansiedad antes de la Psicoterapia fueron: un rango de 9-103, media de 44.3529 y una desviación estándar de 27.8252; Después de la Psicoterapia: Un rango de 5-78, una media de 25.82 y una desviación estándar de 23.44 (Tabla 1).

La escala de Beck antes de la Psicoterapia de Grupo mostró una frecuencia para sintomatología depresiva ausente o mínima de 3, para leve 5, para moderada 8 y para severa 2; Posterior a la Psicoterapia de Grupo para ausente o mínima 10, para leve 3, para Moderada 3 y para severa 1 (Tabla 2).

Con la escala de Zung, tomada antes de la Terapia grupal calificaron para sintomatología depresiva ausente o mínima 3, para leve 7, para moderada 2 y para severa 0; Después de la Terapia grupal, calificaron para ausente o mínima 14, para leve 2, para moderada 1 y para severa 0 (Tabla 2).

La escala de Sheehan antes de la Psicoterapia interpersonal reportó calificaciones para síntomas ausentes o mínimos con una frecuencia de 2, para leve 6, para moderada 4 y para severa 5; Posterior a la Psicoterapia interpersonal para ausente o mínima 9, para leve 3, para moderada 3 y para severa 2 (Tabla 2). Del total de integrantes del programa de recuperación académica (85 sujetos), aprobaron 51 (60%); De los estudiantes inscritos a Psicoterapia de Grupo (30 integrantes), aprobaron 23 (77%); De los ingresados al estudio (17 participantes), aprobaron 15 (88%); El resto de los miembros del Programa (55 sujetos) aprobaron 28 (51%) (Tabla 3). No se encontró relación con el número de veces que se presentó el examen, ni con la intensidad de ansiedad y depresión para la aprobación.

## VI. DISCUSION:

En la escala Autoaplicable de Beck para Depresión posterior a la Psicoterapia de Grupo, disminuyó el valor de la media 9.18 (45%); En la escala Autoaplicable de Zung para Depresión la media disminuyó 13.47 (27% ; En la escala Autoaplicable de Sheehan para Ansiedad la media disminuyó 22.88 (27%); Las 3 escalas mostraron disminución en la intensidad en los síntomas depresivos y ansiosos respectivamente, sin que se encontrara una significancia estadística en ellas.

Tomando en cuenta a la población general aprobaron en mayor porcentaje los ingresados al estudio (88%), los ingresados a Psicoterapia (eliminados por no cumplir con el 70% de la asistencia) aprobaron en el 77%, los que no asistieron a Psicoterapia de grupo dentro de este programa ( y de los que se desconoce si requerían o no de psicoterapia y si la llevaron) aprobaron en un 51%.

Existen estudios realizados sobre psicoterapia de grupo en otras poblaciones (3,5,6,7,8), en los que se describen resultados similares, es decir sin consistencia.

A pesar de que se quisieron controlar variables extrañas, no se logro, ya que existen algunas posibilidades como: nivel de coeficiente intelectual de los participantes, duración de horas reales de estudio en cada uno, familiaridad con el examen (después de una o más ocasiones de presentarlo), que pueden explicar la mejoría.

Consideramos, se requiere para posteriores estudios la creación de instrumentos que valoren manera objetiva los cambios que ocurren en este tipo de psicoterapia tales como los relacionados con el crecimiento personal, el autoconocimiento, un mayor autocontrol, sentido de la responsabilidad, manejo del estrés y la ansiedad.

## VII. CONCLUSIONES.

1. Los resultados muestran mejoría en la puntuación de las escalas en los síntomas ansiosos y depresivos de esta población.
2. La mejoría en los síntomas ansiosos y depresivos no puede ser atribuida a la Psicoterapia de Grupo, ya que no alcanzaron relevancia estadística.
3. No se encontró relación entre los niveles de reducción de Ansiedad y Depresión con la aprobación del examen profesional, ni teórico, ni práctico.
4. Se requiere de más estudios que evalúen el impacto en el rendimiento académico, en los que se controlen las variables.

## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. KAPLAN H, SADOCK B: Terapia de grupo. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España, pp 2-8 y 201-211, 1996.
2. WEINER M: Genetic versus Interpersonal Insight. International Journal of Group Psychotherapy. 24(2):230-237, 1974.
3. SCHEIDLINGER S: Group Dynamics and Group Psychotherapy Revisited: Four decades later. International Journal of Group Psychotherapy, 47(2):147-159, 1997.
4. GRINSTEIN L Y COL: Interpersonal Therapy: The Harvard Mental Health Letter, 10(4):1-4, 1993.
5. STONE J, LEWIS C, BECK A: The Structure of Yalom's Curative Factors Scale. International Journal of Group Psychotherapy, 44(2):239-245, 1994.
6. BETCHER R: The Treatment of Depression in Brief Inpatient Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 33(3):365-385, 1983.
7. SLIFE B Y COL: Effect of Depression on processing Interactions in Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 39(1):79-95, 1989.

8. DE ARUFO C, TORRESJ, BIAGINI M, LARA M. Efectos de la Psicoterapia de Grupo en pacientes Psiquiátricos externos, 15 (2), 2000.
9. BJORKSTEN O, SUTHERLANDS, MILLER C AND STEWART T: Identification of Medical Student Problems And Comparasion with Those of Other Students. Journal of Medical Education, 58: 759-766, 1983.
10. HENDRIE H Y COL: A study of Anxiety/ Depressive Syntoms of Medical Students, House Staff, and Their Spouses/Partners. The Journal of Nervous and Mental Disease, 178 (3): 204-267, 1990.
11. ROJO J, CIRERA E Y COL. Interconsulta Psiquiátrica. Editorial MASSÓN. Barcelona, España. Pp72-89, 1997.
12. PICHOT P Y COL: DSM-IV Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Masson, pp 401-456 y 345- 358. Barcelona, España, 1998.
13. TORRES M, HERNANDEZ E Y ORTEGA H: Validez y reproductibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental, 14 (2):1-6, 1991.
14. JURADO S Y COL: La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental, 21(3):26-31, 1998.

15. SANDOVAL L, RODRIGUEZ J, FLORES J, MENDIETA D, LUGOLES J: La influencia de la personalidad en la valoración de la depresión mediante el cuestionario autoaplicable de Beck. *Psiquiatría*, 15(3): 56-60, 1999.
16. BONICATTO S, DEW A: Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Research*, 79:277-285, 1998.
17. ZUNG W, DURHAM: A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12 (1):63-70, 1965.
18. VERSIANI M Y COL: Double - Blind, Placebo Controlled Study With Reboxetine in Inpatients With Severe Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 20(1): 28-34, 1998.
19. SCHOTTE C, MAES M, CLUYDTS R AND COSYNS P: Effects of affective-semantic mode of item presentation in balanced self-report scales: biased construct validity of the Zung Self - rating Depression Scale. *Psychological medicine*, 26:1161-1168, 1996.
20. COELHO R Y COL: Depression and the Severity of Substance Abuse. *Psychopathology*, 33:103-109, 2000.
21. MEZQUITA R: Presencia de depresión en pacientes

- hipotiroideos. Salud Mental,8(1):90-93,1985.
22. HEINZE G, BERLANGA C, JUNCOG, ONTIVEROS M, SOSA A:  
La eficacia antidepressiva y la tolerancia del  
moclobemide, un inhibidor reversible de la  
monoaminooxidasa. Salud Mental,12(4): 17-22,1989.
  23. KICK S Y COL: Validation of Two Anxiety Scales in  
a University Primary Care Clinic. Psychosomatic  
Medicine,56:570-576,1994.
  24. GARVEY M, NOYES R: Association of levels of N-  
acetyl-beta-glucosaminidase with severity of  
psychiatric symptoms in panic disorder. Psychiatry  
Research,60:185-190, 1996.
  25. KICK S, COOLEY D: Depressive, Not Anxiety, Symptoms  
Are Associated With Current Cigarette Smoking  
Among University Internal Medical  
Patients. Psychosomatics,38 (2):132-139,1997.
  26. RUSS M, CAMPBELL S, KAKUMA T, HARRISON K AND ZANINE  
E: EEG theta activity and pain insensitivity in  
self-injurious borderline patients. Psychiatry  
Research,89:201-214,1999.

