

# *Malestar depresivo en jóvenes universitarios: impacto de un modelo de psicoterapia breve focalizada con orientación psicoanalítica*

**Janett Esmeralda SOSA TORRALBA**

*Universidad Nacional Autónoma (México)*

**Martha Patricia ROMERO MENDOZA**

*Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales,  
Instituto Nacional de Psiquiatría (México).*

**Bertha BLUM GRYNBERG**

*Universidad Nacional Autónoma (México)*

**Vicente ZARCO TORRES**

*Universidad Nacional Autónoma (México)*

## *Resumen*

El estudio tiene como objetivo evaluar los efectos de una psicoterapia breve focal psicoanalíticamente orientada en una muestra de 38 jóvenes universitarios con sintomatología depresiva leve o moderada y malestar emocional general de una Facultad de la UNAM. Se utilizó un diseño cuasiexperimental pretest-postest y seguimientos. Se utilizaron los instrumentos Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10), *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM), y se recolectaron datos sociodemográficos, escolares y clínicos de los participantes. Los resultados de Wilcoxon y Friedman confirman mejoras estadísticamente significativas en la sintomatología. Según los resultados de Q de Cochran, también hubo mejoras en la sensación de malestar en los participantes. Concluimos que los resultados son alentadores en cuanto a la modalidad de la psicoterapia realizada, respecto a su utilidad y relevancia clínica en el trabajo con jóvenes universitarios.

## *Abstract*

The study aims to assess the effects of a psychoanalytically oriented brief psychotherapy in a sample of 38 university students with mild or moderate depressive symptoms and general emotional distress at a UNAM School. A quasi-experimental pretest-posttest design and follow-ups were used. Beck Depression Inventory (BDI), Kessler Psychological Discomfort Scale (K-10), Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) were used, and sociodemographic, school and clinical data were collected from the participants. The results of Wilcoxon and Friedman confirm statistically significant improvements in the symptomatology. According to the results of Q de Cochran, there were also improvements in the feeling of discomfort in the participants. We conclude that the results are encouraging in terms of the modality of psychotherapy performed, regarding its usefulness and clinical relevance in working with university students.

La depresión es uno de los principales problemas de salud pública que puede afectar a cualquier persona. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), más de 300 millones de personas viven con depresión y entre 2005 y 2015 ha incrementado en 18%. Según el estudio de la Carga Global de la Enfermedad, se estima que a nivel mundial los trastornos depresivos son la ter-

cera causa de discapacidad en la población en general y la primera en el grupo de personas de entre 15 y 39 años (GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016). En México, datos del 2017 muestran que la depresión es un trastorno que se hace cada vez más presente con un porcentaje de 2'8% (2'59% - 3'05%) en la población, es la quinta causa de años vividos con discapa-

*Dirección de los autores:* Facultad de Psicología, UNAM. Avenida Universidad 3004, Cubículo 2. Edificio D. Copilco Universidad, 04510, Ciudad de México. *Correo electrónico:* [jan\\_est@comunidad.unam.mx](mailto:jan_est@comunidad.unam.mx), [bblumg@gmail.com](mailto:bblumg@gmail.com), [vicentezarco@gmail.com](mailto:vicentezarco@gmail.com)

*Recibido:* abril de 2020. *Aceptado:* julio de 2020.

cidad (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME, 2019) y es responsable del 3'29% del total de años de vida ajustados por la discapacidad en las personas de entre 15 y 49 años (IHME, 2019).

En este contexto, se sabe que los jóvenes universitarios son una población vulnerable. Algunos de ellos ante las situaciones académicas a las que se enfrentan, como pueden ser los exámenes o la complejidad de las asignaturas y que también ocasionan que se encuentren en un constante estrés durante el curso de su carrera, corren el riesgo de presentar síntomas o trastornos depresivos, entre otros cuadros clínicos (Gutiérrez Rodas, Montoya Vélez, Toro Isaza *et al.*, 2010; Poorolajal, Ghaleiha, Darvishim *et al.*, 2017; Tosevski, Milovancevic y Gajic, 2010; Zunhammer, Eberle, Eichhammer y Busch, 2013). Esto sin dejar de lado que varios de ellos llegan a la universidad con síntomas depresivos (Tosevski *et al.*, 2010) que se asocian con la deserción escolar (Auerbach, Alonso, Axinn *et al.*, 2016). Estos datos son de importancia si se considera que sólo una minoría de los estudiantes universitarios recibe un adecuado tratamiento para su salud mental (Auerbach *et al.*, 2016).

En relación con esto, se ha estudiado que los enfoques de tratamiento generados a partir de principios de la psicoterapia psicoanalítica parecen ser útiles en individuos que presentan depresión y otros padecimientos (Fonagy, 2015), entre ellos puede considerarse la psicoterapia breve. Lo que caracteriza a la psicoterapia breve con este enfoque es el uso de la transferencia; el conocimiento de las etapas de desarrollo; considera la interacción tópica, dinámica y económica de las instancias psíquicas, así como la repetición y resignificación de las experiencias; está basada en la realidad interpersonal del individuo, en su mayoría centrada en el presente; es activa y condensa el modelo de vida pasada y presente del paciente en un foco que es el conflicto de atención (Peterson, 2011)

Debido a que los jóvenes, en su mayoría, se enfrentan a dificultades transitorias o a crisis típicas de su periodo evolutivo, la psicoterapia breve con enfoque psicoanalítico promueve que continúen con las tareas propias de su edad (Adamo, Fontana, Preti *et al.*, 2012; Hetherington, 1999). Esta modalidad de psicoterapia dentro de las instituciones educativas trabaja sobre problemáticas específicas y apoya a los jóvenes a hablar sobre sus experiencias y las preguntas que se hacen; en la toma de decisiones; a enfrentar periodos de crisis; a desarrollar *insights* personales y un mejor autoconocimiento; a elaborar los sentimientos vinculados a los conflictos personales; a mejorar las relaciones interpersonales; a considerar la posibilidad de apoyo psicológico a largo plazo, y si hay algún indicio de psicopatología grave, apoya en orientar al joven a que busque la atención adecuada (psiquiátrica, neurológica, etc.). Todo esto dentro de un entorno educativo que se percibe más familiar en comparación a un ambiente clínico (Adamo *et al.*, 2012; Adamo, Sarno, Preti, *et al.*, 2010)

En virtud de lo anterior, en el marco del Programa “Espacio de Orientación Psicológica (ESPORA Psicológica)” que se desarrolla en Facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el modelo de intervención es una psicoterapia breve focalizada orientada psicoanalíticamente que tiene como objetivo, de manera general, disminuir el malestar psíquico, sus efectos incapacitantes en las diferentes áreas de su vida, y promover procesos generadores de cambio en los estudiantes de las entidades.

La observación clínica y de investigación de los pacientes que acuden a una de las sedes del Programa, ha permitido comprobar que los pacientes que se atienden presentan malestar emocional en general que se manifiesta en problemáticas afectivas, interpersonales, escolares, familiares, dificultades de atención y concentración, entre otras. Aunado a esto, se ha identificado que hay una alta prevalencia de sintomatología depresiva: en una muestra de 165 consultantes, el 88'5% manifestó algún grado considerable de esta sintomatología, aunado a la presencia de sintomatología de ansiedad, cuyas repercusiones afectan su funcionamiento y bienestar subjetivo (Sosa Torralba, Romero Mendoza, Blum Grynberg *et al.*, 2018).

