

# EVALUACIÓN DEL CAMBIO EN PACIENTES UNIVERSITARIOS NO-HOSPITALIZADOS BAJO PSICOTERAPIA DE GRUPO

Juan A. Mejías<sup>1</sup>, María M. Jurado<sup>2</sup>, Ricardo Winckelmann<sup>3</sup>, Silvia A. Tafoya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Psiquiatra adscrito al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

<sup>2</sup>Psicóloga adscrita al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

<sup>3</sup>Médico Psiquiatra adscrito al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM

CIMEL 2014; 19(2):63-69

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar los cambios de la psicoterapia grupal interpersonal tipo yalom en pacientes universitarios no-hospitalizados. **Método:** estudio longitudinal con tres grupos (dos en psicoterapia grupal y uno comparativo) de pacientes universitarios. Los indicadores de mejoría fueron los síntomas depresivos y ansiosos, el autoconcepto y el funcionamiento social. **Resultados:** se observó mejoría por tiempo en las puntuaciones de depresión, autoconcepto y funcionamiento social (efps; áreas: social, económica, sexual y total). La comparación por grupo mostró cambios significativos en todas las escalas excepto en el aspecto sexual de la efps y la ansiedad medida por la escala de shehan; sin embargo, los grupos bajo psicoterapia con y sin tratamiento farmacológico no mostraron diferencias significativas. Con respecto a la percepción de mejoría, la mayoría de los pacientes manifestaron tenerla en algún grado. **Conclusión:** la psicoterapia de grupo es efectiva para la intervención de pacientes universitarios no-hospitalizados.

*Palabras Clave:* psicoterapia de grupo, estudiantes universitarios, pacientes no hospitalizados

## ASSESSING CHANGE IN COLLEGE OUTPATIENTS ON GROUP PSYCHOTHERAPY

### ABSTRACT

**Objective:** assessing the changes in interpersonal group psychotherapy type yalom in non-university hospitalized patients. **Methods:** longitudinal study with three groups of university patients not hospitalized against a comparison group. Indicators of improvement were depressive and anxious symptoms, self-concept and social functioning. **Results:** there was an improvement over time in scores of depression, self-concept and social functioning (fpss: social, economic, sexual, family and total), when comparing two psychotherapy groups and the comparative, difference was observed in all the scales used except the sexual aspect of fpss. With regard to the perception of improvement, most patients reported to have it to some degree. **Conclusion:** that this type of psychotherapy is effective for university patients not-hospitalized.

*Keywords:* Group psychotherapy outpatients, students, college, patients

## INTRODUCCIÓN

Se sabe que los pacientes que viven una experiencia psicoterapéutica de cualquier tipo, tienen diversos cambios difíciles de medir de forma objetiva. En la psicoterapia grupal se observa que a lo largo del proceso los pacientes mejoran algunos aspectos de su estilo de vida como su autoimagen, su relación con los demás, su conducta y el manejo de sus diversos síntomas. De acuerdo con Yalom (1986) en la "Terapia Grupal Interpersonal" el énfasis está en el aprendizaje interpersonal como mecanismo curativo fundamental, por lo que se esperan cambios en áreas como la autoestima (para la cual se sabe que es de mucha importancia el consenso de los demás), las relaciones interpersonales y el equilibrio afectivo del sujeto.<sup>1,2</sup>

La terapia grupal interpersonal está dirigida a pacientes no hospitalizados, con trastornos del carácter de leve a moderado o del afecto y se fundamenta en una teoría interpersonal de la psicopatología que supone que los problemas de los pacientes son resultado de conductas y creencias desadaptativas.<sup>1</sup> Este abordaje terapéutico se diferencia de otros al considerar, como mecanismo más importante del cambio, el aprendizaje interpersonal; y se sitúa en el aquí y ahora, priorizando las conductas, experiencias e interacciones de los miembros durante el

tiempo real del grupo.<sup>2</sup> Sin embargo, hasta la fecha se ha realizado poca investigación del cambio inherente a este tipo de intervención en un escenario universitario y con pacientes cuya problemática emocional está determinada por la presencia de ansiedad y depresión, así como por problemas de autoestima, dificultad para socializar, problemas de adaptación en sus entornos escolar, social y familiar. Evidencia actual, fuera del contexto universitario se reporta en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria;<sup>2</sup> estrés postraumático y trastorno depresivo mayor bajo tratamiento farmacológico;<sup>3</sup> así como en adolescentes con depresión, en tratamientos administrados para dos participantes<sup>4</sup>, y al comparar la terapia individual versus la grupal-interpersonal<sup>5</sup>; todos ellos con resultados favorables para la terapia interpersonal.