Tabla 2. Comparación en la intensidad de los síntomas depresivos y ansiosos antes y después de la Psicoterapia de grupo.

ESCALA	INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS.	PREVIO A PSICOTERAPIA DE GRUPO	DESPUES DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.
DE ZUNG PARA DEPRESION	Ausente/min*	8	14
	Leve	7	2
	Moderada	2	1
	Severa	0	0
DE BECK PARA DEPRESION	Ausente/min*	3	10
	Leve	5	3
	Moderada	8	3
	Severa	2	1
DE SHEEHAN PARA ANSIEDAD	Ausente/min*	2	9
	Leve	6	3
	Moderada	4	3
	Severa	5	2

\*Ausente/min= Ausente o mínima.

TABLA 3. Comparación del resultado aprobatorio o reprobatorio en los que acudieron a Psicoterapia de grupo, los que ingresaron al estudio y los que no ingresaron al grupo de psicoterapia impartido en el Hospital de Psiquiatría San fernando.

TIPO DE SUJETOS	NUMERO DE PARTICIPANTES	APROBA- CION DEL EXAMEN TEORICO	APROBA- CION DEL EXAMEN PRACTICO	APROBA- CION GLOBAL	REPROBA- CION GLOBAL
Integran- tes del programa de recupera- cion académica	85	**	51 (60%)	51 (60%)	34 (40%)
Ingresados a Psicote- rapia de grupo	30	26 (94%)	23 (77%)	23 (77%)	7 (23%)
Ingresados al estudio	17	17 (100%)	13 (76%)	15 (88%)	2 (12%)
Sin psicote- rapia de grupo	55	**	28 (51%)	28 (51%)	27 (49%)

\*No se tiene registro

## HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO CMN SIGLO XXI

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Este cuestionario consta de afirmaciones, por favor:

- I. Lea cada afirmación cuidadosamente.
- II. Escoja entonces una afirmación en cada grupo, aquella que describa de mejor manera como se ha sentido LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY.
- III. Circule el número al lado de la afirmación que escogió.
- IV. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION:

1. 0 No me siento triste.  
1 Me siento triste.  
2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.  
3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.
2. 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro.  
1 Estoy desilusionado (a) del futuro.  
2 Siento <sup>que</sup> no tengo perspectiva del futuro.  
3 Siento <sup>que</sup> el futuro es desesperanzador y que nada cambiará <sup>ahí</sup>.
3. 0 No siento <sup>mi</sup> qué fallé.  
1 Siento <sup>que</sup> fallo más que una persona normal.  
2 Siento <sup>que</sup> existen muchas fallas en mi pasado.  
3 Siento <sup>una</sup> falla completa como persona.
4. 0 Tengo <sup>total</sup> satisfacción de las cosas como siempre <sup>o</sup>.  
1 No disfruto de las cosas como antes.  
2 No encuentro ya satisfacción real de nada.  
3 Estoy <sup>insatisfecho</sup> (a) o aburrido (a) de todo.
5. 0 No me siento particularmente culpable.  
1 Me siento <sup>un</sup> culpable buena parte del tiempo.  
2 Me siento <sup>bastante</sup> culpable la mayor parte del tiempo.  
3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. 0 No siento que he sido castigado (a).  
1 Siento que podría ser castigado.  
2 Espero ser castigado.  
3 Siento que he sido castigado.
7. 0 No me siento desilusionado (a) de mí.  
1 Estoy desilusionado (a) de mí.  
2 Estoy disgustado (a) conmigo.  
3 Me odio.
8. 0 No me siento peor que nadie.  
1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.  
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. 0 No tengo pensamientos de suicidarme.  
 1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría.  
 2 Me gustaría matarme.  
 3 Me mataría si pudiera.
10. 0 No lloro más de lo usual  
 1 Lloro más que antes.  
 2 Lloro ahora todo el tiempo.  
 3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quisiera, no puedo.
11. 0 No soy más irritable de lo que era antes.  
 1 Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes.  
 2 Me siento irritado (a) todo el tiempo.  
 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
12. 0 No he perdido interés en otra gente.  
 1 Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes.  
 2 He perdido mi interés en otra gente.  
 3 He perdido todo mi interés en otra gente.
13. 0 Tomo decisiones igual que siempre.  
 1 Evito tomar más decisiones que antes.  
 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.  
 3 No puedo tomar decisiones por completo.
14. 0 No siento que me vea peor que antes.  
 1 Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a)  
 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a).  
 3 Creo que me veo feo (a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.  
 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.  
 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.  
 3 No puedo hacer nada.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.  
 1 No puedo dormir tan bien como antes.  
 2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.  
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
17. 0 No me canso más de lo usual.  
 1 Me canso más fácil que antes.  
 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
 3 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa.
18. 0 Mi apetito es igual que lo usual.  
 1 Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 2 Mi apetito es peor ahora.  
 3 No tengo nada de apetito.