En el presente trabajo el objetivo es evaluar eficacia de la psicoterapia breve focal psicoanalíticamente orientada realizada en el Programa “ESPORA Psicológica”, se presentan los resultados *pre-postest* y de seguimiento de los instrumentos que evalúan síntomas de depresión y de malestar emocional general en un grupo de jóvenes universitarios consultantes.

## Método

La investigación implementó un diseño mixto que proporcionó datos tanto cuantitativos como cualitativos; en este artículo se presentarán sintéticamente los principales resultados cuantitativos del estudio, destacándose los relevantes a la metodología de evaluación utilizada.

## Participantes

Para esta investigación se aplicaron instrumentos para detectar sintomatología depresiva a los consultantes que acudieron al Programa y aceptaron responderlos. Para el cumplimiento del objetivo de este artículo, se analizó una muestra no probabilística de 38 estudiantes universitarios de ambos sexos seleccionados por conveniencia. Se incluyeron en el estudio jóvenes con sintomatología depresiva leve o moderada que no requirieran tratamiento farmacológico, que concluyeron el proceso psicoterapéutico y respondieron los instrumentos una vez concluida la intervención. De estos participantes, 23 de ellos completaron los cuestionarios a los tres meses de terminada la intervención (seguimiento 1) y 16 los completaron a los seis meses siguientes de concluirla (seguimiento 2); sin embargo, uno de los participantes del

último seguimiento, no respondió en el primero. Los criterios de exclusión fueron que requirieran de un tratamiento que, por la gravedad de su sintomatología, no pudieran ser tratados con la psicoterapia propuesta.

### **Instrumentos**

#### *Hoja de datos sociodemográficos, escolares y clínicos*

Se entregó a los participantes una hoja de recolección de datos que incluyó: el sexo, la edad, la alcaldía donde residían, el semestre en curso y el número de materias reprobadas. En esta hoja también se exploró el motivo de consulta y las áreas de afectación, así como su sensación de malestar y si anteriormente había recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico.

#### *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*

Para medir la sintomatología depresiva se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson *et al.*, 1961). Se trata de un instrumento autoaplicable de 21 ítems con escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta que evalúan la intensidad de los síntomas. Los puntos de corte se emplean para hacer una categorización de la gravedad de la sintomatología depresiva. La temporalidad de los síntomas hace referencia al momento actual y a la semana previa. El estudio de estandarización se realizó en residentes de la Ciudad de México, siendo aceptables los índices de confiabilidad y validez encontrados (Jurado, Villagas, Méndez *et al.*, 1998). Los puntos de corte propuestos son: depresión mínima (0-9 puntos), depresión leve (10-16 puntos), depresión moderada (17-29 puntos), y depresión grave (> 30 puntos).

#### *Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10)*

Para medir el malestar psicológico se empleó la *Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10)* (Kessler, Andrews, Colpe *et al.*, 2002). La escala consta de 10 ítems sobre malestar psicológico que se refieren como constructo a la combinación de los síntomas depresivos y ansiosos que puede presentar una persona en el último mes. Se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta de 1 (nunca) a 5 (siempre). Los índices de confiabilidad, validez discriminante y validez diagnóstica son aceptables para la población mexicana (Vargas Terrez, Villamil Salcedo, Rodríguez Estrada *et al.*, 2011). Las puntuaciones se clasifican en cuatro categorías: sin malestar (10-19 puntos), malestar leve (puntuaciones entre 20 y 24), malestar moderado (puntuaciones entre 25 y 29), y malestar psicológico grave (puntuaciones entre 30 y 50).

#### *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE- OM)*

También se utilizó el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE- OM)* (Evans,

Mellor-Clark, Margison *et al.*, 2000). Es una medida de autoinforme compuesto de 34 ítems que evalúan el estado de malestar durante los últimos siete días centrándose en las siguientes dimensiones: bienestar subjetivo, problemas/síntomas (depresión, ansiedad, trauma y síntomas físicos), funcionamiento general (relaciones íntimas, sociales y otros aspectos del funcionamiento cotidiano), y riesgo hacia sí o hacia los otros. Cada uno de los 34 ítems se puntúan en una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre). A mayor puntuación mayor malestar, más síntomas, peor funcionamiento y más riesgo. Dentro del rango de puntuaciones se establecen las siguientes categorías: saludable (0-5 puntos), leve (6-10 puntos), medio (11-15 puntos), moderado (16-20 puntos), moderado a grave (21-25 puntos), malestar grave (>25 puntos) (Feixas, Evans, Trujillo *et al.*, 2012). En esta investigación se aplicó la versión en castellano que se encuentra en la página web del *CORE Information Management Systems* (<https://www.coresystemtrust.org.uk/home/free-options-to-replace-paper-core-forms-during-the-coronavirus-pandemic/fillable-pdf-forms-for-core-measures-2/>). Para valorar sus propiedades psicométricas se aplicó a población consultante y no consultante: 466 estudiantes universitarios de edades entre 17 y 39 años. Mostró índices de consistencia interna adecuada en la escala total y en cada una de las dimensiones (entre 0'50 y 0'91).

### **Programa**

El Programa consiste en una intervención breve focalizada psicoanalíticamente orientada individual que busca una condensación y profundización del conflicto actual predominante (conflicto focal). Consta de dos entrevistas de exploración y 12 sesiones de psicoterapia. La técnica se basa en comprender los factores metapsicológicos que actúan en la problemática con intervenciones que buscan promover una mayor conciencia del paciente respecto a los contenidos del conflicto, resignificarlo para que haya una disminución de su malestar. Se trabaja con apoyo psiquiátrico en caso de que sea necesario. La psicoterapia la realizan psicoterapeutas Maestros en Psicología con experiencia en tratamiento con enfoque psicoanalítico y el trabajo clínico es supervisado por dos académicos psicoanalistas.

### **Diseño y procedimiento**

Se trata de un estudio cuasiexperimental que consistió de cuatro fases: evaluación pre-tratamiento, tratamiento, evaluación post-tratamiento, y seguimiento (a los tres y seis meses). En las evaluaciones *pre* y *post* tratamiento, así como en los seguimientos se aplicaron los mismos instrumentos de evaluación descritos previamente. Los alumnos solicitaron la atención y sus datos se ingresaron en una lista de espera. Posteriormente se les contactó vía correo electrónico.

nico para que acudieran a una explicación de los objetivos de la investigación y para responder los instrumentos; esto fue realizado por un colaborador entrenado. A la semana posterior de concluida la psicoterapia, se les contactó vía electrónica para que acudieran a responder nuevamente los cuestionarios. Asimismo, se les contactó a los tres y seis meses de finalizada la intervención para la realización del seguimiento. El tiempo de respuesta para el *post-test* y los seguimientos fue dentro del mes subsecuente de haber establecido el contacto electrónico. La psicoterapia fue realizada por seis psicoterapeutas, quienes inicialmente explicaban nuevamente los objetivos de la investigación y corroboraban la colaboración de los participantes.