De modo que un estudio que investigó los mejores predictores de la psicoterapia, a través de 5 factores: 1) aptitudes para la psicoterapia, 2) libertad emocional, 3) depresión aguda, 4) capacidad intelectual y 5) salud emocional general; encontró a la salud emocional general como el mejor predictor de la mejoría.<sup>6</sup> Por otra parte, una investigación que evaluó el cambio en terapia de grupo, midiendo la intensidad de los sentimientos de depresión, tensión, poca habilidad para contender y otros sentimientos estresantes, inmediatamente antes y después de

26 sesiones, encontró que en las etapas tempranas de la psicoterapia, existe un “empeoramiento” y posteriormente se presenta una mejoría. Los autores proponen que esto pueda deberse a que en los inicios de la psicoterapia es cuando aparece con mayor frecuencia el material “doloroso”<sup>7</sup>.

Al evaluar a un grupo de 7 pacientes no psicóticos, no orgánicos, en terapia grupal semanal, de 75 minutos, por 2 años, un estudio observó a la autoestima como un predictor importante del cambio terapéutico<sup>8</sup>. En grupos vistos en 12 sesiones con un programa de psicoterapia grupal dinámica, se encontró que un año después de la terapia, la mayoría de los participantes (85%) mostró un considerable cambio en cuanto a la autosatisfacción, medida con un cuestionario de actitudes<sup>9</sup>. Asimismo, otros autores han considerado a la psicoterapia grupal interpersonal como el mejor método para aumentar la autoestima, relacionándola al fenómeno grupal de cohesividad, de modo que al comparar a grupos con alta y baja autoestima, difieren en esta variable<sup>10</sup>. De modo que, los últimos cambios deseados en la psicoterapia grupal están directamente relacionados con la mejoría de la autoestima<sup>11,12</sup>. Shaw y Clark (1990), realizaron una investigación de los cambios de conducta sintomática y autoestima, midiéndolas al inicio de la terapia, a la terminación de la misma y en un seguimiento de 4 y 12 meses mediante los cuestionarios DF2 Symptom Checklist y una forma de Semantic Differential. Encontraron una disminución significativa de síntomas como ansiedad flotante, fobias, ansiedad y depresión reactiva en los 24 pacientes estudiados, observando además que al bajar la sintomatología mejoraba la autoestima<sup>13</sup>.

Wilberg y cols. (2003) en un estudio naturalístico prospectivo, evaluaron la efectividad de la terapia grupal psicodinámica tipo “Foulkes” en grupos de pacientes con diversos trastornos de personalidad y algunos con diagnóstico del eje I; observaron una mejoría al final del tratamiento, siendo mejor la respuesta para los que tenían diagnóstico del eje I que los de trastorno de personalidad, aunque no consideraron si los pacientes recibieron algún medicamento o terapia individual anterior o adicional<sup>14</sup>. Por otra parte, Cooper (2006), desarrolló un modelo de servicio, combinando farmacoterapia y psicoterapia para los usuarios (estudiantes universitarios); concluyendo que es ventajoso complementar ambas estrategias terapéuticas<sup>15</sup>.

En el presente estudio se buscó establecer si se hay mejoría en los pacientes respecto a su autoestima, relación interpersonal, ajuste social así como la presencia de síntomas depresivos y ansiosos, después de terapia grupal interpersonal tipo Yalom en comparación a un grupo de estudiantes que no se encontraban en tratamiento.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Participantes:** Treinta y seis alumnos universitarios: 22 que acudieron a la Clínica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina a solicitar atención médico psiquiátrica y 14 alumnos de la carrera de medicina con edad, sexo y nivel socioeconómico similares; su edad correspondía a adolescentes tardíos o adultos jóvenes. El motivo de consulta de quienes solicitaron atención fue por problemas de ansiedad, depresión o trastornos de personalidad leves y cumplieron con criterios de inclusión y exclusión para pacientes “no hospitalizados” de acuerdo a Yalom (1986). Todos los participantes brindaron su consentimiento para participar en el estudio. Los grupos de estudio se dividieron en: 1) Psicoterapia grupal sin tratamiento farmacológico, n=12; 2) Psicoterapia grupal con tratamiento farmacológico, n=10; y 3) Grupo comparativo (sin tratamiento farmacológico ni psicoterapéutico), n=14, los cuales se evaluaron al inicio y un año después. Para recibir la intervención, los pacientes bajo psicoterapia grupal interpersonal, se subdividieron a su vez en tres grupos de intervención, sin diferenciar si recibían o no tratamiento farmacológico y recibieron la intervención por parejas de terapeutas diferentes (aunque con técnicas y marco teórico semejante). Al comparar los resultados con respecto al equipo de psicoterapeutas que otorgó la intervención, no se observaron diferencias estadísticas, por lo que para el análisis final no se contempló esta variable.