19. 0 No he perdido peso.  
1 He perdido más de 2.5 Kg.  
2 He perdido más de 5Kg.  
3 He perdido más de 7.5 Kg.  
He intentado perder peso comiendo menos  
Si \_\_\_ No \_\_\_.
20. 0 No estoy más preocupado (a)  
por mi salud que antes.  
1 Estoy preocupado (a) por problemas  
físicos como dolores y molestias.  
2 Estoy preocupado (a) por problemas  
físicos y es difícil pensar en otras cosas.  
3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas  
físicos que no puedo pensar en nada más.
21. 0 No he notado cambios en mi interés  
por el sexo.  
1 Estoy menos interesado (a) en el sexo  
que antes.  
2 Estoy mucho menos interesado (a)  
en el sexo ahora.  
3 He perdido completamente el interés  
en el sexo.

**HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO**  
**SIGLO XXI (HMSS)**  
**ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG PARA DEPRESION.**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

- I. Lea cada afirmación cuidadosamente.
- II. Señale una respuesta en cada uno de los 20 rubros
- III. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS POSIBLES RESPUESTAS EN CADA RUBRO ANTES DE HACER SU ELECCION.

Señale una respuesta en c/u de los rubros.	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces
1. Me siento abatido, desanimado y triste.				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.				
3. Tengo ataque de llanto o deseo de llorar.				
4. Tengo problemas de sueño durante la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Disfruto al ir, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente está tan despejada como siempre.				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.				
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto.				

SEÑALE UNA RESPUESTA EN CADA UNO DE LOS RUBROS	Muy pocas veces	Algu- nas veces	Mu- chas veces	La mayoría de las veces
14. Tengo esperanzas en el futuro.				
15. Soy más irritable que de costumbre.				
16. Tomo las decisiones fácilmente.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Siento que mi vida está llena.				
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto				
20. Sigo disfrutando con lo que hacía.				

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO  
CMN SIGLO XXI (IMSS)  
ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ANSIEDAD DE SHEEHAN

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de problemas y quejas que la gente tiene a veces. Marque el número de la derecha que mejor describa el problema que le molestó o distrajo durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Marque solamente un número para cada problema y no deje ningún punto sin marcar.

0=En Absoluto    1=Un poco    2=Moderadamente    3=Bastante    4=Extremadamente

¿CUÁNTO LE MOLESTO?