### Análisis de resultados

Se calcularon los estadísticos descriptivos de las características de los estudiantes. Se realizó una comparación de los cambios en la sintomatología en el grupo de participantes, tanto antes como después de la intervención y en los seguimientos. Dado el tamaño de la muestra, se evaluó la significancia estadística de las diferencias mediante pruebas no paramétricas (prueba de Wilcoxon y prueba de Friedman). Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico SPSS 21.0 (IBM Corporation, 2012).

### Aspectos éticos

La incorporación de los participantes al estudio se hizo de manera voluntaria. Después de una explicación precisa sobre los alcances y objetivos de la investigación, dieron su autorización por escrito a través de un consentimiento informado. Se dio la posibilidad del retiro voluntario en el momento en que los participantes quisieran realizarlo y se ha dado un manejo confidencial de la información.

### Resultados

#### Caracterización de los participantes

Participaron en la experiencia 26 mujeres (68'4%) y 12 hombres (31'6%), con edades comprendidas entre los 18 y los 34 años, con un promedio de edad de 21'6 años (DE = 3'3). De ellos, 29 (76'3%) residían en la Ciudad de México y 9 (23'7%) en algún municipio del Estado de México. Hubo una mayor predominancia de jóvenes que cursaban los primeros tres semestres de la carrera ( $n = 14$ , 36'9%), seguidos por quienes cursaban entre el séptimo y noveno semestre ( $n = 13$ , 34'2%); y cerca de la mitad de los participantes habían reprobado al menos una materia ( $n = 18$ , 47'4%).

Según la distribución de la sintomatología clínica observada en el pretest (tablas 1, 2 y 3), se encontró que 15 (39'5%) participantes presentaban síntomas de depresión leve y 23 (60'5%) de depresión moderada. De este último

Tabla 1. Características sociodemográficas, escolares y distribución de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se indican las frecuencias y los porcentajes, calculados por fila.

	Nivel de depresión	
	Leve (10-16 pts.) $n = 15$ (39.5%)	Moderado (17-29 pts.) $n = 23$ (60.5%)
<i>Sexo (n, %)</i>		
Hombre (12, 31.6%)	4 (33.3)	8 (66.7)
Mujer (26, 68.4%)	11 (42.3)	15 (57.7)
<i>Edad (en 2014-2015)</i>		
18-20 (15, 39.5%)	7 (46.7)	8 (53.3)
21-25 (19, 50%)	6 (31.6)	13 (68.4)
26-30 (3, 7.9%)	1 (33.3)	2 (66.7)
31-34 (1, 2.6%)	1 (100)	----
<i>Materias reprobadas</i>		
Ninguna (20, 52.6%)	8 (40)	12 (60)
1 a 3 (10, 26.3%)	3 (30)	7 (70)
4 a 6 (3, 7.8%)	2 (66.7)	1 (33.3)
7 a 10 (3, 7.8%)	2 (66.7)	1 (33.3)
Más de 10 (1, 2.6%)	----	1 (100)

Tabla 2. Distribución puntuaciones en la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10). Se indican las frecuencias y los porcentajes, calculados por fila.

	Malestar psicológico			
	No signif. (10-20 p.) 7 (18.4%)	Leve (21-24 p.) 4 (10.5%)	Moderado (25-29 p.) 9 (23.7%)	Grave (> 30 p.) 18 (47.4%)
<i>Sexo (n, %)</i>				
Hombre	3 (25)	1 (8.3)	3 (25)	5 (41.7)
Mujer	4 (15.4)	3 (11.5)	6 (23.1)	13 (50)
<i>Edad</i>				
18-20	3 (20)	1 (6.7)	3 (20)	8 (53.3)
21-25	4 (21.1)	2 (10.5)	5 (26.3)	8 (42.1)
26-30	----	1 (33.3)	----	2 (66.7)
31-34	----	----	1 (100)	----
<i>Reprobadas</i>				
Ninguna	3 (15)	3 (15)	4 (20)	10 (50)
1 a 3	2 (20)	----	2 (20)	6 (60)
4 a 6	1 (33.3)	1 (33.3)	----	1 (33.3)
7 a 10	1 (33.3)	----	1 (33.3)	1 (33.3)
Más de 10	----	----	----	1 (100)

grupo, 15 eran mujeres y ocho hombres, nueve estaban cursando entre el séptimo y noveno semestre y la mayoría (12) no habían reprobado ninguna materia. Destaca que

Tabla 3. Distribución puntuaciones en la *Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure* (CORE-OM). Se indican las frecuencias y los porcentajes, calculados por fila.

	CORE-OM					
	Saludable (0-5 puntos) n = 1 (2.6%)	Leve (6-9 puntos) n = 4 (10.5%)	Medio (10-14 puntos) n = 10 (26.3%)	Moderado (15-20 puntos) n = 10 (26.3%)	Moderado/grave (12-24 puntos) n = 9 (23.7%)	Grave (> 25 puntos) n = 4 (10.5%)
<i>Sexo (n, %)</i>						
Hombre (12, 31.6%)	----	1 (8.3)	4 (33.3)	4 (33.3)	3 (25)	---
Mujer (26, 68.4%)	1 (3.8)	3 (11.5)	6 (23.1)	6 (23.1)	6 (23.1)	4 (15.4)
<i>Edad (en 2014-2015)</i>						
18-20 (15, 39.5%)	1 (6.7)	1 (6.7)	5 (33.3)	4 (26.7)	3 (20)	1 (6.7)
21-25 (19, 50%)	----	3 (15.8)	4 (21.1)	5 (26.3)	4 (21.1)	3 (15.8)
26-30 (3, 7.9%)	----	----	---	1 (33.3)	2 (66.7)	----
31-34 (1, 2.6%)	----	----	1 (100)	----	----	----
<i>Materias reprobadas</i>						
Ninguna (20, 52.6%)	----	1 (5)	6 (30)	6 (30)	3 (15)	4 (20)
1 a 3 (10, 26.3%)	----	1 (10)	2 (20)	3 (30)	4 (40)	----
4 a 6 (3, 7.8%)	1 (33.3)	1 (33.3)	----	----	1 (33.3)	----
7 a 10 (3, 7.8%)	----	1 (33.3)	1 (33.3)	----	1 (33.3)	----
Más de 10 (1, 2.6%)	----	----	----	1 (100)	----	----

18 (47.4%) de los estudiantes se encontraban en el rango de malestar psicológico grave (K-10): 13 mujeres y cinco hombres, de los cuales, seis residían en el Estado de México, siete estaban cursando los primeros tres semestres, otros siete estaban cursando entre el séptimo y el noveno semestre y, de nuevo, la mayoría (10) no tenían ninguna materia reprobada. El estado sintomático evaluado con el CORE-OM mostró que la mayor proporción de estudiantes presentaban un estado en los rangos de moderado y moderado/grave ( $n = 19.50\%$ ).

Algunos de los estudiantes habían recibido atención psicológica y/o psiquiátrica previamente ( $n = 14, 42.1\%$ ): nueve mujeres (23.7%) y cinco hombres (13.2%); dos (5.2%) habían recibido ambos tratamientos, 10 (26.3%) sólo atención psicológica, y dos (5.2%) sólo atención psiquiátrica. Respecto a la sensación de malestar percibida, 20 (52.6%) de los participantes reportaron sentirse regular, 13 (34.2%) mal, tres (7.9%) muy mal, y dos (5.3%) se sentían bien al momento de ser evaluados.