**Procedimiento:** Los pacientes fueron tratados con psicoterapia grupal psicodinámica interaccional tipo Yalom, por dos terapeutas en cada grupo. Todos los terapeutas contaron con experiencia de por lo menos 10 años en este tipo de abordaje. Las sesiones se realizaron una vez por semana, durante un año y cada sesión duraba hora y media. Los tres grupos dispuestos para recibir la psicoterapia, fueron abiertos y se conformaron por 8 a 10 pacientes. Por tratarse de grupos abiertos, los pacientes que por alguna causa dejaron el grupo fueron sustituidos con nuevos elementos para ocupar el lugar que dejaron vacante. A todos los pacientes se les realizó una evaluación inicial en la primera sesión de terapia grupal, que constó de una Hoja de Datos Sociodemográficos y Clínicos, además se les proporcionaron las escalas auto-aplicables para Depresión de Beck, Ansiedad de Sheehan y de Autoconcepto de De la Rosa; se les realizó también una evaluación individualizada, por un psiquiatra o psicólogo no tratante, con las escalas de Hamilton de Depresión (HAM-D) y Ansiedad (HAM-A); así como con la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS), para profundizar en los síntomas depresivos y ansiosos así como para observar cómo se encontraban sus relaciones in-

terpersonales. A los 6 y 12 meses de la terapia, se repitió la evaluación tanto con las escalas autoaplicables como con las aplicadas por los evaluadores; en esas dos ocasiones también se les pidió a los pacientes que reportaran el grado de mejoría que consideraron haber logrado con las opciones: “nada”, “poco”, “regular”, “bastante”, “mucho” o “empeoré”. El mismo reporte fue realizado por los terapeutas tratantes para cada paciente. El grupo comparativo fue evaluado al inicio y a los 12 meses, sin evaluar el grado de mejoría.

**Instrumentos:** Hoja de Datos Sociodemográficos y Clínicos. En ésta se consignaron datos demográficos y aspectos relacionados con el tipo de tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico que hubieran recibido anteriormente, la duración de dichos tratamientos, los medicamentos que utilizaban al momento del estudio, el tipo de problema que los hizo acudir a terapia así como sus expectativas de tratamiento.

**Escala de Depresión de Beck.** Escala de 21 reactivos que miden la severidad de los síntomas de depresión. De acuerdo a sus autores, la consistencia interna del instrumento tiene un valor alfa promedio de 0.86 para muestras clínicas y para muestras no clínicas de 0.81, además de estabilidad temporal probada en intervalos de una semana de aplicación o más tiempo (Beek, Steer & Harbin, 1988)<sup>16</sup>. A la fecha se han evaluado sus características psicométricas en población de la ciudad de México obteniendo una consistencia interna de 0.87 ( $p \leq 0.000$ ) y tres factores, similares al instrumento original (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998)<sup>17</sup>.

**Escala de Ansiedad de Sheehan.** Escala desarrollada para evaluar a los síntomas ansiosos de acuerdo a los criterios del DSM-III. Consta de 35 ítems, que permiten detectar la presencia de un trastorno ansioso de forma rápida. Para esta escala se ha reportado en México un punto de corte de 20 puntos, presentaba una sensibilidad de 76% y una especificidad de 71%<sup>16</sup>.

**Escala de Autoconcepto de De la Rosa y Díaz-Loving.** Escala diseñada para evaluar el autoconcepto mediante una escala multidimensional. Su validez y confiabilidad fueron evaluadas en estudiantes universitarios, obteniendo valores de alfa de Cronbach = 0.94, y 4 dimensiones totales del autoconcepto: social, emocional, ética y ocupacional, que explican el 55.3% de la varianza (De la Rosa y Díaz-Loving, 1991)<sup>18</sup>.