1. Aturdimiento, desmayo o períodos de vértigo.	0	1	2	3	4
2. Sensación de debilidad o flojera.	0	1	2	3	4
3. Sentir falta de equilibrio o inestabilidad como si fuera a caerse.	0	1	2	3	4
4. Dificultad para respirar o respiración agitada.	0	1	2	3	4
5. Brincos o latidos rápidos de corazón	0	1	2	3	4
6. Dolor o presión torácica.	0	1	2	3	4
7. Sensación de sofoco o ahogo, o de un nudo en la garganta.	0	1	2	3	4
8. Hormigueo o entumecimiento en partes del cuerpo.	0	1	2	3	4
9. Períodos de calor o escopofríos.	0	1	2	3	4
10. Náuseas o alteraciones estomacales.	0	1	2	3	4
11. Episodios de diarrea.	0	1	2	3	4
12. Dolor de cabeza o dolores en el cuello o cabeza.	0	1	2	3	4
13. Sentirse cansado, débil o fácilmente fatigado.	0	1	2	3	4
14. Períodos de sensibilidad aumentada al sonido, luz o tacto.	0	1	2	3	4
15. Excesiva sudoración.	0	1	2	3	4
16. Sentir que las cosas a su alrededor son extrañas, irreales, nebulosas, desligadas de la realidad.	0	1	2	3	4
17. Sentirse fuera o desligado de una parte o de todo su cuerpo o sentirse flotar en el aire.	0	1	2	3	4
18. Demasiada preocupación por la salud.	0	1	2	3	4
19. Sentir que está perdiendo el control o se está volviendo loco.	0	1	2	3	4
20. Tener miedo a estarse muriendo o que algo terrible va a pasar.	0	1	2	3	4
21. Sacudidas o temblores.	0	1	2	3	4
22. Oleadas inesperadas de depresión con poca o ninguna provocación.	0	1	2	3	4
23. Grandes altibajos de emociones y humor (cambiable) en respuesta a cambios a su alrededor.	0	1	2	3	4
24. Dependiente de otros.	0	1	2	3	4
25. Tener que repetir la misma acción como un rito, p. Ej. Comprobar, lavar, contar repetidas veces, cuando no es realmente necesario.	0	1	2	3	4

¿CUÁNTO LE MOLESTO?					
26. Palabras o pensamientos constantes que persistentemente se inmiscuyen en su mente y que son difíciles de desechar, p. Ej. Pensamientos sexuales, agresivos, indeseables y constantes pensamientos sobre un control deficiente de impulsos.	0	1	2	3	4
27. Dificultad para quedarse dormido.	0	1	2	3	4
28. Despertarse en medio de la noche o sueño intranquilo.	0	1	2	3	4
29. Evitar situaciones porque le asustan.	0	1	2	3	4
30. Tensión e incapacidad para relajarse.	0	1	2	3	4
31. Ansiedad, nerviosismo, inquietud.	0	1	2	3	4
32. Períodos súbitos e inesperados de angustia que ocurren con poco o ningún estímulo, p. Ej. Crisis de ansiedad con 3 o más síntomas de los arriba indicados que aparecen juntos.	0	1	2	3	4
33. Períodos súbitos e inesperados de síntomas como los arriba mencionados sin angustia plena (total) que ocurren con poco o ningún estímulo, p. Ej. Crisis asociadas con solamente uno o dos síntomas.	0	1	2	3	4
34. Episodios de ansiedad que se amontonan antes (con antelación a) de hacer algo y que son más intensos que los experimentados por la mayoría de la gente en esas situaciones.	0	1	2	3	4
35. Oleadas de crisis de angustia que ocurren mientras se encuentra en la situación fóbica.	0	1	2	3	4

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA SAN FERNANDO  
PROGRAMA DE RECUPERACION ACADEMICA UNAM  
PSICOTERAPIA DE GRUPO.

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 RELIGION \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE ORIGEN \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_

NUMERO DE VECES QUE HA REPROBADO EL EXAMEN PROFESIONAL \_\_\_\_\_  
 FECHA DE ULTIMO EXAMEN \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE VECES DE REPROBACION DEL EXAMEN TEORICO \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE VECES DE REPROBACION DEL EXAMEN PRACTICO \_\_\_\_\_

EXPERIENCIA CON PSICOTERAPIA PREVIA:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

DE QUE TIPO \_\_\_\_\_  
 PROFESION DEL TERAPEUTA \_\_\_\_\_  
 DURACION EN TIEMPO DE LA PSICOTERAPIA Y NO. DE SESIONES  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ACUDIO A SUS CITAS:

REGULARMENTE \_\_\_\_\_ IRREGULARMENTE \_\_\_\_\_

ACTUALMENTE ACUDE A OTRO TIPO DE PSICOTERAPIA  
(ADICIONAL A LA PSICOTERAPIA DE GRUPO):

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

COMO SE ENTERO DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO:

EXALUMNOS \_\_\_\_\_ PROFESORES \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_