### Cambios sintomáticos después del tratamiento

Se realizó una comparación de medias en los momentos de evaluación con el objetivo de observar los cambios en la sintomatología. En la figura 1 se puede observar una disminución de las medias en la sintomatología depresiva. De acuerdo con los criterios de interpretación del BDI, en la evaluación *pretest* el promedio de los estudiantes se encontraban en la categoría moderada a grave ( $M = 19.68, DE =$

6.8). Después de la intervención, los puntajes se redujeron a la categoría mínima a leve ( $M = 9.55, DE = 6.1$ ), y así se mantuvo en los seguimientos (Seg.1:  $M = 9.48, DE = 7.1$ ; Seg.2:  $M = 9.25, DE = 6.8$ ).

Respecto a la combinación de síntomas de ansiedad y depresión evaluados con el K-10, en el *pretest* el grupo de estudiantes estaba en el rango de malestar moderado a grave ( $M = 27.5, DE = 6.2$ ). Para la evaluación *postest* las puntuaciones estaban en el rango entre malestar leve y sin malestar ( $M = 20.11, DE = 5.0$ ) y así se mantuvieron en los seguimientos (Seg.1:  $M = 19.74, DE = 5.6$ ; Seg.2:  $M = 19.81, DE = 7.7$ ).

Por su parte, la puntuación del CORE-OM del grupo antes de la intervención puntuaban en el rango de moderado ( $M = 16.98, DE = 5.8$ ). En la evaluación *postest* se evidencia una disminución del estado de síntomas a leve ( $M = 10.89, DE = 5.8$ ), conservándose en esa categoría en los seguimientos (Seg.1:  $M = 10.11, DE = 4.9$ ; Seg.2:  $M = 10.91, DE = 6.4$ ). En las subescalas del instrumento también se observan disminución de los puntajes de las medias en las evaluaciones realizadas.

Para comparar las medidas *pretest*, *postest* y seguimientos se empleó la prueba no paramétrica de *T* de Wilcoxon. En las evaluaciones realizadas se aprecia que en el grupo de pacientes disminuyeron significativamente los niveles de las áreas evaluadas como puede observarse en la tabla 4. Tanto las diferencias *pretest-postest* y en los seguimientos, arrojaron probabilidades asociadas que oscilaron entre  $\rho = 0.001$  y  $\rho = 0.000$ . Al realizar la prueba de Friedman se comprobó

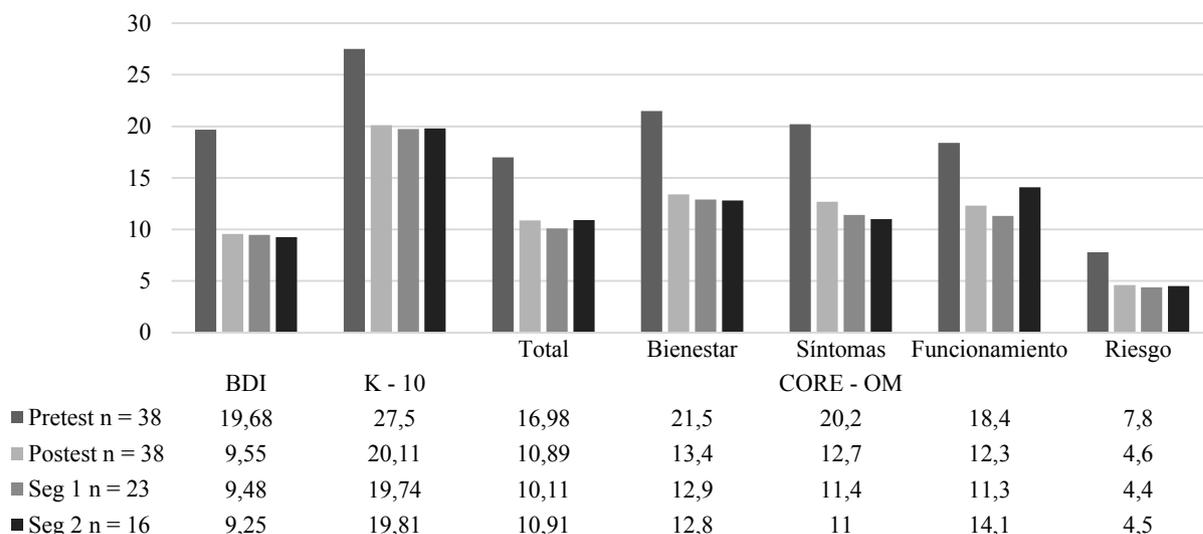


Figura 1. Medias de las puntuaciones antes, después y en los seguimientos del tratamiento.

que hubo una disminución clínicamente significativa con una  $p = 0,000$  en la comparación global de los pacientes que participaron en todas las evaluaciones.

Consistente con lo anterior, en la figura 2 se observan los cambios en la puntuación de sintomatología de depresión (BDI). Se observa que los participantes mostraron en general notable mejoría en la evaluación *post-test*, siendo que en 31

de los participantes disminuyó su sintomatología y en siete se mantuvo en la misma categoría inicial (participantes 5, 10, 22, 25, 26, 27, 30). En las evaluaciones de seguimiento, de los 23 alumnos que participaron en el primer seguimiento en 19 la sintomatología se mantenía en niveles inferiores en comparación de la evaluación inicial. Mientras que, en el segundo seguimiento, 12 de los 16 participantes mantenían

Tabla 4. Comparaciones de la sintomatología en las distintas mediciones realizadas (z: prueba T de Wilcoxon y  $\chi^2$ : prueba de Friedman).

	Pre-test - Post-test (n = 38)		Pre-test - Seg. 1 (n = 23)		Pre-test - Seg. 2 (n = 16)		n = 15	
	z	p	z	p	z	p	$\chi^2$	p
Depresión (BDI)	-5.200	0.000	-3.928	0.000	-3.235	0.001	18.95	0.000
Malestar emocional (K-10)	-4.741	0.000	-4.110	0.000	-3.356	0.001	25.54	0.000
Resultados psicoterapéuticos (CORE- OM)	-4.808	0.000	-4.107	0.000	-3.517	0.000	19.64	0.000