**Escala de Hamilton para Depresión (HAM-D).** Escala que evalúa la gravedad del cuadro depresivo, consta de 17 reac-

tivos y es aplicada por el terapeuta. Es administrada por un clínico y proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación de tres factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación  $>18$ . Se considera remisión la puntuación de  $<7$ . Sus características psicométricas, en población mexicana, ya han sido descritas<sup>17</sup>.

**Escala de Hamilton para Ansiedad (HAM-A).** Es una escala de estado, cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems heteroaplicados, que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad, con un ítem que evalúa específicamente el ánimo deprimido, es aplicada por el terapeuta<sup>19</sup>.

**Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS).** Escala diseñada para evaluar el funcionamiento psicosocial, es decir, el desempeño de roles del individuo en su relación con otros y en un ambiente determinado. Tal desempeño, se evalúa por medio de las distintas áreas de funcionamiento: ocupacional, social, económico, pareja/sexual y familiar; en términos de un continuo satisfacción-insatisfacción que reporta el individuo. Mayor puntuación denota mayor grado de insatisfacción. La escala presenta un alto grado de validez y confiabilidad (mayor a 0.83 en todas las áreas,  $p = 0.01$ ) para su uso en México<sup>20</sup>.

**Percepción de Mejoría.** Reactivo realizado ex profeso para esta investigación, referente a la percepción de mejoría. Se califica de acuerdo a 6 posibles respuestas: “empeoré”, “nada”, “poco”, “regular”, “bastante”, y “mucho”.

**Análisis de los datos.** Los resultados fueron evaluados por un ANOVA de medidas repetidas: basal, a los 6 y a los 12 meses; y un ANOVA de un factor (grupo) con tres valores: 1) psicoterapia grupal con tratamiento farmacológico, 2) psicoterapia sin tratamiento farmacológico, y 3) grupo comparativo. Adicionalmente, se realizó una descripción de la percepción de mejoría al final del tratamiento (12 meses) considerado el criterio del terapeuta y el del paciente.

## RESULTADOS

El total de pacientes en psicoterapia fue de 27, sin embargo, sólo 22 completaron la intervención (11 mujeres y 11 hombres), lo que representó una deserción del 20%. En estos pacientes, tener diferente equipo de terapeutas no influyó estadísticamente sobre sus resultados. La media de edad de los que recibieron psicoterapia fue de 24.4 años con un rango de 19-31. El grupo comparativo fue de 14 estudiantes (7 mujeres y 7 hombres),

con un promedio de edad de 19.7 años, rango de 19-31. Todos los participantes eran solteros y estudiantes universitarios (Ver tabla 1). Respecto al grupo que recibió psicoterapia grupal, 21(95%) de ellos habían tomado con anterioridad alguna sesión de psicoterapia individual, terapia grupal o terapia familiar. El grupo comparativo negó haber tenido experiencias psicoterapéuticas de algún tipo. Doce pacientes (55%) dentro del grupo de psicoterapia habían utilizado psicofármacos en el pasado y 10 (45%), permanecían con tratamiento farmacológico al momento del estudio: con antidepresivos (n=2), anticomociales (n=2), antidepresivos + ansiolíticos (n=3), antidepresivos + anticomociales (n=2), litio+ ansiolítico + anti-depresivo (n=1) al momento el estudio.

Los pacientes en psicoterapia de grupo tuvieron 50 sesiones, una vez a la semana, con un promedio de asistencia de 84%.

A excepción de la escala económica del funcionamiento psicosocial, no se observaron diferencias entre los grupos psicoterapia con y sin tratamiento farmacológico, por lo que sus resultados en el tiempo se analizaron en conjunto (Tabla 2). En cuanto a los síntomas de depresión, hubo una disminución significativa en la puntuación total de la escala de Beck a lo largo del tiempo; de la medición basal a los 12 meses la puntuación de esta escala bajó 6.7 en el grupo de psicoterapia con tratamiento farmacológico, 0.9 en el grupo de psicoterapia sin tratamiento farmacológico ( $p \leq 0.01$ ) y 0.2 en el comparativo (n.s.). Sin embargo, la escala de Depresión de Hamilton se mantuvo sin cambios en el tiempo.