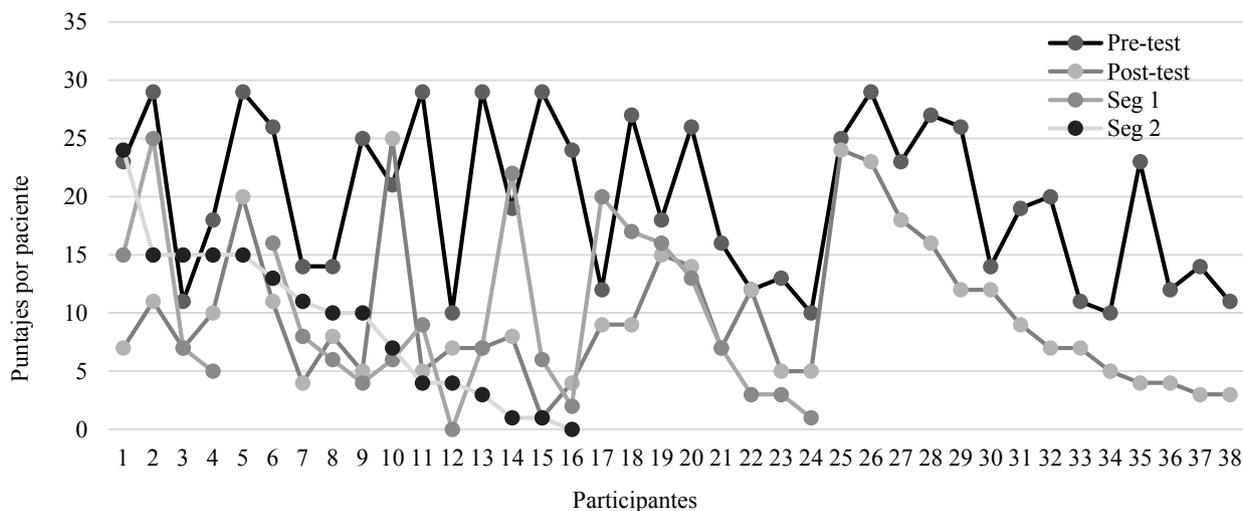


Figura 2. Cambios en sintomatología depresiva (BDI).

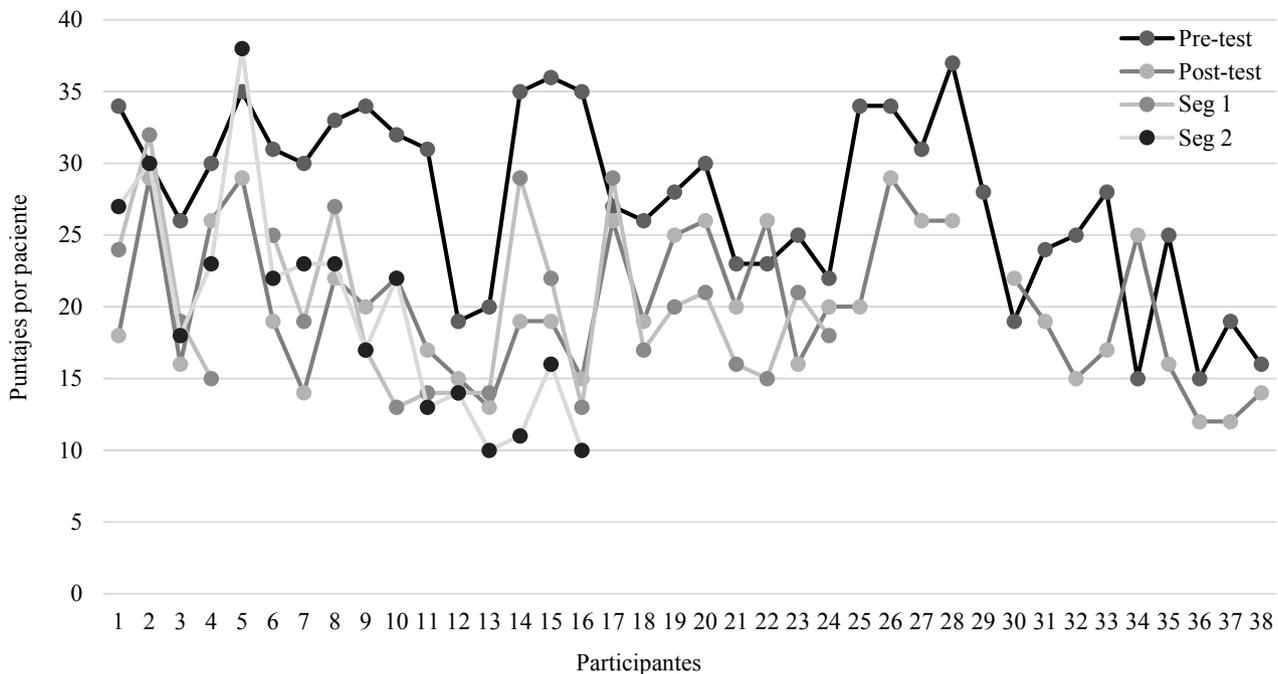


Figura 3. Cambios en malestar emocional (K-10).

niveles inferiores respecto a la evaluación inicial y en cuatro sus síntomas se ubicaban en la misma categoría que en la evaluación inicial (participantes 1, 3, 7 y 8).

En la figura 3 se muestran los cambios en el malestar emocional referido a la combinación de síntomas de ansiedad y depresión (K-10). De los 18 pacientes inicialmente clasificados dentro de la categoría “grave”, en la evaluación postest siete manifestaron malestar “moderado”, dos “leve”, y nueve con malestar “no significativo”. De los nueve que inicialmente tenían malestar “moderado”, seis refirieron malestar “no significativo” en la evaluación postest, dos mantenían ese nivel de malestar y uno no respondió. De los cuatro que tenían malestar “leve” en tres disminuyó a “a no significativo” y en uno aumentó a “moderado” en la evaluación postest. Finalmente, de los siete pacientes que inicialmente no tenían un malestar significativo, en cinco se mantuvo así, en uno aumentó a leve y en otro aumentó a moderado en la evaluación postest. De los pacientes que participaron en todas las evaluaciones, en general, mostraron niveles inferiores de malestar en comparación con la evaluación inicial, sólo en dos de ellos sus síntomas se ubicaron nuevamente en la categoría inicial (participantes 2 y 5).

La figura 4 muestra la evaluación de los resultados psicoterapéuticos a través del malestar general global. Con la escala CORE-OM se puede analizar el puntaje clínico fiable del pretratamiento al postratamiento el cual se considera a partir de que haya cambios superiores a cinco en la puntuación clínica, de tal manera que un cambio significativo se reflejará en un cambio en el nivel de gravedad (Feixas et al., 2012). En la evaluación postest se observaron cambios

significativos en 21 de los pacientes: uno de ellos presentaba malestar grave en la evaluación inicial (participante 15) y posteriormente su malestar se ubicó en la categoría de saludable. De los ocho pacientes que manifestaban malestar moderado/grave en la evaluación inicial (participantes 1, 4, 9, 11, 16, 18, 25 y 28) al finalizar la intervención uno mostró malestar moderado, dos mostraron malestar medio y cinco, malestar leve. De los seis pacientes que tenían malestar moderado (participantes 6, 7, 8, 13, 14, 21), tres mostraron malestar medio, dos presentaban malestar leve y uno malestar saludable en la evaluación postest. En el pretest, 4 de los pacientes se ubicaban en la categoría de malestar medio (participantes 3, 17, 23, 32), en el postest los cuatro se ubicaron en la categoría de “saludable”. En el paciente que inició con malestar leve su sintomatología se redujo a saludable. En los seguimientos, la sintomatología valorada con esta escala, en general, se mantuvo en niveles inferiores en comparación de la evaluación inicial en los participantes.

También se valoró el bienestar subjetivo de los participantes en las evaluaciones realizadas mediante la pregunta “¿Cómo te sientes actualmente?”. En la figura 5 se observan las diferencias en la proporción de pacientes en las distintas dimensiones del constructo valoradas: muy mal, mal, regular, bien y muy bien, valorados con la prueba estadística Q de Cochran. En los cambios del pretratamiento al postratamiento, las dimensiones que mostraron disminuciones significativas de participantes fueron sentirse mal ( $p < 0.01$ ) y regular ( $p < 0.05$ ); mientras que las dimensiones que mostraron un aumento significativo fueron las proporciones de pacientes que manifestaban sentirse bien ( $p < 0.01$ ) y muy bien ( $p < 0.01$ ). Al analizar la sensación de

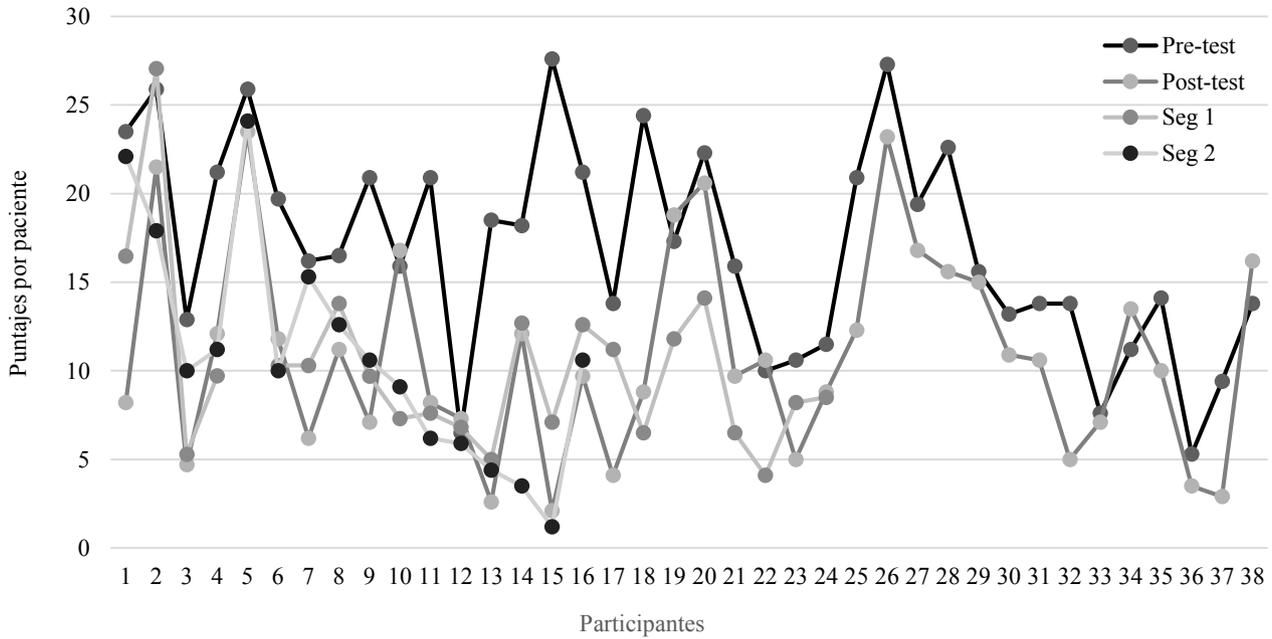


Figura 4. Resultados psicoterapéuticos (CORE-OM).

bienestar de los 15 participantes que participaron en todas las evaluaciones, se observó que no hubo diferencias significativas al comparar la proporción de pacientes al finalizar la psicoterapia y los seguimientos realizados: mal ( $Q_{(2)} = 2,0, p = 0,368$ ), regular ( $Q_{(2)} = 0,50, p = 0,779$ ), bien ( $Q_{(2)} = 0,00, p = 1,0$ ) y muy bien ( $Q_{(2)} = 5,4, p = 0,145$ ). Es decir, las proporciones de pacientes fueron similares en las dimensiones del bienestar subjetivo al finalizar la psicoterapia y en los seguimientos.

### Discusión

El objetivo de esta investigación fue realizar la evaluación de una psicoterapia focal y breve psicoanalíticamente orientada en jóvenes universitarios. Muchos de los estudiantes necesitan asistencia profesional para hacer frente a sus problemas psicosociales, conflictos psíquicos y trastornos mentales, consecuentemente, se ha sugerido que los servicios de atención a su salud mental deberían estar

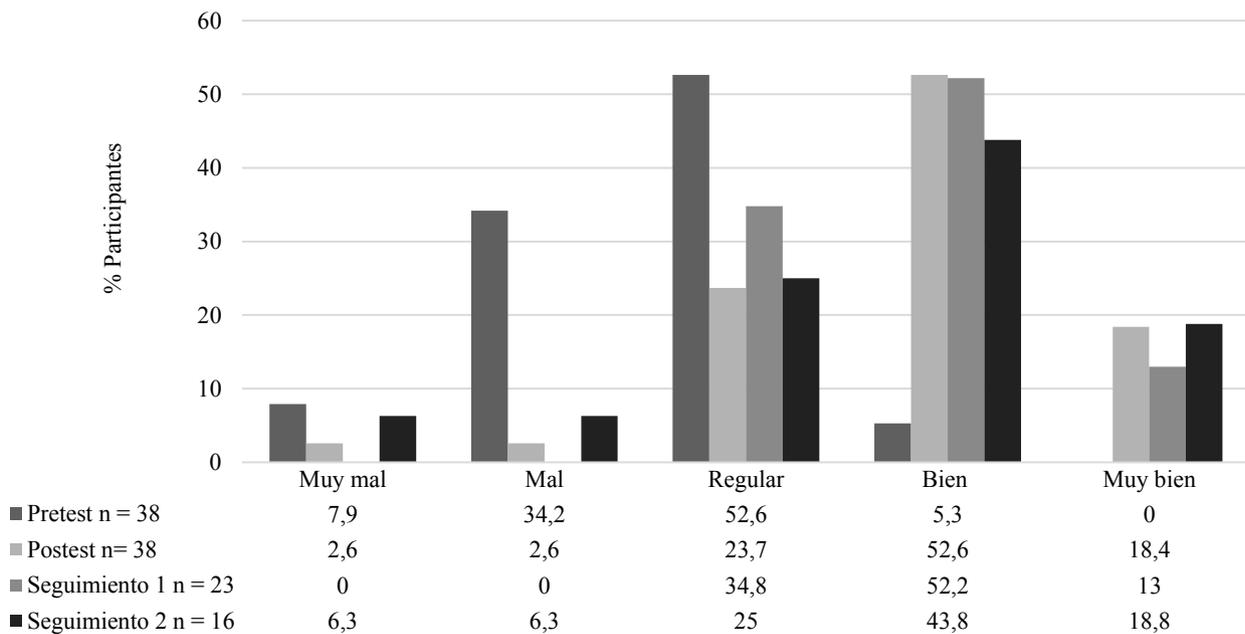


Figura 5. Bienestar subjetivo en los diferentes momentos de evaluación.

disponibles en sus universidades para atender estas necesidades (Holm-Hadulla y Koutsoukou-Argyaki, 2015). Dada la importancia de lo anterior, se evaluaron los resultados de la psicoterapia que se implementa en el Programa ESPORA Psicológica en Facultades de la UNAM, para conocer los efectos que tiene esta intervención en el malestar emocional en general y en el depresivo en particular, sobre todo considerando la alta prevalencia de esta problemática y sus repercusiones en los jóvenes en edad universitaria (IHME, 2018). Este objetivo permite generar evidencia del impacto que tiene este tipo de psicoterapia en una población en la que su demanda de atención a su salud mental ha ido en incremento (Holm-Hadulla y Koutsoukou-Argyaki, 2015).