Respecto a los síntomas de ansiedad, la escala de Hamilton disminuyó del basal a las 12 meses 7.3 puntos en el grupo de psicoterapia sin tratamiento farmacológico, pero aumentó 3.1 en el grupo de psicoterapia con tratamiento farmacológico, y en el grupo comparativo disminuyó 0.2 puntos, todos ellos no significativos. Por su parte, la escala de ansiedad de Sheehan se redujo 8.9 puntos para el primer grupo, 4.9 para el segundo

y aumentó 0.5 para el tercero, nuevamente estas diferencias no resultaron significativas.

El autoconcepto mejoró de la medición basal a los 12 meses, 28.1 puntos en el grupo de psicoterapia con tratamiento farmacológico, 16.4 en el grupo de psicoterapia sin tratamiento farmacológico ( $p \leq 0.001$ ), y 14.9 puntos en el grupo comparativo (n.s.).

Asimismo, cambios de la medición basal a los 12 meses, se observaron en la escala EFPS. En los grupos de psicoterapia con tratamiento farmacológico, psicoterapia sin tratamiento farmacológico y comparativo: la insatisfacción en el funcionamiento social disminuyó 3.8, 2.8 ( $p \leq 0.01$ ) y 1.5 puntos (n.s.), en el orden especificado con anterioridad; la disminución de la insatisfacción en el funcionamiento económico fue de 3.6 ( $p \leq 0.01$ ), 2.5 (n.s.) y 2.5(n.s.), respectivamente; la insatisfacción en el funcionamiento sexual descendió 7.6, 3.8( $p \leq 0.01$ ) y 3.0(n.s.) puntos, respectivamente; mientras que la puntuación total disminuyó 16.3, 18.4 ( $p \leq 0.001$ ) y 1.8 (n.s.) para cada grupo en el mismo orden. No se observaron diferencias significativas en los aspectos ocupacional y familiar de la EFPS (tabla 2).

Al finalizar el tratamiento 12 pacientes reportaron haber mejorado “bastante” (45%) o “mucho” (9%) y 2 pacientes (9%) “poco”. Ninguno de los participantes se reportó sin mejoría. En cuanto a la concordancia entre la mejoría percibida por el terapeuta y por el paciente, evaluada a los 12 meses, se encontró un valor de Kappa de 0.55 ( $p \leq 0.0001$ ) (Ver figura 1).

## DISCUSIÓN

Conforme a lo esperado, se observaron cambios positivos en la mayoría de los aspectos medidos en los grupos bajo psicoterapia grupal interpersonal, con una ligera superioridad en el grupo que recibía adicionalmente tratamiento farmacológico,

Tabla 1. Distribución de los participantes en los grupos de estudio.

	Psicoterapia de grupo			p
	Con Tx farmacológico (n=10)	Sin Tx farmacológico (n=12)	Grupo comparativo (n=14)	
Edad (años)*	25.0 (4.3)	24.4 (3.7)	19.7 (5.2)	0.03
Sexo†				
Hombre	4 (40)	5 (58)	7 (50)	
Mujer	6 (60)	7 (52)	7 (50)	ns

\*Promedio y desviación estándar

†Frecuencia y porcentaje

Tx= Tratamiento

Tabla 2. Cambios en las puntuaciones por tiempo y por grupo en las escalas de evaluación.

	Grupo en Psicoterapia						Tiempo	Grupo (Con vs Sin tratamiento farmacológico)	Grupo Compa- rativo (N=14)		Grupo (Psicoterapia vs Compara- tivo)			
	Con tratamiento far- macológico (N=10)			Sin tratamiento farmacológico(N=12)					P	P		BA- SAL	12 M	P
	BASAL	6 M	12 M	BASAL	6 M	12 M								
Depresión (Beck)	16.1 (2.2)	9.3 (2.3)	9.4 (2.8)	12.8 (2.0)	9.9 (2.1)	11.9 (2.5)	≤0.01	n.s.	2.2 (1.5)	2.0 (1.8)	≤0.001			
Depresión(HAMD)	9.7 (2.9)	8.1 (2.6)	9.1 (2.3)	12.7 (2.7)	8.5 (2.5)	11.0 (2.2)	n.s.	n.s.	4.0 (1.8)	2.1 (1.5)	≤0.001			
Ansiedad (HAMA)	11.1 (3.1)	9.5 (3.3)	14.2 (2.3)	17.1 (2.9)	11.2 (3.1)	9.8 (2.2)	n.s.	n.s.	2.4 (1.7)	2.2 (1.5)	≤0.001			
Ansiedad (Sheehan)	33.0 (7.4)	25.7 (5.2)	24.1 (7.4)	31.6 (6.7)	19.5 (4.7)	26.7 (6.7)	n.s.	n.s.	5.9 (4.8)	6.4 (4.9)	≤0.001			
Autoconcepto	271.8 (15.0)	289.1 (15.3)	299.9 (12.6)	294.6 (13.7)	296.3 (14.0)	311.0 (11.5)	≤0.001	n.s.	349.8 (13.9)	364.7 (10.2)	≤0.001			
<b>Funcionamiento psicosocial</b>														
Ocupacional	19.2 (1.9)	19.8 (2.2)	19.2 (2.6)	21.3 (1.8)	18.1 (2.1)	18.4 (2.5)	n.s.	n.s.	10.4 (1.3)	12.6 (1.6)	≤0.001			
Social	22.5 (1.8)	20.7 (1.7)	18.7 (2.2)	19.1 (1.7)	17.2 (1.6)	16.3 (2.1)	≤0.001	n.s.	12.8 (1.3)	11.3 (1.5)	≤0.001			
Económico	23.4 (1.9)	20.5 (1.9)	19.8 (2.0)	21.3 (1.8)	17.4 (1.8)	18.8 (1.9)	≤0.01	≤0.01.	13.0 (1.5)	10.5 (1.2)	≤0.01			
Sexual	26.2 (2.7)	22.0 (3.2)	18.6 (3.4)	23.7 (2.5)	24.6 (3.1)	19.9 (3.2)	n.s.	n.s.	22.5 (2.9)	19.5 (3.1)	≤0.001			
Familiar	22.4 (1.4)	20.8 (2.4)	21.0 (2.2)	22.3 (1.3)	17.6 (2.3)	15.9 (2.1)	n.s.	n.s.	10.6 (1.1)	10.2 (1.6)	≤0.001			
Total	113.8 (7.3)	104.1 (8.4)	97.5 (9.7)	107.7 (6.9)	94.9 (7.9)	89.3 (9.2)	≤0.001	n.s.	66.2 (5.7)	64.4 (6.6)	≤0.001			

Los resultados se presentan en promedios (± desviación estándar). M= Meses

lo cual va de acuerdo a lo encontrado en la mayoría de los estudios que utilizan de forma adicional la terapia farmacológica<sup>21</sup>.

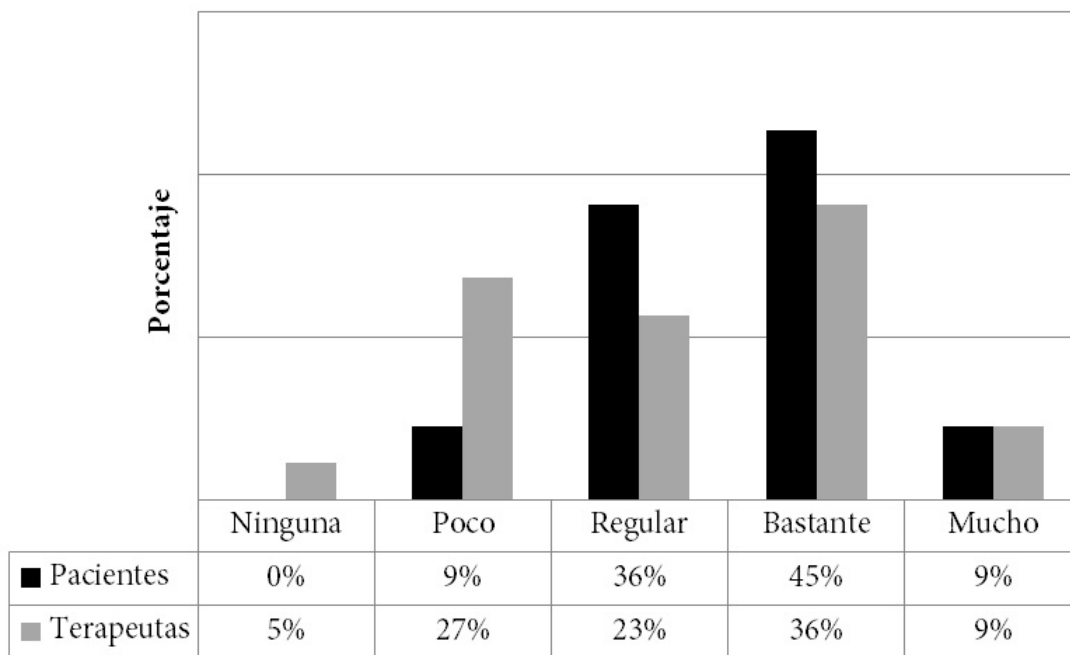
De tal forma que, acorde a lo hipotetizado<sup>3-5,15</sup> se observó un cambio estadísticamente significativo para los síntomas de depresión medidos por la escala de Beck, con una disminución de más de 6 puntos en el grupo de psicoterapia con tratamiento farmacológico, lo cual constituyó una disminución de la gravedad de la sintomatología depresiva de leve a nula. Sin embargo, los síntomas medidos a través de la escala de Hamilton no disminuyeron significativamente en los grupos bajo terapia, manteniéndose en un rango de depresión menor. Los autores suponen que debido a que los síntomas de los estudiantes son leves esta escala puede ser menos sensible para