En la literatura aparecen contribuciones con intervenciones psicoanalíticamente orientadas en líneas similares a las del presente estudio. Éstas se han referido a los resultados psicoterapéuticos, ya sea a través del cambio del funcionamiento psíquico a partir del análisis de las narrativas de los pacientes (Arenas, 2005; Hetherington, 1999), el cambio sintomatológico (Michel, Drapeau y Despland, 2004), o la combinación de ambas (Rickinson, 1999). En la línea del cambio sintomático, los resultados de la evaluación de la psicoterapia realizada en este estudio son alentadores respecto a su utilidad y su relevancia clínica para trabajar con jóvenes con malestar emocional que cursan estudios universitarios. Después de la intervención, en el grupo de jóvenes disminuyó significativamente su sintomatología depresiva y de malestar general global.

En particular, en el ámbito de la sintomatología depresiva, evaluada con el inventario de Beck, la mayoría (31 participantes de 38) mostró una disminución. En cuanto a los índices de la combinación de síntomas de depresión y ansiedad, el grupo de pacientes obtuvo mejoría, en los pacientes que presentaban malestar grave o moderado al principio de la psicoterapia, disminuyeron como mínimo a la categoría contigua inferior una vez finalizada, según la escala K-10. En apoyo a lo anterior, los resultados del CORE-OM mostraron que en los pacientes disminuyó su malestar, sus síntomas, su disfunción, y su riesgo de auto o heteroagresión. Los cambios más importantes respecto a esta mejoría se dieron en 21 de los participantes quienes mostraron una disminución clínica fiable de los síntomas. Otro resultado a destacar es la percepción subjetiva de los pacientes respecto a su sensación de malestar, la cual mejoró significativamente. Los seguimientos permiten conocer el grado de estabilidad del cambio y, con ello, el alcance de los procedimientos psicoterapéuticos (Maristany, 2009). De manera general, en los participantes que respondieron los instrumentos a los tres y seis meses de concluida la psicoterapia, la mayoría de los que muestran una mejoría inicial la mantuvieron.

En términos de los resultados indicados por medio de los instrumentos, al ver los resultados de algunos participantes, podemos observar que los síntomas tienden a

mantenerse inalterados, o después de concluida la psicoterapia mostraron una disminución y en el transcurso del tiempo mostraron una tendencia a regresar a los niveles iniciales. Consideramos que esto tiene que ver con que la psicoterapia es sólo una influencia más que opera breve e intermitentemente sobre el contexto de las experiencias vitales cotidianas; asimismo, la psicoterapia y las experiencias cotidianas pueden interactuar de tal manera que los cambios del paciente, logrado por la psicoterapia, afecta las actitudes y modos de comportarse de los otros hacia él, y éstas actitudes pueden reforzar o contrarrestar los cambios inducidos por la psicoterapia (Frank, 1982). Es decir, los jóvenes están ante circunstancias de vida y escolares causantes de estrés (Guadarrama, Márquez, Mendoza *et al.*, 2012; Pozos-Radillo, Preciado-Serrano, Plascencia-Campos *et al.*, 2016) y en cualquier momento (cuando solicitaron la atención, entre sesión y sesión, o después de finalizada la psicoterapia) pueden desencadenarse otros conflictos diferentes o relacionados con aquellos trabajados en la psicoterapia, y cuyas repercusiones pudieran estar reflejadas en las manifestaciones sintomáticas que presentaban los jóvenes de este estudio.

En este sentido, el curso de los estudios universitarios se ve influido por varios factores como el no haber accedido a la carrera que se quería, inadaptación al principio, las características de la carrera (estructura, metodología), la falta de motivación por la carrera y de expectativas laborales, alta exigencia, bajo rendimiento, falta de capacidades, problemas personales, económicos o laborales, entre otros, que pueden llevar al abandono o a la prolongación escolar (Álvarez Pérez, Cabrera Pérez, González Afonso y Bethencourt Benítez, 2006). Como pudo observarse, los universitarios de este estudio, en un mayor porcentaje, se ubicaron en los primeros y últimos semestres y varios de ellos habían reprobado, al menos, una materia. Características que hay que tomar en cuenta, entre otras que no fueron registradas en este estudio, para comprender su influencia en el malestar emocional que pueden presentar los universitarios.

El resultado de esta investigación es similar al obtenido por Michel *et al.*, (2004), en cuanto a una menor presencia de síntomas de depresión y ansiedad en los jóvenes después de la aplicación de una psicoterapia breve psicoanalíticamente orientada. Esto abre a la reflexión de que los hallazgos de este estudio apoyarían la utilidad y eficacia de este tipo de psicoterapia ya estudiada en su aplicación para el malestar depresivo en adultos (Abbass, Town y Driessen 2012; Driessen, Hegelmaier, Abbass *et al.*, 2015; Town, Abbass, Stride y Bernier, 2017). No sólo eso, los resultados obtenidos en esta investigación tienen implicaciones para la práctica en el trabajo con los jóvenes, un grupo vulnerable en el padecimiento de depresión (IHME, 2018).

Lo anterior permite resaltar, por un lado, los principios teóricos y técnicos que hacen que esta modalidad de psicoterapia sea eficiente: la formulación de un foco

establecido como conflicto intrapsíquico; un límite de tiempo establecido que pone en movimiento al terapeuta y al paciente en la promoción de los cambios psíquicos; técnicas activas de investigación detallada, focalización, interpretación, confrontación, etc.; énfasis en la etapa de terminación, especialmente en cuestiones de separación, pérdidas y limitaciones en la vida; el establecimiento de prioridades para que el tiempo sea usado de la manera más eficiente (Messer, 2001). Por otro lado, ante las altas prevalencias de trastornos mentales en estudiantes universitarios (Auerbach *et al.*, 2016), el acceso a una atención psicoterapéutica dentro de su entorno escolar viene a ser una pieza modular en el trabajo con esta población, consecuentemente, requiere una ampliación de los centros de atención y un alto personal calificado.

Dentro de las limitaciones de esta investigación que hay que considerar al momento de interpretar los resultados, es que se trata de un estudio con una muestra pequeña, lo que hace necesario realizar investigaciones que incluyan una muestra mayor. Hacer investigaciones donde se evalúe no sólo la gravedad de los síntomas, sino, también las características profesionales y personales de los psicoterapeutas, los rasgos de personalidad de los pacientes, y los mecanismos de acción del proceso, ampliarán la información sobre la efectividad de esta modalidad de psicoterapia. Al mismo tiempo, es importante que se hagan seguimientos en los que se incluyan la realización de entrevistas a los participantes para ampliar el conocimiento sobre sus experiencias de vida una vez que concluyó la psicoterapia y que pudieran contribuir a la inestabilidad de los cambios inducidos en ésta. Mencionado esto, es menester destacar que los resultados deben interpretarse como evidencia provisional de este tipo de intervención.