detectar dichos cambios en la sintomatología.

Respecto al funcionamiento psicosocial (evaluado a través de la EFPS), éste mostró cambios estadísticamente significativos en las áreas sexual, económica, familiar y social, así como en la puntuación total; cambios que reflejan mayor satisfacción de los pacientes con respecto a la interacción con su medio ambiente y que constituyen un hallazgo similar al reportado por Cooper en 2006 quien observa disminución del deterioro psicosocial en pacientes universitarios después de una intervención<sup>15</sup>.

De igual manera el autoconcepto, medido con la escala de De la Rosa y Díaz-Loving, mostró una mejoría estadísticamente significativa para los grupos en psicoterapia, lo que confirma

Figura 1. Percepción del Grado de Mejoría por los pacientes y los terapeutas



el planteamiento referente a que uno de los principales aspectos que se modifican en la psicoterapia grupal interpersonal dentro de la perspectiva de Yalom, es la autoestima<sup>2,10-13</sup>.

Contrario a lo esperado, la ansiedad no mostró cambios estadísticamente significativos. Con la escala de Sheehan hubo cierta tendencia a la mejoría, en cuyo caso, los pacientes que tenían medicamento además de la terapia grupal, la mejoría permaneció a los 6 y a los 12 meses, en comparación con los sujetos que sólo tenían apoyo psicoterapéutico en quienes se observó también una fuerte tendencia hacia la mejoría en la evaluación a los seis meses, para posteriormente regresar en alguna medida a la basal en la medición a los 12 meses. Este es un hallazgo que llama la atención y resulta diferente del reportado por Shapiro y cols. (1975), el cual encontró que en sus grupos había un “empeoramiento” de la sintomatología al inicio de la terapia para posteriormente darse una tendencia a la mejoría<sup>5</sup>.

Otro aspecto considerado en este estudio, fue incluir como grupo comparativo a un conjunto de estudiantes universitarios de la carrera de Medicina, sin tratamiento previo o actual, pero con características sociodemográficas muy parecidas al grupo problema; esto es, edades similares, solteros, misma universidad y situación sociocultural semejante, al cual no se realizó ninguna maniobra terapéutica, excepto la aplicación de las escalas en el tiempo basal y a los 12 meses. De la comparación de este grupo sin patología con los de intervención se obtuvieron puntuaciones en la mayoría de los parámetros medidos, muy por debajo de los del grupo en tratamiento,

mostrando diferencias estadísticamente significativas en casi todos ellos. Se reitera que este grupo fue comparativo y no control, ya que a este último correspondería un número similar de pacientes que no recibieran tratamiento, lo cual no es éticamente posible dado que sería dejar sin ningún tratamiento a sujetos enfermos por un año. Una opción para futuras investigaciones sería comparar la psicoterapia grupal con un grupo bajo tratamiento psicoterapéutico individual o únicamente con fármacos.

Asimismo, hubiera sido deseable que el estudio fuera realizado en pacientes sin ningún tratamiento previo (tanto farmacológico como psicoterapéutico), lo cual es muy difícil en la realidad. Autores como Fielding (1975), quien utilizó una población muy parecida al del presente estudio, esto es, pacientes jóvenes, solteros, con tratamiento psicoterapéutico previo; y Cooper (2006), quien manejó pacientes universitarios con otros tratamientos psicoterapéuticos e incluso tratamientos farmacológicos previos, obteniendo también resultados favorables<sup>15,22</sup>.

Por último, con relación a la “Percepción de Mejoría”, la mitad de los pacientes manifestó haber tenido una mejoría catalogada entre “bastante” o “mucho” mientras que solo 5% dijo haber mejorado “poco”, lo cual es un resultado alentador para seguir el manejo con este tipo de terapia. Se encontró una concordancia moderada en la percepción de mejoría entre pacientes y terapeutas, con cierta tendencia de estos últimos a ser más estrictos en cuanto a su evaluación, lo que significa que es evidente que no dejan de existir ciertos aspectos subje-

tivos que no permiten que coincida del todo lo que se considera una mejoría y la perspectiva que pueden tener de ella el sujeto que está en la terapia y el terapeuta como un observador externo del fenómeno.

Concluimos por todo lo anterior que la psicoterapia grupal interpersonal es un recurso terapéutico efectivo para el tratamiento de estudiantes universitarios que acuden a solicitar atención en las clínicas de salud mental dentro de las universidades y que se tratan de manera ambulatoria. Asimismo, se confirma que la psicoterapia grupal se fortalece cuando se combina con tratamiento farmacológico.

### Correspondencia:

Juan A. Mejías.

E-mail: [jamejviz@yahoo.com](mailto:jamejviz@yahoo.com)

Fax: 56162475

Recibido: 01-05-2014

Aprobado: 16-10-2014

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yalom ID, Valdés C. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo: Fondo de cultura económica; 1986.
2. Gallagher ME, Tasca GA, Ritchie K, Balfour L, Maxwell H, Bissada H. Interpersonal learning is associated with improved self-esteem in group psychotherapy for women with binge eating disorder. *Psychotherapy (Chic)*. Mar 2014;51(1):66-77.
3. Jiang RF, Tong HQ, Delucchi KL, Neylan TC, Shi Q, Meffert SM. Interpersonal psychotherapy versus treatment as usual for PTSD and depression among Sichuan earthquake survivors: a randomized clinical trial. *Conflict and health*. 2014;8:14.
4. Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of general psychiatry*. Jun 1999;56(6):573-579.
5. O'Shea G, Spence SH, Donovan CL. Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. Jan 2015;43(1):1-19.
6. Auerbach AH, Luborsky L, Johnson M. Clinicians' predictions of outcome of psychotherapy: A trial of a prognostic index. *American journal of Psychiatry*. 1972;128(7):830-835.
7. Shapiro D, Caplan H, Rohde P, Watson J. Personal questionnaire changes and their correlates in a psychotherapeutic group. *British Journal of Medical Psychology*. 1975;48(3):207-215.
8. Winter D, Trippett C. Serial change in group psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*. 1977;50(4):341-348.
9. Dick BM, Wooff K. An evaluation of a time-limited programme of dynamic group psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*. 1986;148(2):159-164.
10. Budman SH. Discussion of "Peer relationships, self-esteem, and the self": Implications for the group therapist. 1987.
11. Grunebaum H, Solomon L. Peer relationships, self-esteem, and the self. *Int J Group Psychother*. Oct 1987;37(4):475-528.
12. Wilkinson RB. The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2004;33(6):479-493.
13. Robertshaw S, Clark J. Intensive group psychotherapy using a team of therapists: II. Evaluation. *Group Analysis*. 1990.
14. Wilberg T, Karterud S, Pedersen G, et al. Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2003;17(6):510-521.
15. Cooper SE, Nasr SJ. Combining psychotherapy and medication for college students with severe psychopathology: A descriptive study. *Journal of College Student Psychotherapy*. 2006;21(1):33-50.
16. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*. 1988;8(1):77-100.
17. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Ment*. 1998;21(3):26-31.
18. La Rosa J, Díaz-Loving R. Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1991;23(1):15-34.
19. Kick SD, Bell JA, Norris JM, Steiner JF. Validation of two anxiety scales in a university primary care clinic. *Psychosomatic medicine*. 1994;56(6):570-576.
20. Valencia M, Rojas E, González C, Ramos L, Villatoro J. Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. *Salud Pública Méx*. 1989;31(5):674-687.
21. Mejías-Vizcarro JA. Psicofármacos en psicoterapia grupal. *Psiquiatría (México)*. 2000;16(1):34-37.
22. Fielding JM. A technique for measuring outcome in group psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*. 1975;48(3):189-198.