## Referencias

- Abbass, A., Town, J. y Driessen, E. (2012). [Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Outcome Research](#). *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97-108. DOI: 10.3109/10673229.2012.677347
- Adamo, S.M.G., Fontana, M.R., Preti, E., Prunas, A., Riffaldi, M.L. y Sarno, I. (2012). [At the border: reflections on psychoanalytically oriented counselling in Italian university setting](#). *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(1), 5-14 [DOI: 10.1080/03069885.2011.610437].
- Adamo, S. M. G., Sarno, I., Preti, E., Fontana, M. R. y Prunas, A. (2010). [Brief psychodynamic counselling in a university setting](#). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1151-1159 [DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.252].
- Álvarez Pérez, P.R., Cabrera Pérez, L., González Afonso, M. y Bethencourt Benítez, J.T. (2006). [Causas del abandono y prolongación de los estudios universitarios](#). *Paradigma*, 27(1), 7-36.
- Arenas, I.A. (2005). [Resultados de psicoterapia grupal breve en estudiantes universitarios de la Quinta Región: estudio exploratorio basado en instrumentos proyectivos](#). *Terapia Psicológica*, 23(1), 37-48.
- Auerbach, R., Alonso, J., Axinn, W., Cuijpers, P., Ebert, D., Green, J., Hwang, I., Kessler, R.C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M.K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N.A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L.H., Benjet, C., Caldas-de-Almeida, J.M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kiejna, A., Kovess-Masfety, V., Lee, S., McGrath, J.J., O'Neill, S., Pennell, B.-E., Scott, K., ten Have, M., Torres, Y., Zaslavsky, A.M., Zarkov, Z. y Bruffaerts, R. (2016). [Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys](#). *Psychological Medicine*, 46(14), 2955-2970 [DOI: 10.1017/S0033291716001665].
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). [An Inventory for Measuring Depression](#). *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571 [DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004].
- Driessen, E., Hegelmaier, L.M., Abbass, A.A., Barber, J.P., Dekker, J.J.M., Van, H.L., Jansma, E.P. y Cuijpers, P. (2015). [The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update](#). *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15 [DOI: 10.1016/j.cpr.2015.07.004].
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. y McGrath, G. (2000). [CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation](#). *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255 [DOI: 10.1080/jmh.9.3.247.255].
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E. y López-González, M. (2012). [La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure](#). *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.
- Fonagy, P. (2015). [The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update](#). *World Psychiatry*, 14(2), 137-150 [DOI : 10.1002/wps.20235].
- Frank, J.D. (1985). [Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias](#). En M.J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia* (pp. 73-102). Barcelona: Paidós, 1988.
- Guadarrama Guadarrama, R., Márquez Mendoza, O., Mendoza Mojica, S.A., Veytia López, M., Serrano García, J.M. y Ruiz Tapia, A. (2012). [Acontecimientos estresantes, una cuestión de salud en universitarios](#). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1532-1547.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (Vos T., Allen C., Arora M. *et al.*) (2016). [Global, regional, and national incidence, prevalence,](#)

- [and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015](#). *The Lancet*, 388 (10053), 1545-1602 [DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6].
- Gutiérrez Rodas, J.A., Montoya Vélez, L.P., Toro Isaza, B.E., Briñón Zapata, M.A., Rosas Restrepo, E. y Salazar Quintero, L.E. (2010). [Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico](#). *Revista CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Hetherington, A. (1999). [Brief psychodynamic counselling with young adults](#). *Counselling Psychology Quarterly*, 12(4), 319-325 [DOI: 10.1080/09515079908254102].
- Holm-Hadulla, R.M. y Koutsoukou-Argyaki, A. (2015). [Mental health of students in a globalized world: Prevalence of complaints and disorders, methods and effectivity of counseling, structure of mental health services for students](#). *Mental Health & Prevention*, 3(1-2), 1-4 [DOI: 10.1016/j.mhp.2015.04.003].
- IBM Corporation. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, Nueva York: IBM Corp.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2019). [México](#). Seattle, WA: IHME, University of Washington.
- Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). [La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México](#). *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kessler, R.C. Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E.E. y Zaslavsky, A.M. (2002). [Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress](#). *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976 [DOI: 10.1017/s0033291702006074].
- Maristany, M. (2009). [Evaluación clínica y psicoterapia: una puerta abierta a la investigación](#). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 275-277.
- Messer, S.B. (2001). [What Makes Brief Psychodynamic Therapy Time Efficient](#). *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(1), 5-22 [DOI: 10.1093/clipsy/8.1.5].
- Michel, L., Drapeau, M. y Despland, J.-N. (2004). [A Four Session Format to Work with University Students. The Brief Psychodynamic Investigation](#). *Journal of College Student Psychotherapy*, 18(2), 3-14 [DOI: 10.1300/J035v18n02\_02].
- Organización Mundial de la Salud (2017). [Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales](#). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Peterson, C.A. (2011). [Short-term Psychoanalytic Psychotherapy: «a Construction Zone»](#). *American Journal of Psychotherapy*, 65(3), 193-204 [DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2011.65.3.193].
- Poorolajal, J., Ghaleiha, A., Darvishi, N., Daryaei, S. y Panahi, S. (2017). [The Prevalence of Psychiatric Distress and Associated Risk Factors among College Students Using GHQ-28 Questionnaire](#). *Iranian Journal of Public Health*, 46(7), 957-963.
- Pozos-Radillo, E., Preciado-Serrano, L., Plascencia-Campos, A., Valdez-López, R. y Morales-Fernández, A. (2016). [Psychophysiological Manifestations Associated With Stress in Students of a Public University in Mexico](#). *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(2), 79-84 [DOI: 10.1111/jcap.12142].
- Rickinson, B. (1999). [Increasing undergraduate students' capacity to complete their degree programme successfully. Brief psychodynamic counselling intervention](#). *Psychodynamic Counselling*, 5(3), 319-337 [DOI: 10.1080/13533339908404143].
- Sosa Torralba, J.E., Romero Mendoza, M.P., Blum Grynberg, B., Zarco Torres, V. y Medina-Mora Icaza, M.E. (2018). [Programa de orientación y atención psicológica para jóvenes universitarios de la UNAM: características de la población que solicita sus servicios](#). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 451-477.
- Tosevski, D.L., Milovancevic, M.P. y Gajic, S.D. (2010). [Personality and psychopathology of university students](#). *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 48-52 [DOI: 10.1097/YCO.0b013e328333d625].
- Town, J.M., Abbas, A., Stride, C. y Bernier, D. (2017). [A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study](#). *Journal of Affective Disorders*, 214, 15-25 [DOI: 10.1016/j.jad.2017.02.035].
- Vargas Terrez, B.E., Villamil Salcedo, V., Rodríguez Estrada, C., Pérez Romero, J. y Córtes Sotres, J. (2011). [Validación de la Escala Kessler 10 \(K-10\) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas](#). *Salud Mental*, 34(4), 323-331.
- Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P. y Busch, V. (2013). [Somatic Symptoms Evoked by Exam Stress in University Students: The Role of Alexithymia, Neuroticism, Anxiety and Depression](#). *PLoS ONE*, 8(12), e84911 [DOI: 10.1371/journal.pone.0084911].

